

GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA

ITALIAN JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY

GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA, 15 (S1), 1-000, 2009

Periodico trimestrale POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n.46 art.1, comma 1, DCB PISA - Aut. Trib. di Pisa n. 9 del 03/06/95



**13° Congresso
della Società Italiana di Psicopatologia**

**Psichiatria 2009:
Clinica, Ricerca e Impegno Sociale**
Roma, 10-14 febbraio 2009

ABSTRACT BOOK

VOLUME

15

**MARZO
2009**

NUMERO

S1



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

Fondatori:

Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Editor-in-chief:

Alessandro Rossi

Citato in

*EMBASE Excerpta Medica
Database*

SCOPUS Elsevier Database

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA

ITALIAN JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY

13° CONGRESSO
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA

**Psichiatria 2009:
Clinica, Ricerca e Impegno Sociale**

Roma, 10-14 febbraio 2009

ABSTRACT BOOK

sotto gli auspici della Fondazione Paolo Pancheri

a cura di
Roberto Brugnoli, Adalgisa Palma

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

Società Italiana di Psicopatologia

Consiglio Direttivo

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

Consiglieri

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

Consiglieri Onorari

Giovanni Battista Cassano
Luigi Ravizza

VOLUME

15

**MARZO
2009**

NUMERO

S1



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

Fondatori:
Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Editor-in-chief:
Alessandro Rossi

Citato in
**EMBASE Excerpta Medica
Database**
SCOPUS Elsevier Database

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

SESSIONI PLENARIE



MARTEDÌ 10 FEBBRAIO 2009 – ORE 17.30-19.30

SALA MICHELANGELO

Sessione inaugurale

MODERATORE

M. Maj (Napoli)

The identity of a psychiatrist

N. Sartorius

OMS, Ginevra

A profession is defined by the problems that it has to solve, by the methods that it uses to solve such problems and by the training that those who will apply the methods to solve problems must have successfully completed. In the instance of psychiatry, the problems are psychiatric disorders; the methods are various forms of treatment (unequivocally shown to be suitable to reduce the problems) and the postgraduate training in psychiatry (in addition to training in general medicine) is the training that psychiatrists must have successfully completed.

Currently, in most parts of the world, this definition of psychiatry is being applied loosely. Psychiatrists are often asked – or volunteer to resolve problems that are not due to mental disorders and to deal with matters for which they had no training – for example the development of mental health programmes. They show insufficient rigour in the selection of methods of treatment of

mental disorders and often apply methods of unproven effectiveness and uncertain safety. Their training varies from country to country and from one psychiatric school to another. Yet, the tasks of psychiatrists could be defined very well: the presentation will include a list of these with reference to tasks in more and less developed country situations.

Tasks such as the development of comprehensive mental health programmes, the wide scale prevention of mental disorders, the promotion of the value of mental health and the resolution of social problems that people with mental disorders often have are of vast importance and should therefore be given to experts who had been appropriately trained to deal with them. Psychiatrists can usefully collaborate with such experts and should accept to do so: they should however be aware of the limitations that their training imposed on them and the need to remain anchored in their discipline. If they do not act in this way and accept to deal with tasks such as those listed above it is likely that these will not be tackled in the best possible way and that psychiatry as a discipline will at seen as inefficient or even harmful.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 9.00-11.00

SALA MICHELANGELO

La clinica dei disturbi mentali: alcune aree in rapido sviluppo

MODERATORE

M. Maj (Napoli)

New Directions in the Diagnosis and Classification of Personality Disorder

T.A. Widiger

Department of Psychology, University of Kentucky

A considerable body of research has now documented that personality disorders are not well diagnosed using a categorical model of classification. Limitations of the categorical approach include the absence of a meaningful or consistent boundary with normal personality functioning, the heterogeneity in traits of persons sharing the same diagnoses, the excessive diagnostic co-occurrence, the inadequate coverage, and the lack of a strong scientific founda-

tion. The predominant dimensional model of general personality structure is the five-factor model (FFM), and research has now documented well that the personality disorders of the World Health Organization and the American Psychiatric Association can be understood as maladaptive variants of the domains and facets of the FFM. The current paper provides a proposed four-step procedure for the diagnosis of personality disorder from the perspective of the FFM. Discussed more specifically are issues concerning the integration of a psychiatric nomenclature with general personality structure, the identification of problems in living associated with maladaptive personality traits, the setting of a diagnostic threshold, prototypal matching, feasibility, and clinical utility (including treatment guidelines).

Diagnosis of Mental, Behavioral and Developmental Disorders in Children and Adolescents

J.F. Leckman

Director of Research Neison Harris, Professor of Child Psychiatry and Pediatrics Child Study Center, Yale University School of Medicine

The extant major psychiatric classifications – DSM-IV and ICD-10 – are largely atheoretical and descriptive. While this achieves good reliability, the validity of a medical diagnosis is greatly enhanced by an understanding of etiology. Revisions of DSM-IV are well underway. Despite rapid advances in genomics, neuroimaging, the developmental neurosciences, and informatics, we remain largely ignorant of the causal pathways leading to pediatric onset mental disorders. Indeed, with the exception of a few developmental disorders, such as Rett's syndrome and Fragile X syndrome, it appears that the majority of these disorders are complex in character with a multiplicity of genes and environmental factors playing a causal role. Recent scientific discoveries have also shed light on the importance of early parental care and its enduring effects on gene expression through epigenetic mechanisms. Other advances in genetics and neuroimaging have reinforced the view that the onset of symptoms may not indicate the true beginning of the illness and that symptoms may appear long after the causal processes leading to mental illness are well underway. Although science is advancing, more data are needed before a major restructuring of DSM-V will be justified. Consequently, DSM-V will likely be a refinement of DSM-IV without radical changes. While no final decisions have been made, there will likely be a concerted effort to make DSM-V more dimensional and developmental in character through the use of an overarching meta-structure and a greater use of dimensional specifiers and scales. Areas of active debate within the Childhood Disorders Workgroup include how best to refine the criteria for pediatric bipolar disorder; how best to identify chronically irritable and disruptive children without episodes of mania; how to include adolescents with non-suicidal self-injury; the criteria for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults; and the interface of ADHD with autism spectrum disorders and intellectual disabilities.

Novità e prospettive nella diagnosi e classificazione dei disturbi dell'umore

G.B. Cassano

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

Il numero di categorie dei disturbi dell'umore e di specificatori è aumentato nelle successive edizioni del DSM. Poiché gran parte delle categorie riflettono combinazioni diverse di gravità e cronicità, è stato recentemente suggerito di adottare nel DSM-V un modello più parsimonioso dei disturbi dell'umore basato sulla classificazione dei disturbi rispetto a due dimensioni: gravità e cronicità (Klein DN, 2008). Tuttavia, questo modello non rende conto dell'eterogeneità della psicopatologia dei disturbi dell'umore né del fatto che la diagnosi di alcuni disturbi richiede una valutazione longitudinale. Si propone pertanto un approccio dimensionale alla psicopatologia dei disturbi dell'umore "bottom-up", basato sulla rilevazione di un ampio numero di manifestazioni di spettro nel corso della vita.

Rianalizzando il database del Progetto Spettro, che contiene ampie casistiche di pazienti con disturbo bipolare e unipolare a cui è stato somministrato il questionario di spettro dell'umore (MOODS-SR), sono state derivate con l'analisi fattoriale 6 dimensioni depressive e 5 dimensioni maniacali.

Le dimensioni dello spettro dell'umore sono state utilizzate come ausilio per una migliore classificazione diagnostica dei disturbi dell'umore, come predittori, moderatori e mediatori degli esiti del trattamento della depressione unipolare in un trial clinico condotto a Pisa e Pittsburgh, come potenziali descrittori di endofenotipi. L'approccio dimensionale alla psicopatologia, che ha forti sostenitori all'interno della Task Force del DSM-V, sembra offrire una maggiore flessibilità di utilizzo rispetto alla pletora di categorie descritte nel DSM-IV. Le prospettive (a breve termine) comprendono l'uso delle dimensioni di spettro dell'umore per definire sottogruppi omogenei di pazienti che richiedono l'adozione di strategie terapeutiche diverse, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse sanitarie

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 9.00-11.00

SALA MICHELANGELO

La ricerca biologica sui disturbi mentali: novità di interesse per il clinico

MODERATORE

A.C. Altamura (Milano)

Gene-environment interactions and the pathophysiology of major depression

P.L. Delgado

University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, Texas

Major depressive disorder (MDD) is a genetically complex syndrome resulting from the interaction between numerous genetic and environmental factors. Research on the causal pathways for MDD suggests that MDD is highly heterogeneous and multiple causal pathways are likely to exist. The overly-broad definition of MDD may account for the failure to discover its biochemical basis and has led investigators to study narrower phenotypes or endophenotypes. In contrast, antidepressants appear to work through a relatively small number of neurochemical mechanisms. Research suggests that increasing norepinephrine (NE) and/or serotonin (5-HT) in brain is a necessary pharmacological effect for current antidepressants. Genetic differences in these systems may contribute significantly to differences between people in adverse effects and efficacy, however, the genetic factors that cause MDD may differ from those that affect antidepressant effects. This presentation will review the neurochemical and mechanisms underlying MDD, summarizing recent genetic findings, and examining the relationship between the biology of MDD and the mechanism of antidepressant drug action.

Utilità del brain imaging nello studio del neurosviluppo e dei suoi disturbi

C. Frith

The Wellcome Trust Centre for Neuroimaging at UCL & The Center of Functionally Integrative Neuroscience, University of Aarhus

Structural and functional brain imaging provide an exciting new window on human development and its disorders. However, the interpretation of such studies raises many problems, since it is necessary to distinguish between effects due to maturation, learning, compensation and strategy. I shall illustrate these problems with three different examples. First, I shall consider the case of Tourette syndrome. Here, there is evidence that the structural differences found in the frontal cortex of such

cases do not reflect the underlying pathology, but rather changes resulting from the development of strategies for the top-down control of tics. Second, I shall consider the significance of the abnormally small increases in activity in left inferior temporal cortex during word reading in cases of developmental dyslexia. This does not seem to reflect reading strategy since, in the normal case, greater reading difficulty is associated with greater activity in this region. Finally, to consider the issues of maturation and strategy, I will present recent studies of brain development during adolescence. During the transition from adolescence to adulthood there is a reduction in the increase in activity elicited in medial prefrontal cortex by mentalising tasks. As yet, however, we do not know to what extent this change is simply the consequence of the structural changes that are still occurring in this brain region at this time and to what extent the change reflects the acquisition of new cognitive strategies.

Deficit cognitivi nei disturbi mentali: rapporti con le altre dimensioni psicopatologiche e il funzionamento sociale

S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Nei pazienti affetti da disturbo di panico (DP) la difficoltà di identificare, esprimere e modulare l'esperienza emozionale potrebbe essere alla base della persistente vulnerabilità agli attacchi di panico.

Una serie di studi ha documentato, in questi pazienti, una scadente elaborazione degli stimoli a contenuto emozionale, la tendenza a interpretare come minacciosi gli stimoli ambigui, la tendenza a elaborare preoccupazioni somatiche nelle situazioni stressanti e la difficoltà a stabilire relazioni tra gli attacchi di panico ed eventuali stimoli emozionali scatenanti. Tali caratteristiche potrebbero essere sottese da una disfunzione dei circuiti fronto-temporo- limbici.

Tale ipotesi è stata verificata dal nostro gruppo in alcuni studi finalizzati a dimostrare che i pazienti con DP, rispetto ai controlli sani, presentano una maggiore prevalenza di alessitimia, una maggiore difficoltà di elaborazione degli stimoli a contenuto emozionale e una prestazione più scadente ai test neuropsicologici che valutano l'attività dei circuiti fronto-temporo- limbici. L'alessitimia, le abilità cognitive generali, l'attenzione

selettiva e sostenuta, la memoria di lavoro, la memoria secondaria, l'apprendimento incidentale, la suscettibilità all'interferenza di stimoli cognitivi ed emozionali e l'abilità di riconoscere le espressioni facciali, è stata valutata in 28 pazienti affetti da DP, che non assumevano farmaci psicotropi da almeno 4 settimane, e in 32 controlli sani.

L'alessitimia è risultata più frequente nei pazienti rispetto ai controlli. Le abilità cognitive verbali e la capacità di inibire l'interferenza da parte di parole panico-correlate

e di stimoli non verbali è risultata compromessa nei pazienti rispetto ai controlli. L'apprendimento incidentale spaziale è invece risultato migliore nei pazienti rispetto ai controlli. L'ansia, i sintomi dell'attacco di panico e le abilità cognitive verbali hanno mostrato correlazioni significative con l'alessitimia.

I nostri risultati confermano l'ipotesi di una disfunzione dei circuiti fronto-temporo-limbici (in particolare a carico delle aree orbitofrontali e del giro del cingolo) nei pazienti affetti da disturbo di panico.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 9.00-11.00

SALA MICHELANGELO

Le psicoterapie: presente e futuro della ricerca e della prassi

MODERATORE

F. Bogetto (Torino)

The present and future of psychodynamic psychotherapies: finding a secure theoretical and evidential base

J. Holmes

Leeds Institute of Health Science, Faculty of Medicine and Health, University of Leeds

I shall start by briefly reviewing the current evidence for the strengths and weaknesses of the case for the effectiveness of psychodynamic therapy (PDT) in treating a range of psychiatric disorders, including Depression and Personality Disorders. I then address the 'theory-practice gap' in PDT: we know that PDT is effective but what are its 'active ingredients' and how, if at all they relate to the voluminous edifice of psychodynamic theory? Drawing on contemporary research in developmental psychopathology I suggest that attachment theory helps inform how PDT works in all three components of effective psychotherapy: the therapeutic relationship, meaning-making, and change promotion. I will emphasize particularly the recently developed concept of mentalisation. This overarching skill, applicable not just to PDT and transmitted from therapist to patient refers to the capacity to 'think about thinking', or to 'see oneself from the outside and others from the inside'. I shall suggest that establishing the preconditions for mentalising, mentalising itself, and mentalising in the presence of the therapeutic relationship, comprise the unique contribution of PDT the psychotherapeutic spectrum.

Recent Developments in Interpersonal Psychotherapy

J.C. Markowitz

Cornell University Medical College and New York Hospital

Interpersonal Psychotherapy (IPT), developed in the 1970's by the late Gerald L. Klerman, Myrna M. Weissman, and colleagues, is one of the best empirically tested time-limited psychotherapies. Its testing in a series of randomized controlled trials has led to its inclusion in treatment guidelines. It has become an established primary treatment for major depressive disorder, bulimia, and an adjunctive treatment for bipolar disorder.

This presentation will discuss the recent evolution of IPT. Some issues I will discuss concern the development and dissemination of empirically based psychotherapies generally. Topics include:

1. Ongoing research testing for different disorders. IPT has shown promise in treating mood, eating, and anxiety disorders. It has had negative findings in studies of substance abuse and chronic depression. Where is IPT heading and where is it likely to be successful? When is it preferable to other empirically validated treatments?
2. Adaptations of IPT to different formats include group, conjoint (couples), and telephone versions. IPT has been adapted for use by non-mental health professionals (Interpersonal Counseling). IPT has been shortened to as few as eight sessions and expanded to multi-year maintenance format. It has been altered in small and in major ways: for example, for different disorders, cultures, and as part of the hybrid Interpersonal Social Rhythms Therapy (IPSRT).

To what degree can a therapy be adapted and still be considered the same therapy: i.e., when does IPT become not-IPT?

3. Process research. Most IPT research has assessed outcome. Which are IPT's active ingredients and which are inert?
4. Dissemination. Compared to cognitive behavior therapy, IPT has spread slowly. Italy is a place where therapists are learning IPT. An International Society of Interpersonal Psychotherapy (ISIPT) now exists that holds regular scientific meetings. What standards should exist for IPT a) as a research therapy and b) as a clinical skill?

Novità e prospettive delle psicoterapie cognitivo-comportamentali

G.A. Fava

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Recentemente la ricerca sulle psicoterapie cognitivo-comportamentali ha registrato importanti sviluppi che hanno prodotto sia innovazioni tecniche che aspetti applicativi. Dal punto di vista tecnico sono stati proposti

nuovi approcci come la Mindfulness Based Cognitive Therapy e la Well-Being Therapy con lo scopo primario di aumentare il livello di remissione dei disturbi affettivi. Dal punto di vista applicativo un numero crescente di studi controllati suggerisce l'utilità delle psicoterapie cognitive comportamentali in ambiti diversi da quelli tradizionali, come nella schizofrenia, nella somatizzazione e nei disturbi alimentari e del sonno. Il modello sequenziale (farmacoterapia seguita da psicoterapia indirizzata alla sintomatologia residua e alla promozione del benessere psicologico) ha portato a sostanziali benefici rispetto alla percentuale di ricadute nella depressione.

Sempre più emerge il concetto che la psicoterapia cognitivo-comportamentale è una forma di auto-terapia guidata, che può assumere forme molto diverse. Ciò che veramente la caratterizza è l'importanza di quello che un paziente fa tra una seduta e l'altra (homework), più che quello che avviene nella seduta. Come tutte le terapie ha delle controindicazioni e può risultare efficace in non più di 2/3 dei pazienti. Esiste quindi la necessità di disporre di trattamenti psicoterapici e farmacologici alternativi. Studi di follow-up su pazienti depressi od ansiosi indicano come i benefici tendano a persistere nel tempo.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 9.00-11.00

SALA MICHELANGELO

La psichiatria di comunità: evidenze, esperienze e prospettive

MODERATORE

M. Casacchia (L'Aquila)

Work, empowerment and recovery for people with severe mental illness: what is realistic?

R. Warner

Director, Colorado Recovery, Boulder, Colorado; University of Colorado, Denver, Colorado

Work empowers people with serious mental illness by reinforcing their social roles and sense of belonging. In so doing, it helps them recover from illness. This presentation will offer evidence for these claims. An analysis of outcome research conducted in the developed world points to substantial recovery rates from schizophrenia throughout the entire twentieth century. Long-term studies confirm that outcome is better still in the developing world. A recently developed vocational rehabilitation model, supported employment, has proven effective in the US and Europe in returning a large proportion of people with serious mental illness to competitive work. Threaded through this research is evidence that work-

ing is related to social inclusion, empowerment and recovery and that disincentives to employment in modern economic disability support systems are a serious impediment to recovery. How should we open up the avenues to recovery and push aside the obstacles?

I servizi di salute mentale di comunità. Strategie organizzative, formazione, ricerca e pratica. Una sfida sostenibile

M. Tansella

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica e WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Università di Verona

Con lo spostamento del fulcro dell'assistenza psichiatrica dall'ospedale al territorio si è reso necessario un adeguamento delle strategie organizzative dei servizi di salute mentale. Tali strategie, necessariamente più com-

plesse di quelle che hanno regolato in passato il funzionamento dell'ospedale psichiatrico, devono basarsi su di un set di direttive generali, che sono state raggruppate in tre categorie: i principi etici, le evidenze scientifiche e le esperienze.

Il modello che, alla luce delle ricerche più convincenti, si è dimostrato più adatto a rispondere ai bisogni dei pazienti, è un modello di "stepped care" bilanciato, con componenti territoriali e ospedaliere (localizzate in ospedale generale) integrate. Per sviluppare, implementare e valutare un modello di questo tipo sono richieste competenze, risorse adeguate, abilità, conoscenze ed esperienze tecnico-scientifiche aggiornate. Poiché queste strategie organizzative complesse richiedono anche continui "aggiustamenti" ed una "manutenzione" degli assetti organizzativi basata sui risultati ottenuti nel contesto in cui si opera e sull'esito delle cure e dei trattamenti, coloro che hanno la responsabilità di proporle e metterle in atto devono avere anche familiarità con le tecniche di valutazione degli interventi e dei servizi di salute mentale e con l'interpretazione critica dei dati della letteratura.

Se le strategie organizzative costituiscono "la cornice di riferimento" dell'attività assistenziale e clinica, la cui importanza oggi non può più essere ignorata, le tecniche terapeutiche, gli strumenti e gli interventi utilizzati, che rappresentano "il contenuto" della psichiatria di comunità, continuano ad avere un ruolo decisivo. Anche la scelta di questi ultimi, nel singolo caso, deve essere guidata da principi etici, da evidenze scientifiche e dall'esperienza clinica.

La psichiatria di comunità moderna è chiamata quindi a confrontarsi con bisogni assistenziali, scelte terapeutiche ed esigenze di valutazione simili a quelli e che devono fronteggiare altre discipline mediche. Questo con-

fronto non può prescindere, nell'Università e nei luoghi in cui le risorse sono adeguate, da una forte integrazione tra attività assistenziali e di cura, formazione e ricerca. Si tratta di un impegno difficile oltre che complesso, ma la sfida è sostenibile.

La relazione sarà illustrata da dati e da esempi tratti dalle ricerche e dalle esperienze condotte negli ultimi trent'anni dalla Clinica Psichiatrica e dal Servizio Psichiatrico Territoriale dell'Università di Verona.

Lo psichiatra nella comunità tra evidenze, esperienze e responsabilità

L. Ferrannini

Dipartimento Salute Mentale, ASL 3 Genovese

Il dibattito sviluppatosi in questo ultimo decennio nel nostro campo, ha evidenziato con forza la necessità di riscoprire il senso della psichiatria, in un momento di particolare contraddizione delle pratiche, ma anche dell'immagine sociale della disciplina e dei professionisti. Possiamo infatti dire che la psichiatria, le sue istituzioni e le sue prassi, sono sempre prodotti della cultura, e soprattutto dell'etica, del tempo in cui si definiscono e si manifestano; ma che il compito della psichiatria è anche quello di consentire la esistenza (ed il diritto) della diversità e della differenza, di interrogarsi sulle domande e sui problemi emergenti, ricercando traiettorie d'incontro e di relazione che possono dare senso ai percorsi di cura, ma anche alle storie di sofferenza di persone e gruppi. Date queste premesse, cercheremo di delineare schematicamente alcune aree, a nostro parere problematiche, in cui si declina questo ineludibile ed interminabile lavoro di mediazione e di sintesi.

SIMPOSI SPECIALI



MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MICHELANGELO

SS1. Soggettività e cognizione sociale in psicopatologia

COORDINATORE
M. Casacchia

Two kinds of subjectivity

J. Strauss

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

There are two kinds of subjectivity in Psychiatry. Both are basic to the field, both pose major problems for us. The first subjectivity is that of the field of psychiatry itself. Our discipline has a history of changes in defining what methods, information, and ways of thinking are acceptable. These changing ideas, our own subjectivity, are basic to our training, our research and our practice which are structured to fit our beliefs of how we should think and what data we should notice. These beliefs have varied wildly over the years and are different in different cultures and in various schools of thought.

The second subjectivity is that of the people suffering from psychiatric problems. Because of our own subjectivity, there is a wide variation in which aspects of their subjectivity we notice. The subjectivity to which we attend may be what we call symptoms, like hearing voices or feeling persecuted or depressed. Or we may focus on more complex feelings such as those of patients' relations with other people, their feelings about themselves or their personal history. But even more subtle subjective phenomena may be crucial such as those that cannot be readily communicated or grasped by methods using traditional approaches to eliciting and considering patients' experience.

In this presentation, using examples from encounters outside of traditional psychiatric settings, such as experiences of home visits, research interviews, and collaborating with a woman who works as a clown on a geriatric ward in Paris, I will focus on how the subjectivity of the professional as it determines the structure of his or her work interacts with the various subjectivities of the patient. These encounters suggest how we may get beyond the narrow limits of understanding human processes that we often impose on ourselves and how we can increase greatly our understanding of patients' subjectivity.

La cognizione sociale all'esordio della psicosi

M. Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

La cognizione sociale è un fenomeno complesso che coinvolge numerose capacità distinte tra loro (teoria

della mente, capacità empatiche, comprensione delle intenzioni, giudizio estetico) (Montag, 2006). Studi recenti hanno messo in evidenza in maniera univoca che il deficit di cognizione sociale è presente nella schizofrenia indipendentemente dalla gravità sintomatologica e dal numero di anni di malattia. Ancora pochi e poco esaustivi sono i dati di letteratura relativi ai deficit di cognizione sociale presenti al primo episodio (Bertrand, 2007) e focalizzati esclusivamente su un singolo aspetto cioè sulla "Teoria della Mente", ovvero la capacità di leggere gli stati mentali altrui.

In realtà la letteratura ha recentemente posto l'attenzione anche su altre capacità alla base della cognizione sociale, quali comprensione delle intenzioni e capacità empatiche, inclusa la capacità di provare emozioni davanti ad immagini artistiche.

Alla luce di tali premesse il presente studio si è proposto di analizzare le diverse componenti della cognizione sociale in soggetti al primo episodio di disturbo psicotico.

Ha partecipato allo studio una popolazione di 30 soggetti al primo episodio di un disturbo psicotico ed un gruppo di 30 soggetti affetti da un disturbo di personalità (DSM-IV-R, APA, 2000). Al momento della valutazione i soggetti erano tutti utenti del servizio "Smile" della Clinica Psichiatrica dell'Università dell'Aquila, servizio indirizzato al rilevamento precoce dei disturbi psichici nei giovani.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica, neuropsicologica standard e ad una valutazione della cognizione sociale mediante compiti di falsa credenza (TOM); un compito di priming affettivo (empatia); compiti di orientamento dell'attenzione guidati da indizi sociali; direzione dello sguardo (comprensione delle intenzioni) ed un compito di giudizio su stimoli artistici (statue in cui erano state modificate le proporzioni dei soggetti raffigurati). I soggetti sono stati tutti inoltre sottoposti ad una valutazione clinica e neuropsicologica standard. I punteggi dei due gruppi sono stati confrontati con quelli di una popolazione di soggetti sani di pari età e scolarità.

I risultati hanno evidenziato deficit nel riconoscimento e condivisione delle emozioni e nella comprensione della falsa credenza nei soggetti al primo episodio di un disturbo psicotico, mentre non si sono evidenziati deficit nei soggetti con disturbo di personalità, che non differivano dai controlli sani. Inoltre quando i soggetti con il disturbo psicotico dovevano esprimere un giudizio di piacevolezza nei confronti di stimoli artistici non mostravano differenze nella risposta a stimoli piacevoli vs. non piacevoli, al contrario dei soggetti con disturbo

di personalità e dei soggetti sani, che distinguono nettamente tali stimoli.

I risultati indicano che i deficit di cognizione sociale nel disturbo schizofrenico sono presenti fin dalle prime fasi della malattia. Il disturbo inoltre si estende, oltre che alle difficoltà di comprensione degli stati mentali altrui, anche alle altre componenti della cognizione sociale (empatia, comprensione delle intenzioni e giudizio estetico).

I nostri dati, seppur preliminari, suggeriscono la necessità di indagare ulteriormente le anomalie strutturali e morfofunzionali presenti in soggetti con schizofrenia fin dal primo episodio di malattia.

Neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia

J. Ventura, M.F. Green, M.J. Sergi, K.S. Kee, S.A. Wilson, K.H. Nuechterlein

Department of Psychiatry & Biobehavioral Sciences, University of California, Los Angeles, USA

Deficits in social cognition, such as difficulty in perception of emotions and social cue recognition, have been linking to poor functional outcome in schizophrenia, including poor work outcome (Kee et al., 2003; Brekke et al., 2005). Basic neurocognitive deficits have also been associated with social cognitive deficits (Sergi & Green, 2002). Neurocognitive deficits are a defining feature of schizophrenia and are closely related to community outcomes (Green et al., 2004; Green and Nuechterlein, 1999). Knowing more about how neurocognition, social cognition, functional outcome are interrelated could improve the understanding and prediction of outcomes in schizophrenia patients.

Participants were 68 UCLA or VA outpatients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder who were mostly male (64%) and mostly single (92%). The patients had a mean age of 34.4 years and a mean educational level of 13.9 years. Patients were assessed with symptom rating scales (e.g., BPRS, SANS), several neurocognitive measures (e.g., working memory, verbal learning, problem-solving), tests of relatively simple and complex aspects of social cognition, and measures of social and work functioning.

Higher-level neurocognitive abilities (e.g., memory, problem-solving) were more robustly correlated with complex social cognition (e.g., processing of social cues, relationship perception) (r 's range .31 to .79) than with perception of emotion (r 's range from .25 to .44). Complex social cognition, but not perception of emotion, was also correlated with functional outcome, including social functioning ($r = .26, p < .05$) and work functioning ($r = .40, p < .05$).

Schizophrenia patients with relatively preserved higher-level neurocognitive abilities also show relatively intact

complex social cognition. Complex social cognition, but not perception of emotion, was related to social functioning and particularly to work functioning. These results suggest that more complex social cognitive processes are particularly relevant to functional outcome in schizophrenia and deserve more emphasis in clinical practice.

Social cognition in schizophrenia: can cognitive remediation improve community functions?

M. Mizuno

Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine, Japan

Schizophrenia patients show impairment over a broad spectrum of the neurocognitive domain, with deficits in attention, memory, executive function, and fluency. Moreover, the neurocognitive function of patients with schizophrenia predicts community functioning. Understanding how underlying neurocognitive deficits that impact on community functioning is important, since it may be possible to develop rehabilitation strategies, and also to know which neurocognitive deficits become "rate-limiting factors" for effective social and community functioning. However, can cognitive remediation or cognitive training improve community functions of patients with schizophrenia?

Thinking about these issues, the relationship between neurocognitive functions and community functions should be further investigated. We had assessed schizophrenia patients and healthy controls by the means-ends problem solving procedure (MEPS), the Rey auditory verbal learning test (RAVLT), the Wisconsin card sorting test (WCST), and a series of fluency tests for neurocognitive assessment, as well as symptom rating scales (PANSS) and global assessment of functioning (GAF). Fluency tests were also used to evaluate divergent thinking, and a qualitative analysis was done for the Idea Fluency Test responses.

The results suggest that patients with schizophrenia have a statistically poorer MEPS performance which reflects social cognitive problem solving (SCPS), a significant contributor to social competence and an aspect of the information processing that is involved during the identification and resolution of interpersonal or social problems, than normal controls. Furthermore, in patients with normal RAVLT scores, the MEPS scores were correlated with the task-modified responses of the Idea Fluency Test but not with any of the WCST scores. The SCPS is related to divergent thinking requiring concept flexibility and/or the conversion of viewpoint in patients with schizophrenia. It may suggest the importance and the possibility of cognitive remediation with strategies that target capacity for divergent thinking to improve community functioning in patients with schizophrenia.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TIZIANO

SS2. Depressione in gravidanza e nel post-partum

COORDINATORE

G.B. Cassano

Development and psychometric testing of the postpartum depression predictors inventory-revised

C. Tatano Beck

University of Connecticut, USA

Postpartum depression is a thief that steals motherhood. Research is consistently confirming the morbidity related to postpartum depression for mothers and their families. The Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) was developed from two meta-analyses that identified significant risk factors for this devastating mood disorder. The PDPI-R includes 13 risk factors of which the first 10 predictors comprise the Prenatal Version. The last 3 risk factors are specific to the postpartum period. The Full Version of the PDPI-R consists of all 13 risk factors. This presentation will trace the development of the PDPI-R from its origin as a guide for clinicians to use during an interview to its current form as a self-administered inventory with coding and scoring options and cutoff scores. Psychometric testing included determining its reliability and its sensitivity and specificity of the PDPI-R using a sample of 139 women who were followed longitudinally from their third trimester of pregnancy till 6 months postpartum. The concurrent and predictive validity of the inventory was also assessed by comparing it with the Center for Epidemiologic Studies Depressed Mood Scale (CES-D) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Use of the PDPI-R during pregnancy may enable clinicians to target preventive interventions effectively toward women who are most likely to develop postpartum depression.

Course and treatment of psychiatric illness during pregnancy and the postpartum period: weighing treatment options

S.L. Cohen

Perinatal and Reproductive Psychiatry Clinical Research Program, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

While pregnancy has frequently been described as a time of emotional well being for women, providing "protection" against psychiatric disorders including major depression and bipolar disorder, there is substantial evidence that pregnancy may be a period of risk for those women, particularly those who discontinue treat-

ment with antidepressant and mood stabilizers. Risk of relapse of mood disorder during pregnancy must be weighed against potential risks associated with fetal exposure to psychotropics used to treat these disorders.

This presentation will explore some of the pressing clinical dilemmas faced by clinicians who must weigh treatment options for reproductive age women who suffer from psychiatric disorders and who wish to conceive or who are pregnant. This presentation will outline available data regarding the course of psychiatric disorder during pregnancy as well as new reproductive safety data regarding many agents used to treat psychiatric illness, including antidepressants and mood stabilizers such as anticonvulsants and atypical antipsychotics. A more complete understanding of the course of psychiatric disorders during pregnancy and reproductive safety of medicines used to treat the illness allows for the most thoughtful collaborative treatment planning between patients and clinicians who prescribe for them.

This presentation will also describe available data on predictors of postpartum depression which is the most common complication in modern obstetrics but which frequently goes undiagnosed and untreated. Current literature regarding non-pharmacologic and pharmacologic treatment of postpartum psychiatric illness will be reviewed as will guidelines for early identification and prevention of postpartum disorders.

Depression during pregnancy and postpartum: the Perinatal Depression-Research & Screening Unit experience (PND-ReScU)

M. Mauri

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

In questo studio si è deciso di stimare la prevalenza al 1° trimestre di gravidanza dei disturbi di asse I in un campione non selezionato di donne; calcolare la prevalenza, l'incidenza ed i nuovi casi di depressione perinatale nello stesso campione.

1066 donne afferite al Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'AOUP per la prima valutazione ecografica (12a-15 a settimana) sono state valutate al baseline con la SCID-I e con la Edinburgh Perinatal Depression Scale (EPDS) per la valutazione della fenomenica depressiva, ripetuta al 3°, 6° ed 8° mese di gravidanza e al 1°, 3° e 6° mese postpartum. La sezione umore ultimo mese della SCID-I è stata ripetuta nelle valutazioni successive

al baseline solo in presenza di punteggi dell'EPDS ≥ 13 , suggestivi di depressione in atto. Lo studio ha previsto un supporto psicologico, farmacologico o combinato, laddove necessario o richiesto dalla donna.

Il 50,4% delle donne presenta un qualsiasi disturbo di asse I lifetime e il 26,3% ha un disturbo current al terzo mese di gravidanza. I disturbi lifetime più comuni sono quelli d'ansia (35,5%) e dell'umore (28,4%), in particolare la depressione maggiore (23,7%).

La prevalenza di periodo di depressione in gravidanza è del 12,4%, quella riferita al postpartum è del 6,1%; l'incidenza cumulativa di depressione in gravidanza è del 2,2%, del 4,4% nel postpartum. I nuovi esordi depressivi in gravidanza sono l'1,6%, il 3,6% quelli del postpartum.

Le nostre stime di prevalenza in gravidanza sono significativamente superiori a quelle di Gaynes et al. (2005) (8,5-10%), quelle relative al postpartum sono lievemente inferiori a quelle di O'Hara e Swain (1996) (7,2%; 95% IC: 3,7-10,7%) e significativamente inferiori a quelle di Gaynes (2005) (6,5-12,9%). Incidenza e nuovi casi di depressione non sono riportate in altri studi.

Possiamo ipotizzare che uno screening precoce della sintomatologia depressiva in gravidanza, unito alla presa in carico delle donne a rischio, costituisca un efficace strumento di prevenzione della depressione postpartum.

Depressione tra le madri adolescenti e esiti nei figli: predittori, sfide e strategie di cura

A. Graziottin

Centro di Ginecologia, H. San Raffaele Resnati, Milano

Il fine di questo studio è stato quello di analizzare i fattori predittivi di vulnerabilità alla depressione in gravidanza e postpartum, le comorbilità mediche e psicosessuali ed i rischi per il bambino.

Ci si è rifatti all'analisi della letteratura e all'esperienza clinica dell'Autrice.

I fattori predittivi di depressione postpartum includono: depressione preesistente alla gravidanza; depressione in gravidanza; precedente trattamento per depressione; precedente sindrome premestruale; disturbi del sonno nel primo trimestre.

Altri fattori includono: la giovane età della donna, la modalità di concepimento ed il tipo di parto, le eventuali problematiche del bambino, l'essere immigrata, gli eventi della storia personale. Questi fattori agiscono scompensando la vulnerabilità della donna alla depressione post-partum per la brusca caduta dei livelli estrogenici, specie se esiste una predisposizione neurobiologica ai disturbi dell'umore.

Le comorbilità mediche includono l'anemia ferropriva, i disturbi del sonno, il DP e il DOC. La depressione aumenta significativamente ($p < 0,05$) la probabilità di una seconda gravidanza precoce nelle mamme adolescenti: il 57% (ri)concepisce entro i due anni.

Le conseguenze psichiche sul bambino sono molteplici: la madre è meno affettuosa e con minore reattività/responsività ai segnali del bambino, che determina frustrazione del bisogno di attaccamento del neonato e indebolisce la costruzione della sua personalità; la madre può manifestare ostilità o intrusività; c'è un significativo aumento di abuso fisico ($p < 0,001$), un aumento del 44% dei ricorsi al PS pediatrico per incidenti domestici, una riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni. Nel lungo termine il bambino può sviluppare problemi sia di tipo cognitivo che emotivo, con minore "competenza sociale" e minore QE.

La mamma adolescente non chiede aiuto: per l'effetto paralizzante della stessa depressione; perché è/o si sente sola; perché non sa a chi rivolgersi e non conosce la depressione puerperale, per la paura della stigmatizzazione sociale; per isolamento culturale. È quindi necessario superare la collusione del silenzio; curare la depressione; dare parole al dolore; promuovere una contraccezione efficace; migliorare l'aiuto ottenibile da famiglia e contesto psicosociale; aiutare la mamma nella cura del bambino per facilitare il processo di attaccamento e minimizzare i danni della depressione materna sul bambino.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA LEONARDO

SS3. Come cambia la psicopatologia quando cambia l'organizzazione dei servizi

COORDINATORE

P.M. Furlan

How the psychopathology changes with the organization of the service

J.A. Talbott

Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, USA

This contribution will deal with the psychopathology changes in three major components of the mental health system in the United States: 1) the Correctional System's Treatment facilities, 2) the State Mental Hospitals and 3) the Emergency Rooms. Most Americans recognize that there are 320,000 seriously mentally ill persons in the US Correctional System (local jails and state and federal prisons) versus fewer than 100,000 mentally ill persons in state mental hospitals. However, very few persons recognize that the growth of the population of mentally ill persons in state hospitals who are there on court orders or are sexual offenders has proceeded so rapidly that currently 60-80% of patients are such and between 2010 and 2020 there will be no room for non-court ordered patients from the community to be admitted. Finally, few also realize that Emergency Rooms and Departments are seeing more Co-existing Disorders, more Suicidal patients with Substance Abuse and more patients who are more severely ill referred by the police.

Changing times, changing psychopathology, changing knowledge and skills

A. Tasman

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville School of Medicine, Louisville, USA

This is an exciting time in the history of psychiatry, with advances in the field in every sector. Research advances in neuroscience, clinical treatments, and health care systems are being utilized to provide better services to patients and their families than ever before possible. In addition, global forces are affecting our field. Economic constraints keep many patients from receiving needed care, and inhibit our ability to develop integrated and comprehensive systems of care. The rise of immigration and mass movements of populations both within and across national boundaries, and the rise of easily accessible mass communications, have

all exerted an effect on the cultural and social milieu in which children develop and families function. All the factors noted above require an ongoing examination of the necessary knowledge and skills base necessary for the practice of psychiatry, and also influence the content of our psychiatric education programs at both the medical student and post graduate levels. This presentation will argue for the preservation of a biopsychosocial model of understanding and treatment formulation. The author will make suggestions for how to approach this goal within presently developing new paradigms within psychiatry.

New environments, new disorders, new knowledge: psychiatric paradigms and the changing scene of contemporary psychiatry

A. Andreoli

Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise, Geneva University, Hospital Centre HCUG, Genève, Switzerland

Over the last years, wide acceptance of an empirical paradigm of mental disease has produced extensive data bases resulting in increased efficiency of diagnostic evaluation and treatment decision processes. While this work led to tremendous improvement of service management and treatment efficacy, recent scientific progress together with a changing environment and a new epidemiologic mix of mental disorders is become a major cultural challenge for further advance of both nosography and classification systems.

The present claim for an evidence based diagnostic consensus results indeed from well distinct epistemological backgrounds. On one side, the DSM evolution stems out from a purely phenomenological consideration of psychopathological constructs. This is a view of disease as an heterogeneous entity that is medical in terms of empirically grounded validity of a given syndrome, that is not identified, however, to a well structured real, concrete pathological process. The second one is widely confused with the so called neoKrapelinian stance: while sharing the same claim for scientific foundation, this model calls for no difference between neurological illness and mental disorder, medical pathology and psychiatric etiopathogenesis. Both diseases are considered as real categorical entities, assuming the concrete

foundation of the disorder in a biologic process whose existence is granted for good.

This controversy is not just a matter of psychopathological debate. While clinical research and academic psychiatry put an increasing emphasis on those severe chronic disorders that are less difficult to understand from a classic medical point of view, professional psychiatry is coping with a new acute psychiatric patient meeting criteria for several disorders and presenting with a complex scenario of emotional dyscontrol, behavioural abnormalities and transient, polymorphic symptoms. Moving from psychiatric hospital and community services into the interdisciplinary scene of the general hospital, psychiatry is simultaneously asked to respond the every day private madness of neurosis, psychosomatic disorders and that unique mix of affective disorders and trauma related conditions calling for non linear processes and distinct independent causal factors. Extending toward this field the scientific understanding of mental disease is the actual most important challenge to all of us that are involved in the everyday management of the real patient.

This intriguing issue also challenges contemporary psychiatry to translate recent progress in basic comparative neuroscience and brain-mind relationships into a new paradigm of the mental patient and its disorders. Beyond the classic opposition of mechanistic, empirical and speculative psychopathology, the present report will question which integrative approach to psychiatric classifications may bridge basic science and clinical wisdom considering the several distinct effective ingredients of valuable treatment and efficient service management.

Cure psichiatriche centrate sul territorio e differenze psicopatologiche nei giovani utenti

P.M. Furlan

Dipartimento di Salute Mentale, Ospedale San Luigi Gonzaga, ASL TO3, Università di Torino, Orbassano (TO)

Sebbene la riforma psichiatrica italiana abbia ormai 30 anni, il reale processo di implementazione e di trasferimento di responsabilità per la cura psichiatrica dall'ospedale psichiatrico ai servizi territoriali è partito in momenti diversi nelle varie regioni italiane e questo ha determinato alcune ripercussioni.

I 221 dipartimenti di salute mentale furono effettivamente attivati solo intorno alla fine degli anni novanta (compresi i dipartimenti universitari).

Sebbene considerevoli cambiamenti siano evidenti nella tipologia dei pazienti e nella domanda di cura, fattori sociali, economici e storici rendono estremamente complessa un'analisi comparativa.

Dobbiamo centrare l'attenzione sui cambiamenti dei comportamenti dei pazienti, delle diagnosi cliniche e delle risposte di cura, ma visto il breve lasso di tempo dall'effettiva implementazione della riforma, non siamo ancora in grado di comprendere se ciò che appare talvolta come una modificazione strutturale delle categorie patologiche non sia condizionato da artefatti di natura logistica, strutturale e funzionale.

Questo lavoro si propone di descrivere e discutere alcuni esempi specifici dei cambiamenti: circa metà dei primi ricoveri in reparto ospedaliero di pazienti con disturbo schizofrenico sono relativi a persone che hanno fatto uso di sostanze illegali nella settimana precedente; il 60% dei ricoveri in SPDC sono in regime volontario (40 anni fa tutti i ricoveri erano in regime obbligatorio); soltanto il 3% degli interventi a carico dei servizi di emergenza medica (pronto soccorso?) nella città di Torino (circa 1 milione di abitanti) sono etichettati come interventi psichiatrici e circa il 45% delle richieste da parte dello staff medico in Pronto Soccorso per un intervento dello psichiatra di guardia non sono etichettate come psicopatologiche.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MICHELANGELO

SS4. Esperienze soggettive ed esordio della schizofrenia

COORDINATORI

F.M. Ferro, C. Maggini

Prevention of early psychosis and schizophrenia based on the assessment of basic symptoms

J. Klosterkötter

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Germany

The basic disorder concept of schizophrenia developed by Gerd Huber in his research on the course of the illness over many years led to the assumption that the relevant diagnostic psychotic symptoms regularly develop from basic symptoms.

Thus, implicating that at first defined transition sequences could be found, secondly, the initial basic symptoms were predictive for the psychotic symptoms at the end of these sequences and thirdly, effective treatment of the initial basic symptoms would enable an indicated prevention of psychotic first episodes.

In the Bonn Transition Sequences (BTS) Study, 121 patients with paranoid schizophrenia were examined with BSABS and PSE-9 regarding the development of psychotic symptoms from basic symptoms. The subsequent Cologne Bonn Early Recognition (CER) Project, a prospective follow up-study over nearly 10 years, examined whether the basic symptoms found at the beginning of the transition sequences were in fact predictive for first episode psychosis. Within the German Research Network Schizophrenia, in the next step, a special psychological early intervention program was developed and examined in a randomized controlled clinical trial on 130 patients with initial basic symptoms.

In the BTS typical, regular symptom sequences from self-experienced cognitive disturbances to illusionary perceptions, verbal hallucinations and of being influenced experiences were found. In the CER study a positive predictive power from 70 to 90% as well as a low rate of false positive predictions of under 10% could be proven for the initial basic symptoms. In the early intervention study significantly fewer transitions to psychotic first episodes in the experimental group were shown with the developed cognitive behavioural treatment.

The results support the assumption that the three initially mentioned assumptions were correct and that the basic disorder concept can be further developed to a promising early recognition and prevention program for schizophrenic disorders.

References

- Klosterkötter J. *The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome.* Jpn J Psychiatry Neurol 1992;46:609-30.
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase.* Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
- Ruhrmann S, Bechdolf A, Kühn KU, Wagner M, Schultze-Lutter F, Janssen B, et al. *Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis.* Br J Psychiatry Suppl 2007;51:s88-95.

Self-disturbance as a phenotypic marker of vulnerability to schizophrenia and other psychotic disorders: background and study design

B. Nelson, A.R. Yung

ORYGEN Youth Health Research Centre, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Australia

Recent years have witnessed widespread interest in the early phase of schizophrenia and other psychotic disorders. Strategies have been introduced to attempt to identify individuals in the pre-psychotic or prodromal phase. The most widely used of these approaches is the "ultra-high risk" (UHR) approach, which combines known trait and state risk factors for psychotic disorder. Phenomenological research indicates that disturbance of the basic or "minimal" sense of self may be a core marker of psychotic vulnerability, particularly of schizophrenia spectrum disorders. Disturbance of basic self-experience involves a disruption of the sense of agency and ownership of experience. Identifying self-disturbance in the UHR population may provide a means of further "closing in" on individuals truly at high risk of psychotic disorder, thus supplementing the UHR identification approach. This would be of practical value in the sense of reducing inclusion of "false positive" cases in ultra-high risk samples, and of theoretical value in the sense of shedding light on core features of psychotic pathology. The strong explanatory power and empirical findings to date invite further research into the role of self-disturbance as a phenotypic vulnerability marker for psychotic disorder. The presentation will outline a research project currently underway at the PACE clinic that aims to assess the role of self-disturbance in first episode psychosis and as a predictive variable within the UHR population.

Riflessioni psicopatologiche ed evidenze nello studio dei meccanismi dell'intersoggettività

F.M. Ferro

Professore di Psichiatria, Università G. D'Annunzio di Chieti

L'attenzione agli "esordi" è al centro della attuale riflessione psicopatologica sulla "schizofrenia" e sulle psicosi. Si è delineata nella linea aperta da Kurt Schneider, nell'intento di cogliere i sintomi primari ed essenziali, i veri elementi costitutivi e fondanti dei quadri. La scuola di Bonn si è poi impegnata a identificare "fenomeni di base" che anticipano i "sintomi" e a definire l'iter di passaggio tra fenomeni e sintomi (J. Klosterkotter). Queste turbe dell'intersoggettività e della condivisione nell'esperienza del mondo e nelle relazioni interpersonali rappresentano una condizione di "vulnerabilità" e rivelano percorsi verso l'evidenza clinica delle psicosi (J. Parnas). Rilievi psicopatologici e letture fenomenologiche concordano con le riflessioni psicoanalitiche: i "fenomeni di base" indicano la presenza di lacune precoci nello sviluppo del Sé (E. Gaddini), "aree traumatiche" (A. Correale) l'attualizzazione delle quali, nella dialettica struttura-evento, si palesa come destrutturazione dell'identità.

Nel precisare lo studio degli "esordi", abbiamo considerato ricerche alla base di molteplici aspetti impliciti dell'intersoggettività, in particolare le evidenze, raccolte nel corso dell'ultimo decennio, circa il ruolo rilevante del sistema dei "neuroni specchio": sistema attivo nella comprensione delle azioni altrui, e coinvolto durante la percezione di stimoli emozionali (disgusto, dolore). Alla base dell'intersoggettività è un meccanismo funzionale comune, la simulazione incarnata (Embodied Simulation, ES, V. Gallese): il ruolo ipotizzato dell'ES nella comprensione sia delle azioni sia delle emozioni altrui suggerisce che eguale meccanismo possa essere alla base dell'integrazione di questi due tipi di informazione. Scopo della nostra ricerca è verificare la presenza di alterazioni nei meccanismi di rispecchiamento nelle psicosi, patologie che presentano, tra le caratteristiche essenziali, difficoltà nell'empatizzare con gli altri e nel decodificare correttamente gli stimoli provenienti dal mondo esterno. Studi sperimentali hanno evidenziato in pazienti "schizofrenici" disturbi relativi alla consapevolezza delle proprie azioni e del senso di agente (Daprati et al., 1997) e una riduzione della facilitazione motoria rispetto ai controlli durante l'osservazione delle azioni (Fadiga et al., 1995).

Sul piano del "metodo" tali ricerche presentano una peculiarità inedita: la possibilità di far convergere, in una lettura critica e senza riduzionismi, osservazioni di fenomeni nel rispetto del loro essere soggettivi, "vissuti" nell'accezione fenomenologica e psodinamica.

Il campione dello studio è costituito da soggetti con esordio psicotico, paragonati ad un gruppo di control-

lo sano, selezionati sulla base della scala SPI-A per la valutazione dei "sintomi di base". Tutti i soggetti, dopo un'attenta valutazione diagnostica e psicopatologica, hanno effettuato due esperimenti di Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), volti l'uno a valutare i meccanismi di rispecchiamento motorio e delle emozioni e l'altro i meccanismi di rispecchiamento visuo-tattile. Gli studi funzionali sono stati completati da paradigmi comportamentali atti a valutare la modulazione del sistema motorio attraverso il linguaggio e l'interazione sociale (analisi del Feeling Behaviour).

Risultati preliminari nei soggetti sani hanno mostrato una modulazione del segnale BOLD in alcune aree corticali legata al contesto emotivo nel quale l'azione osservata veniva compiuta. Di contro, i risultati preliminari nei pazienti affetti da psicosi hanno mostrato un'assenza di modulazione nelle suddette aree.

Questi risultati aprono nuove possibilità di indagine dei meccanismi d'integrazione affettivo-motoria sia nei soggetti sani che nei pazienti schizofrenici e la possibilità di correlare alterazioni funzionali a specifici aspetti psicopatologici.

Autocentralità e psicosi

C. Maggini

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

Il fenomeno dell'autocentralità denota una modificazione qualitativa dell'esperienza soggettiva rilevabile non solo nella fase prodromica e di esordio della psicosi, ma anche in fase post-psicotica. Detto fenomeno può essere affidabilmente esplorato in quanto operazionalizzato nella scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base.

L'autocentralità nelle sue manifestazioni oltre ad essere un organizzatore dell'esordio psicotico e del decorso della psicosi, nelle sue manifestazioni subapofoniche connota l'esperienza di soggetti con disturbo schizotipico di personalità e dei familiari di primo grado di schizofrenici (correlato ad un alto grado di tratti schizotipici), nei quali si propone come un indicatore di tratto di vulnerabilità schizotropica.

L'analisi psicopatologica dell'autocentralità è promettente sia in termini clinico-terapeutici (indice di esordio o di ricaduta psicotica; possibilità di instaurare un precoce intervento terapeutico), che in termini di ricerca della psicopatologia schizotipica e schizofrenica. I disturbi dello "spazio interpersonale" (nelle fasi pre-post-psicotiche e nelle personalità schizotipiche) sono ad oggi insufficientemente caratterizzati dalla nozione di "alterato contatto interpersonale", che primariamente focalizza gli aspetti minus-astenici del deficit interpersonale e trascura il potenziale effetto di esperienze inerenti all'autocentralità (autoriferimento) indicative dell'incapacità di tenere il mondo a distanza.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA TIZIANO

SS5. Aspetti biologici e clinici delle dipendenze patologiche

COORDINATORI

M. di Giannantonio, D. La Barbera

Why is it so hard for the addicted brain to just say no?

N.D. Volkow

Director, National Institute on Drug Abuse, NIH, Bethesda

Addiction is a disorder that involves complex interactions between a wide array of biological environmental and developmental variables. Studies employing neuroimaging technology paired with sophisticated behavioral measurement paradigms have led to extraordinary progress in elucidating many of the neurochemical and functional changes that occur in the brains of addicts. Although large and rapid increases in dopamine have been linked with the rewarding properties of drugs, the addicted state, in striking contrast, is marked by significant decreases in brain dopamine function. Such decreases are associated with dysfunction of prefrontal regions including orbitofrontal cortex and cingulate gyrus. In addiction, disturbances in salience attribution result in enhanced value given to drugs and drug-related stimuli at the expense of other reinforcers. Dysfunction in inhibitory control systems, by decreasing the addict's ability to refrain from seeking and consuming drugs, ultimately results in the compulsive drug intake that characterizes the disease. Discovery of such disruptions in the fine balance that normally exists between brain circuits underlying reward, motivation, memory and cognitive control have important implications for designing multi-pronged therapies for treating addictive disorders.

The dark side of addiction: role of the brain stress systems

G.F. Koob

University of California, San Diego, CA

The conceptualization of drug addiction as a disorder that moves from an impulse control disorder to a compulsive disorder to produce excessive drug intake provides a heuristic framework with which to identify the neurobiological and neuroadaptive mechanisms involved in addiction. Compelling evidence exists to show that the brain stress and anti-stress systems, a heretofore largely neglected component of dependence and addiction, play a key role in engaging the transition to dependence and maintaining dependence once initiated. Compulsive drug use has been linked to recruitment of

the brain stress systems such as corticotropin releasing factor, and norepinephrine in the amygdala. Dependence from all major drugs of abuse, produces increases in reward thresholds, increases in anxiety-like responses and increases extracellular levels of CRF in the central nucleus of the amygdala. CRF and NE antagonists block excessive drug intake produced by dependence. A brain stress response system is hypothesized to be activated as part of an anti-reward system that begins with acute excessive drug intake, and has a critical role in the compulsivity associated with the loss of control over drug seeking behavior. Brain anti-stress systems such as NPY, also in the amygdala, are hypothesized to be impaired in buffering the activation of the brain stress systems in the context of addiction. Understanding the role of the brain stress and anti-stress systems in addiction provides novel targets for treatment and prevention of addiction and insights into the organization and function of basic brain emotional circuitry.

Recreational drugs; clinical pharmacology and psychopathological issues related to their use

F. Schifano

Professor, St George's University of London, Division of Mental Health-Addictive Behaviour

Durante la presentazione, verrà affrontato il problema dell'abuso di sostanze ricreative, un fenomeno spesso legato alla slatentizzazione di elementi di tossicità comportamentale. Per ogni sostanza, o gruppo di sostanze (ecstasy, cocaina, metamfetamina, LSD, DMT, ketamina, PCP, flunitrazepam, eco-droghe), verranno descritti elementi di natura epidemiologica, farmacologica e clinica. Infine, verranno illustrati sia i parallelismi che le differenze nell'organizzazione dei servizi di salute mentale e delle tossicodipendenze inglesi e italiani.

La valutazione delle spettro impulsivo-compulsivo nelle dipendenze

V. Caretti

Cattedra di Psicopatologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

La letteratura recente sui fenomeni del craving nelle dipendenze patologiche ha messo in evidenza la natura

compulsiva dell'assunzione di sostanze, associata all'inadeguato controllo dell'uso della sostanza stessa e, pertanto, nell'Addiction i fenomeni della compulsività e dell'impulsività vengono di fatto a sovrapporsi.

Impulsività e compulsività rappresentano le variabili di un continuum che va dalla tendenza alla sovrastima del pericolo e all'evitamento del rischio da un lato, a una ridotta percezione della pericolosità con un'elevata ricerca del pericolo dal lato opposto.

I disturbi compulsivi si caratterizzano per una spiccata avversione del rischio e per alti livelli di ansia anticipatoria (DOC, dismorfismo corporeo, anoressia nervosa, disturbo da depersonalizzazione, ipocondria).

I disturbi impulsivi si caratterizzano, invece, per la presenza di comportamenti volti alla ricerca del rischio, con ridotta capacità di evitamento del pericolo e scarsa ansia anticipatoria (disturbi del cluster B dell'asse II del DSM-IV, disturbi del controllo degli impulsi, parafilie). In particolare questi disturbi sono caratterizzati da com-

portamenti di ricerca del piacere nonostante le possibili conseguenze negative.

Entrambe le classi di disturbi riguardano, comunque, l'incapacità di ritardare o di inibire la messa in atto di comportamenti che tendono ad essere ripetitivi, in quanto la funzione principale è quella di ridurre l'ansia generalizzata e i vissuti disforici associati a emozioni non mentalizzabili.

Vengono presentati in questa comunicazione dati di ricerca, rilevati per mezzo di un nuovo strumento di screening, la XS-30 (Impulsivity-Compulsivity Spectrum Scale 30 Item: V. Caretti, G. Craparo, A. Schimmenti, 2008), per la valutazione dello spettro impulsivo-compulsivo nei comportamenti additivi.

I risultati evidenziano, in campioni clinici di soggetti addict e nella popolazione generale, correlazioni positive tra i comportamenti impulsivo-compulsivi, le esperienze traumatiche, la disregolazione affettiva, la vergogna e la dissociazione.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MICHELANGELO

SS6. Recenti progressi nella psicopatologia dello sviluppo

COORDINATORE

E. Caffo

Early Onset Disruptive as a Model for Studying the Developmental Psychopathology of Lifespan Disorders

B.L. Leventhal

Institute for Juvenile Research, The University of Illinois, Chicago, IL

The diagnosis and treatment of early onset psychiatric disorders has faced enormous challenges. Among these have been the lack of methods for early diagnosis and the lack of developmental specificity for the diagnostic criteria. With the exception of Autistic Disorder, the capacity to demonstrate continuity between early diagnosis and later development of disorder has been established; however, for other syndromes this has proven to be more difficult.

Recent studies of Autism and Disruptive Behavior Disorders will be used to examine the capacity for early diagnosis, using developmentally-sensitive criteria, and syndromal continuity across the lifespan.

Using disruptive behavior as a paradigm, recent clinical studies have been undertaken to identify symptoms of child and adolescent disorders in a pre-school population. Data will be used to demonstrate the capacity to create diagnostic criteria for early onset disruptive be-

havior disorders. And, then, using these criteria, standard diagnostic instruments have been constructed, including structured diagnostic observation, for use in pre-school age children. With this capacity, continuity of early onset syndromes with disruptive behavior disorder in later childhood have demonstrated thus providing indicators of diagnostic continuity across broader age ranges.

Studies in developmental psychopathology are beginning to demonstrate the valuable tools for the reliable and valid diagnosis of disruptive behavior disorders in pre-school age children. This work opens the door for understanding the early symptoms and developmental course of psychopathology throughout the lifespan.

Diagnosis of mental, behavioral and developmental disorders in children and adolescents

J.F. Leckman

Child Study Center, Yale University

The extant major psychiatric classifications – DSM-IV and ICD-10 – are largely atheoretical and descriptive. While this achieves good reliability, the validity of a medical diagnosis is greatly enhanced by an understanding of etiology. Revisions of DSM-IV are well un-

derway. Despite rapid advances in genomics, neuroimaging, the developmental neurosciences, and informatics, we remain largely ignorant of the causal pathways leads to pediatric onset mental disorders. Indeed, with the exception of a few developmental disorders, such as Rett's syndrome and Fragile X syndrome, it appears that the majority of these disorders are complex in character with a multiplicity of genes and environmental factors playing a causal role. Recent scientific discoveries have also shed light on the importance of early parental care and its enduring effects on gene expression through epigenetic mechanisms. Other advances in genetics and neuroimaging have reinforced the view that the onset of symptoms may not indicate the true beginning of the illness and that symptoms may appear long after the causal processes leading to mental illness are well underway. Although science is advancing, more data are needed before a major restructuring of DSM-V will be justified. Consequently, DSM-V will likely be a refinement of DSM-IV without radical changes. While no final decisions have been made, there will likely be a concerted effort to make DSM-V more dimensional and developmental in character through the use of an overarching meta-structure and a greater use of dimensional specifiers and scales. Areas of active debate within the Childhood Disorders Workgroup include how best to refine the criteria for pediatric bipolar disorder; how best to identify chronically irritable and disruptive children without episodes of mania; how to include adolescents with non-suicidal self-injury; the criteria for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults; and the interface of ADHD with autism spectrum disorders and intellectual disabilities.

Promuovere la resilience e la salute mentale nei bambini e negli adolescenti

E. Caffo

Università di Modena e Reggio Emilia

Recenti stime indicano che almeno un bambino su quattro soffre di un disturbo mentale. Simili dati sono stati riportati dall'OMS, che indicano come nel mondo fino al 20% dei bambini e degli adolescenti soffra di un disturbo mentale che comporta un danno funzionale: un adolescente su cinque presenta difficoltà evolutive, emozionali e comportamentali, mentre un adolescente su otto soffre di un vero e proprio disturbo mentale.

Al di là della sofferenza individuale, dello stigma e della discriminazione, un disturbo mentale può avere un elevato impatto in termini di costi sanitari, ridotta (o perduta) capacità lavorativa, costi giudiziari e sociali.

Ad esempio, è noto che i disturbi della condotta e comportamentali in età evolutiva se non adeguatamente presi in carico comportano con il passare degli anni un costo elevato a carico del sistema educativo e di quello giudiziario.

Le dimensioni del fenomeno – così come la limitatezza

delle risorse destinate alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, e la scarsa disponibilità di servizi – indicano la necessità di investire in interventi preventivi capaci di promuovere il benessere dei bambini, potenziando i fattori protettivi e riducendo i fattori di rischio. È stata effettuata un'analisi della letteratura sui principali database (Medline, PsycARTICLES e Cochrane Controlled Trials Register) in merito all'efficacia degli interventi preventivi dei disturbi mentali in età evolutiva.

Numerose review e metanalisi hanno dimostrato che i programmi preventivi rivolti a bambini e adolescenti producono significativi benefici, riducendo le difficoltà comportamentali, accademiche e sociali (e dunque i costi ad esse correlati) e promuovendo il benessere mentale. Le evidenze presentate mostrano l'esistenza di programmi preventivi di dimostrata efficacia e forniscono un fondamento ed un supporto per una loro implementazione, all'interno di un più ampio spettro di interventi rivolti a bambini e adolescenti.

L'Autore presenterà anche la Carta di Firenze – firmata durante l'ultimo congresso della Società Europea di Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (ESCAP) – che evidenzia la necessità di un maggiore legame tra i risultati della ricerca e le modalità di intervento dei servizi di cura per bambini e adolescenti.

L'approccio diagnostico integrato nei disturbi pervasivi dello sviluppo: da un nuovo protocollo di valutazione neuropsicomotoria al trattamento riabilitativo

M. Gandione, D. Siravegna, R. Rigardetto, G. Geninatti Neni*, E. Ferrando*, S. Bazzini*

*Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Università di Torino; *S.C. di Neuropsichiatria Infantile, ASL 1 Torino*

I disturbi pervasivi di sviluppo (DPS) presentano una fenomenologia clinica estremamente complessa ed articolata che richiede un approccio diagnostico multidisciplinare ed integrato specificamente mirato alle esigenze di ciascun paziente. Nell'ambito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio che pratichiamo routinariamente ai nostri pazienti desideriamo focalizzare l'attenzione sugli strumenti operativi che meglio consentono un'approfondita comprensione degli aspetti cognitivi, comunicativi, affettivo-relazionali e neuropsicomotori peculiari di ciascun paziente. Nella nostra esperienza una valutazione obiettiva delle competenze cognitive e delle funzioni neuropsicomotorie costituisce un prerequisito fondamentale sia nella programmazione dell'intervento riabilitativo che nella verifica dei risultati. In questa ottica abbiamo elaborato un protocollo diagnostico (scala di rating) il cui fine è di definire lo "stile neuropsicomotorio" del singolo bambino, allo scopo di identificare le abilità neuropsicomotorie disponibili, evidenziare le eventuali disfunzioni e la loro ricaduta sulla sintomatologia autistica nel suo complesso e

di conseguenza pianificare l'intervento terapeutico più appropriato.

Nel contesto del setting neuropsicomotorio il protocollo valuta con parametri quantitativi l'abilità del bambino a risolvere problemi e lo stile comunicativo e relazionale nell'approccio all'ambiente e agli oggetti.

L'applicazione della scala su un'ampia casistica ha dimostrato la sua validità a livello diagnostico.

Nell'attuale contributo ci proponiamo di verificare l'uti-

lità e la validità della scala quale strumento di monitoraggio del trattamento riabilitativo neuropsicomotorio a breve e medio termine in un campione di soggetti seguiti presso la Neuropsichiatria Infantile dell'ASL 1 di Torino.

Si valuterà inoltre la potenziale utilità prognostica della scala confrontando le previsioni evolutive al momento dell'assessment con i risultati ottenuti in termini di punteggio nel corso del trattamento.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TIZIANO

SS7. Il continuum psicotico: dai modelli teorici a quelli diagnostici

COORDINATORE

A. Rossi

The continuum of psychosis: and its origin in terms of the A-P and L-R brain axes in the "big hominid bang"

T.J. Crow

SANE POWIC, Warneford Hospital, Oxford, UK

According to Paul Broca cerebral asymmetry ("the torque") is the defining feature of the human brain. Yakovlev & Rakic described a deviation from right frontal to left occipital but in 1839 Gratiolet had reported that the gyri of the left frontal lobe developed earlier than the right and the right occipital earlier than the left.

What is the anatomical nature of the torque? It now appears that it represents a surface area and not a volume phenomenon – the cortex is thinned and broadened on one side relative to the other and this asymmetry is present in the human but not the chimpanzee brain.

In post-mortem brain of patients with schizophrenic psychoses deviations in asymmetry have been found in the structure of the temporal horn, gyri of heteromodal association cortex, and cell content of dorsolateral prefrontal cortex. In bipolar disorder specific anomalies are limited to the left frontal and right occipital regions, ie Gratiolet in the torque.

Thus the key structural changes can be seen as deviations of the sex dependent cerebral torque in both bipolar and schizophrenic illnesses. The five syndromes of psychosis (positive, negative, disorganised, mania, and depression) can be formulated as relating to the 4 quadrant structure of heteromodal association cortex and the 2 axes (antero-posterior and left-right) of the human brain.

References

Broca P. *Rapport sur un memoire de M. Armand de Fleury intitulé: De l'inegalité dynamique des deux hemisphères cérébraux*. Bulletins de l'Academie de Medicine 1877;6:508-39.

Gratiolet P, Leuret F. *Anatomie comparé du système nerveux, considérée dans ses rapports avec l'intelligence*. Paris: J.B. Baillière et Fils 1839.

Yakovlev PI, Rakic P. *Patterns of decussation of bulbar pyramids and distribution of pyramidal tracts on two sides of the spinal cord*. Am Neurol Assoc 1966;91:366-7.

Rethinking psychosis

N. Craddock

Cardiff University, Cardiff, UK

It has been conventional for psychiatric research, including the search for predisposing genes, to proceed under the assumption that schizophrenia and bipolar disorder are separate disease entities with different underlying etiologies. These represent the traditional dichotomous classification of the so-called "functional" psychoses and form the basis of modern psychiatric diagnostic practice. Recently positive findings have been emerging in molecular genetic studies of psychoses. However, the pattern of findings shows increasing evidence for an overlap in genetic susceptibility across the traditional classification categories – including association findings at DISC1 and NRG1. Genome-wide association studies (GWAS) now provide greater power to explore the relationship between mood and psychotic illness. Within the context of the Wellcome Trust Case Control Consortium (WTCCC) we have studied 2700 mood-psy-

chosis cases and 3000 controls and several other large-scale studies have been undertaken, including studies of structural genomic variation. The emerging evidence suggests the existence of relatively specific relationships between genotype and psychopathology. For example, in our dataset variation at GABA_A receptor genes is associated with susceptibility to a form of illness with mixed features of schizophrenia and bipolar disorder. Genome-wide significant associations at CACNA1C in bipolar disorder and ZNF804A in schizophrenia show evidence for a contribution to susceptibility across the traditional diagnostic boundaries. The elucidation of genotype-phenotype relationships is at an early stage, but current findings highlight the need to consider alternative approaches to classification and conceptualization for psychiatric research rather than continuing to rely heavily on the traditional dichotomy. As psychosis susceptibility genes are identified and characterized over the next few years, this will have a major impact on our understanding of disease pathophysiology and will lead to changes in classification and the clinical practice of psychiatry.

Sulle tracce della schizotipia: contributi dagli studi su popolazione generale

A. Fossati, S. Borroni

Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Una importante quantità di evidenze supporta l'idea che la personalità schizotipica sia legata alla schizofrenia attraverso processi genetico/famigliari ed evolutivi. Questo indica che la personalità schizotipica e la schizofrenia condividono una comune suscettibilità genetica (ossia, non direttamente osservabile). In quest'ottica, la ricerca sulla struttura della personalità schizotipica è potenzialmente importante poiché può essere d'aiuto nel comprendere in modo migliore la struttura latente dei disturbi dello spettro schizofrenico senza il confondimento del ruolo dei gravi sintomi psicotici.

In linea con i risultati delle ricerche sulla schizofrenia, precedenti studi di analisi fattoriale sulle caratteristiche del disturbo schizotipico di personalità (SPD) non supportano l'ipotesi dell'unidimensionalità del costrutto del SPD, ma forniscono risultati contrastanti rispetto al numero ed alla struttura dei fattori sottostanti le caratteristiche osservabili del SPD. Una seconda importante questione in questo campo è se la struttura della personalità schizotipica potrebbe essere meglio concettualizzata come un continuo (ossia come dimensionale) o come discontinua (ossia come tassonica) in natura. Sebbene i risultati sono coerenti nel supportare un modello tassonomico della personalità schizotipica, non possono essere considerati come definitivamente conclusivi.

Partendo da queste considerazioni, il presente studio mostrerà i risultati sulla struttura fattoriale delle caratteristiche del disturbo schizotipico di personalità e i risultati delle analisi MAXCOV sulle misure della schizotipia

in due campioni indipendenti di partecipanti italiani non clinici.

Il campione di adolescenti è composto da 929 studenti delle scuole superiori, mentre il campione di adulti è composto da 803 studenti universitari non laureati. L'analisi delle componenti principali ha confermato un modello a tre fattori della schizotipia che comprende un fattore cognitivo-percettivo, un fattore interpersonale ed un fattore disorganizzato. Le analisi MAXCOV sono risultate in linea con un basso tasso di tassonicità Approssimativamente del 10% solo nel gruppo degli studenti universitari; nel gruppo dei più giovani, le tre misure della personalità schizotipica non mostrano una chiara evidenza di tassonicità.

Questi risultati supportano l'ipotesi della struttura tassonica della personalità schizotipica solo nei partecipanti adulti, ma solleva questioni riguardo l'identificazione della schizotipia nei campioni di partecipanti più giovani.

La struttura latente, dimensionale, non tassonica dei sintomi psicotici in popolazioni cliniche e non

A. Rossi, E. Daneluzzo

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

La ricerca ha più volte dimostrato che la severità dei sintomi psicotici occupa un continuum, dai soggetti gravemente ammalati ai soggetti con disturbi schizotipici della personalità fino alla popolazione generale priva di diagnosi. Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che deliri ed allucinazioni vengono vissuti da una percentuale relativamente elevata di soggetti non affetti da psicosi clinica; inoltre, in tre diversi campioni di comunità la distribuzione dei sintomi positivi simil-psicotici a livello di popolazione sembra comunque indicare la presenza di un continuum.

In questo studio è stata utilizzata la versione validata italiana a 42 voci del CAPE (Community Assessment of Psychic Experiences) con 20 voci per i sintomi positivi, 14 voci per i sintomi negativi ed 8 voci per i sintomi depressivi. Sono stati raccolti i dati su 1323 soggetti (l'88,2% dei 1500 questionari somministrati), mentre in termini di mancata risposta parziale, le risposte non mancanti per tutte le 42 voci sono state 1245 per gli aspetti legati alla frequenza, e 1134 per quelli legati alla sofferenza. L'età media degli studenti è di $19,3 \pm 3,4$ (mediana 18, primo quantile 18, terzo quantile 19); 789 (59,6%) sono donne, 526 (39,8%) uomini ed 8 (0,6%) non hanno specificato il sesso.

Nello studio, grazie a potenti tecniche analitiche espressamente studiate, ovvero l'analisi tassometrica, il costrutto latente della psicosi in un campione di giovani studenti risulta coerente con una struttura latente dimensionale, non tassonica; in altri termini, l'esperienza dei sintomi psicotici, vagliata tramite uno strumento di auto-valutazione tra i giovani studiati, ha rivelato l'esistenza di differenze quantitative e non qualitative, ovvero la differenza

tra i punteggi CAPE sembra rappresentare una differenza di severità invece che di tipologia. La rappresentazione dimensionale del fenotipo della psicosi sembra dunque

indicare che la psicosi corrisponda alla variazione contemporanea di tre dimensioni sintomatologiche distinte e correlate: positiva, negativa e depressiva.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA LEONARDO

SS8. Evidenze di ricerca in suicidologia: utilità e limiti

COORDINATORE

R. Tatarelli

Evidence-Based Suicide Preventive Measures

J.J. Mann

Molecular Imaging and Neuropathology Division, Columbia University, New York State Psychiatric Institute, New York, USA

It is estimated that in 2002, there were an estimated 877,000 lives were lost worldwide through suicide.

Some nations have implemented national suicide prevention plans, generally involving several measures, little attention is paid to the most crucial step, namely a determination of relative effectiveness, and in particular, their relative efficacy, or impact on attributable risk is rarely evaluated. For that reason we review the effectiveness of specific suicide-preventive interventions so as to guide recommendations for future prevention programs and research. Education of physicians regarding the diagnosis and treatment of major depression and restricting access to lethal means were found to prevent suicide. Other methods including public education about suicide risk and prevention, screening programs and media education need more testing. Screening programs linked to evaluation and treatment show promise. Ascertaining which components of suicide prevention programs are effective in reducing rates of suicide and suicide attempt is essential in order to optimize use of limited resources.

Strategies in suicide prevention; an example from Sweden

D. Wasserman

Professor of Psychiatry and Suicidology at the Karolinska Institute, Head of the National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health (NASP) at Karolinska Institute and Stockholm County Council's Centre for Suicide Research and Prevention, Director of the WHO Lead Collaborating Centre of Mental Health Problems and Suicide Across Europe

Strategies in suicide prevention have developed throughout the years and progressed into conceptual models

that are defined by a set of restrictive definitions. The classical model is Primary/Secondary/Tertiary (PSTP), but new models like the Universal/Selective/Indicated (USI) have been developed.

Suicide was responsible for approximately 59 000 deaths in EU 27. Promoting of good mental health, early recognition and adequate treatment of people with mental disorders are the key measures in avoiding depression which is a common mental disorder and its complications such as suicide.

The Swedish National Suicide Prevention Program was first developed in 1995. The new National Suicide Prevention Programme developed in 2007/2008 proposes public health and health care strategies aiming at strengthening each other. This program has been ratified by the Swedish parliament in June 2008.

The following seven strategies have been pinpointed:

1. promote better life opportunities to support the groups that are most at need;
2. minimize alcohol consumption in target and high risk groups;
3. reduce the availability of means to commit suicide;
4. educate gatekeepers about effective management of persons with suicide risk;
5. support medical, psychological and psychosocial services in preventing suicide;
6. disseminate knowledge about evidence based methods for reducing suicide;
7. raise the competence of health care personnel;
8. systematically analyse all suicides which occur in the health care system; during care and 28 days after discharge from the hospital: "Lex Maria" regulation;
9. support voluntary organisations.

L'evidence-based in suicidologia e il gap con la pratica clinica

M. Pompili

Cattedra di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; McLean Hospital, Harvard Medical School, USA

L'evidence based-medicine è comunemente definita come "L'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso dell'evidenza attuale migliore nel decidere la cura dei singoli pazienti. La pratica della medicina basata sull'evidenza significa integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza clinica esterna disponibile dalla ricerca sistematica". La suicidologia, la disciplina dedicata allo studio scientifico del suicidio e alla sua prevenzione, deve ispirarsi ai principi dell'evidence-based per essere effettivamente in grado di divulgare i principi per la prevenzione del suicidio. Tali principi sono particolarmente preziosi in quanto un numero sempre crescente di testimonianze riferisce che nella pratica clinica quotidiana molti interventi sono basati sull' intuito e sull'arte di saper prevenire il suicidio dei singoli operatori; si tratta di un metodo spesso foriero di ripercussioni anche gravi. Nella cura di questi pazienti non solo spesso si trascura il corretto assessment del rischio di suicidio, ma vengono impiegati ogni tipo di provvedimenti privi di coerenza scientifica. Il gap tra l'evidence-based e la pratica clinica si riferisce al divario tra ciò che si suggerisce in letteratura e ciò che effettivamente è realizzabile nel (cosiddetto) "real world". Eppure, la prevenzione del suicidio necessita di semplici nozioni, di principi accessibili alla collettività e di obiezioni nei confronti della formazione scientifica continua (perché difficile e onerosa per tempo e risorse) poco si addicono alla suicidologia. Un altro aspetto controverso è il ruolo dell'autopsia psicologica nel fornire informazioni attendibili sulle caratteristiche dei soggetti suicidi. Ci sono

dati riportati in modo routinario nella letteratura provenienti dalle autopsie psicologiche che però nascondono delle limitazioni. Ad esempio, sebbene la comunicazione dell'intento suicidario sia frequente, recenti dati indicano che percentuali inferiori di soggetti lasciano intendere circa la loro intenzione. La letteratura suggerisce poi che circa il 90% dei soggetti che commettono il suicidio è affetto da un disturbo psichiatrico e la deduzione più semplice è che il suicidio sia un sintomo di quel disturbo. Ridurre il suicidio a sintomo di un determinato disturbo significa relagare il rischio che il paziente possa uccidersi in una posizione secondaria; non si può presupporre che trattando il disturbo nel complesso si abbia la sicurezza di agire concretamente sul rischio di suicidio. Un esempio è l'utilizzo del litio che sembra avere un'azione antisuicidaria indipendente da quella di stabilizzante dell'umore, suggerendo che nel paziente suicidario ci possa essere la dimensione dei sintomi psichiatrici distinta da quella della suicidalità. La letteratura suggerisce che c'è invece bisogno di un'indagine ad hoc composta da domande precise, valutazioni psicometriche ed interventi terapeutici specifici. Nel corso di questa relazione verranno esposti i principi dell'evidence-based medicine, la necessità di formare correttamente gli operatori della salute e il confronto tra ciò che spesso è in uso nella pratica clinica e ciò che invece dovrebbe essere migliorato in merito al rischio di suicidio. I principi importanti per la prevenzione del suicidio verranno presentati alla luce delle evidenze della ricerca sistematica.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MICHELANGELO

SS9. Neuroscienze e psichiatria 2009: quello che lo psichiatra deve sapere

COORDINATRICE

S. Galderisi

Research evidence applied to the clinical practice of psychiatry

M. Davidson

Department of Psychiatry, Tel-Aviv University

As medicine and magic began to slowly part ways in the Enlightenment era, scientific evidence became the driving force and currency of medicine. As scientific evidence was being defined, the newly established medical schools imparted this knowledge to their students. Those who mastered the evidence, and committed to adhere to it, became physicians who enjoyed public trust and the

statutory position that came with it. With some exceptions, the idea that scientific evidence should constitute the only foundation for medical practice has withstood the test of time and the occasional attacks, by well-meaning but naïve individuals as well as charismatic charlatans.

The principal stakeholders of clinical practice – consumers, practitioners, and providers of services and products – are all trying to influence the stream of evidence. The current debate on EBM focuses on what constitutes true and good scientific evidence, and how best to translate this evidence into clinical practice.

The main sources of evidence, academic-based investi-

gator initiated studies, pre and post-marketing industry-sponsored studies and publicly funded studies have all their limitations. Underpowered, biased and non-representative are only some of these limitations. However the main limitation has been how to apply the evidences gathered on populations and reflecting mean effects to the single, individual patient.

A number of large pragmatic trials have been conducted in schizophrenia and in affective disorders in the last few years however they did not add much clarity to the field nor did they affected prescribing practice in a meaningful manner. A number of hypothesis have been raised to explain this apparent paradox. The design of the trials have been criticized as both too pragmatic and too explanatory. Also it has been suggested that no matter how impeccable the trial is design conducted its effect on established clinical practice is limited because of the large biological heterogeneity inherent in the psychiatric classification.

The presentation will address some of the dilemmas related to translating clinical trial evidence into clinical practice

Genetica nei disturbi mentali: alcuni concetti utili

M. Battaglia

Università San Raffaele Milano

In questa presentazione cercherò di illustrare alcuni punti relativi all'ambito della genetica del comportamento applicati ai disturbi mentali che possono aiutare concettualmente lo psichiatra. In particolare verranno esposti alcuni rilievi riguardanti le nozioni di: 1) ereditabilità di un disturbo, 2) grandezza degli effetti genetici ed ambientali, 3) continuità e discontinuità degli effetti genetici ed ambientali nel corso della vita, 4) possibili effetti additivi ed interattivi tra fattori causali di natura genetica ed ambientale, 5) le possibili ricadute della genetica sulla nosologia psichiatrica.

Alla fine di questa presentazione il clinico dovrebbe avere acquisito alcuni strumenti utili a ponderare in modo realistico gli effetti genetici sui comportamenti patologici, il ruolo dei mediatori ambientali, e alcuni strumenti per potere informare in modo bilanciato e aggiornato i propri pazienti e i loro familiari su queste questioni.

Bibliografia

- Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, Ogliaeri A, Tambs K, Spatola CAM. *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;66:1-8.
- Kendler KS. *Reflections on the relationships between psychiatric genetics and psychiatric nosology.* Am J Psychiatry 2006;163:1138-46.
- Rutter M, Moffitt TE, Caspi A. *Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects.* J Child Psychol Psychiatry 2006;47:226-61.

The evolving limbic system and its relevance for neuropsychiatric understanding

M. Trimble

Emeritus Professor in Behavioural Neurology at the Institute of Neurology and Honorary Consultant Physician to the department of Psychological Medicine at the National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London

Our concepts of the limbic system have developed considerably in the last 30 years. A brief history of this development will be given, from the early work of Broca, to the development of the Papez circuit, through to the work of Paul MacLean, and Lennart Heimer. One of the crucial differences between our older ideas and newer ones, relate to the fact that it is now accepted that the main outflow of the limbic structures is not to the hypothalamus but to the basal ganglia. Knowing this anatomy sheds a completely different light upon the emotional circuitry of the brain, and indeed the very concept of the limbic system.

The clinical relevance of this will be shown by discussion of our understanding of the role of limbic structures in disorders ranging from schizophrenia to the psychopathology of Parkinson's Disease and Gilles de la Tourette Syndrome.

Deep brain stimulation has become of considerable interest as a method of treating intractable affective disorders. The presentation will briefly review the ideas behind deep brain stimulation, particularly for movement disorders, and then note the on-going work in depression. Video clips will be shown of patients who, during subthalamic stimulation for movement disorders, acutely develop disturbances of affect. This leads on to a consideration of the anatomical connections of the subthalamic nucleus, and their relationships to limbic system structures.

It will be concluded that our conceptions of "the emotional brain", have changed considerably owing to neuroanatomical studies of the last 30 years.

Neuroplasticità e psicofarmaci: realtà o fantasie?

L. Pani

Istituto Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano & PharmaNess Scarl, Parco Scientifico e Tecnologico della Sardegna, Pula (CA)

L'ipotesi neurotrofica delle patologie psichiche deriva principalmente dal ruolo del fattore BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) nella depressione, postulando che una perdita di BDNF è direttamente responsabile della patofisiologia della depressione al punto tale che si pensa come il ripristino dei livelli fisiologici di questo fattore di crescita neuronale possa essere alla base dell'efficacia terapeutica del trattamento con antidepressivi.

Tuttavia, mentre questa teoria possiede un considerevole supporto sperimentale, un numero altrettanto alto di studi clinici sostiene che non solo è contraddittoria, ma addirittura opposta all'ipotesi appena citata.

In questa relazione si cercherà di riassumere in modo critico gli studi clinici e preclinici che sono al centro di una polemica che, negli ultimi anni, è divenuta molto vivace.

Verranno valutati i risultati farmacologici, comportamentali e genetici che dimostrano i diversi ruoli, spesso in contrasto tra loro, che il BDNF possiede nella regolazione del tono dell'umore. Saranno quindi esaminati gli studi fondamentali che nell'uomo e nell'animale hanno descritto l'associazione di un polimorfismo di un singolo-nucleotide di BDNF (Val66Met) con la patogenesi della depressione e saranno elencate le contraddizioni presenti.

Si tratta, infatti, di un momento cruciale per rivalutare l'ipotesi originale del ruolo del BDNF (e accessoriamente di altri fattori neurotrofici) della depressione che va indirizzandosi verso lo sviluppo di nuovi modelli che

possano fornire delle ipotesi più valide per la comprensione dei complessi rapporti tra fattori di neurosviluppo, i disturbi dell'umore ed il loro trattamento.

Una possibilità è che il BDNF sia fondamentale per sostenere, al livello molecolare, la cascata di fattori che conferiscono stabilità e coerenza ai circuiti neuronali coinvolti nella depressione o in altre patologie in cui appaiono compromesse le funzioni cognitive e l'elaborazione emotiva degli eventi. In questo senso le apparenti contraddizioni potrebbero essere ricondotte ad una "teoria unificante" che tuttavia implica una revisione critica della nosografia corrente dei disturbi psichici.

Bibliografia

Groves JO. *Is it time to reassess the BDNF hypothesis of depression?* Mol Psychiatry 2007;12:1079-88.

Castren E, Voikar V, Rantamaki T. *Role of neurotrophic factors in depression.* Curr Opin Pharmacol 2007;7:18-21.

Nestler EJ, Carlezon Jr WA. *The mesolimbic dopamine reward circuit in depression.* Biol Psychiatry 2006;59:1151-9.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA TIZIANO

SS10. La depressione con rabbia e ostilità: psicopatologia, clinica e strategie terapeutiche

COORDINATORE

M. Biondi

Anger and hostile depression: psychopathology, clinical correlates and treatment strategies

M. Fava

Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

A number of phenomenologic studies have demonstrated the marked heterogeneity of unipolar depressive disorders. We have identified a subtype of depression characterized by the presence of irritability, hostility, and anger attacks.

These anger attacks are sudden spells of anger accompanied by symptoms of autonomic activation such as tachycardia, sweating, flushing, and tightness of the chest. They are experienced by depressed patients as uncharacteristic of them and inappropriate to the situations in which they occur. Approximately one third of depressed outpatients present with anger attacks. Patients with unipolar depression and anger attacks frequently experience significant anxiety and somatic symptoms, and are relatively more likely to meet criteria for avoidant, dependent, borderline, narcissistic,

and antisocial personality disorders than depressed patients without these attacks. Depression with anger attacks appears to be associated with diminished central serotonergic neurotransmission, as suggested by a blunted prolactin response to fenfluramine challenge compared to depressed patients without anger attacks. This subtype of depression is also associated with a greater number of white matter hyperintensities based on brain structural MRI studies. Anger attacks subside in 53 to 71% of depressed outpatients treated with antidepressants, and the degree of improvement in depressive symptoms after antidepressant treatment is comparable in depressed patients with and without anger attacks. In addition, the rate of emergence of anger attacks after treatment with antidepressants (6-10%) appears to be lower than the rate with placebo (20%). Finally, antidepressants that affect serotonergic neurotransmission, known to be involved in the modulation of aggressive behavior in animals and humans, may be particularly effective in this subtype of depression, but further studies are needed to support this hypothesis.

Le dimensioni psicopatologiche dei disturbi depressivi

M. Biondi

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

La Psichiatria fa tradizionalmente riferimento ad un indirizzo clinico-descrittivo e alle categorie nosografiche da esso derivate, sia nella prassi clinica che nella ricerca. L'osservazione clinica dei disturbi depressivi suggerisce che questi disturbi siano caratterizzati da diverse componenti, ed ogni quadro clinico differisce da un altro in funzione del prevalere delle componenti. Presso il nostro ambulatorio universitario sono stati effettuati studi su casistiche diverse di pazienti depressi, valutati con tre diversi strumenti psicometrici, ottenuti nell'ambito di un progetto di ricerca sulla psicopatologia dimensionale dei disturbi depressivi. Nel primo studio vengono presentati i dati ottenuti mediante la HAM-D a 17 item a 186 pazienti depressi unipolari ambulatoriali. Nel secondo studio, effettuato sempre su pazienti depressi unipolari, sono stati impiegati il MMPI-2 (n = 143), e la scala per la valutazione rapida dimensionale SVARAD (n = 380). Pur essendo due strumenti molto diversi, i risultati ottenuti in questo secondo studio sono molto simili, ovvero entrambi hanno mostrato la presenza di una componente di rabbia/aggressività in pazienti depressi. Per migliorare la specificità dei risultati ottenuti, abbiamo reclutato un nuovo campione composto esclusivamente da pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (n = 222) esenti da comorbidità in asse I e II del DSM-IV. I risultati ottenuti su questo campione sono analoghi a quelli precedentemente osservati. Questi dati sembrano suggerire l'esistenza di almeno tre dimensioni principali nei disturbi dello spettro depressivo: una di tipo "depressivo puro", una di "ostilità", ed una "ansiosa". Va notato come queste tre dimensioni emergano, in modo sufficientemente concorde, da studi condotti su campioni diversi, utilizzando metodologie di valutazione differenti: un questionario compilato del paziente (MMPI-2) e una scala per l'eterovalutazione delle condizioni psicopatologiche globali (SVARAD). Gli stessi risultati non sono stati ottenuti con la HAM-D 17-item, dalla quale emerge invece un modello a quattro fattori: un primo fattore definibile di "ansia psichica", un fattore di "ansia somatizzata", un terzo fattore interpretabile come "depressivo puro", ed un quarto fattore di minor importanza definito "gastrointestinale". Sebbene sia opportuno essere prudenti nel dedurre l'esistenza di dimensioni psicopatologiche in base a dati psicometrici, le implicazioni di questi risultati per la nosografia categoriale e per il trattamento dei disturbi depressivi meritano tuttavia di essere attentamente approfondite.

Anger attacks and male depression

D. Winkler

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria

Epidemiological studies show prevalence rates of depressive disorder to be twice as high in female than in male patients. On the other hand, suicide rates in males are higher in most countries than in females. Previous research suggests a gender dimorphism in depressive symptomatology: men suffer more frequently from lowered impulse control, symptomatic substance abuse, increased readiness to take risks, and the presence of anger attacks¹, which represent sudden spells of inappropriate anger with vegetative hyperarousal. Anger attacks are clinically important because they have a significant impact on clinical suffering, are associated with lower treatment adherence², have been shown to increase cardiovascular risk³, and have a deleterious impact on the well-being of patients' offspring⁴. Because of these reasons, it is important that clinicians are aware of anger attacks as an integral feature of depression, especially in men.

References

1. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. *Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome*. *Psychother Psychosom* 2005;74:303-7.
2. Mammen O, Shear K, Greeno C, Wheeler S, Hughes C. *Anger attacks and treatment nonadherence in a perinatal psychiatry clinic*. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:105-8.
3. Fava M, Abraham M, Pava J, Shuster J, Rosenbaum J. *Cardiovascular risk factors in depression. The role of anxiety and anger*. *Psychosomatics* 1996;37:31-7.
4. Alpert JE, Petersen T, Roffi PA, Papakostas GI, Freed R, Smith MM, et al. *Behavioral and emotional disturbances in the offspring of depressed parents with anger attacks*. *Psychother Psychosom* 2003;72:102-6.

Meccanismi neuro-endocrino-immunologici nella depressione

C.M. Pariante

Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

Questa relazione discute i meccanismi biologici della depressione, con particolare attenzione ad i meccanismi che coinvolgono l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene ed il sistema infiammatorio, ed in particolare al loro ruolo nella irritabilità durante la depressione.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MICHELANGELO

SS11. Eredità e ambiente nello sviluppo dei disturbi mentali

COORDINATORE
A. Siracusano

Stress and the HPA Axis Activity in the Developmental Course of Schizophrenia

E. Walker

Department of Psychology, Emory University, Atlanta

Diathesis-stress models of schizophrenia and other psychotic disorders have dominated theorizing about etiology for over three decades. More recently, with advances in our understanding of the biological processes mediating the effects of stress, these models have incorporated mechanisms to account for the adverse impact of stress on brain function. This review examines recent scientific findings on the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, one of the primary neural systems triggered by stress exposure, in the expression of vulnerability for schizophrenia. The results indicate that psychotic disorders are associated with elevated baseline and challenge-induced HPA activity, that antipsychotic medications reduce HPA activation, and that agents that augment stress hormone (cortisol) release exacerbate psychotic symptoms. The cumulative findings are discussed in light of a neural diathesis-stress model that postulates that cortisol has the potential to increase activity of dopamine pathways that have been implicated in schizophrenia and other psychotic disorders.

MAOA by Maltreatment Gene x Environment Interaction and Children's Behavior Problems

J. Kim-Cohen

Department of Psychology, Yale University

Although many physically maltreated children develop behavior problems, some maltreated children are resilient and avoid maladaptive outcomes. This study evaluated the role of a genetic variant in the monoamine oxidase A (MAOA) gene in predicting which children are vulnerable or resilient to the effects of physical abuse. Two methods were used. First, data analyses were conducted on a sample of 975 Caucasian 7-year-old boys in the Environmental Risk (E-Risk) Longitudinal Study. Mothers were interviewed about boys' lifetime experience of physical abuse and exposure to domestic violence. Mothers and teachers reported on boys' antisocial behavior, ADHD symptoms, and emotional difficulties, and a combined mental health index was created. DNA

samples were obtained from the boys via buccal swabs and genotyped for a repeat polymorphism in the promoter region of the MAOA gene. Second, a meta-analysis of 8 extant studies involving the MAOA-by-maltreatment gene-environment interaction was conducted.

In the E-Risk sample, maltreated boys carrying the low-activity MAOA polymorphism had significantly higher levels of mental health problems than maltreated boys carrying the high-activity polymorphism. An analysis of specific mental health subscales revealed that the pattern of this gene-environment interaction finding was similar for antisocial behavior, ADHD symptoms, and emotional difficulties. However, the interaction was significant only in predicting ADHD symptoms ($p = .01$). In the meta-analysis, the pooled estimate of the difference in correlations between the high- and low-activity MAOA groups indicated a small, but significant effect of 0.17 (95% CI: 0.09, 0.24; $p < .001$).

The results to date represent one of the most robust findings in human psychiatric genetics, and indicate that one reason why some maltreated individuals develop behavior problems while others do not may have to do with differences in underlying biochemistry and neurological functioning associated with a polymorphism in the MAOA gene.

Fattori di rischio psicosociale e antecedenti di asse I della schizofrenia e della depressione unipolare

A. Siracusano

Cattedra di Psichiatria, Università Tor Vergata di Roma, UO di Psichiatria, Policlinico di Roma, Tor Vergata

È inconsueto che lo psichiatra presti la dovuta attenzione agli antecedenti clinici durante l'età dello sviluppo, anche se tutti gli studi epidemiologici segnalano alte frequenze di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza dei pazienti adulti. Tesi centrale della relazione, in accordo con i principi della developmental psychopathology¹, è che il quadro clinico in età adulta sia in stretto rapporto con le configurazioni sintomatologiche che lo hanno preceduto durante l'età dello sviluppo, tanto da costituire dei percorsi, delle pathways, con una loro dignità psicopatologica².

A tale riguardo, sono presentati e discussi i più rilevanti dati del Rome Pathways Study, una ricerca in corso da 3 anni presso i reparti di degenza della no-

stra Clinica. Il confronto fra popolazione generale, pazienti unipolari, bipolari e dello spettro schizofrenico evidenzia un graduale e significativo incremento della frequenza di disturbi esternalizzanti e di enuresi durante l'età dello sviluppo man mano che si sale nella gravità della diagnosi. Anche i fattori di rischio psicosociale anteriori a 18 anni differenziano significativamente fra i gruppi, confermando i recenti dati di van Os³ e di Bebington⁴ sulla popolazione generale. Infine, si evidenzia una notevole specificità di fattori di rischio per le singole pathways (sia col confronto delle frequenze, sia con le regressioni logistiche), risultato che supporta l'euristicità del concetto di pathway e incoraggia il suo impiego come nuovo oggetto di studio.

Bibliografia

- 1 Rutter M. *Pathways from childhood to adult life*. J Child Psychol Psychiatry 1989;30:23-51.
- 2 Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. *Toward a comprehensive developmental model for Major Depression in women*. Am J Psychiatry 2002;159:1133-45.
- 3 Janssen I, Krabbendam I, Bak M., Hanssen M., Vollebergh W, de Graaf R, et al. *Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences*. Acta Psychiatr Scand 2004;109:38-45.
- 4 Bebington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. *Psychosis, victimisation and childhood disadvantage*. Br J Psychiatry 2004;185:220-6.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TIZIANO

SS12. Dimensioni psicopatologiche ed interventi terapeutici nella schizofrenia

COORDINATORE

A.C. Altamura

Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial

R.S. Kahn for the EUFEST study group

Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, Department of Psychiatry, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

A second generation of antipsychotics (SGA's) was introduced over a decade ago for the treatment of schizophrenia. However, despite a multitude of studies, their purported clinical superiority is still a matter of debate.

This open study, with 50 sites in 14 countries included 498 first-episode schizophrenia patients with minimal prior antipsychotic treatment. Follow-up was one year with treatment discontinuation as primary outcome. Secondary outcomes were (re)hospitalization rates, psychopathology, severity of illness, and measures of safety and tolerability. Patients were randomised to haloperidol (1-4 mg/d; n = 103), amisulpride (200-800; 104), olanzapine (5-20; 105), quetiapine (200-750; 104), or ziprasidone (40-160; 82). Analysis was by intention-to-treat. This study is registered as an International Standard Randomised Controlled Trial (ISRCTN68736636).

The proportions of patients who discontinued treatment within 12 months were 72% for haloperidol,

40% amisulpride, 33% olanzapine, 53% quetiapine, and 45% ziprasidone. Comparisons with haloperidol showed lower risks for discontinuation for amisulpride (hazard ratio [HR] 0.36, [95% CI 0.23-0.55]), olanzapine (HR 0.27 [0.17-0.42]), quetiapine (HR 0.49 [0.33-0.73]), and ziprasidone (HR 0.47 [0.29-0.76]). Patients on haloperidol showed similar improvements in psychopathology and in hospitalization rates but displayed more signs of parkinsonism and used more anticholinergics than patients treated with the other antipsychotics.

This pragmatic trial suggests that clinically meaningful long-term antipsychotic treatment is achievable in the first-episode of schizophrenia. However, due to the discrepancy in discontinuation rates and symptomatic improvement between haloperidol and the SGA's it cannot be concluded that SGA's are more efficacious than haloperidol in the treatment of these patients.

La dimensione disorganizzata della schizofrenia

C. Maggini

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

La tripartizione dimensionale della sintomatologia schizofrenica (psychomotor poverty, disorganization, reality distortion) ampiamente utilizzata nella ricerca (Liddle &

Barnes, 1990) è stata proposta anche nella clinica come alternativa alla sottotipizzazione categoriale della sintomatologia schizofrenica dal DSM-IV-TR (APA, 2000).

In larga misura trascurata rispetto alle dimensioni negativa e positiva, la dimensione disorganizzata sembra proporsi come un'area privilegiata per la riflessione psicopatologica e la ricerca di base. In questo senso depongono, tra gli altri, il rilievo della sua significativa associazione con indici fisiopatologici (increased global SPEM dysfunction) che ha indotto a considerarla la "central form of pathology in schizofrenia" (Kwang-Hyuk Lee et al., 2001), la sua documentata base genetica che ne fa un "useful alternative phenotype for genetic research" (Rietkerk et al., 2008), la sua peculiare configurazione sintomatologica subapofanica che offre la possibilità di cogliere aspetti fondamentali dell'"alienazione schizofrenica" (Blankenburg, 1998).

Questi rilievi che prospettano un ruolo significativo della dimensione disorganizzata nello studio delle basi biologiche, della genetica e della struttura psicopatologiche della schizofrenia non sorprendono se si pensa che il suo primo antecedente storico, l'Ebefrenia di Hecker (1871) ha rappresentato il modello concettuale della demenza precoce di Kraepelin.

Ulteriori prospettive nella clinica e nella ricerca potranno derivare dal ricorso a questa dimensione in una formulazione fenomenica e strutturale meno laconica e semplificata di quella attuale derivata dal ricorso ad una psicopatologia descrittiva obiettiva.

Cognitive dimension in schizophrenia

M. Davidson

*C. Sheba Medical Center Department of Psychiatry
Director Tel Aviv, Israele*

Because of its impact on the general social and vocational functioning, cognitive impairment has been at the forefront of schizophrenia research for the last 2 decades. The cognitive impairment precedes the onset of psychosis, persists after psychosis remits and is occasionally detected in non-psychotic first degree relatives of patients.

Before the emergence on the markets of SGA there was no consensus whether antipsychotic drugs improve or impair cognitive performance with mostly inconsistent and contradictory studies. The first wave of trials comparing SGA to FGA gave the former some small advantages in terms of cognitive performance. However this initial impression was not supported by a second wave of trials and by several large and independently funded trials.

The most recent trials indicate that all antipsychotics, first and second generation ones, are associated with small cognitive improvements but that there is no difference between FGA and SGA. A large number of factors might explain these results among which "practice effect" should not be overlooked. Most important it should be considered that antipsychotics have not been

screened or developed as pro-cognitive drugs, hence, the lack of pro-cognitive effect should not be surprising. The prevailing clinical impression is that individuals who meet criteria for schizophrenia suffer from easy observable and at times severe cognitive impairment. However, when large populations of schizophrenics undergo classic psychological testing, the normal distribution of their composite scores is "shifted to the left" only moderately indicating that large proportions of the general population perform similar to the schizophrenic patients. Furthermore, up to 3% of the general populations have psychotic experiences. Since there exists no putative biological substrate for psychosis or for the cognitive impairment it could be hypothesized that the presence of both in the same individual constitutes independent co-morbidities and not a common biological substrate. If this hypothesis is correct than the same pharmacological intervention should be effective in cognitively impaired psychotic and non-psychotic (normal) individuals. Because any trial in schizophrenia patients is burdened by a large number of confounders, a rational approach would suggest that POC trials of compounds hypothesized to enhance cognitive performance in schizophrenia should first be tested in non-psychotic individuals. Only these compounds in whom a signal can be detected should be tried in schizophrenia patients in whom much progress has been achieved in the methodology of measuring cognitive impairment in schizophrenia (MATICS, BACS).

Dimensioni psicopatologiche ed interventi terapeutici nella schizofrenia nel lungo termine

A.C. Altamura, F. Dragogna, F. Castellano

Clinica Psichiatrica, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Università di Milano

In anni recenti vi è stata un'evoluzione dal punto di vista concettuale per quanto riguarda la clinica ed il trattamento della schizofrenia. Da una parte, infatti, vi è stato il riconoscimento della complessità dei meccanismi biopatogenetici neurochimici sottostanti a tale patologia, con l'evidenza non soltanto della "disfunzione dopaminergica", ma anche il coinvolgimento della trasmissione serotoninergica e glutamatergica¹, dall'altro una particolare attenzione attribuita all'esistenza di diverse dimensioni patologiche nella schizofrenia, che non fanno riferimento unicamente a quella psicotica. Infatti, sarebbe peculiare della schizofrenia il disfunzionamento a livello emozionale/affettivo (dimensione negativo/anergica, depressione), del controllo degli impulsi (suicidalità, aggressività, ecc.)² e della cognitivtà, oltre a quello psicotico in senso stretto (delirante/allucinatorio).

Il trattamento dell'episodio acuto, sul quale gli antipsicotici atipici risultano equi-efficaci rispetto agli antipsicotici classici, resta importante in ragione dell'ipotesi neurotossica associata all'episodio psicotico acuto, alla

base delle numerose evidenze che attualmente vedono nella schizofrenia una malattia neurodegenerativa³, sebbene vari parametri appaiano di primaria rilevanza nella gestione del paziente a lungo termine che è fondamentale per il suo "destino" clinico.

La risposta farmacologica e la scelta del composto antipsicotico vanno considerate quindi sul lungo periodo in rapporto ad alcuni fattori che influenzano l'outcome tra cui: 1) la durata di malattia non trattata, 2) l'impatto delle ricadute sull'outcome a lungo termine, 3) l'efficacia selettiva sui domini disfunzionali, 4) l'influenza sulla mortalità dovuta a suicidio e 5) su quella dovuta ad altre cause⁴. Indubbiamente, tra le principali variabili che influenzano l'esito del trattamento è essenziale considerare anzitutto le diverse dimensioni psicopatologiche.

È evidente dunque che l'impostazione di un trattamento farmacologico nella schizofrenia non può prescindere da un intervento di tipo multidimensionale, farmacoterapico ma anche psicosociale e riabilitativo. Gli antipsicotici atipici hanno mostrato un meccanismo farmacodinamico più complesso ed un più ampio spettro d'azione clinica rispetto ai vecchi composti, agenti unicamente sulla dimensione produttiva. La maggiore differenza tra il vecchio e il nuovo sta nel fatto che questi composti sono in grado, al di là di un iniziale effetto deliriolitico/allucinolitico, di produrre sul medio-lungo periodo una "stabilizzazione

ideo-affettiva" e un'azione su molteplici dimensioni della schizofrenia (da quella psicotica, a quella discognitiva e affettiva), che non è possibile riscontrare con l'utilizzo dei dopamino-antagonisti convenzionali⁵.

Bibliografia

- Altamura AC. *A multidimensional (pharmacokinetic and clinical-biological) approach to neuroleptic response in schizophrenia. With particular reference to drug resistance.* Schizophr Res 1993;8:187-98.
- Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A et al. *Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT).* Arch Gen Psychiatry 2003;60:82-91.
- Lieberman JA, Perkins DO, Jarskog LF. *Neuroprotection: a therapeutic strategy to prevent deterioration associated with schizophrenia.* CNS Spectrums 2007;12:3(Suppl 4):1-16.
- Altamura AC, Bobo WV, Meltzer HY. *Factors affecting outcome in schizophrenia and their relevance for psychopharmacological treatment.* Int Clin Psychopharmacol 2007;22:249-67.
- Altamura AC, Armadoros D, Jaeger M, Kernish R, Locklear J, Volz HP. *Importance of open access to atypical antipsychotics for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder: a European perspective.* Curr Med Res Opin 2008;24:2271-82.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MICHELANGELO

SS13. Traslazione della ricerca clinica e preclinica in informazioni significative per la pratica clinica in psichiatria

COORDINATORE
G. Muscettola

Translational medicine: cellular plasticity cascades in the pathophysiology and treatment of mood disorders

H.K. Manji

Mood and Anxiety Disorders Program, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Mood disorders are common, chronic, recurrent mental illnesses that affect the lives and functioning of millions of individuals worldwide. Neurobiological studies of mood disorders over the last 40 years have primarily focused on abnormalities of the monoaminergic neurotransmitter systems, on characterizing alterations of individual neurotransmitters in disease states, and on assessing response to mood stabilizers and antidepres-

sant medications. Unfortunately, these studies have not yet greatly advanced our understanding of the underlying biology of recurrent mood disorders, which must include an explanation for the predilection to episodic and often profound mood disturbance that can become progressive over time.

A growing body of data supports the contention that mood disorders arise from abnormalities in cellular plasticity cascades, leading to aberrant information processing in synapses and circuits mediating affective, cognitive, motoric, and neurovegetative function. A breakdown in cellular plasticity – faulty regulation of nerve cell signaling pathways known as cellular plasticity cascades – contributes to the "here and now" symptoms of BPD. These often dramatic symptoms may include profound swings in mood, racing thoughts, and frenetic energy. When cell machinery fails to work as it should,

the brain may be less resilient and more vulnerable to harm from injuries and infections.

Thus, these illnesses can best be conceptualized as genetically influenced disorders of synapses and circuits rather than simply as deficits or excesses in individual neurotransmitters. The integration of knowledge derived from different physiological and phenomenological levels continues to help move us towards a more conceptual understanding of the etiology and pathophysiology of mood disorders. Indeed, in a recent whole genome association study of bipolar disorder, all of the highly significant associations implicated signaling cascades. Supporting evidence for the idea that alterations in critical signaling pathways play an important role in the pathophysiology and treatment of mood disorders comes from many areas, including the finding that the most efficacious medications used to treat these disorders have immediate, acute, and/or long-term effects on signaling pathways. Thus, signaling pathway components are direct targets for some psychotropic medications. For example, the most well established treatment for bipolar disorder, lithium, is believed to exert its initial biochemical effects by inhibiting the activity of a select group of enzymes including inositol monophosphatase (IMPase) and glycogen synthase kinase-3 (GSK-3). Another common mood stabilizer, valproate, likewise inhibits the activity of some enzymes and may act in a similar manner to lithium.

Furthermore, because the vast majority of psychotropic medications only exert their primary therapeutic actions following at least week(s) of treatment, the long-term action of psychotropic medications is believed to involve a cascade of changes both initiated and maintained by critical intracellular signaling pathways. An important consideration is – *how can changes in intracellular molecules bring about complex behavioral changes?* These signaling cascades undoubtedly converge to regulate synaptic plasticity, and, thus, information processing in critical circuits mediating the affective, cognitive, motoric, and somatic manifestations of mood disorders.

A growing body of data shows that many of the effects of mood stabilizers/antidepressants on signaling cascades ultimately converge to regulate AMPA and NMDA synaptic transmission. The regulation of transmission at the synapse may be mediated by changes in neurotransmitter levels, receptor subunit phosphorylation, surface/cellular levels or receptors, and conductance changes, among others. For the purposes of general discussion, we use the term “throughput,” when discussing the studies that identified AMPA and NMDA receptors as targets for the actions of mood stabilizers and antidepressants. Building upon these preclinical data, recent clinical trials have investigated the clinical effects of direct NMDA modulators in subjects with mood disorders. Indeed, NMDA antagonists have demonstrated remarkably rapid antidepressant effects in treatment-refractory depressed patients. These findings are leading to a reconceptualization of the necessity to accept a prolonged lag period

in onset of action for the effective treatment of depression. Ultimately, medications now in development that target cellular plasticity may work even better and more rapidly than those available today.

Mounting evidence suggests that signaling cascades can, indeed, be targeted therapeutically. Thus, for example, lithium – still the gold standard in the treatment of bipolar disorder after 50 years – clearly exerts its major effects on intracellular signaling cascades. We are clearly entering an era when the treatment paradigm for neuropsychiatric disorders will increasingly become more predictive, personalized and – ultimately – preemptive.

Bibliografia

- Sanacora G, Zarate CA, Krystal JH, Manji HK. *Targeting the glutamatergic system to develop novel, improved therapeutics for mood disorders*. Nat Rev Drug Discov 2008;7:426-37.
- Maeng S, Hunsberger JG, Pearson B, Yuan P, Wang Y, Wei Y, et al. *BAG1 plays a critical role in regulating recovery from both manic-like and depression-like behavioral impairments*. Proc Natl Acad Sci USA 2008;105:8766-71.
- Mathew SJ, Manji HK, Charney DS. *Novel drugs and therapeutic targets for severe mood disorders*. Neuropsychopharmacology 2008;33:2300.

Il segnale dopaminergico geneticamente determinato nei fenotipi della schizofrenia

A. Bertolino

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università di Bari

La corteccia prefrontale dorsolaterale, lo striato e l'ippocampo sono collegati alla fisiopatologia della schizofrenia. Queste regioni cerebrali sono interessate dalle reti neuronali associate a diversi processi cognitivi, tra cui la memoria di lavoro e la memoria dichiarativa, entrambe carenti nei casi di schizofrenia. Sono state presentate molte evidenze a favore del ruolo della dopamina nella modulazione dell'attività neuronale in tali reti nel corso dei citati processi cognitivi. La segnalazione della dopamina è regolata da vari meccanismi, tra cui i recettori D2, la disattivazione tramite catecol-o-metil trasferasi (COMT) e il trasportatore della dopamina (DAT). Abbiamo valutato tramite fMRI l'influenza delle varianti sulla memoria di lavoro, sulla memoria dichiarativa e sull'attività corticale e subcorticale in corrispondenza di tre geni di regolazione della dopamina. I polimorfismi COMT (Val158Met) e DAT (3'VNTR) interagiscono in senso additivo ed epistatico modulando l'attività della corteccia prefrontale dorso laterale e dell'ippocampo in soggetti sani e in pazienti affetti da schizofrenia in terapia con antipsicotici. Più specificatamente, l'interazione epistatica tra questi due geni contribuisce a determinare delle risposte ad U invertite sia nell'ippocampo che nella corteccia prefrontale dorso laterale. Inoltre, ab-

biamo condotto ulteriori studi dimostrando che i nuovi polimorfismi del recettore D2 (DRD2) sono associati all'espressione differenziale pre-sinaptica dell'isoforma corta di tale recettore nella corteccia prefrontale umana e nello striato. Inoltre, questi due polimorfismi DRD2 sono associati ad una attività differenziale delle reti subcorticali e corticali della memoria di lavoro, misurata tramite fMRI. Da tali studi sembra che la variante in corrispondenza dei geni di regolazione della dopamina contribuisca a dar forma al rapporto segnale-disturbo neuronale nelle regioni cerebrali fortemente implicate nella fisiopatologia della schizofrenia indicando nuovi potenziali target per lo sviluppo di farmaci.

Translating clinical research in clinical practice: medical consequences of depression

G. Cizza

National Institutes of Diabetes Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Translating experimental data in clinical practice may help to shed light on patho-physiology of mood disorders and their treatment.

Major depressive disorder (MDD) is a common condition and a major cause of disability. Besides mood changes, MDD is associated with increased morbidity and non suicide-related mortality. In addition to poor medical compliance and life style factors, endocrine, immune and autonomic dysregulation may play a causative role in producing medical illnesses in patients with MDD. MDD is associated with increased morbidity and non-suicide related mortality. Life style alterations, endocrine and immune factors, as well as autonomic nervous system dysregulations, may induce osteoporosis, as well as insulin resistance, diabetes and cardiovascular disease in subjects suffering from depression.

Osteoporosis is a debilitating condition. This condition remains mostly asymptomatic and goes undiagnosed until a pathological fracture ensues. Because undiagnosed, silent osteoporosis is unlikely to induce depression and it serves as a good model of a physical illness associated with MDD. In young women, MDD has been associated with low BMD in several small studies. A decade after the first of these reports, and despite multiple studies linking depression and osteoporosis in hundreds of subjects, MDD still is not recognized as a risk factor for osteoporosis, as evidenced by official statements.

A role for depression in causing low BMD is biologically plausible, as several endocrine mechanisms may account for bone loss, including hypercortisolemia and a hyperadrenergic state. Alterations of the immune system, such as an increase in interleukin-6 (IL-6) – one of the most potent bone resorption factors – may also contribute to bone loss. Recently a study conducted in mice indicated that chronic stress may induce bone loss, via activation of the sympathetic nervous system, a process

that is partly prevented by antidepressants.

I present here the results of the POWER (Premenopausal, Osteoporosis Women, Alendronate, Depression) Study a prospective study of bone turn-over in which immune, pituitary-adrenal, and sympathetic biomarkers were measured. Subjects were 89 community-dwelling 21- to 45-year-old premenopausal women with current or recent MDD and 44 healthy control women.

The prevalence of low BMD, defined as a T-score of less than -1, was greater in women with MDD vs. controls at femoral neck (17% vs. 2%, $p = 0.02$) and total hip (15% vs. 2% $p = 0.03$), and tended to be greater at the lumbar spine (20% vs. 9%; $p = 0.14$). BMD, expressed as g/cm^2 , was lower in women with MDD at the femoral neck ($0.849 + 0.121$ vs. $0.866 + 0.094$, $p = 0.05$) and at the lumbar spine ($1.024 + 0.117$ vs. $1.043 + 0.092$, $p = 0.05$) and tended to be lower at the radius ($0.696 + 0.049$ vs. $0.710 + 0.055$; $p = 0.07$). Women with MDD had increased mean 24h pro-inflammatory and decreased anti-inflammatory cytokines.

In conclusion, low BMD was more prevalent in premenopausal women with MDD. The BMD deficits are of clinical significance, and comparable in magnitude to those resulting from established risk factors for osteoporosis, such as smoking and reduced calcium intake. Given that MDD is a common chronic condition and that osteopenia is often clinically silent, our sample may be representative of a large population who might go undiagnosed until the time of fracture. MDD should be formally recognized as a risk factor for low BMD in premenopausal women.

Studi traslazionali e ricerca di nuovi target per la terapia delle psicosi: metodi, successi e fallimenti

A. de Bartolomeis

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

1. Esiste un crescente interesse sia a livello clinico che preclinico per la ricerca di nuovi target molecolari per la terapia antipsicotica. La ricerca traslazionale rappresenta un'importante strategia operativa per colmare la distanza che ancora esiste tra le informazioni derivanti dalle scienze di base e la clinica nell'identificazione di nuovi potenziali meccanismi implicati nel trattamento delle psicosi e in particolare dei deficit cognitivi associati.
2. Multipli meccanismi neurotrasmettitoriali e di traduzione del segnale dai recettori (principalmente dopaminergici e glutamatergici) alle molecole con ruolo di effettori trascrizionali a livello del nucleo sono stati indagati nella fisiopatologia della schizofrenia rappresentando un potenziale target di farmaci antipsicotici, tuttavia il ruolo di ciascun meccanismo rimane controverso. D'altro canto la necessità di un approccio innovativo e più specifico alla farmacoterapia delle psicosi viene dalla pratica clini-

ca: all'incirca il 30-40% dei pazienti con diagnosi di schizofrenia non risponde o risponde solo parzialmente alla terapia farmacologica.

3. Approcci sperimentali differenti sono stati, di recente, utilizzati per identificare nuovi target e valutare potenziali molecole utili per le disfunzioni cognitive nella schizofrenia (AMPAkine, inibitori del trasportatore della glicina, potenziamento con D-cicloserina, agonisti dei recettori metabotropici del glutammato), tuttavia i risultati sono stati di fatto non sempre univoci.
4. Tra i potenziali target sia per l'azione antipsicotica che di modulazione delle funzioni cognitive hanno di recente attratto interesse le proteine della famiglia Homer localizzate nella densità postsinaptica e funzionalmente collegate sia al sistema dopaminergico che a quello glutamatergico. Studi sperimentali hanno dimostrato un possibile rilevante ruolo di Homer nelle fisiopatologia delle psicosi sia in modelli animali che nell'uomo. Homer di cui si conosce una forma inducibile (Homer 1a) e multiple isoforme costitutive (Homer 1b, Homer 2, Homer 3) svolge una funzione cruciale nella regolazione dei recettori metabotropici di tipo 1 del glutammato, nella modulazione del calcio intracellulare e dei meccanismi di segnale correlati al fosfatidilinositolo. Nel complesso si ritiene che la trasduzione del segnale correlata ad Homer possa impattare direttamente la plasticità sinaptica.
5. Vengono qui presentati esperimenti di modulazione dell'espressione di Homer da antipsicotici di prima e seconda generazione con differente profilo recettoriale, da agonisti e agonisti parziali do-

paminergici e, infine, da antagonisti del recettore NMDA del glutammato. Viene inoltre dimostrato il ruolo di Homer nelle psicosi parkinsoniane, un modello sia di psicosi che di alterazioni cognitive fortemente correlato a disfunzione dopamino-glutamatergica.

6. Considerati nel loro insieme i risultati di questi esperimenti sostengono il possibile ruolo del signaling di Homer come paradigma di nuovi target dei trattamenti antipsicotici e di potenziamento delle funzioni cognitive nei disturbi psicotici confermando l'importanza dell'interazione dopamina-glutammato nella fisiopatologia e trattamento della schizofrenia.

Bibliografia

- Cohen JD, Insel TR. *Cognitive neuroscience and schizophrenia: translational research in need of a translator*. Biol Psychiatry 2008;64:2-3.
- Tomasetti C, Dell'Aversano C, Iasevoli F, de Bartolomeis A. *Homer splice variants modulation within cortico-subcortical regions by dopamine D2 antagonists, a partial agonist, and an indirect agonist: implication for glutamatergic postsynaptic density in antipsychotics action*. Neuroscience 2007;150:144-58.
- Ambesi-Impiombato A, Panariello F, Dell'aversano C, Tomasetti C, Muscettola G, de Bartolomeis A. *Differential expression of Homer 1 gene by acute and chronic administration of antipsychotics and dopamine transporter inhibitors in the rat forebrain*. Synapse 2007;61:429-39.
- Iasevoli F, Polese D, Ambesi-Impiombato A, Muscettola G, de Bartolomeis A. *Ketamine-related expression of glutamatergic postsynaptic density genes: possible implications in psychosis*. Neurosci Lett 2007;416:1-5.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA TIZIANO

SS14. Interazioni tra geni e ambiente nell'eziopatogenesi dei disturbi dell'alimentazione

COORDINATORI

F. Brambilla, P. Santonastaso

Identifying likely candidate environments that may increase genetic vulnerability to eating disorders

T. Wade

School of Psychology, Flinders University, Adelaide, Australia

The environment has major influence in modifying genetic vulnerability to complex disorders like eating disorders, through gene-environment interactions, and also in silencing or activating genes, through epigenesis.

Examples of the importance of the environment in modifying genetic action will be reviewed from other areas of psychopathology. Established risk factors for disordered eating and eating disorders that are likely to be mainly environmental will be identified from experimental, longitudinal, and prevention and treatment trials. They will cover the following areas: intrauterine, culture, media, stressful life events, and family and peer interactions. A working model of how these environments might impact on genetic action will be presented.

Genes, developmental history, and psychopathological manifestations in bulimic syndromes: can attention to gene-environment interactions inform treatment planning?

H. Steiger

Director, Eating Disorders Program, Douglas University Institute in Mental Health; Professor, Psychiatry Department, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Recent evidence points to the importance, in the etiology of the Eating Disorders, of the activation of genetic susceptibilities by definable environmental circumstances. This talk reviews new evidence suggesting that risk of a) developing a bulimic eating disorder, (b) manifesting certain comorbid psychopathological traits (e.g., impulsivity, affective instability), and (c) responding less favorably to specialized treatments, can be influenced by the conjoint effects of selected polymorphisms (e.g., in the serotonin system) and environmental stressors (e.g., childhood abuse). The speaker will propose that gene-environment interaction effects shape various aspects of bulimic phenomenology – including patterns of co-aggregation with comorbid psychopathological traits. Drawing upon available evidence, it is argued that phenomenological differences among bulimic individuals who are impulsive, compulsive or relatively low in psychopathology, or who are quick or slow to respond to treatment, may both be partly explained by underlying genetic factors and, more importantly, by the extent to which such susceptibilities are activated by environmental triggers. These findings have important implications for the modeling of the etiology of bulimic syndromes and, more importantly, for hopes of tailoring therapeutic interventions to individual patients' clinical needs. Thoughts on a model of treatment structured around attention to genetic and historical data are presented.

Geni di vulnerabilità, tratti di personalità e comportamento alimentare nella bulimia nervosa e nel disturbo di binge eating

P. Monteleone, A. Tortorella, B. Canestrelli, M. Di Genio, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Numerose evidenze depongono a favore del coinvolgimento di vari geni nel determinismo della vulnerabilità ereditaria ai disturbi del comportamento alimentare. Nella bulimia nervosa (BN) e nel disturbo di binge eating (BED), gli studi di associazione hanno fornito finora solo risultati preliminari riguardo al ruolo di taluni geni candidati. Evidenze più robuste sono, invece, emerse quando è stata valutata l'associazione tra varianti geniche e tratti fenotipici dei disturbi in questione. In particolare, nella BN, la presenza di alti livelli di evitamento del pericolo, dimensione temperamentale

connessa col sistema serotoninergico, è stata ritrovata significativamente associata sia con la variante "short" del polimorfismo del promotore del gene che codifica il trasportatore della serotonina sia con la variante ipofunzionale del polimorfismo A285C del gene della triptofano-idrossilasi-1, enzima biosintetico della serotonina. Inoltre, il polimorfismo Val66Met del gene del BDNF, pur non risultando significativamente associato con la BN e il BED, sembra influenzare la gravità della sintomatologia bulimica in entrambi i gruppi diagnostici, dal momento che i pazienti portatori dell'allele variante hanno una maggiore frequenza settimanale di abbuffate e più elevati punteggi alle scale di valutazione del binge eating. Da rilevare che tali associazioni non sono state riscontrate nei soggetti sani, a sostegno dell'ipotesi che la presenza di dette varianti geniche assume un ruolo di predisposizione a determinati tratti fenotipici complessi quando si realizza, verosimilmente, l'esatta interazione con altri fattori genetici e con fattori ambientali.

Neurosviluppo come interazione gene e ambiente nei disturbi alimentari: implicazioni sulle caratteristiche cognitive e sul temperamento

A. Favaro, E. Tenconi, P. Santonastaso

Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Le complicanze e gli eventi perinatali sono un fattore di rischio per i disturbi psichiatrici che sta attirando sempre maggiore attenzione. In uno studio recente, il nostro gruppo ha dimostrato che esiste una relazione significativa tra il numero di complicanze perinatali e il rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare. Tuttavia, le vie patogenetiche che portano allo sviluppo del disturbo alimentare in presenza di tali complicanze non sono note.

Molte ipotesi sono state fatte sul ruolo di tali fattori: 1) una sofferenza ipossica fetale può compromettere i processi del neurosviluppo; 2) secondo la "fetal programming hypothesis", una compromissione della crescita fetale intrauterina porta ad adattamenti della programmazione neuroendocrina che influenza il rischio cardiovascolare, il peso corporeo, e la capacità di risposta agli stress; 3) secondo la "cycle of risk hypothesis", la presenza di un disturbo alimentare nella madre aumenterebbe il rischio di complicanze perinatali che interagiscono con i fattori di rischio genetici; 4) l'esposizione a infezioni stagionali potrebbe aumentare il rischio di complicanze e spiegherebbe la presenza di una stagionalità delle nascite nell'anoressia nervosa; 5) l'esposizione a traumi o stress durante la gravidanza aumenta i livelli di glucocorticoidi materni e placentari e aumenta il rischio di complicanze perinatali. Alcune complicanze possono aumentare l'ansia materna e rappresentare a loro volta un evento stressante che può interferire con lo sviluppo fetale.

Poiché la maggior parte dei soggetti che ha riportato complicanze perinatali non sviluppa disturbi alimentari o altri disturbi psichiatrici, è molto probabile che una interazione con altri fattori di vulnerabilità (fattori genetici o ambientali post-natali) sia necessaria perché si sviluppi una patologia.

Allo scopo di aumentare le conoscenze sul ruolo delle complicanze perinatali, questo studio si pro-

pone di esplorare: 1) la relazione tra complicanze ostetriche e le caratteristiche temperamentali; 2) la relazione tra complicanze ostetriche e il funzionamento cognitivo; 3) il ruolo degli eventi stressanti in gravidanza nell'aumentare il rischio di complicanze ostetriche e nell'influenzare le caratteristiche temperamentali e neuropsicologiche delle pazienti con anoressia nervosa.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MICHELANGELO

SS15. Dall'idea ossessiva al delirio

COORDINATORE
F. Bogetto

Psicopatologia del pensiero: dall'idea ossessiva al delirio

F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

L'idea ossessiva veniva classicamente descritta come egodistonica e della cui abnormità ed insensatezza l'individuo è sempre consapevole. Già autori quali Schneider o Lewis osservavano tuttavia che non tutti i pazienti affetti da ossessioni sono in grado di completa critica nei confronti di esse. Negli anni '80 Insel e Akiskal sulla base dell'osservazione di alcuni casi clinici arrivarono a teorizzare l'esistenza di un continuum che parte dalla lucida critica delle proprie ossessioni fino alla indiscutibile certezza che esse siano reali. Queste osservazioni hanno, in tempi, più recenti condotto all'introduzione nell'attuale sistema classificativo dei disturbi mentali (DSM-IV-TR) di un sottotipo a "scarso insight" considerando quindi la possibilità che, almeno per un certo tempo nella storia clinica del paziente ossessivo-compulsivo, la sintomatologia ossessiva si avvicini o si sovrapponga a quella delirante; ancora dibattuta è invece se lo "scarso insight" rappresenti un sottotipo clinico che abbia una validità dal punto di vista prognostico e terapeutico, essendo in tale ambito piuttosto discordanti i dati di letteratura.

La sintomatologia ossessivo-compulsiva è stata inoltre descritta, fin dall'inizio del secolo scorso, nell'ambito della patologia schizofrenica. Bleuler evidenziava che in alcuni pazienti sussiste al sensazione di lavorare, di fare uno sforzo terribile che li affatica con la comparsa di immagini mnesiche coatte e il cui contenuto può tormentare i pazienti a tal punto che vi può essere una transizione verso le idee deliranti e le allucinazioni. Il

pensiero coatto (la "coazione a pensare") rappresenterebbe l'automatismo più frequente che si riscontra nella schizofrenia. La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi veniva un tempo associata ad una prognosi migliore determinando un ritardo nella disintegrazione della personalità. Studi più recenti hanno smentito questa osservazione rilevando che la presenza di tali sintomi si associa ad una maggiore compromissione sia sul piano clinico (aumento del rischio suicidiario, aumento della compromissione sociale e funzionale) che neuropsicopatologico.

Insight, coping and impact of delusions

P.H. Lysaker

Day Hospital, Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, Indiana, US and Indiana University School of Medicine, US

Relative to persons with other psychiatric disorders, persons with schizophrenia are often unaware that they suffer from what others think may be a mental illness. This is a particular problem as awareness of disorder in schizophrenia is widely seen as a precondition for adherence to treatment. Awareness of illness also seems intuitively necessary for persons to decide to seek accommodations which make improvements in functioning possible.

Interest has accordingly grown steadily in understanding how persons with schizophrenia may come to realistically appraise their disorder and how to best assist with that process. One model has long been that unawareness of illness or poor insight is best addressed through psycho-education. In this model facts are presented which the person can use to construct a personally relevant account of their suffering and treatment

options. Yet outcomes from these approaches have been inconsistent.

This paper presents a model of how delusions and poor coping skills sustain lack of awareness of illness in a world in which mental illness is stigmatized and seen as synonymous with dangerousness and incompetence.

Specifically it is suggested that impact of accepting an illness such as schizophrenia is mediated by the meanings associated with that illness. If persons are able to cope well and to see themselves as active agents in the world they may be able to reject stigma and accept illness. If they have difficulties coping, however, and do not see themselves as an active agent and able to reject stigma they may reject instead that they have schizophrenia. In such cases delusions may come to function as both explanations for anomalous internal experiences (e.g. being persecuted explains why I am angry) and poor self-esteem (e.g. being persecuted explains why I am alone) and be especially resistant to psycho-education.

Implications for treatment are discussed.

La dimensione insight nel disturbo ossessivo-compulsivo: aspetti clinici e terapeutici

F. Catapano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

La capacità del paziente di riconoscere come assurdi o irragionevoli i pensieri ossessivi o i comportamenti compulsivi è stata considerata una caratteristica essenziale del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), discriminante nei confronti delle manifestazioni psicotiche. Più recentemente, numerosi studi hanno evidenziato che: 1) l'insight nei pazienti ossessivi è distribuito lungo un "continuum" che va dalla piena consapevolezza dell'assurdità della sintomatologia alla completa adesione ai contenuti ossessivi e compulsivi; 2) la percentuale di pazienti con ridotto insight non è affatto trascurabile, essendo compresa tra il 15 e il 36%; 3) la ridotta capacità di critica è associata ad un'età di esordio del disturbo più precoce, ad una maggiore gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, alla presenza di ossessioni e compulsioni di accumulo, ad una più frequente comorbidità con la depressione maggiore e con il disturbo schizotipico di personalità; 4) i pazienti con ridotto insight rispondono meno favorevolmente alla terapia farmacologica e cognitivo-comportamentale. Nel complesso, i risultati di questi studi, anche se tuttora limitati ed eterogenei, sembrano confermare l'utilità della valutazione della capacità di critica nei pazienti ossessivi, probabilmente anche al fine della predizione della risposta agli interventi terapeutici, e la validità del sottotipo diagnostico del DOC "con ridotto insight", proposto nel DSM-IV. Partendo da un riesame critico della letteratura disponibile e dai risultati delle ricerche condotte in questo ambito dal nostro gruppo, nella relazione saranno analizzati i numerosi aspetti teorici e clinico-terapeutici

ancora controversi, ed in particolare: 1) la questione dei rapporti e delle possibili transizioni tra ossessioni, idee prevalenti e deliri; 2) l'impatto della comorbidità di asse I e II sulla compromissione della capacità di critica nei confronti della sintomatologia ossessivo-compulsiva; 3) i problemi della valutazione dell'insight nel paziente ossessivo e dell'adeguatezza degli strumenti standardizzati attualmente disponibili; 4) il significato prognostico a lungo termine della compromissione dell'insight; 5) l'identificazione di eventuali correlati biologici della ridotta capacità di critica; 6) l'individuazione di strategie terapeutiche più adeguate per il trattamento di questi pazienti.

Is there a role for antipsychotics in OCD?

J. Zohar

Department of Psychiatry, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

There are actually four types of situations where intervention with antipsychotics might be considered for the treatment of Obsessive compulsive disorder. Obsessive compulsive patients with poor insight (what was previously called 'psychotic obsession'), schizophrenic patients with OCD, obsessive compulsive patients with tic disorder, and obsessive compulsive patients who did not respond to intervention with an adequate treatment of antiobsessive medication.

The data supporting the role of antipsychotic medication in obsessive compulsives with poor insight are not convincing. However, at times the treatment dilemma (antipsychotic or antiobsessive) actually derives from diagnostic ambiguity; many of the very severe ego-syntonic obsessive compulsive patients may be erroneously diagnosed as schizophrenic, while they are actually severe OCD that should be treated with antiobsessive medication and not antipsychotic.

The prevalence of OCD amongst schizophrenic patients ranges from 10-25% and has a negative effect on the prognosis for those substantial proportion of schizophrenic patients. Preliminary data implies that for this subset of patient (the schizo-obsessive patients) a combination of antipsychotic and antiobsessive medication might be useful.

It is crucial to screen for tic disorder in patients with, OCD as this subset of patients responds (both in terms of obsession and tics) to a combination of typical antipsychotic and antiobsessive medication.

Data in regard to augmentation of OCD patients who did not respond to treatment with SSRI suggest that risperidone might have a specific therapeutic potential in this subset of patients. The role of antipsychotics with 5HT1D properties like ziprasidone need to be studied.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TIZIANO

SS16. Nuovi orientamenti in psicogeriatra

COORDINATORI

E. Aguglia, D. De Ronchi

Cognitive decline in the general population: occurrence, risk factors and progression to dementia

L. Fratiglioni, B. Caracciolo

ARC, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Cognitive impairment is a highly incident condition in the non-demented elderly population. As observed for dementia, the incidence rates increase with increasing age, and the effect is stronger when selective dropout is taken into account. In the Kungsholmen Project, we investigated the role of potential risk factors in the development of Cognitive impairment, no dementia (CIND). Information on risk factors was collected at baseline and clustered according to four research hypotheses (frailty, vascular, neuropsychiatric, and social hypothesis), each representing a possible pathophysiological mechanism of CIND. After multiple adjustments, including adjustment for the development of AD at the 6-year follow-up, risk factors for CIND were hip fracture, polypharmacy, and psychoses. These results confirm that not only the AD-type neurodegenerative process, but also neuropsychiatry and frailty-related factors may induce cognitive impairment in non demented elderly persons. Recently, we further explored at which extent depressive symptoms are related to the development of cognitive impairment by comparing the associations of depressive symptoms with impairment in a single cognitive domain, such as amnesic mild cognitive impairment (aMCI), with a more global cognitive impairment such as CIND, and finally with clinically diagnosed dementia. People with previous low mood (3 years earlier) had a 6-fold increased risk of developing aMCI, a 90% increased risk of developing CIND, and a 60% increased risk of dementia, after adjustment for socioeconomic characteristics. The RR of aMCI and CIND did not change substantially after adjustment for other covariates, such as ApoE-ε4, vascular disease, polypharmacy, psychotropic drug use, and low mood at time of outcome diagnosis, while the RRs of dementia decreased substantially. In all models, the RR of aMCI in relation to previous low mood was more than double the RR of CIND and dementia. In conclusions, low mood appears strongly associated to incipient cognitive deterioration, especially of amnesic type, suggesting a possible common pathogenetic mechanism (e.g., volume losses in the medial-temporal lobe).

Recent advances in the treatment of depression in old age

C. Katona

Department of Mental Health Sciences, University College London

In this presentation I will review the current evidence base on the efficacy of acute antidepressant treatment for depression in older people. Two of the three most recent large placebo controlled studies have failed to show significant separation between the agent under investigation and placebo; reasons for this will be discussed. The evidence for brief psychotherapies will also be reviewed; whereas the evidence base for problem solving treatment is relatively robust, interpersonal psychotherapy may be less effective in older depressed patients than previously thought.

The relapse and recurrence rates for depression in older people are relatively high; most but not all recent trials suggest a substantial benefit from continued antidepressant treatment.

There has recently been increasing interest in more pragmatic approaches to the management of depression, particularly using case management rather than single treatment modalities. There is substantial but not conclusive evidence supporting this approach. Finally, the limited but promising evidence concerning the efficacy of interventions aimed at preventing depression in high risk older patients is reviewed.

Structure and function of the anterior cingulate cortex and human emotion in late-life

S. Paradiso, J. Vaidya*

*Associate Professor Psychiatry and Neuroscience, *Associate Research Scientist Psychiatry, University of Iowa*

Psychiatric disorders in late-life may have presentations differing from young adulthood. The study of aging neuroanatomy allows understanding the bases for the cognitive and affective background on which late-life psychopathology insists. Neuroanatomical age-related changes may represent the etiological underpinnings of late-life psychiatric disorder but also play a pathoplastic role. The anterior cingulate cortex is a structure of pivotal interest because of its reduced functioning and structural changes in later life, and because it has been associated with emotional awareness in youth.

Structural, functional MRI, and PET studies from published and novel data from the University of Iowa – Department of Psychiatry – Research Program on Late-life Emotion and Social Cognition will be reviewed.

Older age inversely correlates with blood flow in dorsal and rostral anterior cingulate. Older age inversely correlates with bilateral rostral and right dorsal anterior cingulate grey matter volume. While older age and lower blood flow were both associated with smaller rostral anterior cingulate grey matter volumes, mediation analysis revealed that grey matter volume only partially mediated the effect of age on blood flow in the rostral anterior cingulate. Older age correlated with higher alexithymia which was associated with reduced right rostral anterior cingulate volume. In comparison to youth, the anterior cingulate cortex of older adults shows weaker activity during implicit as opposed to explicit emotional perception using fMRI.

The anterior cingulate shows functional and structural age-related decline affecting emotional awareness and implicit perception of emotionally relevant stimuli. Studying age-related neural alterations from the perspective of affective science may allow expanding the ability to understand the phenomenology of psychiatric disorders in late-life including atypical depression with limited endorsement of sad emotions.

I sintomi depressivi e l'ictus sono gravi fattori di rischio per la demenza e la disabilità fra i più giovani-anziani (61-75 anni): urgente necessità di strategie preventive

D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Vi è grande interesse scientifico per i deficit cognitivi lievi/moderati negli anziani, deficit verso cui si orientano gli sforzi per la prevenzione della demenza. Il nostro

studio epidemiologico condotto in Romagna sottolinea l'alta frequenza di deficit cognitivi lievi/moderati fra i più giovani-anziani (61-75 anni), e questi dati sollevano problemi di salute pubblica se consideriamo l'alto numero di giovani-anziani nella popolazione italiana, e depongono per l'urgente necessità di strategie preventive per combattere la demenza e la disabilità. Riteniamo che i nostri risultati siano di estremo interesse, dal momento che i deficit cognitivi lievi/moderati sono più frequenti in particolare fra i giovani-anziani (61-75 anni) rispetto alle età più avanzate (76 anni e oltre). Se il quadro epidemiologico che abbiamo osservato fosse estendibile ad altri continenti, a causa dell'altissimo numero di giovani-anziani nel mondo potremmo stimare che almeno 25 milioni di persone ancora attive nel mondo fra i 61 ed i 75 anni soffrirebbero di deficit cognitivi lievi/moderati. Questo dato implica che efficaci strategie preventive per combattere la demenza potrebbero essere attuate per oltre 25 milioni di persone nel mondo. Un altro aspetto importante che dobbiamo sottolineare è che, parallelamente alla maggiore conoscenza della demenza da parte dell'opinione pubblica, avanzano le richieste di diagnosi e di consulenza per deficit cognitivi e patologie dementigene da parte dei giovani-anziani. Gli psichiatri devono essere consapevoli che, sebbene i giovani-anziani con deficit cognitivi lievi/moderati siano in queste prime fasi indipendenti ed attivi, hanno assoluta necessità, al pari degli over 75 anni, di una accurata valutazione neuropsichiatrica. Il nostro studio epidemiologico ipotizza che i sintomi depressivi ed i fattori di rischio cardiovascolari giochino un ruolo di estrema rilevanza nella compromissione cognitiva e nella disabilità. Se confermati, questi risultati sono di estremo interesse nella prevenzione della disabilità grave nei giovani-anziani in cui coesistano deficit cognitivi lievi/moderati, depressione e fattori di rischio cardiovascolari. Ed in questa prospettiva il ruolo strategico dello psichiatra appare fondamentale.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MICHELANGELO

SS17. Il disturbo di panico: problematiche aperte

COORDINATORE:

P. Castrogiovanni

Bereavement as a risk factor for panic disorder: an attachment theory explanation

M.K. Shear

Columbia University

Panic disorder is a debilitating condition that is character-

ized by recurrent unexpected panic attacks. Clinical and epidemiological studies suggest that there may be a relationship between bereavement and the onset or worsening of panic disorder. Patients with panic disorder frequently report the onset within a few months of experiencing an interpersonal loss and studies document an increased frequency of panic disorder among bereaved individuals. At-

tachment theory can be used to explain both panic disorder and bereavement but has not yet been applied to the specific problem of panic disorder in the aftermath of an important loss. This presentation will review data pertaining to the association between interpersonal loss and panic disorder and will provide a theoretical model based on Bowlby's writings and subsequent attachment research.

Focus on genetics in panic disorder

J. Deckert

University of Wuerzburg

The aetiopathology of panic disorder is multifactorial with complex interactions of genetic and environmental factors. Clinical genetic studies indicate that the contribution of individual factors is small rendering panic disorder from a genetic point of view a polygenic disorder. Molecular genetic studies in the past have focused on linkage studies in the few familial cases, with proposed loci e.g. on chromosome 13q, and association studies in the majority of sporadic cases. The latter have employed candidate gene and more recently also genome-wide approaches. Variants in several genes, e.g. MAO-A, COMT and adenosine-A2A genes, have been observed in independent samples and have been proposed as risk variants in panic disorder. Some of the proposed variants, e.g. MAO-A, serotonin-1A, G72 and rgs2, may not be specific for panic disorder, but may be risk variants also for other anxiety and affective disorders. Linkage and association studies, however, only allow for mathematical correlations. For a better understanding of the functional relevance of risk variants pharmacogenomic and imaging genomics have been employed. According to them, variants in the adenosine-A2A and serotonin-1A genes may contribute to the pathogenesis of panic disorder by mediating environmental effects. At present, though the genetic basis of panic disorder is only marginally understood. Studies employing genome-wide approaches and investigating gene-environment interactions, including epigenetic mechanisms, in large samples are necessary and are therefore currently conducted or initiated.

La psicobiologia del panico

G. Perna^{****}, D Caldirola^{***}, L Bellodi^{**}

^{*} Centro per i Disturbi d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, San Raffaele Turro Milano; ^{**} University Vita Salute San Raffaele, Milan; ^{***} Faculty of Health, Medicine & Life Sciences, University of Maastricht

La maggior parte dei ricercatori che studia gli attacchi di panico concorda sull'esistenza di falsi allarmi alla base di questo fenomeno psicopatologico, la natura di questi falsi allarmi è controversa. La teoria del falso allarme da soffocamento sviluppata da Donald Klein sembra essere la teoria più solida soprattutto in virtù dei numerosi studi che legano il panico alla respirazione, tanto che studi recenti hanno dimostrato la presenza di irregolarità nella fisiolo-

gia respiratoria di chi soffre di attacchi di panico. Le funzioni fisiologiche di base dell'organismo e i loro sistemi di allarme sono strettamente correlati in una rete globale, e dato che sono state riportate anche anomalie nei sistemi cardiaco e posturale nei pazienti con disturbo di panico, alterazioni di altri sistemi fisiologici o una più generale disfunzione del cervello omeostatico potrebbero spiegare le anomalie respiratorie 1. Due recenti studi sulle immagini cerebrali hanno descritto un aumento di volume a livello del tronco encefalico di pazienti con disturbo di panico 2 sostenendo così il ruolo del sistema omeostatico nel panico. I processi regolatori della fisiologia agiscono continuamente a livello non consapevole ed automatico e soltanto occasionalmente pervadono la consapevolezza e la coscienza sotto forma di emozioni primitive. L'attacco di panico potrebbe essere l'espressione di un'emozione primitiva che emerge dalla zona del cervello più antica filogeneticamente e dai suoi circuiti cerebrali che processano le informazioni sensoriali legate alle funzioni fisiologiche di base. Tra le varie strutture cerebrali di questo sistema, il nucleo parabrachiale e l'insula, che filtrano le informazioni enterocettive dei nostri sistemi omeostatici, potrebbero giocare un ruolo centrale nel panico.

Bibliografia

- ¹ Perna G, Caldirola D, Bellodi L. *Panic disorder: from respiration to the homeostatic brain*. Acta Neuropsychiatrica 2004;16:57-67.
- ² Protopopescu X, Pan H, Tiescher O, Cloitre M, Goldstein M, Engelien A, et al. *Increased brainstem volume in panic disorder: a voxel-based morphometric study*. Neuroreport 2006;17:361-3.

Il panico come malattia sistemica

L. Bossini

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Siena

L'attacco di panico costituisce un pattern sintomatologico unitario, che coinvolge tre aree, (mente, corpo e comportamento) e rappresenta il nucleo del disturbo di panico (DP). Durante questi attacchi sono presenti sintomi prevalentemente fisici che coinvolgono numerosi organi ed apparati. Infatti i sintomi fisici che si manifestano durante l'attacco possono essere cardio-respiratori (dolore toracico, tachicardia, battito irregolare, dispnea, tachipnea), gastrointestinali (soprattutto disturbi epigastrici), vestibolari o neurologici (cefalea, vertigine, capogiro, sincope, parestesie) e visivi (scotomi, fotofobia). A carico degli organi ed apparati interessati è possibile rintracciare in molti casi alterazioni funzionali come se da una unica origine centrale (il DP) potessero derivare disfunzioni multiple ed apparentemente disconnesse tra loro, quasi ad individuare nel DP una malattia sistemica. Verranno presentati dati relativi alla disfunzione dell'apparato visivo con particolare riferimento alla fotosensibilità.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA TIZIANO

SS18. Psichiatria penitenziaria: nuove evidenze e prospettive future

COORDINATORE:

R. Quartesan

Malattie mentali, abuso di sostanze e suicidio in detenuti: i risultati di recenti review sistematiche

S. Fazel

Warneford Hospital Mental Illness, University of Oxford

Il lavoro presenta i principali risultati di recenti reviews sistematiche e metanalisi relative alla prevalenza di psicosi, depressione maggiore, disturbi di personalità, dipendenze da alcol e sostanze in detenuti adulti ed adolescenti.

Sono inoltre presi in considerazione differenti fattori influenzanti quali gli studi per nazione, il tipo di detenuti (prima e dopo la sentenza), la professione degli intervistatori e il metodo di raccolta dei dati. In ultimo vengono valutate le reviews relative all'epidemiologia e ai fattori di rischio del suicidio nelle prigioni.

Lo sviluppo e la persistenza della psicopatologia specificata in comorbidità in minorenni 5 anni dopo la detenzione

K. Abram

*Department of Psychiatry and Behavioral Sciences,
Northwestern University, Feinberg School of Medicine,
Chicago*

Recenti stime indicano che circa i 2/3 di minorenni di sesso maschile detenuti, 3/4 di minorenni di sesso femminile detenute, hanno almeno un disturbo psichiatrico e circa la metà 2 o più disturbi.

Giovani con disturbi in comorbidità sono una importante sfida per il sistema sanitario pubblico.

Infatti risultano più recalcitranti a trattamenti tradizionali e più predisposti a fallimenti. Inoltre, spesso esistono difficoltà nel dare risposte longitudinali alle loro necessità in quanto mettono in discussione i tradizionali confini di competenza dei differenti servizi.

Esistono studi longitudinali per disturbi psichiatrici in grado di identificare i profili diagnostici stabili e i cambiamenti dei patterns di disturbo nel corso del tempo. Pochi a confronto sono però gli studi riguardanti gli outcomes di minorenni implicati nel sistema giudiziario nonostante il drammatico aumento registrato negli ultimi anni.

Lo studio qui presentato è il primo studio longitudinale in larga scala che esamina i patterns di disturbi psichia-

trici nel corso del tempo in minorenni con comportamenti delinquenti.

Particolare riferimento viene dato a patterns quali: sesso, razza/etnia ed età.

Un campione random stratificato di 1829 giovani (10-18 aa) è stato reclutato all'ingresso in un centro di detenzione urbano negli anni compresi tra il 1995 ed il 1998. In particolare il campione è costituito da 657 femmine, 1172 maschi, 1005 afro-americani, 296 non ispanici bianchi, 524 ispanici e 4 di altra razza/etnia.

I partecipanti sono stati re-intervistati fino a 4 volte nell'arco di 5 anni. L'aderenza è stata dell'88% o più per ciascuna intervista.

I risultati preliminari suggeriscono che sebbene i tassi di prevalenza di disturbi decrescono con il passare del tempo, il disturbo psichiatrico specifico ed in comorbidità continua ad essere problematico per i giovani con problemi delinquenti.

Ci sono inoltre differenze significative relative al genere e alla razza/etnia nel corso del tempo. I disturbi da uso di sostanza sono prevalenti nei giovani in regime di detenzione e sono anche quelli che più facilmente persistono e che si sviluppano nel tempo, soprattutto nei maschi.

Il nostro scopo è quello di discutere l'impatto di questi risultati addizionali nel sistema sanitario pubblico.

Comorbidità tra disturbi psichiatrici e uso/abuso di sostanze: Studio trasversale in detenuti maschi nella casa circondariale di Perugia

R. Quartesan, S. Elisei, M. Piselli

*Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione
Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Clinica e
Sperimentale, Università di Perugia*

Gli autori presentano i dati relativi alla prevalenza della comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze tra i maschi detenuti nella Casa Circondariale di Perugia.

Gli intervistatori hanno condotto interviste semistrutturate con n = 302 detenuti di sesso maschile sette giorni dopo il loro ingresso presso la Casa Circondariale di Perugia nel periodo compreso da agosto 2005 a luglio 2006.

Più della metà dei detenuti maschi (54,3%) presentavano almeno un disturbo da uso di sostanze o un disturbo

psichiatrico. Un detenuto ogni cinque (20,9%) presentava una comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici. Rispetto ai detenuti con un solo disturbo, o da uso di sostanze o psichiatrico, i detenuti comorbili presentavano maggiori problemi lavorativi, correlati a sostanze, familiari e sociali e un maggior numero di sintomi psichiatrici.

I risultati sottolineano la necessità di un attento screening diagnostico al momento dell'incarcerazione, di accedere alle cure durante la detenzione e di usufruire di un'efficace transizione verso i servizi territoriali al momento della scarcerazione.

Disturbi mentali in carcere e nelle strutture di trattamento coatto: implicazioni epidemiologico-cliniche e gestionali

M. Clerici, N. D'Urso, F. Amidani, M. Benedetti, A. Calogero*

*Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca; * OPG Castiglione delle Stiviere*

La rilevanza dei disturbi mentali nelle condizioni di carcerazione e di avvio a trattamenti coattivi quali quelli esercitati negli OPG (o istituzioni similari in altri paesi) è da tempo accertata e si esprime attraverso un'ampia eterogeneità di manifestazioni, spesso condizionate sia dalle differenze di genere/etnia dei pazienti, sia dai diversi ambiti dove le indagini epidemiologiche vengono condotte e/o dalle caratteristiche delle diverse sottopopolazioni indagate. Il dato più rilevante riguarda il rischio che la popolazione carceraria corre, rispetto alla popolazione generale, in termini di morbilità psichica: tale rischio si colloca da due a quattro volte superiore per quanto riguarda i disturbi psicotici e la depressione maggiore e di dieci volte per il disturbo di personalità antisociale. Ne consegue come l'assistenza psichiatrica carceraria e la revisione del modello di assistenza previsto per gli OPG – proprio alla luce delle nuove norme di legge che hanno trasferito le competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al SSN – per la gran parte limitata, la prima, ad attività di tipo consulenziale erogate su richiesta (e non come screening preferenziale al momento dell'ammissione/durante la permanenza nei luoghi di reclusione) e, la seconda, ad un modello concentrazionario su base nazionale che prescinde dalla provenienza geografica dei pazienti e dalla possibilità, per i DSM, di assisterli, vada completamente revisionata. L'intervento sanitario rivolto a queste popolazioni ri-

schia, pertanto, di risultare ampiamente penalizzato, a partire dall'assenza di dati epidemiologico-clinici, e risultare centrato esclusivamente su un approccio quasi esclusivamente rivolto all'emergenza, rimanendo condizionato soprattutto dalla mancanza di riconoscimento delle reali problematiche psicopatologica dei soggetti che iniziano un iter di reclusione e, spesso, lo perseguono per periodi significativi della vita. Lo screening al momento dell'ammissione risulta inoltre viziato da profonde divergenze, spesso sostenute da preclusioni di tipo ideologico, in relazione alla utilità e/o alla possibilità della valutazione standardizzata del quadro psicopatologico al di fuori di una stretta dimensione peritale di orientamento medico-legale e/o psichiatrico-forense o dalla cronica mancanza di risorse da destinare all'*assessment* preliminare, indipendentemente dalle richieste che provengono dai contesti giudiziari.

Attraverso la revisione dell'attività svolta in due ambiti privilegiati quali la C.R. di "Milano Opera" e l'OPG di Castiglione delle Stiviere, vengono presentati alcuni dati orientativi sulle realtà osservate in questi anni anche se limitati qualitativamente e scarsamente confrontabili con realtà esistenti a livello internazionale. Il presente lavoro si propone di rivedere tali dati a partire dalla definizione dell'attività effettuata e, soprattutto, dalla possibilità di derivarne patterns specifici in grado di descrivere al meglio le prestazioni erogate e la tipologia dei fruitori assistiti continuativamente nel tempo. Ciò al fine di informare il lavoro psichiatrico in carcere ad una migliore conoscenza delle quote di disagio primario, di quello secondario alla carcerazione e/o delle correlazioni con aspetti ancora sottovalutati del problema quali, Ad esempio, la recidività a seguito di lunghe permanenze nel contesto di un trattamento coatto quali l'OPG.

Il problema della adesione longitudinale ai trattamenti psichiatrici nelle istituzioni chiuse non si pone certo esclusivamente in relazione alle procedure di "trattamento sanitario obbligatorio", ma deve implicare oggi una particolare attenzione a tutti i contesti terapeutici dove forte o esclusiva è proprio la necessità di "controllo sociale", come evidente nel dibattito culturale e politico presente a livello dei mass-media o nella riflessione delle associazioni professionali. Operare perché anche nei contesti terapeutici "chiusi" venga esercitato il massimo degli sforzi per ottenere un miglioramento della consapevolezza degli utenti a prescindere dai bisogni "sanzionatori/punitivi/di controllo" che spesso soverchiano la finalità curativa che le manifestazioni psicopatologiche, anche in ambito di grave devianza, in vece richiedono stabilmente.

SIMPOSI REGOLARI



MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA RAFFAELLO

S1. Predittori sociali e rischio psicopatologico nello sviluppo: un paradigma di influenza gene-ambiente

COORDINATORE
M. Battaglia

Maltrattamento infantile e indici di adattamento psichico e biologico: una prospettiva longitudinale

A. Danese

SGDP Research Centre Institute of Psychiatry, King's College London

Il sistema nervoso, endocrino ed immunitario regolano l'interazione dell'uomo con l'ambiente. Esperienze stressanti durante lo sviluppo possono influenzare a lungo termine la funzione di questi tre sistemi. Per esempio, esperienze di maltrattamento infantile possono influenzare lo sviluppo del sistema nervoso, predisponendo a sviluppare depressione in età adulta. Esperienze di maltrattamento infantile possono inoltre influenzare lo sviluppo del sistema endocrino, in particolare dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, predisponendo ad avere reazioni neuroendocrine più ampie e prolungate in risposta a stressors ambientali in età adulta. Il nostro gruppo ha riportato che esperienze di maltrattamento infantile possono influenzare lo sviluppo del sistema immunitario, predisponendo ad avere elevati livelli di infiammazione in età adulta. A causa del loro effetto sullo sviluppo del sistema nervoso, endocrino ed immunitario, esperienze di maltrattamento infantile possono influenzare la salute mentale e fisica in età adulta.

Resistere alle pressioni trasgressive dei pari: il ruolo dello sviluppo delle convinzioni di efficacia personale in adolescenza

G.V. Caprara, M. Paciello, R. Fida, M. Gerbino

Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Diversi studi hanno documentato l'importante ruolo dei meccanismi di autoregolazione nella prevenzione di comportamenti trasgressivi durante l'adolescenza. A tal proposito la teoria social cognitiva sottolinea come le convinzioni circa le proprie capacità di autoregolazione di fronte ad ambienti sociali a rischio possano ostacolare la condotta trasgressiva sia direttamente sia attraverso la loro influenza su processi cognitivi, affettivi e motivazionali (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, 2001).

In adolescenza, in particolare, quando aumentano le pressioni trasgressive dei pari, aumenta anche il rischio di essere coinvolti in condotte rischiose (Dishion, Pat-

erson, Stoolmiller, Skinner, 1991). In questa fase pertanto le capacità di autoregolazione costituiscono un fattore di protezione cruciale ai fini di un buon adattamento.

Il presente contributo ha come obiettivo quello di esaminare nel corso dell'adolescenza lo sviluppo delle convinzioni di auto-efficacia regolatoria, cioè delle convinzioni relative alle proprie capacità di resistere alle pressioni trasgressive dei pari. Nell'ambito di un progetto di ricerca longitudinale, è stato esaminato su un campione di circa 400 adolescenti l'andamento delle convinzioni di auto-efficacia regolatoria tra i 12 e i 20 anni, e come tale andamento si associa alle condotte trasgressive.

In accordo con gli studi che attestano un aumento delle capacità di resistere all'influenza dei pari devianti nel corso dell'adolescenza, il presente studio evidenzia l'incremento delle convinzioni di efficacia personale nella regolazione della propria condotta di fronte a pressioni trasgressive e la concomitante riduzione delle condotte a rischio. Probabilmente lo sviluppo delle convinzioni degli adolescenti sulla propria capacità di poter esercitare qualche forma di controllo sulle proprie azioni in contesti a rischio riflette in parte il grado di maturità che progressivamente si raggiunge rispetto ai processi di auto-riflessione, e di autonomia rispetto alle proprie scelte e alla propria condotta. Complessivamente, i risultati forniscono informazioni importanti per la progettazione di programmi di intervento e di prevenzione.

Dal gene alla sofferenza psichica: il ruolo dell'ambiente sociale e familiare nel favorire l'adattamento psichico nei preadolescenti italiani

M. Molteni

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Eugenio Medea" - Bosisio Parini, Lecco

È esperienza comune osservare che in condizioni contestuali identiche, le risposte e le capacità di adattamento delle persone risultano essere molto diverse.

La variabilità individuale nella comparsa di problematiche comportamentali riconosce un'origine multifattoriale complessa.

Inoltre i fattori di rischio – o i fattori protettivi – tendono ad aggregarsi fra di loro, rafforzando il loro peso.

Nell'età evolutiva non bisogna poi mai dimenticare che

i diversi fattori agiscono diversamente nelle diverse fasi dello sviluppo.

E così fattori individuali come le competenze cognitive, i fattori temperamentali e i fattori di vulnerabilità genetica interagiscono tra loro aumentando o diminuendo la possibilità che un individuo mantenga il proprio stato di benessere psichico nel momento in cui viene a contatto con un ambiente patogeno.

La ricerca epidemiologica Prisma, condotta su un vasto campione di preadolescenti italiani, ha messo in evidenza come i fattori ambientali siano un elemento importante nello sviluppare condizioni di benessere ovvero nella comparsa di quadri psicopatologici.

Nello stesso tempo, proprio i dati della ricerca condotta, evidenziano come la eterogeneità della risposta ai medesimi stressors ambientali è legata a differenze individuali legate ad assetti genetici peculiari.

Importante, quindi, che proprio dalla ricerca genetica arrivi una sollecitazione a considerare come i fattori ambientali, e in particolare quelli socio-familiari, in determinati fasi di sviluppo, in individui con specifici assetti genetici, costituiscono un importante fattore di rischio in grado di determinare la rottura dell'equilibrio psicologico e la comparsa di quadri psicopatologici.

Interazione gene-ambiente: che ci sia [quasi] ognuno lo dice ...

M. Battaglia, C.A.M. Spatola, V. Lampis, P. Pesenti-Gritti

Università Vita-Salute San Raffaele Milano; Dottorato di Ricerca in Psicopatologia dello Sviluppo

È stato osservato che "... nessun aspetto della genetica del comportamento umano ha destato maggior confusione e generato maggior oscurantismo dell'analisi e dell'interpretazione di vari tipi di non-additività e non-indipendenza di azioni ed interazioni tra geni ed effetti ambientali" (Eaves, Last, Martin e Jinks, 1977). D'altro canto, una messe di nuovi studi pare suggerire che le relazioni e le interazioni genetica-ambientali siano comuni e frequenti nel modellare il comportamento umano e i suoi disturbi.

Nel corso di questa presentazione si cercheranno di affrontare queste tematiche fornendo alcuni esempi di come e perché gli approcci biometrico-quantitativi e molecolari in ambito di genetica del comportamento forniscono indicazioni contrastanti, quali vantaggi e svantaggi caratterizzano ciascuno dei due approcci, e possibili strategie per risolvere questi contrasti.

Bibliografia

Battaglia M, Marino C, Maziade M, Molteni M, D'Amato FR. *Gene-environment interaction and behavioural disorders: a developmental perspective based on endophenotypes*. In: Rutter M, editor. *Genetic effects on environmental vulnerability to disease: state of the art and future directions*. New York: John Wiley & Sons 2008, pp. 31-47.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA CARAVAGGIO

S2. Ripensare lo spettro della bipolarità

COORDINATORI

F. Benazzi, G. Perugi

Sottotipi del disturbo bipolare in età evolutiva

G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci, S. Berloff, C. Pfanner

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

La presentazione clinica del disturbo bipolare (DB) è spesso diversa nelle forme ad esordio in età pediatrica rispetto alle forme adulte. Tali differenze giustificano in gran parte le attuali difficoltà diagnostiche, con implicazioni negative sulla storia naturale e la prognosi. Considerando queste differenze, in particolare nella caratte-

rizzazione clinica della (ipo)mania, recenti studi hanno tentato una sottotipizzazione della mania giovanile per definire in modo più preciso specifiche caratteristiche cliniche, per favorire il processo diagnostico e consentire di individuare gruppi più omogenei di pazienti, in termini di presentazione, comorbidità, storia naturale e risposta ai trattamenti.

La validità dei fenotipi deve essere testata con studi empirici che mettano a confronto differenti sottogruppi di pazienti. Riassumeremo alcuni dei nostri studi più recenti, basati su campioni clinici solo parzialmente coincidenti, volti ad esplorare e fornire una prima validazio-

ne empirica di tali quadri, considerando come possibili specificatori la classificazione del DSM-IV (DB tipo I, DB tipo II, DB NAS), l'età d'esordio (esordio pre-puberale o adolescenziale), il decorso (cronico/episodico), l'affettività prevalente (umore irritabile o elevato/depresso), e la comorbidità con ADHD. Valuteremo poi le implicazioni di tale sottotipizzazione in termini di risposta ai trattamenti farmacologici.

Bibliografia

- Masi G, Toni C, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Akiskal HS. *The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic distinction*. Biol Psychiatry 2006;59:603-10.
- Masi G, Toni C, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Akiskal HS. *Attention deficit hyperactivity disorder – bipolar comorbidity in children and adolescents*. Bipolar Disord 2006;8:373-81.
- Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Pari C, Pfanner C, Berloffia S, Toni C. *Clinical implications of DSM-IV subtyping of bipolar disorders in referred children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1299-306.

Dicotomia all'interno dello spettro bipolare: risultati dello studio IBN

C. Toni

Istituto De Lisio, Pisa

Gli studi epidemiologici più recenti riconoscono al disturbo bipolare una prevalenza pari o maggiore al 5%. Anche per quanto riguarda le casistiche cliniche questi disturbi sembrano molto più rappresentati di quanto si riteneva in passato. Queste osservazioni sono in parte il risultato di una definizione nuova e più ampia di spettro bipolare, nel quale vengono fatte confluire forme eterogenee, dalle espressioni più classiche, alle manifestazioni sottosoglia e temperamentalmente.

Vista l'estrema variabilità delle presentazioni cliniche, solo una maggiore diffusione delle conoscenze relative all'intero spettro dei disturbi dell'umore può consentire un corretto inquadramento diagnostico ed un migliore approccio terapeutico a breve e a lungo termine di queste condizioni morbide.

Allo scopo di caratterizzare le diverse espressioni fenotipiche del disturbo bipolare, in Italia, a partire dal 2003, è stato condotto uno studio multicentrico, in cui pazienti affetti da episodio maniacale o misto o da depressione bipolare venivano valutati ad una prima visita, e successivamente in un tempo variabile fra i 3 e i 6 mesi, con una batteria di strumenti standardizzati e semi-standardizzati.

Da un'analisi preliminare dei dati relativi ad un sottogruppo di soggetti che alla seconda valutazione risultavano in remissione sintomatologica, è stato possibile distinguere due profili temperamentalmente, uno ciclotimico-sensitivo, l'altro ipertimico, in grado di individuare due sottotipi di disturbo bipolare che differiscono sul piano

delle caratteristiche cliniche e di decorso. Questa distinzione, se confermata su casistiche più ampie, potrebbe avere conseguenze rilevanti sul piano prognostico e delle scelte terapeutiche, con eventuali riflessi sul piano nosografico.

La valutazione ottimale della ipomania: l'impiego della HCL-32

F. Benazzi

Psychiatry Research Center, Forlì, Italy; San Diego Collaborating Center, University of California, San Diego, USA

Il disturbo bipolare-II (BP-II) è principalmente depressivo, e più grave del disturbo depressivo maggiore (MDD), distinto da episodi ipomaniacali. Hecker (1898) aveva notato che la ipomania passa spesso inosservata perché spesso causa un aumento del funzionamento positivo. Tuttavia, i cicli ipomania-depressione sono comuni. Prima ritenuto raro, diversi studi recenti hanno riportato che circa 1 caso su 2 è BP-II verso la MDD nelle depressioni ambulatoriali, usando metodi più approfonditi (semistrutturati) per indagare la storia di ipomania. Le interviste strutturate facilmente non individuano il disturbo BP-II perché la domanda decisiva sulla ipomania si basa sul ricordo di episodi di euforia/irritabilità. Seguendo il DSM-IV, il cambiamento dell'umore deve sempre essere presente, perciò la prima e decisiva domanda si basa sul ricordo di questi stati dell'umore. Se il periodo in cui l'umore cambiato non viene ricordato, l'intervista passa ai disturbi non bipolari. Inoltre, il cambiamento dell'umore viene presentato, nelle interviste strutturate (come DIS, CIDI, MINI) con effetti negativi sul funzionamento, che, a parte non individuare tutti i casi (i più) che hanno periodi ipomaniacali iper-funzionanti, può causare falsi negativi. L'intervista sulla storia di ipomania è stata migliorata sondando *tutti* i sintomi ipomaniacali, e specialmente gli stati di iper-super-attività (per una revisione, v. Benazzi F. The Lancet 2007;369:935-45). Chiedere solo una domanda, esempio se la persona è stata più attiva del solito, può causare risposte negative sulla iperattività. È spesso necessario fare diverse domande sulla iperattività, e chiedere che sia descritta dalla persona. Non vi è un criterio oggettivo per diagnosticare l'iperattività, perché l'iperattività di una persona può essere la normalità in un'altra. Perciò è la stessa persona su cui deve essere valutato il netto discostamento dal personale livello di attività. Il Mood Disorder Questionnaire (MDQ) è uno screening bipolare autovalutato dalla persona rispondendo ad una sola domanda per ogni sintomo maniacale/ipomaniacale del DSM-IV. Il MDQ è più adatto per uno screening del BP-I a causa delle sue domande che implicano effetti funzionali negativi moderati-gravi, e perciò sfugge spesso lo screening del BP-II. Invece, la Lista dei Sintomi Ipomaniacali (HCL-32) di Angst e Benazzi et al. (J Affect Disord 2005) è uno autoscreening bipolare che ha molte domande per ogni

sintomo ipomaniacale, specialmente sulla iperattività. Tuttavia, anche se non è sbilanciata verso il BP-I come l'MDQ, non riesce a distinguere BP-I e BP-II. Ma se viene valutata una persona depressa di cui si è esclusa una storia di mania (più facile della ipomania), allora l'HCL-32 risulta molto utile come screening fra BP-II ed MDD, diagnosi poi da confermare con una valutazione clinica semistrutturata (per la SCID modificata a tale scopo, in modo più semistrutturato, v. Akiskal e Benazzi, J Clin Psychiatry 2005).

Ciclotimia: specificità diagnostiche e terapeutiche

G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

I dati epidemiologici e clinici più recenti indicano come le forme bipolari attenuate rappresentino il fenotipo più comune della malattia maniaco depressiva. Numerosi studi indicano che nella clinica la ciclotimia è comune quanto la depressione maggiore. Queste osservazioni impongono una revisione degli attuali sistemi nosografici nei quali dovrà essere dato il giusto risalto a questa variante del disturbo bipolare, ampiamente rappresentata

nelle casistiche cliniche e con una propria autonomia per quanto riguarda le caratteristiche epidemiologiche, cliniche, di decorso e di risposta ai trattamenti. La proporzione dei pazienti depressi che possono essere classificati come ciclotimici cresce notevolmente se la soglia dei 4 giorni per l'episodio ipomaniacale proposta dal DSM-IV viene riconsiderata. La durata media di un episodio ipomaniacale è di 2 giorni ed i periodi espansivi attenuati dei ciclotimici, nella maggior parte dei casi, sono più brevi di 1 giorno e spesso associati a stimolazioni ambientali o uso di sostanze. La comorbidità tra disturbi della sfera affettiva (disturbi d'ansia e d'umore) e disturbi correlati all'impulsività (abuso di alcol, sostanze, disturbi della condotta alimentare) sembrano avere un forte valore predittivo per la diagnosi di ciclotimia. Quest'ultima, intesa come sindrome clinica ad esordio precoce e decorso protratto, rappresenta il denominatore comune al quale può essere ricondotto il complesso corpus di disturbi d'ansia, dell'umore e impulsivi che questi pazienti mostrano all'inizio della loro vita adulta. Superare il modello della comorbidità e guardare le diverse manifestazioni affettive e comportamentali della ciclotimia come correlate ad una diatesi specifica, rende questi pazienti più accessibili ad approcci terapeutici, farmacologici e psicologici, mirati alle loro caratteristiche comuni.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MANTEGNA

S3. Genetica della dopamina nella schizofrenia: modelli animali e studi nell'uomo

COORDINATORE

A. Bertolino

Distinte funzioni delle due isoforme dei recettori D2 della dopamina

A. Usiello, E. Borrelli*

*CEINGE Biotechnologie Avanzate, Napoli; * University of California, Irvine*

Il meccanismo di segnalazione dei recettori D2 della dopamina regola funzioni fisiologiche associate alla locomozione, alla produzione di ormoni ed agli effetti indotti da droghe da abuso. I recettori D2 per la dopamina sono anche bersagli noti di antipsicotici utilizzati per trattare disturbi neuropsichiatrici quali la schizofrenia. Attraverso un meccanismo di splicing alternativo, il gene del recettore D2 codifica per due isoforme distinte a livello molecolare, D2S e D2L che, inizialmente, si pensava avessero la stessa funzione. Noi dimostriamo, tuttavia, che *in vivo* questi recettori

svolgono ruoli differenti. Infatti, D2L agisce principalmente a livello delle funzioni postsinaptiche, mentre i recettori D2S svolgono prevalentemente funzioni di autorecettore presinaptico. In particolare dimostriamo nel presente lavoro di ricerca che gli effetti catalettici dell'aloiperidolo, antipsicotico tipico ampiamente utilizzato anche in clinica, non sono presenti in topi che non presentano D2L. Questo suggerisce che l'aloiperidolo agisce specificamente su D2L, con importanti implicazioni per quanto concerne il trattamento dei disturbi neuropsichiatrici. La mancanza dell'isoforma D2L nei topi knock out, mette in evidenza altresì che l'overespressione dei recettori D2S a livello dei medium spiny neuron esercita un'azione inibitoria sulle funzioni mediate dal recettore D1, ed evidenzia un circuito inibitorio, ancora sconosciuto, di segnalazione tra i recettori della dopamina.

Stress, sistema dopaminergico e modulazione della plasticità neuronale

M.A. Riva

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

Il sistema dopaminergico riveste un ruolo importante per le disfunzioni che caratterizzano la schizofrenia ed altre patologie psichiatriche. Infatti, si ritiene che un'augmentata attività delle vie mesolimbiche possa essere responsabile della componente psicotica, mentre una ridotta funzionalità delle vie dopaminergiche mesocorticali contribuisce ai deficit della funzionalità cognitiva. Inoltre lo stress, uno dei principali fattori precipitanti nelle patologie psichiatriche, modula il sistema dopaminergico e potrebbe pertanto alterarne la funzionalità e responsività, sia acutamente che cronicamente. Tali modificazioni non sono unicamente determinate dall'efficienza dei meccanismi di rilascio della dopamina, ma sono anche la conseguenza di alterazioni nei meccanismi intracellulari di trasduzione del segnale e trascrizione genica.

Nel nostro laboratorio abbiamo in particolare studiato la modulazione di alcune proteine di trasduzione, come ad esempio ERK1/2 e GSK3 β , e di fattori neurotrofici, come BDNF ed FGF2, importanti nei meccanismi di plasticità cellulare al fine di valutarne la regolazione in risposta a stress o trattamento con farmaci antipsicotici.

I nostri studi hanno, per esempio, evidenziato che uno stress cronico determina una ridotta espressione della neurotrofina BDNF in corteccia prefrontale. Inoltre mentre un'iniezione acuta di un agente pro-dopaminergico, la cocaina, aumenta i livelli di mRNA di BDNF in animali controllo, tale effetto non si osserva quando la cocaina è somministrata ad animali stressati cronicamente a suggerire un possibile deficit dei meccanismi di plasticità neuronale attivati dalla dopamina. La differente modulazione, in corteccia prefrontale, di fattori neurotrofici o proteine di trasduzione del segnale da parte di farmaci antipsicotici di prima o seconda generazione suggerisce anche che tali meccanismi potrebbero essere rilevanti per il diverso profilo di attività di tali farmaci sulla funzionalità cognitiva.

I nostri dati evidenziano pertanto che la funzionalità e resilienza neuronale possono essere regolate sia dalla componente ambientale, lo stress, che dai farmaci attraverso meccanismi intracellulari di plasticità neuronale correlabili al sistema dopaminergico.

Genetica del signaling di dopamina e schizofrenia: associazione con diagnosi, sintomi e risposta al trattamento

G. Caforio

Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria e Medicina Comportamentale, Università di Bari

Il ruolo della dopamina (DA) nella patofisiologia della

schizofrenia è stato messo in evidenza in numerosi lavori nel corso degli ultimi anni ed ha costituito la base biologica di quella che è oggi nota come "ipotesi dopaminergica della schizofrenia". A livello molecolare l'effetto della DA dipende dal suo legame con specifiche proteine recettoriali e l'entità del signaling dopaminergico è largamente connessa alla disponibilità di tali recettori bersaglio, alla modulazione della loro attività ad opera di altri sistemi neuro-trasmittoriali ed alla disponibilità della stessa DA in sede sinaptica. Pertanto, vari sistemi recettoriali e di conseguenza vari geni d'interesse, hanno un coinvolgimento nel signaling dopaminergico. I recettori dopaminergici di tipo D2 sono a lungo risultati implicati nella patofisiologia e nel trattamento della schizofrenia. Tale associazione è stata fondata sull'evidenza che, tanto l'effetto terapeutico di alcuni farmaci antipsicotici (AP), quanto il loro profilo di tollerabilità (soprattutto in termini di EPS) riconoscevano nella trasmissione dopaminergica D2-mediata, e nel blocco recettoriale di tipo D2 in particolare, un substrato biologico comune. Il gene DRD2, codificante per il recettore D2, presenta alcune variazioni con una rilevanza funzionale una delle quali riguarda la sua regione promoter e risulta avere un impatto sull'espressione totale del recettore, ed altre due mostrano un impatto sull'espressione dei D2 presinaptici. Tra i sistemi deputati alla disponibilità della DA a livello sinaptico si annovera il trasportatore della DA (DAT) e la Catecol-O-metiltransferasi (COMT) rispettivamente implicati nel catabolismo a livello dello striato e della corteccia prefrontale. Nel presente lavoro si procederà alla valutazione del ruolo di alcune varianti funzionali di geni con comprovato impatto sul signaling dopaminergico, in termini di associazione con la diagnosi di schizofrenia, gravità dei sintomi negativi e positivi, performance cognitive ed eventuale risposta al trattamento. Tale valutazione coinvolgerà un campione di pazienti schizofrenici in terapia stabile o seguiti longitudinalmente con AP.

Bibliografia

- Bertolino A, Caforio G, Blasi G, Rampino A, Sinibaldi L, Douzgou S, et al. *COMT Val(158)Met polymorphism predicts negative symptoms response to treatment with olanzapine in schizophrenia*. Schizophr Res 2007;95:253-5.
- Zhang Y, Bertolino A, Fazio L, Blasi G, Rampino A, Romano R, et al. *Polymorphisms in human dopamine D2 receptor gene affect gene expression, splicing, and neuronal activity during working memory*. Proc Natl Acad Sci USA 2007;104:20552-7.

Modulazione genetica del signaling di dopamina sulle funzioni cerebrali nella schizofrenia

G. Blasi

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Una mole consistente di studi ha dimostrato che la dopamina è un neurotrasmettitore chiave per l'esecuzione

di funzioni cerebrali specifiche. Fra queste, quelle associate ad abilità di tipo motorio, cognitivo ed emotivo, sembrano avere una stretta relazione con il signaling dopaminergico.

La schizofrenia è un disturbo caratterizzato da fenotipi comportamentali comprendenti non solo i classici sintomi positivi e negativi, ma anche deficit delle funzioni motorie, cognitive ed emotive. Evidenze convergenti hanno indicato l'estrema rilevanza di fattori genetici nell'insorgenza di questo disturbo. Altri numerosi dati hanno inoltre suggerito che l'alterazione del signaling dopaminergico potrebbe essere coinvolto in maniera cruciale nella patofisiologia

della schizofrenia. D'altro canto, il tono dopaminergico è modulato in maniera differenziale da caratteristiche genetiche specifiche. Questo aspetto si ripercuote sulla neurobiologia e sul comportamento per i quali il segnale dopaminergico è cruciale, e ne modula l'espressione fenotipica, sia fisiologica, sia associata alla schizofrenia.

In questa relazione, saranno esplorati i possibili nessi esistenti tra caratteristiche genetiche individuali, segnale dopaminergico, funzioni cerebrali e schizofrenia, e saranno valutate le eventuali implicazioni per la comprensione dei meccanismi patofisiologici alla base della schizofrenia e per la sua cura.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MASACCIO

S4. Antidepressivi o antistress?

COORDINATRICE

D. Marazziti

I disturbi correlati allo stress: un nuovo approccio alla nosografia psichiatrica?

M. Catena Dell'Osso, C. Faravelli

Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

Il ruolo dello stress nella genesi della psicopatologia è noto da tempo. Gli eventi traumatici precoci sono considerati fattori di predisposizione allo sviluppo di quadri psicopatologici in età adulta, gli eventi stressanti che si verificano in età adulta avrebbero invece un ruolo di fattori precipitanti la psicopatologia. La disregolazione dell'asse HPA, ed in particolare una riduzione dell'efficienza del fisiologico meccanismo di feed-back negativo, è stata più volte chiamata in causa come uno dei fattori tramite cui lo stress condurrebbe all'esordio dei disturbi psichici. Mentre i risultati provenienti dagli studi animali sembrano più solidi, i dati sull'uomo risultano poco consistenti e non univoci. In ogni caso, sia gli eventi stressanti che l'asse HPA sembrano implicati, in vario modo, nella maggior parte dei disturbi psichiatrici in cui sono stati valutati. Tuttavia, una dimensione transnosografica sembra comune a quasi tutte le variabili (sociali, cliniche e biologiche) che sono state riscontrate alterate in psichiatria. La debolezza dell'attuale nosografia, che prevede categorie diagnostiche eterogenee, che spesso concomitano nello stesso paziente, rappresenterebbe uno dei fattori alla base della mancanza di specificità. In questo contesto, come proposto da Van Praag, appare più proficuo studiare potenziali anomalie biologiche in ampi gruppi di pazienti, per identificare quei fattori connessi alla suddetta alterazione indipendentemente dalla diagnosi.

Novantacinque pazienti psichiatriche in fase acuta di malattia sono stati reclutati secondo un approccio transnosogra-

fico e confrontati con 34 soggetti sani. Un'alterazione dell'asse HPA, significativamente più frequente nei pazienti rispetto ai controlli (34,7% vs. 3%, $p < .001$), è risultata associata alla presenza di eventi stressanti precoci e, indipendentemente dalla diagnosi, ad uno specifico pattern sintomatologico caratterizzato da umore depresso, numbing, anedonia, riduzione dell'autostima, difficoltà di concentrazione, indecisione, astenia e sintomi psicotici. Un approccio transnosografico alla psicopatologia potrebbe contribuire all'identificazione di modelli fisiopatologici su cui fondare la classificazione dei disturbi mentali.

Bibliografia

Van Praag HM. *Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatric research*. *Psychiatry Res* 1997;72:201-12.

Faravelli C, Catena Dell'Osso M, Gorini Amedei S, Rotella F, Faravelli L, Palla A, et al. *The dexamethasone suppression test administered trans-nosographically: association with symptoms but not with diagnoses* (Submitted to *J Clin Psychiatry*).

Alterazioni immunologiche in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo prima e dopo trattamento farmacologico

D. Marazziti, G. Consoli, M. Catena Dell'Osso, S. Baroni, M. Carlini, M. Picchetti, F. Golia

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

Obiettivi: pochi studi condotti su pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo (DOC) hanno evidenziato

la presenza di alterazioni di alcuni parametri del sistema immunitario, in particolare l'aumento delle cellule natural Killer (NK), o di alcuni anticorpi e interleuchine. Si è inoltre ipotizzato che un sottotipo di DOC a insorgenza infantile possa essere dovuto ad una reazione autoimmunitaria scatenata da infezioni di Streptococco beta-emolitico. Molte scarse sono anche le informazioni sugli effetti delle terapie con inibitori selettivi del re-uptake della serotonina (SSRI) sul sistema immunitario in pazienti con DOC. Un persistente incremento dei marker della risposta infiammatoria (cellule NK) è stato riscontrato in pazienti DOC adulti dopo 12 settimane di terapia. In uno studio più recente, invece, non è stato evidenziato nessun parametro immunitario alterato dopo 12 settimane di trattamento con paroxetina e venlafaxina. L'obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare i possibili effetti di 12 mesi di trattamento con farmaci anti-ossessivi (clomipramina e SSRI) sulle sottopopolazioni linfocitarie in 20 pazienti con DOC drug-free.

Materiali e metodi: il campione era composto da 15 uomini e 5 donne (età media: $26,7 \pm 8,9$ anni, età media di esordio del disturbo $19,8 \pm 2,5$ anni). La diagnosi è stata effettuata mediante l'Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (SCID). I pazienti non presentavano altri disturbi di asse 1 in comorbidità. I pazienti sono stati definiti responders se ottenevano una riduzione di almeno il 25% al punteggio totale della Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Il sangue periferico dei pazienti è stato analizzato tramite un citofluorimetro Facstar Flow Sorter misurando numero assoluto e percentuale delle cellule CD4+, CD8+, CD3+, CD19+ e CD56+. Il rapporto tra linfociti T-helper e T-suppressore è stato valutato misurando il rapporto CD4+/CD8+. Lo stesso campione è stato sottoposto alla valutazione degli stessi parametri dopo 12 mesi di trattamento.

Risultati: a t0 i pazienti presentavano un aumento significativo dei linfociti CD8+ e un decremento dei CD4+, sia come numero assoluto che percentuale, rispetto a un gruppo di controllo di soggetti sani (15 uomini e 5 donne, età media $27,7 \pm 9,1$). Dopo un anno di terapia (t1) tutti i pazienti presentavano una riduzione significativa dei punteggi totali alla Y-BOCS ($12 \pm 5,4$, $p = 0,001$) rispetto alla valutazione basale e, parallelamente modificazioni significative delle due sottopopolazioni linfocitarie alterate a t0: i CD4+ aumentavano (media \pm DS: 984 ± 78 vs. 813 ± 60 , $Z = -2,97$, $p = 0,004$ e media \pm DS: 49 ± 2 vs. 43 ± 7 , $Z = -2,84$, $p = 0,005$, rispettivamente), lo stesso il rapporto CD4+/CD8+ (media \pm DS: $1,85 \pm 0,38$ vs. $1,45 \pm 0,36$, $Z = -3,10$, $p = 0,002$), mentre i CD8+ diminuivano (media \pm DS: 480 ± 194 vs. 624 ± 279 , $Z = -3,07$, $p = 0,002$ e media \pm DS: 27 ± 4 vs. 31 ± 5 , $Z = -2,87$, $p = 0,004$, rispettivamente).

Conclusioni: i risultati di questo studio hanno evidenziato una riduzione significativa dei linfociti CD8+ e un incremento significativo sia dei CD4+ che del rapporto CD4+/CD8+ dopo un anno di terapia specifica in pazienti con DOC. Questi dati suggeriscono che le

alterazioni del sistema immunitario riportate in questa patologia si normalizzano col trattamento a base di farmaci serotoninergici; quindi, tali marker possono essere considerati "stato-dipendenti" e probabilmente sono in relazione allo stress psicologico. Resta da stabilire se la normalizzazione dei linfociti T sia dovuta al miglioramento sintomatologico o piuttosto a un potenziamento delle difese immunitarie indotto da tali farmaci.

Bibliografia

- Barber Y, Toren P, Achiron A, Noy S, Wolmer L, Weizman R, Laor N. *T cell subsets in obsessive-compulsive disorder*. *Neuropsychobiology* 1996;34:63-6.
- Ravindran AV, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. *Circulating lymphocyte subsets in obsessive compulsive disorder, major depression and normal controls*. *J Affect Disord* 1999;52:1-10.
- Denys D, Fluitman S, Kavelaars A, Heijnen C, Westenberg HG. *Effects of paroxetine and venlafaxine on immune parameters in patients with obsessive-compulsive disorder*. *Psychoneuroendocrinol* 2006;31:355-60.

Trattamento con farmaci antidepressivi e modulazione stress-dipendente della neurotrofina BDNF

M.A. Riva

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

Sebbene le ipotesi classiche sulla patogenesi della depressione maggiore riconoscano il coinvolgimento dei sistemi serotoninergico e noradrenergico, numerose evidenze suggeriscono che i disturbi dell'umore sono caratterizzati da una ridotta plasticità neuronale. Geni di suscettibilità ed esposizione ad eventi avversi, come lo stress, alterano il profilo di espressione e funzionalità di proteine come la neurotrofina BDNF che svolgono un ruolo fondamentale nei meccanismi di plasticità cellulare. Pertanto, l'intervento farmacologico oltre che a riequilibrare l'assetto neurotrasmettitoriale deve migliorare la funzionalità cerebrale regolando l'espressione di tali proteine.

Nei nostri studi abbiamo utilizzato l'antidepressivo duloxetine per valutare la capacità della molecola di modulare BDNF, e per stabilire se il trattamento cronico con l'antidepressivo potesse alterare la responsività ad uno stress acuto, uno dei principali fattori scatenanti per la patologia depressiva.

I nostri risultati dimostrano innanzitutto che il trattamento cronico con duloxetine regola in modo complesso l'espressione e la localizzazione subcellulare di BDNF in specifiche aree cerebrali. Inoltre, rispetto ai ratti controllo, negli animali trattati cronicamente con duloxetine si evidenzia una diversa responsività ad uno stress acuto di moderata entità (5' di nuoto forzato). Infatti, il trattamento cronico con l'antidepressivo

influenza la trascrizione stress-dipendente di specifiche isoforme di BDNF, la traslocazione della proteina a livello sinaptico, nonché l'attivazione di vie di traduzione del segnale.

I nostri risultati consolidano l'idea che la modulazione di BDNF e delle proteine ad esso correlate possa rappresentare un evento cruciale per l'azione dei farmaci antidepressivi. Inoltre, questi dati evidenziano la capacità di tali molecole di aumentare il pool sinaptico della neurotrofina e modificare l'attivazione delle cascate di traduzione del segnale ad essa sottese, fornendo ulteriore prova del ruolo dei farmaci antidepressivi nella modulazione della plasticità sinaptica e della responsività allo stress.

Recettori per i glucocorticoidi e antidepressivi

C.M. Pariante

Institute of Psychiatry, King's College London

Le nostre ricerche, e quelle di altri gruppi, hanno permesso di sviluppare un modello secondo cui la depressione è una risposta comportamentale causata da molteplici meccanismi molecolari legati alla risposta allo stress, che coinvolgono sia il sistema nervoso centrale che sistemi periferici come il sistema immunitario ed il sistema neuroendocrino, e che sono attivati da varie circostanze psicologiche, mediche ed ambientali. Inoltre, abbiamo descritto uno specifico effetto del trattamento antidepressivo in vitro sulla funzione del recettore per glucocorticoidi linfocitario, che sembrerebbe distinguere i pazienti depressi clinicamente resistenti al trattamento. Questi risultati indicano una diretta azione dei farmaci antidepressivi sui meccanismi molecolari che regolano lo stress. La ricerca nel campo della psico-neuro-endocrino-immunologia sta fornendo nuove idee non solo per capire i meccanismi patogenetici operanti nella depressione ma anche per scoprire nuovi approcci alla terapia della depressione usando farmaci "antistress", che alterano i sistemi endocrino ed immunitario.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PERUGINO

S5. La disabilità intellettiva: aspetti clinici e risvolti sociali

COORDINATORE

A. Castellani

L'importanza del coinvolgimento dei gruppi di familiari per la gestione della disabilità

C. Ruggerini, G. Griffo*, S. Manzotti**

*AOU Policlinico di Modena, * Disabled Peoples' International, ** Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia; Minamiyachimata Hospital, Chiba, Japan*

Introduzione: molte novità concettuali hanno interessato il campo della assistenza alle persone con disabilità intellettiva. Negli ultimi anni: il documento Innovative Care for Chronic Condition (OMS, 2002) ha proposto un modello di cura delle condizioni croniche basato sulla condivisione tra persone che ricevono assistenza, operatori tecnici e membri della Comunità di informazioni scientifiche, di prassi operative e di motivazioni etiche. La Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità (ONU, 2006) ha rappresentato a livello internazionale la base legale di tutela dei diritti e delle libertà fondamentali, inquadrati in un ambito di rispetto dei diritti umani; le associazioni dei disabili hanno individuato come proprio obiettivo la realizzazione di una funzione di empowerment personale e sociale (Barbutto et al., 2007); gli specialisti medici hanno cominciato ad

elaborare una concettualizzazione del loro ruolo nella assistenza che aggiunge quello di consulente a quello tradizionale di prescrittore (Pupuline e Caffo, 2008).

Metodologia: nel 2003 è stato firmato un documento di intesa tra Sezione DAR dell'OMS, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Associazioni dei Genitori di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia per la applicazione del documento ICCO alla condizione della disabilità intellettiva nella Provincia di Reggio Emilia. Il documento ha originato una sperimentazione che si è conclusa nel dicembre 2008.

L'aspetto operativo cruciale di questa sperimentazione è stata la formazione dei genitori e la loro organizzazione in gruppi di discussione (secondo la tecnica del Focus Group) per la descrizione dei punti critici da porre all'attenzione della Comunità per l'individuazione delle possibili soluzioni.

Risultati: tre gruppi di genitori (di 26 famiglie con un membro con disabilità intellettiva di età infantile o adulta) hanno elaborato tre documenti descrittivi delle aree di criticità nella assistenza ricevuta in età diverse della vita. Gli aspetti critici sono stati classificati:

a. sulla base del tipo di impegno richiesto da una possibile soluzione: alcuni aspetti critici richiedevano

una proposta organizzativa (es.: apertura di sportelli informativi); alcune richiedevano come premessa una consapevole elaborazione culturale condivisa tra erogatori di servizi e utilizzatori (es.: nozione di trattamento evidence-based); alcune richiedevano come premessa la volontà di affrontare temi innovativi (es.: alternative alla residenza nel caso di impossibilità della famiglia di mantenere l'individuo al proprio interno);

- b. sulla base della Agenzia alla quale veniva indirizzata l'ipotesi di soluzione della criticità.

I tre documenti hanno promosso una attivazione di diverse Agenzie (Scuola, Organizzazioni di Volontariato, Servizio di Neuropsichiatria Infantile) che hanno avanzato proposte per affrontare i punti critici evidenziati.

Conclusioni: i familiari e le loro Associazioni possono ricevere ed elaborare informazioni aggiornate sulla loro condizione e proporsi come parte attiva di un processo di modellamento della rete assistenziale ad essi orientata. Questo percorso ha indotto modificazioni positive nella qualità della assistenza e ha permesso ai genitori di percepirsi come soggetti più in grado di incidere sulla loro realtà assistenziale; ha innescato inoltre un processo di comunicazione più serrata dei familiari con le Agenzie della Comunità che potrebbe prolungarsi nel tempo.

Bibliografia

- Barbuto R, Ferrarese V, Griffò G, Napolitano E, Spinuso G. *Consulenza alla pari. Da vittime della storia a protagonisti della vita*. Lamezia Terme: Comunità Edizioni 2007.
- OMS. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*, 2002 (www.ericsson.it).
- ONU. *Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità*, 2006 (www.venetosociale.it).
- Pupulin E, Caffo E. *Un nuovo statuto psichiatrico per la presa in carico dei bambini con disabilità intellettiva*. In: Ruggerini C, Dalla Vecchia A, Vezzosi F, a cura di. *Prendersi cura della disabilità intellettiva*. Trento: Erickson 2008.

Aspetti medico-legali del contesto socio-assistenziale

S. Monchieri

IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Le persone che secondo la definizione del DSM-IV-TR presentano un: "... funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media ... concomitanti deficit o compromissioni nel funzionamento adattivo attuale (cioè la capacità del soggetto di adeguarsi agli standard propri della sua età e del suo ambiente culturale) (DSM-IV-TR)", sono soggetti di diritto al pari di qualsiasi altra persona. L'imprescindibile obbligo del rispetto della persona e nel contempo della necessità di cure e assistenza adeguate nel contesto residenziale è spesso

limitato dalla difficoltà di espressione di un valido consenso. La legge attribuisce indistintamente, a tutti con il compimento del 18 anno, la *capacità di agire* benché le persone affette da disabilità intellettiva (DI), a seconda del grado di compromissione, possono non avere totalmente o parzialmente la capacità di comprendere e di agire. Nelle realtà operative residenziali è ancora oggi molto frequente dover gestire persone anche con DI grave che non abbiano un rappresentante legale nominato con finalità di tutela. Esigenze comuni condivise derivano, dalla necessità di mantenere la tutela, dopo il raggiungimento della maggiore età per salvaguardia patrimoniale e personale. In risposta a queste ed altre esigenze specifiche il legislatore ha creato una serie di istituti giuridici, che funzionano sotto la vigilanza e l'intervento del giudice tutelare, con una duplice finalità: proteggere l'incapace avendo cura dei suoi interessi e rappresentarlo o assisterlo nel compimento di determinati atti giuridici. L'attivazione di questi istituti giuridici non è sempre agevole in quanto i familiari, spesso equivocano sul termine "tutela" ritenendo il provvedimento, oltre che oneroso, "punitivo" per il congiunto. Accanto all'interdizione e all'inabilitazione il legislatore ha affiancato in tempi più recenti l'Amministrazione di Sostegno che consente di salvaguardare la capacità di agire equilibrando così esigenze di salvaguardia e libertà d'azione in un gradiente di tutela rapportato alle effettive condizioni della persona con DI.

L'approccio alle disabilità: confronti e paragoni

M. Bertelli, L. Lombardi*, M. Scarselli**,
D. Scuticchio*, A. Castellani, G. La Malfa

*SIRM (Società Italiana per lo studio del Ritardo Mentale); * AMG, Misericordia di Firenze, Firenze; ** Consorzio Zenit, Firenze*

Disabilità e malattia descrivono due condizioni sostanzialmente diverse, anche se frequentemente legate da un rapporto di causalità reciproca. Il riferimento teorico per la maggior parte degli approcci riabilitativi alla disabilità è ancora rappresentato dai modelli di intervento sulla malattia, che a loro volta trovano definizione solo nell'antitesi alla condizione di salute.

Nell'approccio medico tradizionale la salute è integrità morfo-funzionale e l'obiettivo è la "restitutio ad integrum". Il rischio di abbandono terapeutico è qui molto alto, soprattutto per quei casi di impedimento biologico permanente. In approcci più estensivi, come quello riscoperto dall'OMS a partire dagli anni '50, la salute è invece "completo benessere", psicologico e sociale, o equilibrio personale, cioè capacità di vivere in modo consapevole e libero, valorizzando tutte le energie in proprio possesso. Con la Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF), prodotta dalla stessa OMS all'interno di una progressiva sostituzione culturale dell'approccio basato sulla disabilità con quello basato sui diritti umani, la salute si valuta per tutti gli individui in

termini di contestualizzazione di abilità e competenze. L'espressione "ritardo mentale" comincia a lasciare il posto a "disabilità intellettiva" (nel mondo la relazione di utilizzo è ancora 76% contro 56,8%), i sostegni e i supporti, riferimento principale del decimo manuale dell'Associazione Americana per il Ritardo Mentale, divengono la misura di una nuova condizione esistenziale, che è espressa dalla discrepanza fra funzionamento individuale e richieste ambientali. Gli approcci contrattualisti, che derivano da questa cultura olistica, rischiano di determinare accanimenti terapeutici-riabilitativi, verso un'autonomia indefinita che non permette di individuare limiti. L'approccio integrale si rivolge alla persona nella complessità del suo essere indipendentemente dalla non attuazione, momentanea o permanente, di certe funzioni. A questa tipologia di approccio appartiene quello della qualità di vita generica (non legata alla salute), dove l'intervento terapeutico-riabilitativo ha come obiettivo principale l'ottimizzazione della relazione tra interesse e soddisfazione negli ambiti della vita applicabili a tutte le persone.

Dalla prevenzione agli inserimenti: la ricaduta sulla qualità di vita

A. Ferrandi, A. Castellani*, Sergio Monchieri
*IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia; * Società Italiana per lo studio del Ritardo Mentale*

Alla disabilità intellettiva (DI) si associano spesso, oltre a disturbi psichiatrici-medici e neurologici, gravi e croniche combinazioni di disturbi del comportamento. Tali problematiche psicopatologiche e la loro cronicità, rendono spesso difficile la gestione del disabile da parte

del caregiver, difficoltà aggravata quando la disponibilità e le risorse familiari diminuiscono per la riduzione naturale del nucleo familiare e/o per la perdita di risorse personali legate alla senescenza dei genitori.

I fattori predittivi d'inserimento in struttura sono dettati, spesso, da richieste di ordine socio-familiare, da fenomeni di emarginazione e rifiuto sociale e da manifestazioni comportamentali disadattive.

La segnalazione da parte del Servizio Territoriale inviante dovrebbe includere l'accertamento diagnostico, con il quale acquisire una corretta conoscenza della persona nella sua globalità bio-psico-sociale, condividendo così con la nuova struttura, oltre alla diagnosi, gli specifici bisogni dell'utente. La conoscenza dei bisogni è fondamentale per orientare alla scelta della struttura e necessaria per progettare l'intervento ri-abilitativo, cosicché l'utente divenga partecipante attivo di ogni intervento per il miglioramento della sua qualità di vita (QdV).

L'approccio alla QdV dovrebbe essere considerato come parte integrante del modello medico, poiché per chi opera nella Sanità l'obiettivo è fornire a ciascuno ciò che meglio permetta di provare soddisfazione negli ambiti di vita di interesse (Brown e Brown, 2003).

Gli studi presenti in letteratura mostrano come alcuni fattori siano predittori della QdV, quali caratteristiche del setting di cura, le variabili socio-demografiche, gli aspetti clinici, caratteristiche personali; obiettivi, priorità ed interessi del singolo.

La sempre più accentuata tendenza alla deistituzionalizzazione della DI se da un lato ha favorito gli inserimenti nei contesti familiari e in piccole comunità dall'altro evidenzia come il tradizionale approccio terapeutico-riabilitativo-istituzionale, nei nuovi tipi di assistenza, debba essere arricchito da particolari attenzioni sanitarie gestionali ed assistenziali.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA BORROMINI

S6. La ricerca in psichiatria di consultazione: dall'ospedale generale alle cure primarie

COORDINATORI

M. Rigatelli, D. Berardi

La consulenza psichiatrica in ospedale generale: analisi di una esperienza pluriennale

S. Ferrari, S. Po, L.A. Pingani, M. Rigatelli
UO di Psichiatria, AUSL-Modena, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il 30-60% dei pazienti ricoverati in reparti non

psichiatrici dell'Ospedale Generale presenta disturbi psichici di varia gravità. Tra questi, i più comuni sono i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi connessi all'abuso di sostanza ed i quadri psico-organici. Tra i pazienti a rischio di comorbilità medico-psichiatrica vi sono i portatori di malattie mediche croniche e tale condizione ha notevoli e varie ricadute assistenziali, tra cui l'aumento dei costi sanitari.

Materiali e metodi: il Servizio di Consulenza Psichiatrica-Psicosomatica, operativo dal 1989, si occupa delle richieste di consulenza psichiatrica provenienti da reparti ed ambulatori specialistici del Policlinico di Modena; fornisce attualmente una media di 1200 prime visite psichiatriche annue, corrispondenti al 3-4% dei pazienti ricoverati nel Policlinico. Tramite l'analisi del database informatizzato del Servizio, si è proceduto a raccogliere le informazioni relative alla sua attività negli anni recenti.

Risultati: nel periodo 2000-2008, il Servizio ha effettuato 9657 prime valutazioni psichiatriche. Le richieste di consulenza provengono prevalentemente dal reparto di Medicina (56,5%) e le motivazioni più frequenti sono per ansia/depressione (38,8%). La tipologia tipica del paziente inviato per consulenza include le seguenti caratteristiche: sesso femminile (rapporto M/F % = 45/55), età media adulta (55 anni, DS 17,54), anamnesi psichiatrica positiva nel 50% dei casi. La valutazione psichiatrica conduce nella maggioranza dei casi alla diagnosi di Sindrome fobica, legata a stress o somatoforme (41,7%). La maggioranza dei pazienti valutati in consulenza, successivamente alla dimissione, viene rinviata all'attenzione del Medico di Medicina Generale. Infine, l'intervento di consulenza ha portato all'indicazione di una terapia psicofarmacologica in 5312 casi, corrispondenti al 55% del totale di pazienti valutati.

Conclusioni: la Psichiatria di Consultazione realizza nell'OG il suo importante ruolo di interfaccia tra il mondo della psichiatria e quello della medicina, così spesso storicamente e culturalmente distanti, con l'obiettivo di occuparsi della sofferenza psico-sociale del paziente medico.

La consulenza in psico-oncologia e cure palliative: dalla sofferenza individuale ai progetti di ricerca

L. Grassi, R. Caruso, G. Nanni, E. Rossi, S. Sabato
Sezione di Clinica Psichiatrica, Università di Ferrara

Lo sviluppo della psico-oncologia ha sicuramente assunto un valore estremamente significativo all'interno della vasta area della salute mentale in ambito medico (nelle diverse accezioni e declinazioni della psichiatria di consultazione o della medicina psicosomatica). Le originali formulazioni psico-oncologiche degli anni '50, tese a verificare l'esistenza di una componente psicogena nello sviluppo del cancro, hanno gradualmente lasciato il campo alla psico-oncologia clinica che a partire dagli anni '70 si è imposta come disciplina specifica nel campo delle scienze psichiatriche, psicosociali e comportamentali (come in Italia per la Società Italiana di Psico-Oncologia - www.siponazione.it). La implementazione di servizi di psico-oncologia all'interno degli IRST, degli ospedali generali e delle aziende territoriali ha rappresentato il naturale esito degli obiettivi della disciplina psico-oncologica: valutare e trattare i diversi livelli di disagio psichico nelle persone colpiti

te da patologie oncologiche, in qualunque fase della malattia, e nei familiari, sviluppare modelli predittivi di distress e favorire l'applicazione di tali modelli in un'ottica di screening e diagnosi precoce nei contesti oncologici, favorire la formazione degli operatori alla comunicazione e alla relazione, prevenendo e riducendo il burn-out, identificare nuovi modelli di intervento psicoterapeutico sulla base della specificità del contesto oncologico, così come approfondire le implicazioni dei trattamenti psicofarmacologici. Questi elementi hanno trovato concretizzazione non solo a livello clinico ma anche a livello della ricerca, che, di pari passo con la clinica, ha prodotto negli ultimi vent'anni un bagaglio di dati estremamente importanti, pubblicati su riviste interdisciplinari dell'area psichiatrica di consultazione (quali *Psychotherapy and Psychosomatics*, *Psychosomatics*), dell'area oncologica (quali *Supportive and Palliative Care*, *Annali of Oncology*, *European Journal of Cancer*) e, specificamente dell'area psico-oncologica (quali *Psycho-Oncology* e *Journal of Psychosocial Oncology*). Le linee di ricerca, associate alla attività clinica hanno prodotto le diverse linee-guida oggi disponibili e applicate in diversi contesti istituzionali d'eccellenza.

Bibliografia

- Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2003.
Grassi L. *Psico-oncologia*. In: Siracusano, a cura di. *Manuale di psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2007.

La ricerca sugli interventi psicologici per la depressione in medicina generale

M. Menchetti, D. Berardi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: i casi di depressione che vengono gestiti in medicina generale hanno usualmente una sintomatologia depressiva meno severa rispetto ai casi inviati ai servizi specialistici. Le più recenti linee guida suggeriscono un ruolo importante per gli interventi psicologici come trattamenti di prima scelta per le forme depressive lievi-moderate. Tuttavia, poche evidenze nel setting della medicina generale sono disponibili. Scopo del presente studio è di comparare un intervento psicologico, il counselling ad orientamento interpersonale, con i farmaci antidepressivi della classe degli SSRI.

Metodologia: studio multicentrico randomizzato e controllato. In ognuno dei centri partecipanti allo studio è stato implementato un progetto collaborativo fra psichiatria e medicina generale. Venivano inclusi pazienti con una diagnosi di depressione maggiore, un punteggio alla scala di Hamilton ≥ 13 e meno di 2 episodi depressivi in anamnesi. I pazienti erano randomizzati ai due bracci di trattamento e quindi valutati nel corso di un anno (a 2, 6 e 12 mesi). La misura di esito principale era la remissione della sintomatologia depressiva misurata

con la scala di Hamilton. Disabilità e qualità della vita erano valutati rispettivamente con la Work and Social Adjustment Scale e con la WHO – Quality of Life Bref.

Risultati: sono stati reclutati 287 pazienti con depressione maggiore, in maggioranza di genere femminile (74%) con un punteggio medio alla scala di Hamilton di $17,3 \pm 3,5$. A 2 mesi nel gruppo del counselling interpersonale, il 57,6% dei pazienti era in remissione mentre il tasso di remissione con SSRI era di 45,5%. Nei follow-up a 2 e 6 mesi i pazienti miglioravano in termini di sintomatologia depressiva, disabilità e qualità della vita senza differenze significative fra i bracci di trattamento.

Conclusioni: il counselling interpersonale appare un trattamento efficace per la depressione in medicina generale, comparabile con gli SSRI.

La consultazione psichiatrica per i migranti con disturbi mentali comuni nelle cure primarie: quale consulenza per quale disagio?

N. Colombini, S. Ferrari*, C. Giubbarelli*, V. Castorini**, F. Poggi**, I. Tarricone**

Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Modena;
** Dipartimento Neuroscienze TCR, Università di Modena e Reggio Emilia;*
*** Istituto di Psichiatria, Università di Bologna*

Background: i Medici di Medicina Generale (MG) hanno sempre gestito i disturbi mentali comuni (DMC), consuetudine considerevolmente perfezionata negli ultimi 20 anni. Una particolare sfida, che ha visti coinvolti

congiuntamente MG e Servizi psichiatrici territoriali in tempi recenti, è la gestione dei DMC nei soggetti migranti, tema che è oggetto di un progetto di ricerca multicentrico italiano. A Modena e Bologna sono state effettuate alcune rilevazioni preliminari.

Materiali e metodi: a Bologna, sono stati valutati tutti i migranti afferenti presso una MG di gruppo in 8 giornate index nell'arco di due mesi, tramite l'impiego di una scheda di rilevazione costruita ad hoc. Sia a Bologna che a Modena, sono stati raccolti dati sugli accessi dei migranti presso i CSM del territorio. A Modena è stata realizzata un'indagine sulla somatizzazione nei migranti di alcuni ambulatori di MG.

Risultati: 52 migranti sono stati valutati nella MG di Bologna (1/3 dei pazienti totali); il 12% soffriva di un disturbo mentale e l'8% aveva avuto un contatto con il CSM. Dei 14 nuovi casi di migranti afferenti al CSM Ovest di Bologna nel medesimo periodo, il 36% è stato inviato dalla MG e il 79% ha ricevuto diagnosi di DMC. A Modena nel 2005 il 44% dei migranti sono stati inviati al CSM dalla MG e nell'86% la diagnosi psichiatrica è stata di DMC. Il 21,6% dei migranti (vs. il 16,3% degli italiani) valutati presso la MG risulta affetto da forme clinicamente significative di somatizzazione.

Conclusioni: emerge la necessità in termini clinici e di politica sanitaria di effettuare studi per definire le caratteristiche psicopatologiche dei DMC nei migranti e le modalità di gestione nella medicina del territorio; appare importante consolidare l'attività di consulenza e collegamento tra MG e CSM, anche allo scopo di migliorare i percorsi di cura di questi pazienti.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TINTORETTO

S7. L'inserimento lavorativo dei pazienti con disturbi mentali gravi: strategie di intervento ed esperienze in Italia

COORDINATORE
G. de Girolamo

Il Progetto EQOLISE: risultati ed implicazioni

A. Fioritti, R. Sabatelli

Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri

Background: la ricerca empirica sulle pratiche di riabilitazione finalizzate all'inserimento lavorativo non ha prodotto risultati rilevanti in Europa. Anche i protocolli americani di supported employment (ed in particolare la metodica dell'Individual Placement and Support che ha numerosi studi di efficacia negli USA) non sono mai stati

replicati in Europa. Lo studio EQOLISE è il primo trial randomizzato multicentrico finalizzato a testare l'efficacia e la sostenibilità dell'IPS in mercati del lavoro diversi da quello americano.

Metodi: 312 pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti provenienti da sei centri europei (Londra, Rimini, Groeningen, Ulm, Zurigo e Sofia) sono stati assegnati mediante randomizzazione al trattamento IPS ($n = 156$) o al trattamento tradizionale di inserimento lavorativo ($n = 156$). I pazienti sono stati seguiti per 18 mesi. La variabile di esito primaria era la differenza nella quota di persone entrate nel libero mercato del lavoro nei due

gruppi. Le differenze nella efficacia dell'IPS nei diversi centri sono state esplorate con una metanalisi prospettica per stabilire l'effetto dei sistemi locali di welfare e dei mercati del lavoro.

Risultati: l'IPS è risultato nettamente più efficace dei sistemi tradizionali di inserimento lavorativo sotto vari parametri. 85 pazienti (55%) hanno lavorato per almeno un giorno, contro 43 (28%) del gruppo di controllo. I pazienti assegnati al trattamento tradizionale presentavano tassi più elevati di drop-out dallo studio e di ricovero in ospedale rispetto al campione IPS. Tra le variabili che influenzano il successo dell'IPS la più rilevante è data dai tassi di disoccupazione locale.

Commento: lo studio dimostra che l'efficacia delle metodiche che puntano ad un diretto e tempestivo inserimento nel libero mercato non è legata alle caratteristiche del mercato del lavoro ed al welfare degli USA, ma risiede prevalentemente su fattori inerenti la motivazione della persona. In tal senso meriterebbero maggiore diffusione e ricerca anche in Europa.

Percorsi di inserimento lavorativo per persone affette da disturbi mentali

W. Di Munzio¹, F. Basile², C. Battipaglia³, R. Sales⁴, G. Salomone⁵

¹ Direttore DSM, Direttore scientifico Fondazione CeRPS; ² Tecnico della riabilitazione psichiatrica; ³ Educatore professionale; ⁴ Psicologo; ⁵ Dirigente medico, Direttore Fondazione CeRPS, DSM ASL Salerno 1 e Fondazione CeRPS, Nocera Inferiore, Regione Campania

Nei servizi di salute mentale non esiste un modello univoco per l'inserimento lavorativo dei pazienti; l'orientamento generale è quello di utilizzare strutture lavorative "normali" o "protette". In particolare, nel meridione vi è una difficoltà maggiore sia a causa di una prassi orientata all'assistenza sia a causa di una situazione economica ed occupazionale già debole. Il modello a cui il nostro DSM si ispira è quello della estrema flessibilità del lavoro, non finalizzata allo sfruttamento della forza lavoro, ma ad un adeguamento della produzione a singole Unità Produttive, intese come piccole comunità che organizzano il lavoro sulle specifiche capacità dei componenti, tenendo conto delle diverse abilità e dei percorsi procedurali individuali, senza rigidità o tempi obbligati. Avendo cura naturalmente di restare sul mercato e di conservare livelli accettabili di competitività sia sui costi di produzione che sulla qualità dei prodotti. Un paradigma nuovo questo che fa riferimento al così detto "Management Umanistico". Dal 2001 abbiamo utilizzato fondi regionali CI-

PE per avviare un percorso di inserimenti lavorativi per persone affette da gravi disturbi mentali, realizzando un "Incubatore per attività produttive e opportunità occupazionali" destinato a tali soggetti, utilizzando anche risorse strutturali del dismesso Ospedale Psichiatrico.

Nel 2005 si costituisce una cooperativa sociale di soli utenti; è stato stipulato un protocollo d'intesa tra l'ASL SA1, il Terzo Settore e il Piano di Zona S1, con il conferimento di borse lavoro ai soci lavoratori della cooperativa.

Il progetto si è realizzato in tre fasi:

- *formazione professionale protetta:* realizzata con il supporto di Artigiani e Maestri d'Arte;
- *costituzione d'impresa (formazione all'impresa sociale);*
- *inserimento nel tradizionale circuito produttivo:* con il coinvolgimento del Piano di Zona, dell'ASL e del Terzo Settore per garantire all'unità di produzione l'impianto dell'Impresa Sociale, l'accesso ai finanziamenti pubblici e ad incarichi professionali da parte di Enti pubblici, privati, ecc.

L'inserimento lavorativo: una sintesi delle ricerche recenti

A. Angelozzi

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Padova

La rassegna della letteratura di questi ultimi anni mostra una particolare attenzione per le metodologie e gli esiti degli inserimenti lavorativi nei pazienti con problemi psichiatrici. In particolare emerge una crescente attenzione nei confronti del supported employment, motivata soprattutto dalla sua metodologia chiara e riproducibile, dalle sue validazioni nell'ambito dell'EBM e dagli esiti significativamente vantaggiosi rispetto ad altre metodologie.

È necessaria peraltro una riflessione critica sui dati della letteratura non sempre concordi relativamente alla effettiva entità degli esiti lavorativi, clinici ed economici e alla generalizzabilità del modello, specie nel rapporto con altri modelli di intervento più tradizionali.

Ma emerge soprattutto l'esigenza di una riflessione sulle critiche da parte del supported employment alle metodologie tradizionali, sul concetto di esito in riabilitazione lavorativa, sul rapporto con la EBM e la necessità di utilizzare interventi convalidati e rigorosi, sull'accento posto verso il natural support, e soprattutto sullo spostamento del focus dalla patologia alle risorse del paziente, sottolineato come protagonista imprescindibile delle scelte che lo riguardano.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PINTURICCHIO

S8. Sessualità e psichiatria forense

COORDINATORE
S. Ferracuti

La sociosessualità, le sue ripercussioni nell'organizzazione della socialità umana e i suoi riflessi psicopatologico-forensi

M. Marchetti

Straordinario di Medicina Legale, Università del Molise

Si può definire la sociosessualità come la tendenza ad avere rapporti sessuali al di fuori di una stabile relazione di coppia (Simpson e Gangestad, 1991). Gli esseri umani possono presentare una sociosessualità "ristretta" per cui tenderanno ad avere pochi rapporti sessuali al di fuori della loro relazione stabile e una sociosessualità "non ristretta" che indica appunto la tendenza ad avere più rapporti sessuali al di fuori della relazione stabile. Chiare sono le differenze di genere. Le donne tendono ad avere costantemente una sociosessualità più ristretta rispetto a quella dei maschi. Inoltre presentare una sociosessualità "non ristretta" sembra correlarsi con una maggiore problematicità per gli uomini e non per le donne. Alti livelli di sociosessualità sono infatti correlati ad atteggiamenti di mascolinità che a loro volta correlano con atteggiamenti aggressivi e di controllo verso le donne.

Inoltre varie ricerche indicano come una sociosessualità "non ristretta" sia correlata al rischio di mettere in atto aggressioni sessuali. Peraltro i maschi che presentano una sociosessualità più ristretta tendono ad essere più empatici e a valutare positivamente i rapporti paritari con le donne.

Altre ricerche hanno evidenziato che le variazioni nella sociosessualità nei vari paesi del mondo tendono a risentire del clima culturale. Là dove si mettono in atto politiche che tendono a promuovere le pari opportunità sia economiche che sociali la sociosessualità maschile tende ad essere più ristretta così che i maschi mostrano tendenzialmente una minore attitudine maschilista nei confronti delle donne. In genere vi è la conferma che a fronte di disposizioni rispetto alla sessualità, che vanno ben conosciute e considerate quando si vogliono sviluppare politiche di prevenzione nei confronti della violenza sessuale contro le donne, queste stesse disposizioni innate, che fanno sì che l'uomo cerchi più facilmente relazioni a breve termine senza impegno, appaiono comunque risentire di opportuni interventi di tipo culturale.

Il concetto di "normalità" in ambito sessuale

S. Ferracuti

Cattedra di Psichiatria, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma

Dal tempo del rapporto Kinsley e delle successive inchieste sulle abitudini sessuali della popolazione generale vi è stato un profondo mutamento culturale e antropologico rispetto a quello che può essere considerato "deviante" in ambito sessuale, con un ampliarsi notevole della tolleranza rispetto a costumi sessuali poco diffusi o precedentemente considerati devianti. La psichiatria ha recepito questi cambiamenti, spesso in base a forti pressioni sociali, e l'andamento della concettualizzazione di quali comportamenti sessuali siano considerabili come "patologici" è ben esemplificato nella mutevolezza delle classificazioni sulle parafilie nel corso degli ultimi 50 anni. Tuttavia gli psichiatri, specialmente in corso di valutazioni medico-legali, sono spesso posti nella situazione di esprimere giudizi sulla "normalità" o meno di condotte sessuali, e la difficoltà di un approccio ideografico rispetto a quello nomoteutico sul problema rimane ampiamente insoluto e aperta al confronto, anche per l'insufficienza dei dati di ricerca. Se da un lato si riconosce un generico diritto di espressione libera della sessualità anche nelle sue forme più inconsuete, sempre che questo non violi la libertà altrui, dall'altro vi sono ampie perplessità su temi quali l'affidamento di un bambino ad una coppia omosessuale, la frequentazione con un genitore transessuale o l'appropriatezza di un insegnante con orientamenti sessuali statisticamente meno frequenti.

L'indagine psichiatrico-forense sul "sex offender"

T. Bandini, G. Rocca

DI.ME.L., Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Genova

Numerosi sono i contributi che analizzano le varie tipologie di delitto sessuale ed indagano i rapporti eventualmente intercorrenti tra psicopatologia ed autori di reati sessuali.

Restano infatti molte le problematiche di interpretazione ed intervento relativamente al comportamento dell'autore dei reati di questo tipo, per l'estrema eterogeneità della tipologia di queste condotte devianti, per i molteplici fattori scatenanti, nonché per i possibili fattori di rischio e recidiva.

Nel presente lavoro, viene trattato il problema della valutazione di un eventuale vizio parziale o totale di mente dell'autore di questo tipo di reato, alla luce dell'interpretazione della nozione di infermità ex artt. 88-89 c.p., come risultante dalla pronuncia dalle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione¹.

Vengono delineate le possibili differenze valutative rispetto al recente passato, nonché alcuni elementi peculiari degli autori di reati sessuali in rapporto alle componenti di tipo quali-quantitativo dello stimolo e del comportamento tipico.

Nell'elaborato vengono quindi segnalate le difficoltà che le indagini psichiatrico-forensi possono incontrare in questo tipo di valutazione, in cui il perito si trova solitamente immerso in un contesto caratterizzato da forte allarme sociale, differenti forme di pressione, a volte coinvolgimento collettivo tanto intenso da poterne condizionare l'operato.

Viene quindi ricordato che i disturbi psico-sessuali che si traducono in comportamenti criminosi non incidono necessariamente sull'imputabilità dell'autore di reato, se non in quei casi nei quali sia dimostrato un chiaro rapporto causale tra il quadro psicopatologico nosograficamente definito e la condotta specifica dell'autore di reato.

¹ Cass. pen. Sez. Un., 25 gennaio 2005, n. 9163.

Bibliografia

Bandini T, Lagazzi M, La China M. *Considerazioni cliniche in tema di imputabilità dell'autore di reati sessuali*. Rassegna Italiana di Criminologia 1995;1:31-50.

Bandini T, Gualco B. *La perizia psichiatrica sull'autore di reati sessuali*. In: Acconci M, et al., a cura di. *Infanzia violata, interventi psicosociali, giustizia*. Milano: Giuffrè 2004.

Canepa G, Lagazzi M. *I delitti sessuali*. Padova: Cedam 1988.

Fornari U. *I comportamenti sessuali devianti e criminali*. In: *Trattato di Psichiatria Forense*. Torino: Utet 2008.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA BERNINI

S9. I disturbi della personalità come problema della società

COORDINATORE

C. Maffei

Epidemiologia dei disturbi di personalità: implicazioni per i servizi psichiatrici

A. Fossati, S. Borroni, C. Maffei

Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

I pochi studi epidemiologici esistenti sulla prevalenza delle diagnosi dei disturbi di personalità in popolazione generale convergono nel suggerire che si tratta di patologie relativamente frequenti, con prevalenze comprese tra l'1 e il 3% per i singoli disturbi.

Nel presente lavoro verranno presentati i dati della prima survey italiana su un campione di 1192 soggetti adulti non clinici (età media = 38,01 anni, DS = 11,57 anni, range: 18-62 anni; M = 42,1%, F = 57,9%).

Utilizzando come misura di screening la versione italiana del Personalità Diagnostic Questionnaire-4+, la prevalenza delle singole diagnosi di disturbo di personalità secondo i criteri previsti dal DSM-IV è risultata variare dal 1,6% del disturbo antisociale di personalità al 3,4% del disturbo borderline di personalità; almeno una diagnosi di disturbo di personalità è stata osservata nel 4% (n = 48) dei partecipanti. La presenza generica di almeno una diagnosi di disturbo di personalità è risultata associata significativamente, ma debolmente, al sesso maschile, OR = 2,2, IC al 95% = 1,2-3,9. Il numero di tratti patologici ha mostrato un declino significativo, ma

lieve, per la maggior parte dei disturbi di personalità rilevati da PDQ-4+, con la sola eccezione dei disturbi di personalità schizoide, evitante e depressivo, che non hanno mostrato relazioni significative con l'età, e del disturbo schizotipico di personalità che ha mostrato un trend significativo positivo. In generale, la presenza di una diagnosi di disturbo di personalità è risultata significativamente associata a disoccupazione, OR = 7,9, IC al 95% = 2,5-25,2, e all'uso eccessivo di alcol, OR = 3,1, IC al 95% = 1,7-5,6, e di sostanze illecite, OR = 3,8, IC al 95% = 1,9-7,7.

Disturbi di personalità celati: la nuova frontiera dei Servizi Psichiatrici

C. Mencacci, G.C. Cerveri, F. Durbano, L. Bellini

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

Negli anni recenti la necessità di attenzione da parte dei servizi che operano nell'ambito della salute mentale si è estesa da aree di disagio più classiche (psicosi, disturbi dell'umore) a nuovi disturbi, quali quelli di personalità. Tra questi, quelli borderline hanno avuto maggiore visibilità per gli operatori per almeno due fattori. L'attuale utilizzo di criteri diagnostici più precisi consente di

discriminare questa utenza, in passato poco definita o convogliata in altre categorie diagnostiche. In secondo luogo, è documentato un reale incremento dell'incidenza di questo tipo di disagio, soprattutto in aree urbane svantaggiate, dove le dinamiche sociali favoriscono o peggiorano assetti intrapsichici scissionali e discordanti anziché svolgere una funzione coesiva e possibilmente riparatrice di fallimenti personali e familiari.

Questo disturbo si distingue per l'alta incidenza di drop-out al trattamento, dovuta alla tendenza a vivere in maniera instabile, caotica e drammatica tutte le relazioni interpersonali e impone frequentemente la necessità di interventi multiprofessionali complessi e specifici.

Sempre nel corso dell'ultimo decennio si è assistito ad un marcato incremento dell'interesse sia in ambito clinico, sia in ambito sociale, per comportamenti patologici nell'ambito impulsivo-aggressivo. Dal punto di vista clinico, la letteratura scientifica ha messo sempre più in evidenza che il tratto impulsivo-aggressivo è una caratteristica centrale di diversi e gravi disturbi mentali, sia in età adulta che adolescenziale, alcuni dei quali hanno un notevole impatto sociale:

- abuso/dipendenza da sostanze lecite ed illecite;
- comportamenti antisociali;
- comportamenti autolesivi di varia natura e comportamenti suicidari.

Sul piano più propriamente sociale viene registrato un incremento dei reati violenti di natura impulsivo-aggressiva, con particolare riferimento a:

- violenza minorile (bullismo, ecc.);
- violenza domestica (aggressioni al coniuge e/o ai figli).

Inoltre attraversare con il rosso, rendere pubblici e massmediatici comportamenti limite, trasformare in "normale" l'eccentrico, il bizzarro, il "fuori norma"; l'elogio della "furberia" per non pagare il danno. Tutti questi elementi, sempre più diffusi nella società postindustriale contemporanea, stanno drammaticamente modificando sia le modalità di presentazione di alcuni aspetti della psicopatologia sia soprattutto i valori fondanti la persona e la società.

La "damnatio" del castigo, e quindi il disconoscimento degli esiti delle proprie scelte, ha portato a significativi cambiamenti di concetti quali responsabilità, danno, rischio. In sostanza l'asse antisociale della personalità sta avendo un riconoscimento valorizzante da parte del pubblico al punto da "depatologizzarlo" e creando quindi le premesse per la difficoltà sia di un suo riconoscimento, sia di un suo adeguato percorso di cura nell'ampio spettro dei disturbi di personalità.

Inoltre appare importante contribuire a rendere meno "celati" alcuni disturbi di personalità anche nella prospettiva più ampia di riflessione sui nuovi bisogni di "sicurezza" della popolazione.

I centri specialistici pubblici per il trattamento dei disturbi di personalità

P. Petrini

Azienda ASL Rm D - SPDC San Camillo, Forlanini, Roma

Il D.H. Centro Disturbi di Personalità afferente al Dipartimento di Salute Mentale della ASL RMD diretto dal dott. Andrea Balbi nasce da un modello organizzativo di intervento maturato nel lavoro svolto negli ultimi 9 anni, su pazienti adulti affetti da disturbi della personalità, e da una sperimentazione clinica sull'efficacia dei trattamenti di psicoterapia integrati e psicofarmacologici, basati su principi EBM (Evidence Based Medicine) e sulle prove di efficacia.

Il C.D.P. ha sede all'interno della Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini pur essendo un servizio della ASL RM D. Il servizio accoglie pazienti afferenti dai CSM territoriali, dai colleghi dell'SPDC, dai DH ospedalieri, nonché dal Dipartimento Emergenza ed Accettazione. Gli utenti che afferiscono al centro, sono selezionati da équipes di valutazione, attraverso la somministrazione di scale psicodiagnostiche, colloqui psicologici e psichiatrici.

Nella fase iniziale, accertata la diagnosi, viene eseguito un approfondimento diagnostico-clinico in quattro sedute, per valutare l'idoneità del soggetto all'inserimento in un percorso specifico e personalizzato di Psicoterapia Integrata a termine.

Le tecniche psicoterapeutiche utilizzate nel centro, fanno riferimento al modello delle Psicoterapie Brevi ad indirizzo Analitico, al modello psicodinamico, al modello Cognitivo-Comportamentale, al modello Sistemico Relazionale con approccio Strategico e al modello Sistemico Relazionale con approccio familiare, ottenuta con convenzioni, già attivate dal DSM, con le scuole riconosciute dal MIUR.

Inoltre viene offerto un servizio di psicoterapia di gruppo, ad indirizzo psicodinamico.

Nel presente lavoro si discutono i risultati di questo centro come esempio di centro di terzo livello.

Gli ospedali psichiatrici giudiziari tra riforma giudiziaria e salute mentale: il caso dei disturbi di personalità

A. Calogero, F. Nocini, S. Forconi*, M. Clerici**

OPG Castiglione delle Stiviere; * Dipartimento di Salute Mentale, Asolo (TV); ** Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca

Il comportamento violento ha da sempre rappresentato un motivo di preoccupazione e sconvolgimento nella società ed è sempre stato attribuito, erroneamente, alla follia. Se questo non è valido per il disagio mentale in genere, diversamente è per i "disturbi di personalità"

che si caratterizzano per essere gravemente disturbanti per loro stessi e per la società.

Bersaglio dei loro comportamenti alterati, fino anche a reati gravi, sono, in primo luogo, i familiari, ma anche altre categorie di vittime come ad esempio i vicini di casa, colleghi, amici, ex fidanzati, datori di lavoro, esponenti delle forze dell'ordine, ecc. A tal proposito, uno dei fenomeni che ha destato, negli ultimi tempi, allarme sociale è stato quello dello "stalking", la "sindrome del molestatore assillante" (Galeazzi e Curci, 2002) a cui fanno parte pazienti affetti da disturbi di personalità, con tassi di prevalenza tra il 19 e 85%.

Dati sulla popolazione in OPG: i disturbi di personalità sono in aumento nei carceri, nei servizi psichiatrici ed anche negli OPG, compreso quello di Castiglione delle Stiviere. Il crescente aumento degli internati è iniziato già da diversi anni e prima ancora che la "Sentenza 25 gennaio 2005 - 8 marzo 2005 n. 9163" sancisse la non punibilità, per vizio totale di mente, dei casi gravi di questa categoria diagnostica.

I reati commessi da questi pazienti sono prevalentemente contro la persona e familiari in particolare. Ma si evidenziano anche reati contro il patrimonio, spaccio di stupefacenti ed altro. Per la loro imprevedibilità comportamentale e l'ampia distribuzione nelle diverse azioni delittuose i soggetti affetti da questa patologia si rendono gravemente pericolosi, per tutti quelli che vi stanno vicino. Si caratterizzano; inoltre, per essere gravemente disturbanti anche quando non arrivano, necessariamente, a commettere reato.

L'obiettivo del presente studio è di vedere l'impatto, in

termini di sofferenza e danno, che i pazienti affetti da disturbi di personalità hanno sulla famiglia e sulla società. Viene presa in considerazione la macro-popolazione con disturbi di personalità presente presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere alla data del 30 giugno 2008.

Il campione è costituito da 52 pazienti, 23 maschi e 29 femmine, con età media di 36 anni. La maggior parte dei pazienti risulta non coniugato (75%) e non occupato al momento del reato.

Altissima la percentuale di quelli che commettono reati contro la persona (67%) e nel 31% dei casi si tratta di reati molto gravi, la loro aggressività è rivolta nei 2/3 dei casi ad uno o più componenti della famiglia, mentre 1/3 dei casi la vittima è un non familiare, rappresentato nella metà dei casi da operatori sanitari.

L'elaborazione dei dati porta a dire che vi è un'associazione tra disturbi di personalità, di cluster A e B, e comportamenti violenti. Si conferma il dato dell'alta percentuale di comorbilità con un disturbo da uso di sostanze e che questa associazione rende questi pazienti particolarmente pericolosi per la società. Inoltre, l'alta percentuale di pazienti che avevano già compiuto atti violenti prima del reato per il quale sono stati reclusi, sembra confermare l'ipotesi che l'aggressività possa rappresentare uno dei segni più precoci della malattia psichica sottostante (Gilles, 1965).

I disturbi di personalità per la precocità con cui impegnano i servizi psichiatrici e per la bassissima collaborazione ai trattamenti rappresentano un elevato "carico" sociale, in termini oggettivi (spese economiche) e soggettivi (carico emotivo).

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA RAFFAELLO

S10. Neurosviluppo, psicofarmaci e psicopatologia: dalla neurobiologia alla clinica

COORDINATORI

M. Maj, G. Biggio

Neuroplasticità e psicopatologia

G. Biggio

Dipartimento di Biologia Sperimentale, Università di Cagliari

La plasticità neuronale, fenomeno alla base della funzione del sistema nervoso centrale è la capacità delle cellule di acquisire informazioni dall'ambiente esterno e di processarle per ottenere risposte adeguate allo stimolo. Così gli stimoli emozionali, farmacologici e le alterazioni delle secrezioni endocrine hanno la capacità di indurre modificazioni sia a livello morfologico che

funzionale delle cellule nervose che si manifestano con un aumento o una diminuzione delle spine dendritiche. Modificazioni della plasticità neuronale sono state associate ad effetti terapeutici a lungo termine di differenti psicofarmaci. I meccanismi adattativi che contribuiscono al fenomeno di plasticità neuronale includono la neurogenesi, cioè la produzione di nuove cellule neuronali e la sintesi di speciali fattori trofici quali il BDNF. Questi fenomeni subiscono un'importante riduzione in diverse malattie mentali quali psicosi, depressione e PTSD. Gli studi di neurobiologia sperimentale hanno suggerito che l'efficacia degli antipsicotici atipici e degli

antidepressivi sia almeno in parte mediata dalla capacità di questi farmaci di stimolare il trofismo neuronale, indurre neurogenesi e in generale di esercitare effetti neuroprotettivi. Nel loro insieme questi studi sperimentali e clinici suggeriscono che il fenomeno della plasticità neuronale è cruciale nella fisiopatologia e terapia della psicoterapia.

Vulnerabilità e patogenesi multifattoriale dei disturbi psichiatrici

E. Aguglia, A. Petralia, A. Ciancio, B.Z. Mellacqua
Clinica Psichiatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania, AOU "G. Rodolico", Policlinico di Catania

Diversi approcci teorici e clinico-sperimentali hanno messo in evidenza come vari fattori di rischio, che insorgono in età evolutiva, possano contribuire allo sviluppo dei disturbi psichiatrici nell'adulto. Ciascuno di questi orientamenti di ricerca ha posto l'attenzione su alcuni aspetti patogenetici rispetto ad altri fornendo, nel complesso, indicazioni utili per l'approfondimento nosologico di tali disturbi secondo un'ottica multifattoriale.

Già Essex et al. (2006) hanno ribadito la necessità di classificare i fattori di rischio a seconda delle diverse tappe evolutive (epoca prenatale e perinatale; infanzia; età prescolare e scolare) correlandole sia al livello socio-economico delle famiglie di appartenenza sia ad una serie di domini identificati in "biologico", di "funzionamento cognitivo", "funzionamento emotivo e comportamentale", "contesto familiare e scolare".

Fattori di rischio biologico, sui quali esistono numerosi studi, sono rappresentati dal sesso (Costello et al., 2007; Clark et al., 2007), dalle complicanze gestazionali e perinatali (Klebanov et al., 1994; Breslau et al., 2000; Nomura e Chemtob, 2007; Nomura et al., 2007) e dalle complicanze del parto. Studi recenti hanno altresì considerato quali variabili biologiche: i polimorfismi genetici a carico dei recettori dopaminergici (Bakermans-Kranenburg, 2007), le alterazioni neuroendocrine dell'asse HPA (Foster et al., 2008) e le alterazioni neurofisiologiche, quali lo skin conductance level (El Sheik et al., 2007). In tale ambito vanno inoltre incluse le condizioni mediche generali, il numero di visite mediche effettuate e le patologie ad evoluzione cronica (Essex et al., 2006).

Per ciò che concerne l'aspetto cognitivo esistono evidenze in letteratura che correlano i disordini psichiatrici con il ritardo delle acquisizioni delle abilità linguistiche (Bigler et al., 2007) e le competenze scolastiche.

Tra i *fattori di vulnerabilità di tipo emotivo-comportamentale*, sia in ambito familiare che extrafamiliare, quale ad esempio la scuola, sono stati esaminati: l'età anagrafica dei genitori; la presenza di patologie psichiatriche nei parenti di primo grado; i conflitti coniugali

(Reinherz, 2003); il divorzio e la separazione dei genitori (Rostuit et al., 2007); il grado di alessitimia familiare; lo stato di maltrattamento ed abbandono nell'infanzia e nell'adolescenza (Johnson et al., 2000); gli abusi sessuali; l'aggressione fisica e gli atti subiti di bullismo (Fergusson et al., 1996; Tremblay et al., 2004; Dube et al., 2003; Sourander et al., 2007; Handam et al., 2008); l'esposizione ad eventi di natura traumatica (Langeland e Olff, 2008; Yehuda e Flory, 2007; Storr et al., 2007); nonché il parenting mal adattativo e lo stile di attaccamento disfunzionale (Johnson et al., 2002).

Adolescenza e psicopatologia: la farmacoterapia

G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci, S. Berloffia, C. Pfanner

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

La applicazione dei principi della evidence-based medicine alla psicofarmacologia dell'età evolutiva è resa difficile dalla relativa esiguità di dati empirici di solidità tale da indirizzare in modo univoco le scelte cliniche. La maggior parte delle molecole psicotrope è stata sviluppata solo per adulti, e l'applicazione all'età evolutiva è avvenuta successivamente alla introduzione sul mercato, spesso al di fuori di chiare evidenze sulla loro efficacia e sicurezza, sulla base di dati ottenuti inizialmente su pazienti adulti, insufficienti per guidare l'uso pediatrico. Le differenze nel metabolismo, nella farmacocinetica e nella farmacodinamica tra bambini ed adulti hanno implicazioni sia sulla efficacia che sulla sicurezza dei farmaci. Tale condizione riguarda non soltanto la psicofarmacoterapia, ma in generale tutta la farmacologia pediatrica. Nella Comunità Europea, una quota oscillante dal 50 al 90% dei farmaci usati nella pratica clinica nelle diverse aree cliniche della pediatria viene usato off-label, poiché gran parte dei farmaci introdotti sul mercato per patologie presenti anche in età evolutiva è testata preliminarmente solo in soggetti adulti. Tale condizione è stata considerata dall'EMA una delle principali criticità in molti ambiti della medicina dell'età evolutiva, e tra questi la psichiatria infantile.

In anni recenti, comunque, c'è stata una notevole espansione della ricerca in psicofarmacoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza, con lo sviluppo di linee guida per alcune specifiche patologie. Clinical trials sono stati sviluppati per testare l'efficacia di psicostimolanti, antidepressivi, stabilizzanti dell'umore ed antipsicotici in diverse condizioni cliniche quali ADHD, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, altri disturbi d'ansia, disturbo bipolare, schizofrenia ed autismo. Scopo di questa presentazione è quello di valutare criticamente i dati disponibili per una utilizzazione razionale degli psicofarmaci in età evolutiva.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA CARAVAGGIO

S11. La responsabilità professionale dello psichiatra

COORDINATORI

G.C. Nivoli, L. Loretu

Aspetti giuridici della responsabilità dello psichiatra

P. Piras

Sassari

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

La responsabilità dello psichiatra tra cura e custodia

L. Loretu

Clinica Psichiatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Sassari

Le cure psichiatriche in passato hanno privilegiato l'aspetto del controllo sociale rispetto a quello della tutela della salute. La legge 104, che ha promosso l'istituzione dei manicomi ha legato il ricovero ospedaliero ad una necessità di tutela sociale nei confronti di un individuo "pericoloso per se e per gli altri". Tale motivazione alle cure psichiatriche ha condizionato per lungo tempo l'assistenza psichiatrica. Dopo la 180 l'assistenza psichiatrica ha avuto come obiettivo la cura dell'individuo, pertanto le motivazioni al ricovero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio ruotano attorno alla psicopatologia e non sono finalizzate al controllo sociale.

Tuttavia in questi 30 anni sono cambiate tante cose nell'ambito della problematica, più generale, della responsabilità professionale dello psichiatra confrontando lo psichiatra con aspetti giuridici che in qualche maniera ripropongono la tematica del controllo sociale.

Si assiste infatti ad una "sfasatura" tra ciò che appare la tendenza della giurisprudenza (con il riconoscimento della responsabilità professionale per gli psichiatri in

ragione del comportamento auto o eteroaggressivo del paziente, e pertanto una richiesta di custodia) e quella che è la regolamentazione della assistenza psichiatrica (che privilegia la cura dell'individuo al di fuori di qualsiasi ipotesi di controllo sociale).

Verranno presentate le riflessioni critiche di alcuni casi giudiziari concernenti la problematica della responsabilità dello psichiatra tra cura e custodia.

Problemi psichiatrico forensi: dalla psichiatria difensiva alle good clinical practice

C. Mencacci, G. Cerveri, F. Durbanò

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

A trent'anni dalla pubblicazione della Legge 180/78, si è assistito a una notevole modificazione delle condizioni che hanno determinato lo sviluppo, non tanto dell'orientamento a una psichiatria di comunità, quanto del tipo di modello organizzativo e di servizi. Appare importante che gli operatori siano consapevoli di tali modificazioni e disponibili a loro volta a un'evoluzione che segua i percorsi della psichiatria in termini di approccio al malato. "I servizi psichiatrici, infatti, dopo più di due decenni di sviluppo in assenza di una cornice organizzativa e tecnica omogenea sul territorio, hanno avviato un percorso di profonda trasformazione a vari livelli (culturale, professionale, organizzativo e tecnico), con significative ripercussioni sul modo di "fare psichiatria" e sulla stessa identità professionale degli operatori, in modo particolare dello psichiatra. Tale percorso non cadeva dall'alto in modo casuale, ma coincideva con una fase di crisi dei servizi, determinata da un lato dall'incremento dell'utenza affetta da disturbi mentali gravi e invalidanti di vario tipo, da prendere in carico per periodi di lunga durata, e dall'altro dalle modificazioni della domanda di cura che afferiva ai servizi ma anche della cultura e delle aspettative (implicite/esplicite) di tutti gli attori in gioco (utenti e familiari, amministratori e politici, tecnici e opinion maker, corpo sociale, Associazioni, Advocacy, Privato Sociale), che mettevano in crisi la tenuta delle reti di supporto sociale e la possibilità di integrazione dei soggetti deboli in generale e dei pazienti psichiatrici in modo specifico". Il nostro paese è cambiato: denatalità, invecchiamento, distanza tra le generazioni, riduzione componenti nuclei sociali, nuclei famigliari atipici, esodo centri storici, aumento

aree sub urbane, aumento reddito, maggiore occupazione femminile, maggiore istruzione, immigrazione, ma la psichiatria non ancora.

Osserviamo sempre più come la dimensione sociale della psichiatria sfoci ad un "drammatico equivoco sul piano operativo, in quanto le è stato e le viene ancora attribuito (vedi recente sentenza sul collega di Bologna) un dovere di controllo e di sorveglianza mal conciliabile con la sua funzione clinico-terapeutica" ma anche come a sua volta la Follia abbia assunto la fisionomia di malattia mentale, uscendo "per la maggior parte delle sue forme espressive, dall'area delle possessioni demoniache, delle verità sovranaturali e delle proteste sociali".

Zygmunt Barman, sociologo a Leeds e Varsavia ha approfondito nelle sue opere l'analisi della post-modernità, ed in essa delle questioni etiche e della responsabilità individuale e sociale e scrive: "Ritengo che il futuro del lavoro sociale, e più in generale dello stato sociale, non dipenda da classificazioni o procedure né da un atteggiamento riduzionistico rispetto alla varietà e alla complessità dei bisogni e dei problemi umani. Dipende, invece dagli standard morali della società di cui siamo tutti abitanti. Sono questi standard etici, ben più della razionalità e dell'accuratezza degli operatori sociali, a trovarsi, oggi, in crisi e a repentaglio".

D'altro canto K.S. Kendler in *Toward a philosophical structure for psychiatry* (Am J Psychiatry 2005) si interroga su: come si pongono in relazione mente e cervello? Come si può riuscire a integrare le molteplici prospettive con cui si cerca di spiegare la malattia psichiatrica? Vengono proposte e sostenute otto affermazioni:

- la psichiatria ha le sue radici nelle esperienze mentali che il soggetto fa in prima persona;
- il dualismo cartesiano della sostanza è falso;
- l'epifenomenalismo è falso;
- i rapporti di causalità cervello -> mente e mente -> cervello sono reali;
- i disturbi psichiatrici sono complessi dal punto di vista eziologico e non si può pensare di trovare una causa unica che ne spieghi l'origine in termini semplici;
- il pluralismo nelle spiegazioni è preferibile ad approcci monistici, in particolare al riduzionismo biologico;

- la psichiatria deve superare la "battaglia di paradigmi" pre-scientifica per abbracciare la complessità e dare supporto a modelli che spieghino, ma che siano rigorosi da un punto di vista empirico e pluralisti;
- la psichiatria deve sforzarsi di evitare il riduzionismo frammentario con l'obiettivo di un'integrazione organica che cerchi di spiegare i percorsi eziologici complessi della malattia, passo dopo passo.

La psichiatria si presenta con due facce (Giano Bifronte) quella di una scienza naturalistica (quando osserva e descrive le manifestazioni psicopatologiche derivanti da alterazioni encefaliche morfologiche come nelle demenze o funzionali come nella schizofrenia o nei disturbi dell'umore) e quella di scienza umana, ermeneutica e sociale (quando è tesa a decifrare il senso delle esperienze psicopatologiche, interpersonali). Oggi la tendenza è considerare la duplice valenza della Psichiatria come scienza biologica e come scienza di relazione, e a non cadere nella tentazione di porsi in una dimensione eccessivamente filosofica e teoretica. Tale concetto è riassumibile in "La psichiatria è moderna perché riconosce, in quanto scienza biologica, di non dare risposte sul senso dell'esistenza e perché accetta, in quanto scienza della relazione, di partecipare all'avventura umana e alla sua storia".

La responsabilità delle aziende sanitarie

E. Mazzeo

Professore di Medicina Legale Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Sassari

Muovendo dalle ormai numerose sentenze delle Corti di merito e della Cassazione, che stigmatizzano la natura contrattuale del rapporto esistente fra struttura sanitaria, personale sanitario e persona assistita, l'intervento si prefigge di delineare i doveri prestazionali-organizzativi, di natura protettiva e quindi di garanzia di incolumità incombenti sulle Aziende Sanitarie, dalla cui inosservanza, se produttiva di danno all'utente, discendono ipotesi di reato e di responsabilità.

MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MANTEGNA

S12. Le dimensioni della schizofrenia

COORDINATORE

R. Brugnoli

La distorsione della realtà

R. Brugnoli

Fondazione Paolo Pancheri, Roma

Approccio dimensionale alla schizofrenia: uno degli aspetti più problematici del disturbo schizofrenico è quello di sfuggire ad ogni tentativo di definizione univoca in termini "operativi".

Ciascuna definizione sembra di volta in volta eccessivamente vaga e aspecifica oppure troppo vincolante e restrittiva per un disturbo nel quale l'evidenza di una realtà clinica unitaria si associa ad una proteiforme manifestazione della sintomatologia.

D'altra parte, i tentativi di definizione del disturbo sulla base della descrizione di un'alterazione psicopatologica "fondamentale" non hanno trovato riscontro in dati obiettivi, così come i suggerimenti circa l'esistenza di sintomi "patognomonici" tali da eliminare l'ambiguità descrittiva.

Il problema della omogeneità/eterogeneità sindromica del disturbo schizofrenico può essere affrontato in 2 prospettive: l'una che interpreta la malattia come una via comune di uscita a livello sintomatologico di processi morbosi differenti; l'altra che ipotizza un unico processo morboso sostenuto da vari meccanismi patofisiologici che interagiscono reciprocamente.

Da almeno 20 anni l'approccio operativo più utile alla schizofrenia non è più stato quello di tipo tradizionale realizzato attraverso i "sintomi" bensì quello di tipo "dimensionale".

Sul piano della conoscenza, infatti, l'approccio dimensionale permette di creare modelli psicopatologici basati su un numero limitato di variabili e con ipotesi patogenetiche più semplici da studiare.

In questo approccio la malattia schizofrenica viene rappresentata da gruppi di sintomi caratterizzati da una comune alterazione di funzione alla quale sottende un meccanismo patofisiologico specifico.

L'analisi psicopatologica della schizofrenia attraverso un criterio "dimensionale" presenta sicuramente numerosi vantaggi.

Il primo è rappresentato dalla possibilità di poter usufruire di un modello clinicamente validabile. Le analisi di statistica multivariata (analisi fattoriali) rappresentano un classico esempio di strumento di validazione.

Il secondo è costituito dalla opportunità di correlare in maniera molto più precisa quadri psicopatologici specifici con alterazioni biologiche altrettanto specifiche.

Il terzo è legato ad una utilizzazione più selettiva dei

farmaci in funzione delle dimensioni alterate in un determinato quadro psicopatologico.

Vi è oggi comune consenso che nella schizofrenia siano coinvolti meccanismi patogenetici multipli e complessi. I vari meccanismi interagenti sono alla base di "clusters" sintomatologici che covariano in relazione al naturale decorso della malattia e dei differenti trattamenti.

È quindi intuibile come gli studi basati sulla ricerca dei correlati biologici della schizofrenia intesa come un'entità categoriale globale producano risultati caratterizzati da un'elevata variabilità interindividuale e in genere da una bassa significatività statistica.

In conseguenza di ciò, frequentemente, i risultati di studi effettuati su pazienti con diagnosi categoriale di "schizofrenia" non vengono confermati su pazienti con la stessa diagnosi ma con caratteristiche cliniche differenti.

Le analisi dimensionali permettono di isolare gruppi di pazienti schizofrenici omogenei in quanto caratterizzati dalla presenza di una o più dimensioni dominanti e di analizzare in maniera più precisa l'eventuale correlato biologico che sottende alle dimensioni stesse.

Dal punto di vista della terapia farmacologica l'approccio dimensionale offre probabilmente i suoi massimi vantaggi.

Dopo l'introduzione dei primi neurolettici bloccanti D2 verso la metà degli anni '50, i clinici avevano preso coscienza che alcuni sintomi (positivi) rispondevano meglio e più prontamente di altri (negativi) quando si utilizzavano queste molecole. Vi era una risposta dimensionale "ante litteram" da parte di alcune molecole con uno specifico profilo recettoriale. Successivamente la ricerca ha provato a sintetizzare molecole selettive per altre dimensioni specifiche della patologia schizofrenica ("negativa", "disorganizzazione", "affettiva") con risultati contrastanti.

Al di là dell'efficacia di determinate molecole antipsicotiche, esiste ogni comune accordo sul fatto che la terapia farmacologica della schizofrenia debba sistematicamente essere personalizzata sulla base delle caratteristiche di stato e di decorso di quel determinato quadro clinico.

Il profilo recettoriale e di azione farmacodinamica di ogni molecola antipsicotica condiziona la sua specificità d'azione ed è quindi responsabile dell'efficacia clinica in determinati quadri psicopatologici oltre che, ovviamente, di un particolare profilo di effetti secondari e collaterali.

Appare intuitivo che l'identificazione delle dimensioni psicopatologiche principali della schizofrenia e dei meccanismi patogenetici che ad esse sottendono per-

mette l'utilizzo di terapie mirate in funzione del quadro clinico.

L'approccio più moderno alla descrizione della sintomatologia schizofrenica è di tipo pragmatico e si basa su alcuni postulati.

Il primo è che nell'ambito della patologia psichiatrica esista un gruppo di pazienti con specifiche caratteristiche psicopatologiche definito come "schizofrenia". Questo specifico raggruppamento sindromico è identificato sulla base dei criteri diagnostici proposti a suo tempo da Kraepelin e successivamente accettati anche nei criteri diagnostici standardizzati (DSM).

Il secondo postulato è che nell'ambito di ogni raggruppamento sindromico definito come schizofrenia sia possibile identificare, con metodi clinici e/o statistici, dei sottogruppi (cluster) sintomatologici relativamente indipendenti senza stabilire rapporti gerarchici tra questi sottogruppi.

Il terzo è che questi cluster possano variare a seconda delle condizioni di stato e di decorso caratterizzando un determinato quadro clinico.

Il quarto è che ai sottogruppi sintomatologici isolati con approccio empirico possano corrispondere meccanismi patofisiologici relativamente indipendenti che possano rappresentare un bersaglio specifico per interventi terapeutici.

L'approccio dimensionale alla sistematizzazione della sintomatologia schizofrenica è relativamente recente. A partire dagli anni '80, sulla base dell'osservazione clinica di stato e di decorso, veniva proposta la nota dicotomia tra sintomi positivi e negativi della schizofrenia.

I sintomi positivi venivano definiti come alterazioni o distorsioni di funzioni psichiche normali, i sintomi negativi come perdita o riduzione di altre funzioni. Esempi di sintomi positivi erano i deliri e le allucinazioni, esempi di sintomi negativi erano l'impovertimento del pensiero e l'appiattimento affettivo.

La dicotomia sindrome positiva/sindrome negativa introdotta nel 1980 ha tuttavia mostrato di non poter spiegare in modo completo tutta la variabilità della sintomatologia schizofrenica. In particolare, un'ampia serie di sintomi rappresentata dai disturbi formali del pensiero, dalla disorganizzazione del comportamento e da alcune alterazioni qualitative dell'affettività non potevano essere attribuite con certezza a nessuno dei due raggruppamenti sindromici principali.

A partire dalla fine degli anni '80, con l'ausilio di nuove tecniche di analisi è stata identificata in modo indipendente la terza dimensione sintomatologia rappresentata dalla disorganizzazione.

La dimensione negativa

L. Tarsitani

Clinica Psichiatrica, Sapienza Università di Roma

I sintomi "negativi" come appiattimento dell'affettività, apatia, abulia, anedonia, afinalismo, alogia e asociali-

tà hanno assunto un'evidente ed indiscussa importanza nella schizofrenia e il loro studio è reso difficile da numerose limitazioni concettuali e metodologiche. La dimensione negativa è un robusto fattore predittivo di disabilità e scarso funzionamento socio-lavorativo, ed è associato a cronicità ed alterazioni cognitive. Verrà presentata un'analisi della dimensione "negativa" dalle definizioni psicopatologiche che ne hanno delineato la storia nella nosografia psichiatrica, alle evidenze empiriche più recenti che hanno validato l'esistenza di un fattore costituito da sintomi e segni sottesi da una generale alterazione della sfera affettiva, che tendono a covariare nella schizofrenia. Verranno discussi i dati riguardanti l'impatto clinico del costrutto negativo, le ipotesi più rilevanti sui correlati neurobiologici con le relative evidenze empiriche (brain imaging, modelli farmacologici ecc.) e le tendenze attuali sulla farmacoterapia.

Disorganizzazione

P. Rocca, T. Mongini, L. Pulvirenti

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: che la disorganizzazione rappresenti il punto centrale, il "core" della patologia schizofrenica è ben evidenziato nel pensiero bleuleriano nella costruzione teorica che l'Autore fa della malattia. Tale costruzione poggia infatti sulla distinzione fra sintomi primari, "sintomi diretti del processo morboso" e sintomi secondari, "reazioni della psiche malata" e il primo dei sintomi primari è la "diminuzione e livellamento delle affinità associative", quell'indebolimento cui si deve l'incapacità "organizzativa" dello schizofrenico. La dimensione disorganizzazione è considerata nell'ambito dell'approccio categoriale sia nel DSM-IV-TR che nell'ICD-10. Nel primo, tra i cinque sintomi necessari per porre diagnosi sono inclusi sia l'eloquio che il comportamento disorganizzato e nel secondo l'eloquio incoerente e risposte emozionali incongrue, anche se citate come sintomi negativi. Dall'approccio dimensionale, è risultato che il modello a tre-sindromi, distorsione della realtà, sintomi negativi e disorganizzazione, è la struttura fattoriale più valida della sintomatologia schizofrenica. L'approccio dimensionale ha portato luce all'intuizione di Bleuler secondo la quale la dimensione disorganizzazione è strettamente legata ai disturbi formali del pensiero e del linguaggio e ha reso possibile una definizione più precisa del disturbo del pensiero. Un metodo per fornire una descrizione più precisa della disorganizzazione della schizofrenia è considerare le anomalie cognitive che sono alla base dei disturbi del pensiero e del linguaggio come guide per rileggere i sintomi clinici e indicare nuovi segni clinici. I modelli cognitivi proposti sono la compromissione del processamento delle informazioni, l'incapacità di discriminazione e l'eccesso di stimolazione, il deficit dell'integrazione percezione-cognizione-emozione e l'alterazione di queste integrazioni.

Metodi: lo scopo della relazione è presentare i risultati di una nostra ricerca sulla dimensione disorganizzazione nella schizofrenia, facendo riferimento al modello teorico che prevede l'integrazione di percezione-cognizione-emozione. Sono stati reclutati 82 soggetti affetti da schizofrenia presso la SCU Psichiatria 1 e il DSM Torino 1 Sud. I pazienti sono stati sottoposti ad un ampio assessment clinico (SCID, SANS, SAPS, CGI, CDSS, QLS, GAF), ad una approfondita batteria di test cognitivi (TIB, Stroop, CVLT, TMT, WCST) e al CATS (Comprehensive Affect Testing System – versione italiana realizzata dal nostro gruppo di ricerca) per esplorare differenti aspetti dell'espressività facciale e del tono di voce.

Risultati: i risultati preliminari del nostro studio evidenziano una correlazione tra la dimensione disorganizzazione e la gravità di malattia, il funzionamento globale e la qualità di vita. I disturbi formali del pensiero e il comportamento bizzarro risultano associati al funzionamento cognitivo (in particolare, attenzione, memoria, astrazione) e alla percezione emotiva.

Conclusioni: i nostri risultati si allineano con il modello di Hardy-Baylé et al. (2003), secondo il quale i meccanismi cognitivi responsabili delle alterazioni di pensiero e di linguaggio nella schizofrenia sono deficit dell'integrazione dell'informazione contestuale e della cognizione sociale.

La dimensione aggressività

R. Delle Chiaie

Clinica Psichiatrica, Sapienza Università di Roma

La dimensione aggressività ha tre componenti che ne condizionano le manifestazioni psicopatologiche: il vissuto, il controllo e il comportamento. Vissuti di rabbia, di aggressività, di ostilità sono una normale risposta soggettiva alla frustrazione. Possono assumere una connotazione psicopatologica quando sono persistenti, ricorrenti, invasivi e poco motivati. Le modalità di controllo o di discontrollo di questi vissuti ne condizionano l'espressività a livello comportamentale ed è usualmente a questo livello che assumono un carattere più netto di interesse psichiatrico. Nella schizofrenia, in concomitanza con le dimensioni disorganizzazione e trasformazione della realtà, l'aggressività si manifesta con comportamenti impulsivi molto spesso secondari di vissuti deliranti o allucinatori. Varie linee di evidenza depongono per una possibile azione specifica degli antagonisti 5HT₂ > D₂ in questa dimensione. Sia clozapina che olanzapina hanno dimostrato di controllare in modo significativo i comportamenti di discontrollo aggressivo nei malati schizofrenici, indipendentemente dall'azione sui sintomi "psicotici". In particolare, clozapina ha mostrato di ridurre i comportamenti suicidari dove è presente una componente di discontrollo autoaggressivo. L'efficacia "antiaggressiva" dei farmaci di questa classe è stata attribuita al blocco selettivo dei recettori 5HT₂ che è presente anche nei trattamenti a dosaggi ridotti.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MASACCIO

S13. Genomica del disturbo bipolare

COORDINATORE

D. Collier, L. Tondo

Studio genetico del fenotipo bipolare. I problemi legati al ricorso alla genetica nell'esame dei sottotipi clinici, quali ciclicità rapida, psicosi, stati misti, responsività ai farmaci

N. Craddock

Cardiff University, Cardiff, UK

The enormous public health importance of mood disorders, when considered alongside their substantial heritabilities, has stimulated much work, predominantly in bipolar disorder, aimed at identifying susceptibility genes using both positional and functional molecular genetic approaches. The advent of powerful molecular

genetic tools such as genome-wide association studies of single nucleotide polymorphisms and measurement of copy number variation has made a major impact on understanding of common non-psychiatric diseases and is starting to produce replicable findings in psychiatric phenotypes, including mood disorders. Very large samples (thousands or tens of thousands of samples) are needed and, hence, collaborations are crucial. In bipolar disorder, genes implicated at genome-wide levels of statistical significance include *CACNA1C* and *ANKK1*. The product of both genes is involved in ion channel function, suggesting a key mechanism of importance in the pathogenesis of bipolar disorder. In addition to informing understanding of pathogenesis, recent findings pro-

vide opportunities to explore the relationship between bipolar disorder and other major psychiatric illnesses, such as schizophrenia. The data suggest an overlap in pathogenesis that will shape future nosological thinking. The pace of development of the field of mood disorder genetic research is rapid and will be summarized in this presentation.

Farmacogenetica degli antidepressivi e del litio

A. Serretti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Il trattamento con farmaci antidepressivi e stabilizzanti costituisce l'approccio principale nella terapia del disturbo depressivo, ma solamente una parte dei soggetti beneficiano di tali trattamenti. Tra le varie ragioni di questa variabilità nella risposta, rivestono un ruolo importante le componenti genetiche. Numerose evidenze suggeriscono che la componente genetica contribuisce per circa il 50% della variabilità interindividuale osservata, in altri termini sarebbe possibile identificare a priori con buona approssimazione quei soggetti che beneficeranno del trattamento, e, più in dettaglio, quale trattamento è più indicato per ogni soggetto. Sebbene sia prematuro ipotizzare un utilizzo clinico, è presumi-

bile che nel giro di pochi anni il profilo genetico possa indirizzare il clinico nella scelta del farmaco.

La caratterizzazione della sequenza genomica del locus del trasportatore della serotonina (5-HTTLPR) ha consentito di identificare un polimorfismo nella sua regione regolatoria come un fattore che influenza la risposta antidepressiva ad alcuni inibitori della ricaptazione della serotonina e al trattamento a lungo termine con litio. Altri polimorfismi hanno mostrato interessanti evidenze con repliche indipendenti relativamente al trattamento antidepressivo.

Successivi studi hanno però dimostrato che l'influenza del polimorfismo 5-HTTLPR non è limitata all'efficacia antidepressiva dei farmaci serotoninergici, influenza anche molti altri aspetti come la reattività neuronale allo stress, la suscettibilità a sviluppare disturbi dell'umore e la loro ciclicità, la tendenza a temperamenti ansiosi e molti altri aspetti. Queste osservazioni suggeriscono che l'effetto del polimorfismo 5-HTTLPR, e delle varianti genetiche in generale, non sia specificamente legato all'efficacia dei farmaci, bensì sia collegato a peculiari caratteristiche cliniche dell'individuo che si riflettono in una più rapida risposta alla terapia antidepressiva con farmaci serotoninergici.

Lo sviluppo di questo filone di ricerca potrebbe consentire di identificare fattori genetici caratterizzanti un profilo dei disturbi dell'umore peculiare sia relativamente alla risposta a farmaci antidepressivi serotoninergici che relativamente al decorso clinico nel lungo termine.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA PERUGINO

S14. Alessitimia e disturbi psichici: utilità di un costrutto

COORDINATORE

C. Marchesi

Alessitimia e psicopatologia della schizofrenia

C. Maggini

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

Il ruolo della alessitimia nel modellare la psicopatologia della schizofrenia è stato suggerito da vari studi. La presente indagine, condotta in schizofrenici cronici ha evidenziato che la TAS-20 ha una struttura a 4-fattori (alcuni tratto-dipendenti, altri stato-dipendenti) con molteplici correlazioni con le dimensioni positiva, negativa, disorganizzata, depressiva, anedonica e con i sintomi di base. I risultati inducono a riconsiderare criticamente la concezione, da alcuni AA proposta, della Alessitimia come compromissione del linguaggio ricettivo ed espressivo, correlata alla matrice personologica, che ostacola lo sviluppo della sintomatologia positiva e favorisce quello della sintomatologia negativa.

Alexitimia e disturbi dell'umore

C. Marchesi

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

Introduzione: è tuttora oggetto di discussione se l'alexitimia sia da considerarsi un tratto di personalità che predisponga un individuo alla depressione maggiore (DM). Questa ipotesi si basa sull'osservazione che nei pazienti affetti da tale disturbo le differenze inter-individuali dei livelli di alexitimia rimangono stabili nel tempo, benché nei singoli individui si possa osservare una loro riduzione associata al miglioramento sintomatologico (cosiddetta stabilità relativa). Tuttavia, la stabilità relativa non fornisce informazioni sui livelli premorbosi di alexitimia e quindi non rappresenta un dato incontrovertibile a supporto dell'ipotesi di tratto.

Nel presente studio, i livelli di alexitimia sono stati valutati prima, durante e dopo l'insorgenza di un episodio depressivo.

Metodi: in donne in gravidanza, che si rivolgevano ai Consulenti per l'Assistenza Prenatale, sono stati valutati, con cadenza mensile:

- la presenza DM e di depressione sotto-soglia, utilizzando il Primary Care Evaluation of Mental Disorders;
- i livelli di alexitimia, utilizzando la Toronto Alexithymia Scale;
- la gravità dei sintomi ansiosi e depressivi, utilizzando l'Hospital Anxiety and Depression Scale.

Risultati: 149 donne sono state incluse dello studio: in 16 è stato diagnosticato un episodio di DM, in 21 un episodio di depressione sotto-soglia, mentre le rimanenti 112 non hanno presentato una sintomatologia depressiva durante l'intera gravidanza.

Le donne che hanno sviluppato un episodio depressivo hanno mostrato livelli premorbosi di alexitimia e di gravità dei sintomi ansioso-depressivi sovrapponibili a quelli delle donne non depresse, un significativo aumento degli stessi durante la fase depressiva e una loro diminuzione dopo la remissione. Nessun cambiamento significativo dei livelli di alexitimia e di gravità dei sintomi ansioso-depressivo sono stati osservati nelle donne non depresse.

Conclusioni: i dati del presente studio sembrano indicare che in donne in gravidanza l'alexitimia non rappresenta un tratto di personalità che predisponga ad un episodio depressivo ma un fenomeno dipendente dallo stato di malattia.

Alessitimia e disturbo di panico

S. Galderisi, F. Mancuso, A. Mucci, S. Garramone, R. Zamboli, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Nei pazienti affetti da disturbo di panico (DP) la difficoltà di identificare, esprimere e modulare l'esperienza emozionale potrebbe essere alla base della persistente vulnerabilità agli attacchi di panico.

Una serie di studi ha documentato, in questi pazienti, una scadente elaborazione degli stimoli a contenuto emozionale, la tendenza a interpretare come minacciosi gli stimoli ambigui, la tendenza a elaborare preoccupazioni somatiche nelle situazioni stressanti e la difficoltà a stabilire relazioni tra gli attacchi di panico ed eventuali stimoli emozionali scatenanti. Tali caratteristiche potrebbero essere sottese da una disfunzione dei circuiti fronto-temporo-limbici.

Tale ipotesi è stata verificata dal nostro gruppo in alcuni studi finalizzati a dimostrare che i pazienti con DP, rispetto ai controlli sani, presentano una maggiore prevalenza di alexitimia, una maggiore difficoltà di elaborazione degli stimoli a contenuto emozionale e una prestazione più scadente ai test neuropsicologici che

valutano l'attività dei circuiti fronto-temporo-limbici.

L'alessitimia, le abilità cognitive generali, l'attenzione selettiva e sostenuta, la memoria di lavoro, la memoria secondaria, l'apprendimento incidentale, la suscettibilità all'interferenza di stimoli cognitivi ed emozionali e l'abilità di riconoscere le espressioni facciali, è stata valutata in 28 pazienti affetti da DP, che non assumevano farmaci psicotropi da almeno 4 settimane, e in 32 controlli sani.

L'alessitimia è risultata più frequente nei pazienti rispetto ai controlli. Le abilità cognitive verbali e la capacità di inibire l'interferenza da parte di parole panico-correlate e di stimoli non verbali è risultata compromessa nei pazienti rispetto ai controlli. L'apprendimento incidentale spaziale è invece risultato migliore nei pazienti rispetto ai controlli. L'ansia, i sintomi dell'attacco di panico e le abilità cognitive verbali hanno mostrato correlazioni significative con l'alessitimia.

I nostri risultati confermano l'ipotesi di una disfunzione dei circuiti fronto-temporo-limbici (in particolare a carico delle aree orbitofrontali e del giro del cingolo) nei pazienti affetti da disturbo di panico.

Alexithymia e disturbi di somatizzazione

P. Porcelli

Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia, IRCCS Ospedale De Bellis, Castellana Grotte (Bari)

A differenza di quanto si è ritenuto nei primi anni del suo sviluppo, il costrutto di alexithymia viene oggi considerato una dimensione (quindi non una categoria nosografica) di personalità che costituisce uno degli elementi di vulnerabilità aspecifica (quindi non una sindrome psicopatologica) di un'ampia categoria di disturbi della regolazione affettiva. Il legame con i processi di somatizzazione però è molto forte. In questa presentazione verranno esaminati alcuni risultati dalla letteratura che evidenziano l'associazione fra i due costrutti di alexithymia e di somatizzazione: 1) tassi di prevalenza dell'alexithymia in gruppi clinici di pazienti con disturbi somatici (in rapporto ai gruppi con disturbi psicopatologici) ed associazione dell'alexithymia con la somatizzazione nella popolazione generale; 2) influenza dell'alexithymia nei meccanismi fisiopatologici (attivazione autonoma, reazione fisiologica di stress, meccanismi immunitari); 3) associazione fra alexithymia e fattori rischio per la salute fisica (comportamenti a rischio, disadattamento generale, eventi di mortalità); 4) associazione dell'alexithymia con il meccanismo di amplificazione somatosensoriale e di comportamento di malattia in alcune condizioni cliniche (infezione da HIV, disturbi cardiovascolari, dolore da cancro, disturbi funzionali gastrointestinali); 5) influenza dell'alexithymia nell'esito del trattamento in alcuni ambiti medici (endocrinologia, gastroenterologia, cardiologia, oncologia).

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA BORROMINI

S15. Il disturbo borderline di personalità: personalità o variante dello spettro bipolare?

COORDINATORE

F. Benazzi

Impacts of temperamental (borderline) instability on bipolar depressions

Z. Rihmer, F. Benazzi*

*Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary; * Hecker Psychiatric Research Center, Forli, Italy*

Instability in mood, cognition and psychomotor function during acute mood episodes (state instability) and instability in temperamental characteristics (trait instability), resulting in highly recurrent course, as well as early onset of the disorder, are the core features of all forms of bipolar disorders. Regarding acute mood episodes, major depression is the most common clinical manifestation of bipolar disorders, and it represents a great diagnostic and treatment challenge for clinicians. Suicidal behaviour is the major complication of untreated or unsuccessfully treated depressive disorders. Prediction of self-destructive behaviour is crucial for suicide prevention.

As affective temperament (particularly cyclothymia) is not only a predisposing factor/precursor for bipolar disorders but it can be also impact the cross-sectional picture (including increasing the level of suicidality), investigating the complex relationship between trait and state characteristics in major mood disorders could provide important information, even for suicide prediction. Recent studies show that beside the well-known clinical characteristics of major mood episodes (i.e. severe, agitated/mixed depression) some personality (temperamental) characteristics like cyclothymia, mood lability trait and impulsive/aggressive personality trait also play a contributory role in the development of the suicidal process.

Since suicidal behaviour is also common in borderline personality disorder (BPD), identifying BPD traits most related to suicidality in mood disorder patients without full-blown BPD is a priority. Investigating 138 bipolar II and 71 unipolar major depressive remitted outpatients in a general psychiatry private practice in our most recent study (Benazzi and Rihmer, submitted), showed that the BPD trait "impulsivity" (but not BPD trait "affective instability") was a strong independent predictor of suicidality in this population. These results support the priority role of trait "impulsivity" over trait "affective instability" in suicide prediction, and are in good agreement with the stress-diathesis model of suicidal

behaviour in psychiatric patients proposed by Mann et al. (1999), suggesting that remitted bipolar patients with high level of trait impulsivity are particularly vulnerable to suicidal behaviour in the frame of a subsequent major depressive or mixed mood episode.

References

- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. *Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity.* J Affect Disord 2003;73:49-57.
- Benazzi F. *A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder?* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr 2008;32:1022-9.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients.* Am J Psychiatry 1999;156:181-9.
- Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. *Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder.* J Affect Disord 2008;106:241-8.

Personalità borderline e disturbo bipolare-II: più simili che diversi (o viceversa)?

F. Benazzi

University of California at San Diego (USA), and University Szeged (HU), and Hecker Psychiatry Reseach Center, Forli (IT)

Introduzione: il rapporto fra disturbo borderline di personalità (BPD) e i disturbi bipolari, specialmente il bipolare-II (BP-II), è ancora non chiarito. Molte recenti revisioni hanno raggiunto conclusioni opposte. Scopo dello studio è stato valutare la associazione fra il complesso dei sintomi ipomaniacali e quelli del BPD, poiché la ipomania definisce il BP-II.

Metodi: durante visite di controllo in una clinica privata ambulatoriale, 138 consecutivi BP-II, in remissione, sono stati ri-diagnosticati da un medico psichiatra specialista dei disturbi dell'umore, usando la SCID per il DSM-IV modificata da Benazzi e Akiskal (J Affect Disord 2003; J Clin Psychiatry 2005) per un milione sondaggio semistrutturato della storia di ipomania. Subito dopo, i pazienti hanno autovalutato il Questionario della Personalità della SCID-II per il BPD (che non distingue fra tratti di personalità e disturbi di personalità). Associazioni e controllo di variabili confondenti sono state testate dalla regressione logistica, fra ogni sintomo della

ipomania ed il complesso sintomatologico del BPD. La regressione multivariata è poi stata usata per la regressione di tutto il complesso sintomatologico della ipomania verso quello del BPD.

Risultati: età media (SD) 39,0 (9,8) anni, 76.3% erano donne, i vari sintomi del BPD erano presenti nel 17-66% dei casi (esempio: impulsività 41%, instabilità affettiva 63%), numero medio (SD) dei sintomi BPD 4,2 (2,3). I sintomi ipomaniacali più comuni erano umore elevato (91%), iperattività (93%), impulsività 62%. La analisi logistica ha rilevato che l'unica associazione significativa era fra la impulsività ipomaniacale e la impulsività del BPD. La regressione multivariata di tutto il complesso sintomatologico della ipomania verso quello del BPD non è stata significativa.

Discussione: l'elemento chiave del BP-II, cioè la ipomania, non è risultato avere un rapporto significativo col complesso sintomatologico del BPD, non supportando, in parte, una legame stretto fra BP-II and BPD. In un precedente studio nello stesso setting dallo stesso autore (Benazzi, *Compr Psychiatry* 2000), usando la versione clinica della SCID-II, la frequenza del BPD risultò 12% nel BP-II e 1,5% nel MDD, una differenza significativa ma un valore assoluto basso nel BP-II, poi confermato da recenti, indipendenti studi.

Bibliografia

- Benazzi F. *A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder?* *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:1022-9.
- Akiskal HS. *Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum.* *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:401-7.
- Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, et al. *Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder.* *Am J Psychiatry* 2006;163:1173-8.

Personalità borderline associata a disturbi bipolari: dilemmi terapeutici

G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Il disturbo borderline di personalità (DPB) è caratterizzato da un ampio spettro di manifestazioni cliniche che vanno dal "pensiero strano ed eccentrico" ad episodi psicotici brevi, scatenati da eventi stressanti. I sintomi possono essere ricondotti ad alterazioni dell'umore, del pensiero (distorsioni formali e del contenuto, ideazione di riferimento e paranoidea, sospettosità) e delle percezioni (illusioni ma anche dispercezioni vere e proprie);

spesso sono associate manifestazioni di ostilità, aggressività auto ed eterodiretta e discontrollo degli impulsi. Tale sintomatologia è sostenuta da una notevole instabilità affettiva con una marcata reattività dell'umore ed oscillazioni importanti sia in senso espansivo che depressivo, manifestazioni ansiose di vario tipo e natura, così come da una eccessiva sensibilità interpersonale (intesa come sensibilità eccessiva al rifiuto o al giudizio degli altri). Molti pazienti con DPB presentano in associazione un disturbo bipolare e viceversa; questa comorbidità è da considerare tra le forme bipolari più resistenti ai trattamenti insieme agli stati misti ed ai rapidi ciclici. In questi casi i trattamenti con sali di litio sembrano avere una scarsa efficacia, mentre migliore appare la risposta agli antiepilettici ed antipsicotici. Con l'avvento degli antipsicotici atipici numerosi sono i case report e diversi gli studi in aperto che descrivono l'utilità di questi farmaci. Esperienze positive sono state riportate sia con clozapina, che con olanzapina e risperidone, suggerendo un possibile utilizzo degli antipsicotici atipici nel trattamento di pazienti con disturbo borderline di personalità e disturbo bipolare, resistenti alle terapie tradizionali con sali di litio o antiepilettici.

Prevenire la ipomania per ridurre la instabilità temperamentale?

A. Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

L'evolversi della alternanza delle fasi di eccitazione e inibizione del disturbo bipolare tende, in molti casi, verso la rapida ciclicità fino a raggiungere ritmi infradiani che sono la forma estrema di instabilità dell'umore. Tali disturbi vengono invariabilmente diagnosticati come disturbi borderline di personalità. Lo studio dei rapidi ciclici ha rivelato che la maggioranza di essi avevano un temperamento premorbo ciclotimico o ipertimico cioè erano di temperamento eccitabile. Inoltre più di due terzi dei rapidi ciclici diventano tali in associazione a ripetute o prolungate somministrazioni di antidepressivi. È ovvio che l'azione stimolante degli antidepressivi scateni o accentui in queste persone delle ipomanie che creeranno nuove depressioni. L'azione combinata di cure antidepressive e anti-eccitatorie accorcerà sempre di più la durata delle fasi fino a raggiungere una totale instabilità dei meccanismi dell'umore. L'unica cura efficace in questi casi è la sospensione graduale degli antidepressivi e la prevenzione delle ipomanie attraverso l'uso di stabilizzatori dell'umore. È l'unica cura possibile ma richiedeva volte molto tempo e capacità di sopportazione da parte del paziente ma anche del medico. L'uso di alcool o di stupefacenti vanifica, naturalmente i benefici della cura.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30
SALA TINTORETTO

S16. Interventi terapeutici nel paziente psichiatrico ad imminente rischio suicidario

COORDINATORE
M. Raja

L'utilizzo di antipsicotici atipici, e in particolare di clozapina, nel paziente ad imminente rischio di suicidio

A. Azzoni, M. Raja

Servizio Psichiatrico, Ospedale Santo Spirito in Sassia, Roma

Il suicidio è l'evenienza più grave che possa verificarsi nel corso di un trattamento psichiatrico. È quindi necessario che il clinico non solo ponga scrupolosa e costante attenzione al rischio suicidario del paziente, ma indaghi attivamente su di esso al fine di attuare in tempo tutte le possibili strategie di prevenzione, sia farmacologiche che non farmacologiche. L'introduzione in terapia degli antipsicotici atipici sembra avere almeno in parte migliorato la prognosi dei disturbi psicotici, grazie a vari fattori, quali l'efficacia ma anche la buona tollerabilità e conseguentemente un aumento della compliance al trattamento. Esistono pochi dati in letteratura sulla metodologia e sull'efficacia della prevenzione del suicidio nei pazienti psicotici. Questo vale anche per quanto riguarda l'impiego degli antipsicotici atipici. L'unica eccezione è costituita dagli studi sulla clozapina, che sembrano avere ormai documentato una reale efficacia del farmaco nella riduzione del rischio suicidario. Ciò vale soprattutto per studi condotti su pazienti schizofrenici, mentre per ora molto minori sono le evidenze per quanto riguarda i pazienti bipolari e schizoaffettivi. Quattro su sei studi retrospettivi mostrano una capacità di clozapina di ridurre il comportamento suicidario¹. Uno studio multicentrico randomizzato mostra inoltre la superiorità di clozapina su olanzapina nel prevenire i tentativi di suicidio in pazienti schizofrenici e schizoaffettivi². Una meta-analisi del 2005³ e una review del 2007⁴ sembrano confermare tali risultati. Una menzione merita anche la quetiapina, per la sua notevole efficacia nel miglioramento del sonno.

Bibliografia

- 1 Llorca PM, Pere JJ. *Encephale* 2004.
- 2 Meltzer HY, et al. *Arch Gen Psychiatry* 2003.
- 3 Hennen J, Baldessarini RJ. *Schizophr Res* 2005.
- 4 Aguilar EJ, Siris SG. *Psychopharmacol Bull* 2007.

ECT nel paziente ad imminente rischio suicidario

G.P. Minnai

Primario Reparto Psichiatria, Ospedale S. Martino, Oristano

Nonostante le terapie il tasso di suicidio continua ad essere elevato. Anzi secondo recenti dati il tasso sembra addirittura aumentato negli ultimi anni. Il sostanziale aumento del suicidio sembra dovuto a diverse cause tra le quali l'inefficacia degli interventi psicosociali e dei trattamenti farmacologici (WHO, 2003).

Il 90% dei suicidi sono legati a disturbi psichiatrici e soprattutto a disturbi dell'umore (Tondo et al., 2000). Il rapporto del tasso di suicidio fra i pazienti bipolari e la popolazione generale è di 23,4:1.

Da una metanalisi di Tondo et al. (2001) risulta che l'unico farmaco efficace nella prevenzione del suicidio è il litio. Il litio è però un farmaco essenzialmente profilattico con una efficacia in acuto nella mania. Il suicidio è una emergenza che si presenta prevalentemente nelle fasi acute dei disturbi dell'umore, soprattutto negli stati depressivi o misti, per cui necessita di trattamenti efficaci e ad effetto rapido.

I farmaci antidepressivi sono oggi le sostanze più usate nel trattamento dei disturbi affettivi. Il loro impatto sul rischio del suicidio non è ben definito e, comunque, essi sono generalmente ritenuti meno efficaci dell'ECT nella risoluzione della depressione e dei pensieri suicidari. In un lavoro del 1978, che valutava il comportamento suicidario 6 mesi dopo il trattamento di 519 pazienti depressi, Avery e Winokur trovarono che i tentativi di suicidio nei pazienti trattati con ECT erano lo 0,8% rispetto al 4,2% dei pazienti trattati con adeguate dosi di antidepressivi e al 7% dei pazienti trattati con dosi inadeguate di antidepressivi.

Khan et al. (2003) trovano che gli antidepressivi hanno la stessa efficacia del placebo nel ridurre il tasso di suicidio nei pazienti con depressione grave.

Anche l'esperienza con l'ECT non è del tutto chiara. Un raffronto della frequenza del suicidio in differenti decenni dimostra che i tassi erano decisamente più bassi quando l'ECT era il trattamento dominante per i disturbi mentali.

In un lavoro del 1999 Prudic e Sackeim hanno esaminato i cambiamenti dell'item 3 (idee e tentativi di suicidio) della scala di Hamilton per la depressione in pazienti depressi trattati con ECT. Sia il tasso di suicidio che della

mortalità erano ridotti a seguito del trattamento. Il punteggio medio di 1,8 all'inizio del trattamento si era ridotto allo 0,1 nei responders e allo 0,9 nei non responders. Inoltre vi era una maggiore riduzione del punteggio dell'item 3 rispetto alla riduzione del punteggio negli altri item della HDRS. Questi dati sono stati sostanzialmente confermati da uno studio recente (2005).

Sia l'APA che la NICE sostengono che la riduzione del rischio suicidario giustifichi l'uso dell'ECT.

In effetti la terapia elettroconvulsivante viene definita dalla Task Force dell'APA una terapia efficace, rapida e sicura, e queste sue caratteristiche di efficacia e rapidità la rendono terapia di elezione nei pazienti ad imminente rischio suicidario.

Antidepressants in depressed patients with current risk of suicidal behaviour

Z. Rihmer

Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary

A In spite of the fact that around two-thirds of suicide victims have current major depressive episode, and up to half of them contact different levels of health-care services during the last 4 weeks of their life, over 80% of depressed suicides are untreated or inadequately treated.

However, several large-scale, naturalistic, observational follow-up studies show that successful acute and long-term treatment of major depression (with antidepressants) and bipolar disorders (with mood stabilizers, antidepressants and/or antipsychotics) markedly reduces the risk of further suicide attempts and committed suicide. However, the suicide risk of antidepressant-treated patients is not negligible and suicidal behaviour in depressives taking antidepressants is relatively most frequent among the most severe, frequently anxious/psychotic cases, among nonresponders, (including insufficiently treated patients), and in the first 10-14 days of the therapy, several days before the start of action of the drugs.

Major depressives with anxiety symptoms or with psychotic features (many of them are currently suicidal) respond poorly to antidepressant monotherapy but concomitant use of anxiolytics, mood stabilizers or atypical antipsychotics markedly increases the rate of early response even in nonanxious/nonpsychotic unipolar and bipolar depressives. As antidepressant monotherapy can induce agitated, overstimulated, suicidal clinical condition (mixed depression or "activation syndrome") in depressed patients with bipolar or bipolar spectrum disorder, simultaneous administration of mood stabilizers in these cases is essential. The acute antidepressant pharmacotherapy of depressed patients with imminent suicide risk should be supplemented with appropriate dose of anxiolytics/sleeping pills, atypical antipsychot-

ics and/or mood stabilizers, of course in combination with close observation and psycho-social support.

References

- Akiskal H. *Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked?* Acta Psychiatr Scand 2007;116:395-402.
- Rihmer Z, Akiskal H. *Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries.* J Affect Disord 2006;94:3-13.
- Rihmer Z. *Pharmacological prevention of suicide in bipolar patients — A realizable target.* J Affect Disord 2007;103:1-3.

Sali di litio e anticonvulsivanti nel paziente con rischio di suicidio

L. Tondo

Dipartimento Psicologia, Università di Cagliari; Harvard Medical School-McLean Hospital, Boston; Centro Bini, Cagliari

Gli ultimi dati disponibili dell'OMS mostrano che il tasso internazionale di suicidio è di 13,3 (per 100mila), aumentato dal 1955 al 2001 del 3,3% ma diminuito dal 1990 al 2001 dell'11,7% con ampie variazioni regionali. In Italia il tasso più recente è di 5,6. La diminuzione degli ultimi 20 anni può essere associata a un miglioramento per quanto riguarda l'accesso alle terapie mediche e psicosociali per i disturbi mentali, tra cui un ruolo rilevante è rivestito dai trattamenti con antidepressivi e stabilizzanti dell'umore. La maggior parte degli studi che mostrano una relazione inversa tra suicidio e uso di antidepressivi (diminuzione dei tassi di suicidio in relazione a un aumento dell'uso di antidepressivi) sono basati su disegni di tipo ecologico che non fornisce informazioni a livello individuale tanto che non si può sapere se la persona che ha commesso il suicidio usava antidepressivi o meno. Al fine di mettere in atto una prevenzione del suicidio è importante sapere che: a) la morte per suicidio è quasi sempre preceduta da altri comportamenti come tentativi, gesti o ideazione; b) il 90% di tutti i suicidi è associato a un disturbo psichiatrico e che i disturbi dell'umore, unipolari depressivi e bipolari sono all'origine di circa la metà di tutti i suicidi; c) il rapporto fra tentativi e suicidi nella popolazione generale è di circa 20:1, mentre lo stesso rapporto è di 5:1 nel disturbo bipolare (BP), indicando una maggiore letalità dei tentativi in pazienti che ne soffrono. Inoltre, il Rapporto Standardizzato di Mortalità raggiunge i suoi valori più alti in questo disturbo (circa 20; valori normali = 1) rispetto a tutti gli altri disturbi psichiatrici, con una minima differenza fra BP tipo I o II o depressioni ricorrenti. Ciò nonostante, il suicidio nei disturbi dell'umore può essere prevenuto conoscendo i fattori clinici e psicosociali che ne au-

mentano il rischio. Gli interventi precoci sono anche più importanti perché il suicidio avviene nei primi anni dall'inizio della malattia. Da un punto di vista medico, l'uso di antidepressivi non è stato associato a una riduzione del rischio di suicidio. Nel DB, l'unico trattamento che ha mostrato una chiara riduzione del rischio di suicidio è la terapia di mantenimento con sali di litio. La spiegazione più probabile per un'azione anti-suicidio del trattamento è attribuibile a una riduzione della

durata e dell'intensità degli episodi depressivi e misti, più che maniacali, che sono responsabili della maggior parte dei comportamenti suicidari. Sebbene una prevenzione delle ricadute si verifichi anche durante terapia con anticonvulsivanti, i dati sul rischio di suicidio nei pazienti che seguono questi trattamenti non mettono in evidenza una riduzione del rischio. Questa osservazione ha fatto pensare che i sali di litio possano avere una funzione specifica "anti-suicidaria".

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA PINTURICCHIO

S17. La depressione in medicina

COORDINATORI

M. Biondi, R. Delle Chiaie

Emerging questions regarding the co-morbidity of depression and coronary artery disease

F. Lespérance

Department of Psychiatry, Centre Hospitalier, Université de Montréal

Considerable evidence strongly supports an association between depression and coronary artery disease (CAD): depression (both major depressive disorder and depressive symptoms) is a predictor of short-term and long-term cardiac outcomes in patients following myocardial infarction, unstable angina, congestive heart failure, bypass surgery and angioplasty. It is also a predictor of having an acute coronary event in the general population. The nature of the association has been contested. Does depression cause heart disease, or does heart disease cause depression? Or is it possible that another factor affect both depression and heart disease? Data supporting each theory will be presented by reviewing possible mechanisms to may explain this relationship such as reduced adherence to medication, reduced heart rate variability, increased inflammatory response, reduced dietary omega-3 fatty acids intake and endothelial dysfunction. The few clinical trials have been designed to improve heart disease outcomes among depressed or psychological distressed CAD patients were unable to document any benefits. However, 2 randomized clinical trials, including the recently published CREATE study, reported that sertraline and citalopram were superior to placebo for the short term treatment of major depression CAD patients. The lecture will end by discussing future direction for clinical research.

Depressione e demoralizzazione in oncologia: vecchi e nuovi problemi

L. Grassi, R. Caruso, G. Nanni, E. Rossi, S. Sabato

Sezione di Clinica Psichiatrica, Università di Ferrara

L'ampia letteratura inerente il problema della depressione in oncologia ha centrato l'attenzione in questi anni su alcuni aspetti specifici: (i) la scarsa capacità dei sistemi nosografici classici (ICD-10; DSM-IV) a cogliere in maniera precisa le polimorfe manifestazioni depressive; (ii) la necessità di identificare fattori di rischio biologici e psicosociali per le diverse forme depressive; (iii) la necessità di differenziare i quadri depressivi "classici" dalla condizione (o sindrome) di demoralizzazione. Quest'ultima, come già indicò Frank rappresenta "il risultato di un persistente fallimento della capacità di far fronte a stress interni o esterni che la persona o chi gli è vicino si aspettano che egli padroneggi. Le sue caratteristiche, non tutte necessariamente presenti in ogni persona, sono sentimenti di impotenza, isolamento, disperazione. L'autostima della persona è danneggiata, e si sente respinta dagli altri per non riuscire a corrispondere alle loro aspettative ...".

La demoralizzazione si associa alla componente hopelessness presente nelle forme di maladptive coping in oncologia e a desiderio di una morte accelerata in pazienti in fase avanzata di malattia (sia nella forma di richiesta di eutanasia sia di suicidio assistito). Recentemente Kissane et al. (2001) hanno osservato come la demoralizzazione sia caratterizzata da sentimenti di mancanza di speranza, perdita di significato e scopo nella vita, sentimento di mancanza di aiuto, di intrappolamento, di fallimento nell'affrontare una situazione stressante, pessimismo, mancanza di spinta o motivazione ad agire diversamente, in assenza di anedonia.

L'applicazione di modelli diagnostici innovativi (quali i Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research, la Demoralization Scale o il Dignity Inventory) ha avuto il merito di sottolineare le diverse espressioni collegate alla fenomenologia depressiva (e dei disturbi dell'umore). Su queste basi nuovi modelli di intervento sono necessari per migliorare le condizioni psicologiche delle persone affette da cancro e per migliorare la qualità di vita.

Bibliografia

Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Rossi E, Sabato S. *Psychological factors affecting oncology conditions*. In: Porcelli P, Sonino N, editors. *Psychological factors affecting medical conditions. A new classification for DSM-V, vol. 28*. Basel: Karger 2007, pp. 57-71.

Depressione e disturbi gastrointestinali

O. Todarello

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Disturbi psicologici sono molto frequenti nella sindrome dell'intestino irritabile. Vi sono ancora opinioni contrastanti sul ruolo che tali disturbi hanno sui disturbi gastrointestinali: alcuni autori pensano che in particolare ansia e depressione possono influenzare il decorso clinico dei disturbi gastrointestinali, mentre altri ritengono che agiscono indirettamente compromettendo la qualità della vita di questi pazienti. Nonostante sia ben nota l'interferenza tra ansia, depressione e disturbi gastrointestinali vi sono ancora poche ricerche prospettiche controllate che indagano questo rapporto. Questa relazione passa in rassegna i dati più recenti della letteratura su questo tema.

Epidemiologia, riconoscimento e gestione dei disturbi depressivi in medicina generale

A. Picardi

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

I disturbi depressivi sono molto frequenti. Studi recenti condotti in Italia hanno documentato che la prevalenza nella popolazione generale è almeno del 3%. Tali disturbi si associano a elevati livelli di sofferenza e disabilità e possono condurre al suicidio. Il solo disturbo depressivo maggiore rende attualmente conto del 6% dell'intero carico (burden) di sofferenza e disabilità legato alle malattie. I disturbi depressivi costituiscono anche una fonte di ingenti costi per la società, sia diretti che indiretti. Vi sono ampie evidenze che un'alta proporzione di pazienti depressi non viene trattata o non riceve comunque un trattamento adeguato. Ciò è fonte di preoccupazione

in quanto un intervento tempestivo potrebbe alleviare notevolmente la sofferenza del paziente, i costi sociali, e l'impegno dei servizi sanitari. Alla base del mancato o inadeguato trattamento vi è per lo più il mancato riconoscimento della presenza di un disturbo depressivo: molti studi documentano che assai spesso i disturbi depressivi non vengono riconosciuti sia in medicina generale che in altri contesti specialistici non psichiatrici. Questo è un serio problema, poiché l'ambulatorio del medico di famiglia e in generale ogni contesto clinico costituisce un luogo privilegiato per attività di diagnosi precoce e prevenzione secondaria.

Migliorare l'efficienza diagnostica è dunque un primo passo importante per affrontare tale questione prioritaria di sanità pubblica. Tuttavia, interventi come la sensibilizzazione dei medici, la loro formazione di base sul tema, o l'impiego di strumenti di screening sono poco efficaci. Il solo screening è in genere insufficiente a migliorare gli esiti di salute, se non comprende una fase di filtro per non sovraccaricare il medico di informazioni e un supporto attivo da parte dei servizi di salute mentale. Risultano invece promettenti alcuni programmi innovativi di screening che prevedono una gestione integrata della morbilità depressiva tra medici di medicina generale e specialisti della salute mentale.

Bibliografia:

Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. *Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review*. JAMA 2003;289:3145-51.

Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. Br J Psychiatry 2004;184:386-92.

Picardi A, Adler DA, Abeni D, Chang H, Pasquini P, Rogers WH, Bungay KM. *Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners*. Acta Derm Venereol 2005;85:414-9.

Gilbody S, Sheldon T, House A. *Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis*. CMAJ 2008;178:997-1003.

Le dimensioni psicopatologiche dei disturbi depressivi

M. Biondi

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

La Psichiatria fa tradizionalmente riferimento ad un indirizzo clinico-descrittivo e alle categorie nosografiche da esso derivate, sia nella prassi clinica che nella ricerca. L'osservazione clinica dei disturbi depressivi suggerisce che questi disturbi siano caratterizzati da diverse componenti, ed ogni quadro clinico differisce da un altro in funzione del prevalere delle componenti. Presso il nostro ambulatorio Universitario sono stati effettuati studi su casistiche diverse di pazienti depressi, valuta-

ti con tre diversi strumenti psicometrici, ottenuti nell'ambito di un progetto di ricerca sulla psicopatologia dimensionale dei disturbi depressivi. Nel primo studio vengono presentati i dati ottenuti mediante la HAM-D a 17 item a 186 pazienti depressi unipolari ambulatoriali. Nel secondo studio, effettuato sempre su pazienti depressi unipolari, sono stati impiegati il MMPI-2 (n = 143), e la Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale SVARAD (n = 380). Pur essendo due strumenti molto diversi, i risultati ottenuti in questo secondo studio sono molto simili, ovvero entrambi hanno mostrato la presenza di una componente di rabbia/aggressività in pazienti depressi. Per migliorare la specificità dei risultati ottenuti, abbiamo reclutato un nuovo campione composto esclusivamente da pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (n = 222) esenti da comorbidità in asse I e II del DSM-IV. I risultati ottenuti su questo campione sono analoghi a quelli precedentemente osservati. Questi dati sembrano suggerire l'esistenza di almeno tre dimensioni

principali nei disturbi dello spettro depressivo: una di tipo "depressivo puro", una di "ostilità", ed una "ansiosa". Va notato come queste tre dimensioni emergano, in modo sufficientemente concorde, da studi condotti su campioni diversi, utilizzando metodologie di valutazione differenti: un questionario compilato dal paziente (MMPI-2) e una scala per l'eterovalutazione delle condizioni psicopatologiche globali (SVARAD). Gli stessi risultati non sono stati ottenuti con la HAM-D 17-item, dalla quale emerge invece un modello a quattro fattori: un primo fattore definibile di "ansia psichica", un fattore di "ansia somatizzata", un terzo fattore interpretabile come "depressivo puro", ed un quarto fattore di minor importanza definito "gastrointestinale". Sebbene sia opportuno essere prudenti nel dedurre l'esistenza di dimensioni psicopatologiche in base a dati psicometrici, le implicazioni di questi risultati per la nosografia categoriale e per il trattamento dei disturbi depressivi meritano tuttavia di essere attentamente approfondite.

MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA BERNINI

S18. Metacognizione e disturbi mentali: dai modelli teorici alla pratica clinica

COORDINATORE
A. Rossi

Le riflessioni di un elefante

P. Stratta

*Dipartimento di Salute Mentale, ASL 4 L'Aquila;
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila*

Le abilità metacognitive e di elaborazione di Teoria della Mente rappresentano fondamentali capacità umane di comprendere e riflettere sul proprio e l'altrui *stato mentale*, sulle proprie ed altrui percezioni, riuscendo così a prevedere il proprio e l'altrui comportamento. Sono queste abilità considerate tra le più elevate, peculiari e caratterizzanti il genere umano ma la presenza di alcune di queste in varie specie animali pone dubbi di specificità.

È verosimile che tali costrutti teorici non rappresentino entità monolitiche o gerarchicamente organizzate, ma costrutti differenti e semi-dipendenti: la capacità di autoreflessività potrebbe essere una condizione caratteristica per la maggior parte, se non per tutti i primati e di alcuni grandi vertebrati, mentre la capacità di mentalizzazione etero diretta, potrebbe essere fondamentale per la comprensione del mondo sociale, più specifica per il comportamento umano, più adattivo ed evoluto.

Dati di letteratura evidenziano come attività quali pensare sul proprio pensiero o sul pensare degli altri, cioè la "lettura della mente", la "cognitività sociale" e la "mentalizzazione", non siano identiche. Verranno discusse le ricadute della comprensione di queste componenti sull'interpretazione dei deficit in patologie quali autismo e schizofrenia.

Bibliografia

Stratta P, Bustini M, Daneluzzo E, Rossi A. *La valutazione della capacità metacognitiva nel disturbo schizofrenico: tra la funzione cognitiva e il mondo reale*. Giorn Ital Psicopat 2008;14:75-9.

Funzioni metacognitive e rimedio cognitivo nella schizofrenia

I. Riccardi

Università dell'Aquila

La capacità metacognitiva definisce l'abilità di auto monitoraggio e controllo, la capacità di conoscere riguardo le proprie abilità cognitive, gli stati di conoscenza e le

performance effettive delle abilità cognitive, fattori fondamentali determinanti di un funzionamento adeguato nel mondo reale: una “conoscenza della conoscenza”. Questa modalità di approccio include concetti e paradigmi della psicologia sperimentale utilizzati per l’indagine della metacognizione attraverso procedure di valutazione cognitiva.

I risultati degli studi disponibili supportano l’utilità di questo approccio sia per la valutazione che per il rimedio di funzioni cognitive nel disturbo schizofrenico.

Le capacità metacognitive, più di quelle cognitive, sono predittive del funzionamento nella vita reale.

Ciò suggerisce l’opportunità di trattamenti che tengano conto della funzione metacognitiva per poter raggiungere un miglioramento del disturbo ed un buon adattamento all’ambiente.

Bibliografia

Koren D, Seidman KJ, Goldsmith M, Harvey PD. *Real-world cognitive — and metacognitive — dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more “right stuff”*. Schizophrenia Bull 2006;32:310-26.

Stratta P, Bustini M, Daneluzzo E, Rossi A. *La valutazione della capacità metacognitiva nel disturbo schizofrenico: tra la funzione cognitiva e il mondo reale*. Giorn Ital Psicopat 2008;14:75-9.

Valutazione della metacognizione nei disturbi di personalità

A. Carcione, G. Dimaggio, S. D’Angerio, G. Nicolò, M. Procacci, A. Semerari

Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva; Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

I pazienti con disturbi di personalità (DP) sono considerati dai clinici pazienti “difficili” in particolare a causa delle problematiche relazionali che rendono complicato stabilire relazioni di cura che siano salde, stabili ed efficaci. Tali difficoltà sono dovute sia alle intense reazioni emotive suscitate ai terapeuti da questi pazienti nel corso della psicoterapia, sia perché questi ultimi presentano difficoltà in quelle competenze e abilità che dovrebbero essere presenti affinché una terapia sia efficace: identificare i propri problemi psicologici e riflettere su di essi in maniera tale da gestire le problematiche intrapsichiche ed interpersonali fonte di sofferenza.

Le disfunzioni in tali abilità, definite da vari autori funzioni metacognitive, facilitano l’instaurarsi in seduta di cicli interpersonali disfunzionali che comportano nel paziente la tendenza ad interrompere la terapia e nel terapeuta ad attuare manovre antiterapeutiche che accrescono il rischio di rottura dell’alleanza e quindi di drop out.

Per tale ragione assume particolare valore euristico la ricerca centrata sulla valutazione della metacognizione nei DP e sono necessari strumenti in grado di consentir-

ne un adeguato assessment e coglierne le variazioni nel corso del trattamento. In particolare è necessario misurare la metacognizione non come una funzione unica, ma come costituita da abilità diverse, relativamente tra loro indipendenti, che possono essere selettivamente danneggiate a seconda del disturbo di personalità specifico, come emerge dalla letteratura recente nel campo della clinica e delle neuroscienze.

Dopo un inquadramento generale sulle ricerche in tale area verranno presentati i dati emersi dalla valutazione attraverso due strumenti elaborati e validati dal Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, la Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM) e l’Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM) (quest’ultima in collaborazione con il Servizio di Psichiatria Generale e di Psicologia Clinica dell’Ospedale S. Raffaele di Milano), rispettivamente applicati su trascritti di seduta e su intervista semi-strutturata.

Cognizione metacognizione ed outcome nella schizofrenia

G. Nicolò

Terzo Centro Psicoterapia Cognitiva Roma; Scuola Psicoterapia Cognitiva SPC Roma; ASL Roma G

Nell’ambito di un progetto elaborato in collaborazione tra il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma ed il Dipartimento di Psicologia dell’Università di Indianapolis per la valutazione delle correlazioni tra metacognizione, sintomi, insight e qualità della vita.

Il funzionamento metacognitivo ed in particolare il miglioramento delle funzioni metacognitive sembra associato ad un miglior esito nel trattamento delle patologie gravi. Il core symptom della schizofrenia è il deficit cognitivo che, seppur sempre rilevabile, non è ancora elencato tra i segni necessari per porre diagnosi di schizofrenia. Il lavoro presentato intende verificare sperimentalmente se esista o no una correlazione tra la neurocognizione e meta cognizione; se esista o no una correlazione tra sintomatologia misurata con la PANSS e meta cognizione; se uno scarso profilo metacognitivo ostacoli la consapevolezza di malattia; se esista o no una correlazione tra Teoria della mente e metacognizione; ed infine verificare come metacognizione e profilo neuro cognitivo possano essere considerati predittori di esito formulando anche ipotesi di intervento psicoterapico e riabilitativo personalizzati sul livello di funzionamento del paziente.

Bibliografia

Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G, Johannesen JK, Nicolò G, Procacci M, Semerari A. *Metacognition admist narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2005;112:64-71.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10
SALA RAFFAELLO

S19. Perché non ci sono farmaci veramente nuovi in psichiatria?

COORDINATORI
M. Popoli, L. Pani

La trasmissione glutammatergica: un bersaglio farmacologico nella depressione e nei disturbi dell'umore

M. Popoli

Centro di Neurofarmacologia, Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Centro di Eccellenza sulle Malattie Neurodegenerative, Università di Milano

Il glutammato è il principale neurotrasmettitore eccitatorio del sistema nervoso centrale ed esercita, anche attraverso la modulazione di altri sistemi neurotrasmettitoriali, un ruolo primario nel controllo di molte funzioni che sono alterate nelle patologie psichiatriche.

Numerosi studi preclinici e clinici hanno mostrato che la trasmissione glutammatergica è incrementata in alcune regioni cerebrali corticali e limbiche nei pazienti depressi. Inoltre è stato dimostrato che i farmaci antidepressivi modificano la trasmissione glutammatergica a vari livelli, ivi inclusa una down-regolazione di recettori NMDA per il glutammato e una riduzione del rilascio di glutammato. Composti che modulano la trasmissione glutammatergica a vari livelli sono attualmente in sviluppo per il trattamento di depressione, disturbi dell'umore e ansia. Alcuni di questi composti potrebbero agire stabilizzando il rilascio di glutammato o la trasmissione sinaptica quando i livelli di glutammato diventano eccessivamente elevati, a causa di eventi stressanti acuti o ripetuti. I bersagli relativi alla trasmissione glutammatergica includono attualmente: recettori ionotropi per il glutammato (NMDA, AMPA), recettori metabotropi, trasportatori per il glutammato, meccanismi che regolano il rilascio presinaptico di glutammato. Verranno anche analizzati dati recenti in favore di una redistribuzione della trasmissione mediata da recettori AMPA ed NMDA come meccanismo alla base di un rapido effetto antidepressivo. Le possibili strategie di intervento sulla trasmissione glutammatergica verranno discusse.

Bibliografia

- Pitinger C, Duman RS. *Stress, depression and neuroplasticity: a convergence of mechanisms*. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:88-109.
- Agid Y, Buzsaki G, Diamond D, Frackowiak R, Giedd J, Girault JA, et al. *How can drug discovery for psychiatric disorders be improved?* *Nature Rev Drug Discov* 2007;6:189-201.
- Berton O, Nestler EJ. *New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines*. *Nature Rev Neurosci* 2006;7:137-51.

Bonanno G, Giambelli R, Raiteri L, Tiraboschi E, Zappettini S, Musazzi L, et al. *Chronic antidepressants reduce depolarization-evoked glutamate release and protein interactions favoring formation of SNARE complex in hippocampus*. *J Neuroscience* 2005;25:3270-9.

Andare oltre il recettore D2: limiti e prospettive di antipsicotici innovativi

L. Pani

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

L'obiettivo realistico nello sviluppo di antipsicotici innovativi è quello di scoprire sostanze che possano curare o quantomeno contenere la sintomatologia dei disturbi psicotici nelle diverse fasi di malattia. In questo senso si intende la scoperta non solo di molecole con una nuova struttura chimica, quanto di strutture che utilizzano un meccanismo d'azione del tutto, o parzialmente, nuovo. La neurochimica ha fornito non solo le basi fisiopatologiche che mettono in relazione le alterazioni di determinate vie biochimiche, e più recentemente genetiche, con la fenomenologia dei disturbi, ma ha anche indicato quali bersagli cellulari e molecolari potevano essere utilizzati per scoprire nuovi antipsicotici.

La presente relazione ripercorre le tracce storiche che hanno portato all'introduzione clinica dei primi neurolettici per discutere in modo critico le principali prospettive e le limitazioni.

Brain neuropeptide regulation of anxiety and depression

D.A. Slattery, I.D. Neumann

Department of Behavioural and Molecular Neuroendocrinology, Institute of Zoology, University of Regensburg

Brain neuropeptides are characterised by their discrete synthesis sites and widespread receptor distribution. Given the current focus on developing non-monoaminergic therapies for treating affective disorders, certain neuropeptides represent attractive targets. For example, it has been shown that up-regulation of the brain oxytocin (OXT) and prolactin (PRL) systems reduce stress reactivity and anxiety, and improve social behaviours.

In contrast, elevation of the vasopressin (AVP) system, results in increased anxiety and activity of the hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) axis. However, it is also important that such neuropeptides are examined in appropriate animal models, which attempt to mimic the human situation. Examples of such models include chronic psychosocial stress paradigms or selective breeding of animals for extreme anxiety/depression traits. The selective breeding of Wistar rats for anxiety-related behaviour on the elevated-plus maze has resulted in two breeding lines of high (HAB) and low (LAB) anxiety-related behaviour. These strains have been shown to represent a valid animal model to study the underlying aetiology of affective disorders including the involvement of various neu-

rotransmitter / neuropeptide systems in these disorders. Underpinning the difference in anxiety in these breeding lines are single nucleotide polymorphisms in the promoter of the AVP gene, which lead to overexpression and excess release of AVP. Pharmacological studies have verified the opposing effects of OXT and AVP on anxiety and stress-coping styles in the HAB and LAB rats. More specifically, bidirectional behavioural effects of activation or antagonism of the OXT and AVP systems could be observed in HAB and LAB rats. These results confirm, and extend, our knowledge of the important role that brain neuropeptides play in the regulation of depression and anxiety. In addition, they demonstrate the utility of using an animal model of hyper-anxiety.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA CARAVAGGIO

S20. Specificità di genere nei disturbi dell'umore

COORDINATORE

E. Aguglia

Ormoni, plasticità neuronale e vulnerabilità alla psicopatologia

G. Biggio

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

L'attività cerebrale è strettamente associata e dipendente dal grado di trofismo cellulare, condizione che conferisce ai neuroni la capacità di poter esercitare una grande plasticità, cioè la proprietà di saper adattare al meglio la loro funzione in relazione alle condizioni ambientali. Il ridotto trofismo neuronale costituisce un grave fattore di vulnerabilità ed è strettamente associato allo sviluppo di patologia mentale. I fattori trofici, proteine sintetizzate sia dai neuroni che da cellule della glia, costituiscono una componente fondamentale necessaria per lo sviluppo fisiologico e la sopravvivenza dei neuroni durante l'adolescenza, l'età adulta e la senescenza.

Gli ormoni steroidei sono dei potentissimi modulatori della sintesi di specifici fattori trofici, come il fattore trofico di derivazione neuronale BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), proteina capace di garantire la sopravvivenza di specifiche popolazioni neuronali quali ad esempio quelle monoaminergiche, GABAergiche e colinergiche. Queste evidenze neurobiologiche, neurochimiche e neuroendocrine suggeriscono che nel sesso femminile durante la pubertà, grazie alla maturazione delle gonadi e la conseguente produzione di ormoni estrogeni e progestinici, lo sviluppo neuronale subisca un input funzionale e strategico fondamentale, per faci-

litare e garantire la neurogenesi (sintesi di nuovi neuroni), la sinaptogenesi, il trofismo e la sopravvivenza neuronale. Questi risultati indicano anche che, nel sesso femminile si viene a stabilire tra gli ormoni steroidei ed i neuroni un rapporto di stretta dipendenza funzionale, cruciale per garantire l'attività cellulare nelle fasi fondamentali del ciclo vitale della donna (pubertà, ciclo mestruale, gravidanza e menopausa). Infatti, è importante sottolineare come durante la menopausa, per il venire meno dell'attività delle ovaie, con conseguente riduzione dei livelli plasmatici e cerebrali di questi ormoni, si possa venire a creare una condizione di maggiore vulnerabilità come conseguenza della ridotta plasticità funzionale di differenti popolazioni neuronali implicate nella regolazione della sfera emozionale, affettiva e dei processi cognitivi. Pertanto, le fluttuazioni e/o disfunzioni nella secrezione degli ormoni steroidei (estrogeni, progestinici) sembrano essere un fattore cruciale nel determinare la maggiore vulnerabilità del sesso femminile alla patologia del tono dell'umore.

Sindrome premestruale: indicazioni cliniche e trattamento

R. Anniverno

Presidio Ospedaliero M. Melloni, AO Fatebenefratelli, Milano

Numerosi progetti di ricerca in questi ultimi anni si sono focalizzati sui cicli di vita della donna: i cicli mestrua-

li, la gravidanza, il puerperio e la menopausa, quando cambiamenti ormonali, sociali e psicologici si mostrano contemporaneamente.

Una specifica attenzione si è sviluppata rispetto ai disturbi psichiatrici e "variabili di genere"; nel caso del disturbo disforico premenstruale (PMDD) esiste infatti una significativa comorbidità lifetime tra quest'ultimo e i disturbi dell'umore: una storia di depressione, un episodio depressivo in puerperio o in perimenopausa sovente si inscrivono nella storia di una paziente con PMDD.

I domini di presentazione della sintomatologia premenstruale sono quello fisico e quello psichico; una relazione significativa si è osservata tra frequenza e gravità di presentazione della sintomatologia in premenstruo: il 41% delle donne non presenta sintomi, il 22% ha sintomi fisici moderati, il 29% presenta sintomi mentali moderati mentre l'8% manifesta una sintomatologia premenstruale intensa.

Gli steroidi ovarici sono implicati nell'eziopatogenesi dei sintomi dell'umore in premenstruo tanto che la sindrome premenstruale (SPM) non compare quando è presente una soppressione ovarica come negli anni che precedono il menarca, in gravidanza, o dopo la menopausa.

L'ovulazione è inoltre soppressa dall'uso della terapia contraccettiva orale anche se paradossalmente i sintomi della SPM sono sovente presenti durante l'uso della "pillola". Tuttavia in due recenti trial multicentrici randomizzati controllati (Seeger et al. *Obstetric Gynecol* 2007; Ginger et al. *Contraception* 2007) sia i sintomi fisici che quelli psichici della PMDD sono significativamente ridotti con una nuova terapia contraccettiva che contiene basse dosi di etinilestradiolo 20 µg e di drospironone 3 mg in un regime di somministrazione 24/4.

Gli steroidi ovarici sono entrambi in grado di modulare il sistema neurotrasmettitoriale serotoninergico e gabaergico.

Una sostanziosa letteratura supporta la presenza di anomalie del sistema serotoninergico in fase luteale nelle donne con SPM di grado severo infatti la concentrazione di serotonina nel plasma, la serotonina piastrinica e il test da carico di triptofano hanno evidenziato anomalie della funzione serotoninergica delle donne affette da SPM.

In relazione a queste evidenze due risultano gli approcci farmacologici per il trattamento della SPM di grado severo e del PMDD: la soppressione ormonale ovarica e l'uso di terapia antidepressiva con gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI).

La strategia terapeutica deve essere personalizzata sia utilizzando il trattamento ormonale (sintomi fisici del premenstruo, rischi per effetti collaterali) sia quella con antidepressivi a profilo serotoninergico o misto.

L'intervento con terapia antidepressiva deve prevedere la possibilità di costruire un programma farmacologico continuativo o intermittente, proponendo la terapia solo in alcuni specifici giorni del ciclo.

Una maggiore attenzione dovrebbe essere posta in am-

bito psichiatrico alla sindrome premenstruale dal momento che esordi, riacutizzazioni psicopatologiche e ricoveri ospedalieri si sono osservati in associazione con una SPM di grado severo.

Depressione di genere: update

C. Mencacci, R. Anniverno, V. Ferrari, E. Gimosti, A. Bramante*

* *Centro Depressione Donna, Dipartimento di Neuroscienze, AO Fatebenefratelli-Oftalmico-Melloni, Milano*

Un certo numero di studi epidemiologici su vasta scala concordano sul dato che le donne hanno maggior probabilità di soffrire di disturbi depressivi rispetto agli uomini. L'Epidemiologic Catchment Area Study, la più ampia ricerca sui disturbi psichiatrici del Nord America, ha riportato un rapporto femmine/maschi di 1,96:1, con una prevalenza lifetime di disturbi affettivi di 10,2% nella donna e di 5,2% nell'uomo. Utilizzando un'intervista psichiatrica strutturata per valutare un campione rappresentativo della popolazione generale, il National Comorbidity Survey ha riportato prevalenze di depressione più alte in entrambi i sessi, con una percentuale lifetime del 21,3% nelle donne e del 12,7% negli uomini, che portano ad un rapporto femmine/maschi di 1,68:1. La divaricazione della prevalenza fra femmine e maschi ha inizio nell'adolescenza ed è un fenomeno transculturale. Anche se la predisposizione femminile alla depressione è stata dimostrata trasversalmente nelle varie aree geografiche, non necessariamente essa è confermata in popolazioni selezionate all'interno di singole regioni. Così, anche se gli Ebrei hanno livelli di depressione maggiori di altri gruppi religiosi, il rapporto femmine/maschi è di 1:1. L'assenza di una differenza tra i sessi può essere dovuta alla minore prevalenza di alcolismo fra i maschi ebrei, vista la correlazione negativa fra alcolismo e depressione maggiore.

Per la distimia, la prevalenza è doppia nelle femmine, con percentuali lifetime di 5,4% per le donne e 2,6% per gli uomini. La preponderanza femminile è ancora più marcata per la depressione atipica (cioè depressione caratterizzata da labilità dell'umore ed almeno uno fra i seguenti sintomi: ipersonnia, iperfagia, paralisi plastica, suscettibilità alla frustrazione) ed i disturbi affettivi stagionali.

L'OMS ha infatti rilevato che la depressione è più frequente fra le donne coniugate, a differenza degli uomini che risultano invece più vulnerabili nella condizione di single. È comunque riconosciuto che la povertà o assenza di relazioni sociali ed interpersonali significative, da intendersi soprattutto come qualità della relazione, e le condizioni psicosociali svantaggiate che comportano una bassa stima di sé, sono fattori facilitanti e inducenti la reazione depressiva.

La condizione della donna si complica quando agli stressor ambientali si aggiungono i maltrattamenti e la

violenza, fattori la cui diffusione ed entità sono sempre sottostimati.

L'OMS ha lanciato un allarme sulla diffusione della violenza domestica e sessuale, mettendo in evidenza come tali eventi possano poi risultare responsabili di patologie cardiovascolari, ginecologiche, gastroenterologiche e psichiatriche. Senza dimenticare i seri rischi per la salute della donna e per il feto, in caso di maltrattamenti durante la gravidanza. È stato stimato che le complicazioni da maltrattamenti risultano maggiori rispetto a quelle per diabete o ipertensione. Maltrattamenti sia fisici che psicologici che, anche se meno evidenti, possono risultare particolarmente traumatici ed avere gravi conseguenze sia sulla donna che sul bambino. Spesso alla patologia si associa la disabilità: negli USA è stato stimato che il 30-40% delle donne picchiate in casa tenta il suicidio, mentre frequenti conseguenze sono l'abuso di farmaci e le conseguenze invalidanti.

Disturbo disforico premenstruale, baby blues, depressione post partum e dell'età perimenopausale vengono trattati in modo approfondito e con grande attenzione alle componenti biologiche e ormonali che ne sottendono le manifestazioni cliniche.

Nato a Milano nel 2004 c/o l'Ospedale Macedonio Melloni (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli, Milano-Dipartimento di Salute Mentale) il Centro ambulatoriale si occupa di disturbi psichiatrici comparsi durante la gravidanza, il post-partum e la perimenopausa.

Il Centro prende in cura le pazienti attraverso un progetto terapeutico proposto e condotto da specialiste psichiatre e psicologhe aperto non solo alle problematiche cliniche ma anche alla gestione di quegli elementi ritenuti a rischio per lo sviluppo e l'aggravarsi della patologia depressiva.

La presenza di un'équipe esclusivamente femminile permette alle pazienti di trovare una comprensione attenta ed empatica alla sintomatologia depressiva che corre in quelle specifiche fasi di vita (gravidanza, post-partum, perimenopausa) che caratterizzano solo l'esistenza di una donna.

Il programma terapeutico è modulato in relazione all'intensità dal quadro psicopatologico osservato. Si avvale di percorsi terapeutici che si articolano e si modulano in relazione all'evoluzione del quadro clinico all'interno di un contesto personalizzato di cura.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MANTEGNA

S21. I servizi di salute mentale e l'esordio delle psicosi: una sfida alla disabilità

COORDINATORE

A. Cocchi

La qualità delle cure nei pazienti con esordio schizofrenico

A. Lora

Dipartimento di Salute Mentale, AO di Vimercate (MI)

Introduzione: ancora oggi sono poche le informazioni disponibili sulla qualità della cura erogata routinariamente dai DSM nei confronti dei pazienti con esordio schizofrenico, nonostante la crescente diffusione dei programmi di intervento precoce nelle psicosi. È importante comprendere le modalità abituali di cura per poterle confrontare con le evidenze disponibili relative all'efficacia dei trattamenti.

Metodi: vengono illustrati i dati raccolti a livello dell'intera Regione Lombardia dal sistema informativo psichiatrico regionale relativamente ai pazienti con esordio psicotico di età compresa tra i 18 e i 34 anni, che nel 2006 hanno avuto il primo contatto con i DSM. Viene analizzata l'accessibilità del sistema, i pacchetti di cura

erogati, la continuità, la varietà della cura e l'aderenza al trattamento farmacologico. Vengono anche illustrati alcuni esempi di indicatori tratti dalle Linee Guida del Ministero della Salute sugli interventi precoci nella schizofrenia.

Risultati: la qualità dell'usual care dei nuovi casi non è affatto ottimale: i pazienti con esordio schizofrenico presentano rispetto ai pazienti già in trattamento non solo una minore continuità di contatto, misurata nei termini di un contatto almeno ogni 90 giorni, ma anche una minore varietà della cura, intesa come diversificazione delle attività erogate nei CSM, ed una minore aderenza al trattamento farmacologico. Gli interventi psicologici e l'attività al domicilio raggiungono una minoranza di pazienti, mentre quelli rivolti alla famiglia sono più diffusi.

Conclusioni: il sistema informativo è uno strumento prezioso per valutare la qualità della cura erogata in condizioni di routine e per implementare azioni efficaci di governo clinico. La valutazione periodica dell'attività

dei DSM permette anche di comprendere in che misura i programmi di intervento precoce sono in grado di incidere a livello di sistema sulla qualità della cura erogata nei confronti dei pazienti con esordio psicotico.

Dalle evidenze ai trattamenti di routine: le pratiche nei servizi di salute mentale italiani

M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, S. Tosato, R. Mazzoncini, L. Lazzarotto, D. Cristofalo, C. Bonetto, M. Tansella per il Gruppo PICOS-VENETO

Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Introduzione: le linee guida raccomandano l'adozione di percorsi terapeutici specifici e di servizi espressamente dedicati ai pazienti al primo episodio psicotico, inclusi di un precoce intervento di tipo psicoterapico, rivolto anche ai familiari, e di un appropriato intervento psicofarmacologico. I risultati che presenteremo hanno l'obiettivo di descrivere le tipologie di trattamento cui vengono sottoposti nei servizi psichiatrici pubblici i pazienti psicotici all'esordio.

Metodi: l'indagine è stata condotta nell'ambito del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico mirato a caratterizzare il decorso delle psicosi all'esordio e di sviluppare un modello predittivo del loro esito. I soggetti sono stati valutati attraverso una serie di strumenti, tra cui una scheda mirata a raccogliere la storia dei trattamenti farmacologici e psicosociali forniti nel primo anno successivo all'esordio.

Risultati: i presenti dati preliminari si riferiscono ai pazienti che a luglio 2008 hanno completato il follow-up ad 1 anno.

Alla quasi totalità dei pazienti (92%) è stato prescritto almeno un neurolettico, nel 57% dei casi un solo antipsicotico per l'intera durata del trattamento. I neurolettici più utilizzati sono stati: olanzapina (36%), aloperidolo (41%), risperidone (29%), aripiprazolo (19%) e quetiapina (15%). Il 25% dei pazienti ha ricevuto politerapia. Solo il 48% dei pazienti ha ricevuto trattamenti psicoterapici e/o psicosociali (50% colloqui di sostegno psicologico; 12% colloqui ad orientamento psicoterapeutico; 8% psicoterapia cognitivo-comportamentale; 3% psicoterapia psicodinamica; 16% psicoterapia di gruppo; 3% psicoterapia familiare; 3% interventi riabilitativi, 5% altri tipi di intervento).

Questi tipi di intervento sono stati forniti con frequenza settimanale nel 15% dei casi, quindicinale il 37%, tri-settimanale 18%, mensile 30%. Il 57% dei pazienti risulta ancora in trattamento nel follow-up ad un anno. Solamente il 20% dei familiari dei pazienti ha ricevuto qualche tipo di intervento (psicoterapia familiare 8%, colloqui di sostegno psicologico 33%, gruppi psicoeducativi 50%, altri interventi 8%), effettuato principalmente con cadenza mensile (46%). Dei pochi familiari che hanno iniziato un trattamento l'86% non riceve più alcun tipo di

trattamento al momento della valutazione di follow-up.

Conclusioni: dai dati analizzati è emersa una notevole sproporzione tra interventi psicofarmacologici e di tipo psicosociale a favore dei primi, ed una ampia discrepanza fra le pratiche e le linee-guida. Tali risultati appaiono preoccupanti, anche alla luce dei dati presenti in letteratura che mostrano che trattamenti inadeguati e non prontamente instaurati aumentano il rischio di esacerbare la gravità della patologia e di sviluppare disabilità residua.

Costi ed efficacia in un programma di intervento precoce

A. Meneghelli, A. Cocchi

AO, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

La visione innovativa a forte vocazione preventiva, che dovrebbe guidare lo sviluppo dei Servizi di Salute Mentale nella gestione della patologia grave è obbligata a tener conto non soltanto della prospettiva clinica e scientifica, ma anche del problema cruciale di una razionalizzazione dell'allocazione delle risorse disponibili.

Abbiamo verificato l'ipotesi che negli esordi psicotici un intervento specifico, multicomponente ed intensivo non sia più costoso, ma anzi unisca ad un miglior risultato clinico una riduzione di costi.

Attraverso uno studio osservazionale prospettico della durata di 3 anni sono stati comparati l'efficacia (misurata secondo la scala HoNOS) ed i costi (calcolati secondo la valorizzazione economica degli interventi utilizzata in Regione Lombardia - sistema informativo PSICHE) in un gruppo di soggetti (n. 24) seguiti dal Centro per l'Individuazione e l'Intervento Precoce nelle Psicosi-Programma 2000 (gruppo sperimentale) e in un gruppo di soggetti (n. 23), con caratteristiche simili, trattati secondo i programmi abituali (gruppo di controllo).

La valutazione dell'efficacia si è basata su tre approcci: a) confronto della riduzione media dei punteggi della scala ai tempi T0 e T1; b) classificazione dei pazienti in 5 classi (da sani a molto gravi) e valutazione dei cambiamenti di classe intervenuti tra i due tempi di osservazione; c) valutazione dell'intensità di cambiamento, considerando come clinicamente significativo uno scarto di sette punti nella scala HoNOS.

Secondo ognuna di queste modalità di valutazione, il miglioramento clinico risulta staticamente significativo a favore del gruppo sperimentale, ma ancora più interessante è il risultato che riguarda i costi. La media dei costi standardizzati per paziente risulta inferiore del 9,4% nel gruppo sperimentale, ma con un profilo dei costi molto diverso: superiori nei primi due anni nel gruppo sperimentale, soprattutto per la numerosità degli interventi psicosociali, ma molto inferiori negli anni successivi, anche per la forte riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli inserimenti residenziali.

Intervento integrato in pazienti con disturbo psicotico all'esordio: valutazione di esito ad un anno

M. Casacchia, R. Pollice, R. Roncone

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università dell'Aquila

Introduzione: negli ultimi due decenni è stata rivolta particolare attenzione all'osservazione clinica per cui il primo contatto con i servizi di salute mentale è preceduto da un periodo nel quale i segni e i sintomi precoci precedono le manifestazioni caratteristiche della fase acuta del disturbo pienamente sviluppato. Tali segni e sintomi rappresentano essenzialmente un cambiamento della precedente esperienza e del comportamento della persona. La ricerca sull'andamento iniziale delle malattie mentali gravi (schizofrenia e disturbo bipolare) ha permesso l'identificazione di un periodo prodromico prepsicotico e di una fase prepsicotica. I sintomi prodromici sembrano essere simili per i disturbi psicotici e per la depressione e l'ansia da moderate a gravi. L'esordio sia della schizofrenia che del disturbo bipolare potrebbe essere caratterizzato da umore depresso e sintomi ansiosi. In entrambi i disturbi, tuttavia, il periodo prodromico produce un precoce deterioramento funzionale da cui possono derivare delle conseguenze sociali. Questi risultati sono fortemente suggestivi del fatto che i disturbi dell'umore di grave entità, d'ansia e del comportamento e le psicosi condividono un periodo prodromico premorbo nel quale è difficile distinguerli con sicurezza. Spesso, il periodo prodromico premorbo è possibile che coincida con uno stato prepsicotico, definito "Stato Mentale a Rischio" (SMR).

Obiettivi: l'obiettivo dell'intervento precoce nel corso dello stadio prodromico prepsicotico è quello di alleviare i sintomi depressivi, ansiosi e negativi, prevenire il deterioramento funzionale e le sue conseguenze mediante la Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) e training sulle abilità sociali. Diversi autori hanno rilevato la necessità e la opportunità di promuovere diagnosi e gestione precoce dei disturbi psichiatrici allo scopo di ridurre e prevenire la compromissione del funzionamento globale che ne deriva. Un ritardo nel trattamento del primo episodio è un importante problema ed è associato ad un outcome peggiore. Il riconoscimento e l'intervento precoci possono incrementare le speranze di prevenire o ritardare l'esordio psicotico, riducendo la gravità della malattia e migliorando le conseguenze personali e sociali. L'intervento precoce/preventivo è, dunque, di estrema rilevanza per la salute pubblica ed è diretto alle manifestazioni sintomatologiche e non ai processi sottesi alla malattia, ancora sconosciuti. La TCC allo stadio prodromico sembra influenzare favorevolmente il corso della malattia a breve termine e, nella fase prepsicotica, la combinazione con antipsicotici a basse dosi sembra avere efficacia clinica.

Metodi: per tale motivo, per ogni giovane con problemi psicologici che arriva per un aiuto, il nostro servi-

zio fornisce un breve programma di educazione che promuova il benessere, migliori le strategie di coping ed incrementi il supporto sociale (trattamento bisogni/sintomi correlato). Ciò coincide con un periodo di 4 mesi nei quali possiamo monitorare l'evoluzione dello stato mentale con una Osservazione Sequenziale Programmata, nel tentativo di prevenire le conseguenze peggiori. Abbiamo chiamato questo approccio globale "cura simultanea", la quale fornisce moduli psicosociali integrati per migliorare il benessere, mantenere un buon stato di salute, riconoscere precocemente e trattare le malattie psichiatriche e prevenire precocemente le ricadute.

L'obiettivo di una "cura simultanea", per la quale i trattamenti "sintomi/malattia orientati" e "bisogni/sintomi orientati" dovrebbero essere gestiti allo stesso tempo, rappresenta una nuova sfida per gli psichiatri. Recentemente, le linee-guida cliniche per la schizofrenia (interventi centrali nel trattamento e nella gestione della schizofrenia nella cura primaria e secondaria) sviluppate dal Centro di Collaborazione Nazionale per la Salute Mentale (NICE – Istituto Nazionale di Eccellenza Clinica) ed, in Italia, il "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000" del Ministero della Salute, hanno suggerito che "devono essere sviluppati servizi di intervento precoce per offrire il corretto apporto di interventi specialistici farmacologici, psicologici, sociali, occupazionali ed educazionali alla prima occasione" in quanto "molte persone con attuale o possibile schizofrenia hanno difficoltà nel ricevere aiuto, trattamento e cure in uno stadio precoce".

Queste variabili influenzano pesantemente la durata della malattia non trattata (DUP) e/o della psicosi non trattata (PNT). Nella maggior parte degli studi è stato riportato che un periodo prolungato di PNT è predittivo di un decorso sfavorevole della malattia. DUP e PNT sono associati, specialmente per i disturbi mentali maggiori, con un decorso più grave del primo episodio e delle conseguenze associate agli episodi successivi (aumentato rischio, maggior durata del ricovero, costi più alti). Un esiguo numero di studi ha riportato anche deficit neuropsicologici, più elevati punteggi a sintomi negativi e disorganizzazione, oltre che esiti funzionali sfavorevoli. È ancora poco chiaro se un prolungato periodo di PNT sia associato anche a un maggior numero di ricadute psicotiche, come riportato da numerosi autori, dato che i follow-up a lungo termine sono rari.

Risultati: 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, chiamato SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani), sono quelli di permettere la valutazione sistematica, il riconoscimento e il tratta-

mento 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 medico psichiatrico addestrato nel trattamento dei segni e sintomi precoci, premorbosi e prodromici dei problemi psichiatrici e dei disturbi mentali.

I fenomeni psicopatologici che abbiamo usato per la differenziazione diagnostica precoce e/o nel tentativo di

riconoscere l'esordio di un episodio psicotico, includono: segni e sintomi prodromici caratteristici; deficit neuropsicologici valutati con test cognitivi; caratteristiche del decorso della malattia.

In questa presentazione descriveremo l'organizzazione dello SMILE e, nei 3 anni di esperienza sinora osservati, le evidenze preliminari dell'efficacia degli interventi psicosociali standardizzati che in esso vengono impiegati, nei diversi disturbi e macroaree diagnostiche.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MASACCIO

S22. Disturbi mentali comuni nei migranti: identificazione, trattamento, percorsi di cura

COORDINATORI

M. Nardini, D. Berardi

Lost in traslation? Il percorso dei disturbi mentali comuni dei migranti tra formazione e pratica clinica

E. Caroppo, P. Brogna, P. Bria

Master universitario di II livello "Migrazione, Cultura e Psicopatologia", Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Il nostro gruppo da vari anni si occupa di formazione universitaria in tema di salute mentale dei migranti e pertanto è favorito nell'osservazione dei percorsi evolutivi dei saperi che, muovendo dall'aula di lezione teorica pervengono e si concretizzano nell'operatività clinica di tirocinio della stanza di terapia.

Partendo dal presupposto che ogni individuo possieda un personale e irripetibile codice di significato per spiegare e comprendere la propria sofferenza e ogni operatore sanitario un personale e irripetibile codice di comprensione di quella stessa sofferenza, la domanda che ci poniamo è dove avvenga l'incontro con l'altro, dove sofferenza e capacità di comprensione e cura riescano ad embricarsi per produrre sollievo e cambiamento.

Studiando i diversi approcci clinici con utenza migrante di venti allievi del nostro Master universitario di II livello "Migrazione, Cultura e Psicopatologia", abbiamo avuto modo di evidenziare come tale incontro possa avvenire ovviamente a vari livelli e questo dipenderà sia dalle caratteristiche dell'utenza che da quanto il clinico in formazione sia disposto a mettersi in gioco senza difendersi dietro schemi teorici e griglie precostituite di lettura dei fenomeni psichici. Il rischio che si corre nel lavoro clinico con i migranti è quello di perdersi in una corticale decodificazione culturale della sofferenza sen-

za riuscire veramente ad ascoltarla. Il nostro punto di vista alla fine di un anno di riflessione condivisa anche con gli allievi del Master è quello che, come sempre nel lavoro clinico e ancor di più coi migranti, ci si possa perdere nel trasferimento di informazioni nella stanza di terapia "senza desiderio né memoria".

"Stairway to heaven": il doppio percorso dei migranti

M. Ferretti, F. Padalino, M. Nardini*, A. Bellomo

*Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Foggia; * Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari*

Introduzione: tra le più recenti ricerche in ambito cross-culturale inerenti il paradigma migrazione, stress psicosociale e adattamento alla globalizzazione, sempre maggior interesse stanno suscitando gli effetti del Goal Striving Stress nei migranti. Possiamo considerare questa particolare forma di stress come la conseguenza di un processo di *migrazione nella migrazione* che vede l'individuo aggiungere alla mobilità geografica, normalmente caratterizzante il processo migratorio, la mobilità sociale (verticale) che contraddistingue, invece, il cambiamento di status. Sostanzialmente si presenta come uno stato organico caratterizzato da tensione e disagio causato dall'elevata discrepanza tra le aspirazioni di ascesa sociale e la qualità o la quantità finale delle realizzazioni attese (Inglese, 2005) in relazione al grado di acculturazione raggiunto. Molti studi hanno dimostrato che il Goal Striving Stress può

essere associato a patologie psichiatriche, soprattutto per coloro che sono ai margini della società, come i migranti, per cui l'impatto del fallimento o la penuria di obiettivi raggiunti può incrementare la vulnerabilità alla malattia mentale.

Metodi: lo studio è stato condotto attraverso un'intervista narrativa semi-strutturata somministrata ad un campione di immigrati di diversa provenienza geografica, articolata per aree tematiche, con indicatori dei livelli di integrazione e del bisogno di realizzazione. La discrepanza nelle risposte è stata associata a varie sintomatologie psichiatriche.

Risultati: i pazienti intervistati hanno risposto in maniera differente in alcune specifiche aree dell'intervista. Un gap tra livello aspirazionale e obiettivi raggiunti significativo compare nell'area Lavoro. Va evidenziato come il lavoro abbia numerose implicazioni per gli individui: essendo un simbolo di status sociale ha grosse influenze sul modo in cui l'individuo percepisce se stesso e gli altri.

Conclusioni: l'area di provenienza media la relazione tra GST e malattia mentale. Paragonati ai migranti non comunitari, quelli comunitari con disturbi dell'adattamento correlati a forme di stress presentano livelli più alti di GST.

Percorsi di cura dei migranti con disturbi mentali comuni

I. Tarricone, S. Ferrari, N. Colombini, R. Casadio, A. Serio, M. Amore, L. Grassi, M. Rigatelli, G. Pompei, V. Castorini, D. Berardi

Università di Bologna

Background: presso il CSM Bologna Ovest è attivo da circa 10 anni il progetto di psichiatria transculturale "G. Devereux". Un team multiprofessionale, composto da psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali e antropologi, ha l'obiettivo di intervenire sul disagio psichico dei migranti. Qualsiasi migrante, regolare o non, si può rivolgere al centro, sia direttamente, sia mediante altri servizi.

Metodi: studio prospettico e naturalistico. Tutti i migranti che si sono rivolti al CSM Ovest tra il primo di luglio 1999 e il 30 giugno 2008 sono stati inclusi e sono stati suddivisi in 5 raggruppamenti in base all'area geo-

grafica di provenienza: Maghreb, Africa Sub-Sahariana, Asia, Est-Europa e Centro-Sud America. Le diagnosi psichiatriche sono state formulate in base ai criteri ICD-10 e sono confermate dai ricercatori tramite l'utilizzo della Schedule for Clinical Assessment of Neuropsychiatry (SCAN).

Risultati: il campione è costituito da 186 pazienti. Il 57% sono uomini, l'età media è di 33 anni. L'area di provenienza maggiormente rappresentata è quella del Maghreb (29%). I disturbi mentali comuni (DMC) hanno una prevalenza nei migranti del 70% e la diagnosi psichiatrica più frequente è il disturbo dell'adattamento (29,9%). La maggioranza dei pazienti è inviata al centro dai servizi sociali e di volontariato, solo un 18% dai medici di medicina generale.

Conclusioni: i DMC appaiono come un problema clinico di estrema importanza, sia in termini di prevalenza, che per l'atipicità del percorso di cura riscontrato. Ciò sottolinea l'importanza di avviare nuovi modelli di lavoro per la psichiatria di consulenza e collegamento, in grado di includere non solo le cure primarie, ma anche i servizi sociali, il volontariato e gli altri servizi coinvolti. La ricerca sarà pertanto estesa ad altri DSM della Regione Emilia Romagna e confrontata con analoghe rilevazioni in corso presso altre realtà italiane.

Il trattamento dei migranti in un servizio di salute mentale

S. Vender

Dipartimento di Medicina Clinica-Psichiatria, Università dell'Insubria Varese-Como

Presso l'Unità Operativa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, a direzione universitaria, per i pazienti migranti che necessitano di un intervento specialistico ambulatoriale (ed eventualmente ospedaliero) non è previsto un iter per il trattamento diverso rispetto agli autoctoni. I dati rilevati su di un centinaio di pazienti migranti, confrontati con i pazienti autoctoni, segnalano somiglianze e differenze (soprattutto connesse queste ultime alla loro nazionalità), che saranno discusse: tutto ciò per segnalare l'utilità di mantenere il modello operativo in atto oppure le opportunità di una sua modificazione.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10
SALA PERUGINO

S23. Nuove conoscenze sulle basi neurali della coscienza e dei suoi disturbi

COORDINATORE
P. Pietrini

Come il Cervello si comporta nell'oscurità: lo studio dell'organizzazione funzionale cerebrale nell'elaborazione delle informazioni e nell'apprendimento in individui con cecità congenita

E. Ricciardi, P. Pietrini

Laboratorio di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Diagnostica Molecolare, Università di Pisa

Fin dai tempi antichi al senso della vista è stato attribuito un ruolo prioritario nell'interazione con l'ambiente circostante. Basti ricordare che in Greco antico il verbo "sapere" (οἶδω) corrispondeva all'aooristo del verbo "vedere" (ὁρᾶω), e cioè "ho visto e quindi so". Consideriamo anche alcune espressioni idiomatiche di uso comune, quali "vedere di buon occhio" oppure "non vedere l'ora di", o espressioni simili presenti in altre lingue, si pensi ad esempio all'inglese "I see what you mean" o "Can you see my point?" o ancora all'espressione francese "voir la vie en rose" che ha anche il suo equivalente in italiano. Allo stesso tempo, la superficie del cervello dedicata alle funzioni visive nei primati è notevole, oltre un terzo dell'intero manto corticale. Queste prime considerazioni sono sufficienti a sollevare alcune domande fondamentali. In che modo individui privi della vista fin dalla nascita possono rappresentarsi un mondo che non hanno mai visto? Che cosa accade alle strutture cerebrali preposte alle funzioni visive? Esiste un senso del bello che prescinde dall'esperienza visiva? Quanto dipendiamo dalla vista per imparare dagli altri? Che impatto ha la mancanza della vista sullo sviluppo dei meccanismi cerebrali che sottendono la vita emotiva e l'interazione sociale? Lo studio di chi non ha mai visto si sta dimostrando un formidabile strumento per *aprire gli occhi* su come il cervello umano sviluppa la sua mirabile architettura funzionale.

Bibliografia

Pietrini P, Furey ML, Ricciardi E, Gobbini MI, Wu H-WC, Cohen L, Guazzelli M, Haxby JV. *Supramodal category-related representations of objects in the human ventral visual pathway*. Proc Natl Acad Sci (USA) 2004;101:5658-63.

Pietrini P, Ptito M, Kupers R. *Blindness and consciousness: new light from the dark*. In: Tononi G, Laureys S, editors. *The Neurology of Consciousness*. Elsevier 2009, pp. 360-74.

Sonno e coscienza: dalla teoria alle misure

M. Massimini, M. Rosanova, G. Tononi

Università di Milano; University of Wisconsin

Durante gli stadi più profondi del sonno NREM la coscienza si riduce mentre i neuroni corticali rimangono attivi, continuano a ricevere informazioni dalla periferia sensoriale e sono in grado di produrre complessi schemi di attività sincrona. Dunque, perché la coscienza si riduce? Secondo una recente teoria (Teoria dell'Informazione Integrata; Tononi 2004) ciò che è importante per la coscienza non sono tanto la frequenza di scarica, le afferenze sensoriali o la sincronizzazione di per sé, ma, piuttosto, la capacità di un sistema di integrare informazione. In altre parole, il cervello sarebbe in grado di generare coscienza nella misura in cui è in grado di selezionare tra grande repertorio di stati disponibili (informazione), a patto che non si disgrega in sotto-sistemi indipendenti (integrazione). Una predizione chiave di questa teoria è che questa capacità venga significativamente meno durante le fasi più profonde del sonno NREM: il cervello o tende a ridurre il proprio repertorio di stati disponibili, oppure si disgrega in moduli indipendenti. In una serie di esperimenti (Massimini, et al. Science 2005; Massimini, et al. PNAS 2007) abbiamo impiegato una combinazione di stimolazione magnetica transcranica (TMS) e di elettroencefalografia (EEG) allo scopo di verificare direttamente questa predizione. Queste misure dimostrano che, durante veglia, una perturbazione corticale diretta con TMS produce uno schema di attività cerebrale diffuso che è, allo stesso tempo, specifico per il sito di stimolazione. Al contrario, durante sonno NREM, la stessa perturbazione risulta o in una risposta EEG di breve durata che rimane locale, o in una risposta diffusa ma aspecifica. Questi risultati sono compatibili, rispettivamente, con una perdita di integrazione e di informazione nei circuiti talamo-corticali.

The cholinergic system and conscious experience: function and dysfunction in mechanisms of stimulus processing

M. Furey, E. Ricciardi, P. Pietrini

Section on Neuroimaging in Mood and Anxiety Disorders, Mood and Anxiety Disorders Program, NIMH, NIH

Our conscious experience of the world is influenced directly by our perceptions of stimuli and environmental events. The cholinergic neurotransmitter system plays a critical role in stimulus processing, directly affecting neural responses to specific stimuli, and in this way has a direct influence on conscious experience. Acetylcholine acts on signal-to-noise processes, and likely modulates stimulus processing through this mechanism. Signal-to-noise operations become particularly important in the context of multiple, competing stimuli, a situation that characterizes the world in which we continuously interact. The challenge imposed on the brain is to determine which of the competing environmental stimuli requires attention, based on the combination of task directed (top-down) and socially relevant or safety motivated (bottom-up) information. The cholinergic system proves to be important in both top-down and bottom-up processing mechanisms and is thus critical in establishing which of the multiple environmental stimuli is relevant. In a series of behavioral and functional brain imaging studies, we evaluated the effects of cholinergic manipulations on stimulus-specific neural activity and on task performance, and have demonstrated that enhancing cholinergic activity increases neural responses to task-relevant stimuli while reducing activity to task-irrelevant stimuli, in a manner consistent with cholinergic modulation of signal-to-noise operations. Studies designed to evaluate the influence of cholinergic modulation on processing when multiple stimuli were competing for attention suggest that acetylcholine influences the competition among multiple stimuli, that these effects are stimulus dependent, and that cholinergic effects interact with the inherent salience of a stimulus. These findings highlight the important role that the cholinergic system plays in establishing stimulus processing biases. The implication in the context of clinical populations that experience cholinergic dysfunction will be discussed, such as patients suffering from mood disorders where hypersensitive cholinergic muscarinic receptors may contribute to the emotional processing bias that characterizes this patient population.

Nella malattia di Alzheimer perdere il cervello significa perdere la mente: anomalie nelle connessioni cerebrali funzionali e demenza

C. Babiloni, F. Vecchio, C. Del Percio, G.B. Frisoni, E. Cassetta, R. Ferri, G. Rodriguez, G. Cibelli, F. Eusebi, P.M. Rossini

University of Foggia; University Campus Biomedico Rome; Sapienza University of Rome; IRCCS Fatebenefratelli, Brescia; University of Genova, IRCCS Oasi Troina, Tosinvest Sanità

Abbiamo recentemente esplorato i meccanismi di sincronizzazione cerebrale nel corso dell'invecchiamento patologico mediante tecniche d'analisi lineari e non lineari dei ritmi elettroencefalografici che si registrano in soggetti con lieve declino cognitivo (MCI) e malattia di Alzheimer (AD) in condizioni di veglia rilassata ad occhi chiusi. I principali risultati sono i seguenti: (1) i ritmi alfa (8-10 Hz) erano alterati nei soggetti AD rispetto a soggetti normali, con MCI e con demenza cerebrovascolare; (2) i ritmi delta (2-4 Hz) e alfa si correlavano all'attenzione e allo stato cognitivo globale in soggetti con MCI e AD; (3) il rame libero nel siero (i.e. tipico marker alterato nei soggetti con AD) era correlato ad alterazioni dei ritmi EEG nei soggetti con AD; (4) i ritmi delta erano correlati ai livelli di omocisteina nel siero (aminoacido con effetti neurotossici) in soggetti con AD; (5) i ritmi alfa erano più alterati nei soggetti con MCI-AD e ApoE-4 (i.e. un fattore di rischio genetico) rispetto che a soggetti con MCI-AD senza fattore ApoE-4; (6) l'aplotipo B di CST3 (i.e. un fattore di rischio genetico) era correlato non solamente ai ritmi alfa, ma anche ai ritmi delta nei soggetti con MCI e AD; (7) l'atrofia della sostanza bianca cerebrale era correlata ai ritmi delta nei soggetti con MCI e AD; (8) la terapia colinergica (1 anno) era appena capace di rallentare il declino dei ritmi alfa nei soggetti con AD; (9) l'accoppiamento funzionale non lineare dei ritmi EEG era anormale nei soggetti con MCI e AD; (10) indici quantitativi dell'EEG erano capaci di contribuire alla previsione della conversione/progressione in AD di soggetti con MCI (follow up di circa un anno).

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10
SALA BORROMINI

S24. Linee-guida e buone pratiche nei dipartimenti di salute mentale

COORDINATRICE
L. Magliano

Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC

F. Veltro, N. Vendittelli, I. Oricchio, F. Addona,
C. Avino, G. Figliolia, C. Coladangelo, P. Morosini
*Dipartimento di Salute Mentale, zona Campobasso
ASReM*

Obiettivi: in Italia studi di esito e processo degli interventi negli SPDC sono rari. Per questi reparti è felice l'espressione black box usata negli anni passati dai terapisti relazionali così come quella di default option (una opzione di riserva soprattutto per la generazione degli psichiatri ad orientamento comunitario). Di conseguenza una vasta gamma di interventi psicosociali efficaci sono ignorati, proprio dove invece potrebbero trovare elettiva applicazione. Recentemente in diversi SPDC d'Italia viene effettuato un intervento cognitivo-comportamentale di gruppo "manualizzato" la cui effectiveness ad 1 anno e a 2 anni è stata dimostrata. Sono descritti i risultati di efficacia (anche in relazione a 4 "categorie diagnostiche": schizofrenia, depressione, disturbo bipolare e di personalità) dopo 4 anni di applicazione dell'intervento e la sua applicabilità considerata la vasta rete degli SPDC nei quali viene applicato.

Metodi: il disegno dello studio è del tipo pre-post. Gli indicatori sono: 1) riammissioni volontarie ed in TSO; 2) atmosfera di reparto; 3) soddisfazione del paziente. La diagnosi è stata valutata, come di routine, in accordo con il DSM-IV. Il confronto statistico tra le variabili di tipo parametrico è stata effettuata con l'ANOVA, tra quelle non-parametriche con il χ^2 . Il programma usato è la versione 12.0 dello SPSS-for-Windows.

Risultati: negli anni 2001-2005 la riammissione è scesa dal 38 al 24% ($p < ,02$), i TSO dal 17 allo 0% ($p < ,02$). La riduzione delle riammissioni è stata notevole per la schizofrenia ($p < ,001$) e il disturbo bipolare ($p < ,04$). L'atmosfera di reparto è migliorata moltissimo ($p < 0,001$). Identici risultati sono stati osservati per la soddisfazione dei pazienti ($p < ,001$).

Conclusioni: si tratta del primo studio italiano di effectiveness con un lungo periodo di osservazione che riguarda un trattamento psicosociale, strutturato, manualizzato, con un modello esplicito basato sullo stress-vulnerabilità-problem solving per pazienti acuti. I risultati ottenuti tramite gli indicatori testimoniano che un ampio range di benefici può essere raggiunto. Considerata l'ampia letteratura esistente, potrebbe essere imbaraz-

zante, da un punto di vista professionale ed etico, per i direttori di SPDC, non prevederne l'uso.

Evidenze internazionali ed esperienze nazionali di presa in carico intensiva territoriale

A. Fioritti, G. de Girolamo*

*Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri, * Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

I principi e la pratica di molti servizi di salute mentale italiani sono gli stessi che stanno dietro quella linea di attività e di ricerca che va sotto il nome di Case management: presa in carico intensiva e globale, lavoro di équipe, riabilitazione in vivo. Eppure i risultati della ricerca empirica in questo ambito di attività stentano ancora a trovare diffusione ed incontrano anzi una certa diffidenza.

Ogni programma assistenziale territoriale ha tre elementi fondamentali: una definizione etica, una definizione dei contenuti di cura e una definizione dell'organizzazione. I servizi italiani in genere sono molto attenti nella definizione etica e, spesso, il dibattito sulla qualità dei nostri servizi si incentra su questo. Si tratta di scuole di pensiero che hanno una forte tradizione umanistica, filosofica, fenomenologica, psicodinamica e che, di conseguenza, si basano sulla definizione della posizione etica del servizio e dell'operatore nei confronti della soggettività del paziente, della globalità dell'intervento, della riabilitazione, ecc.

"Case management", "assertive community treatment", "assertive outreach", "programming approach" sono invece termini che hanno costituito paradigmi di indagine volti a stabilire "quanto" intensiva sia stata la presa in carico, "quali" contenuti siano stati garantiti e "quale" forma organizzativa abbia garantito la maggiore efficacia.

L'analisi della letteratura che qui viene presentata dimostra che una piena esplicitazione dei contenuti della presa in carico è molto importante ai fini della valutazione della sua efficacia e che tra i vari fattori organizzativi che ne determinano il successo i più importanti sono: estensione dell'attività agli aspetti psicosociali ed integrazione tra le figure della équipe multidisciplinare. Vengono infine discusse le differenze più rilevanti in termini di contenuto ed organizzativi tra le esperienze italiane ed i modelli angloamericani maggiormente studiati.

Sviluppo di linee-guida sui trattamenti sanitari obbligatori in psichiatria: uno studio europeo

A. Fiorillo, C. De Rosa

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Lo studio EUNOMIA, condotto in 12 Paesi Europei e finanziato dall'Unione Europea, si è proposto di: a) documentare e confrontare le procedure e le legislazioni che regolano i trattamenti psichiatrici; 2) sviluppare linee-guida comuni sui ricoveri e le procedure di emergenza.

La messa a punto delle linee-guida sui trattamenti sanitari obbligatori (TSO) ha previsto: a) lo sviluppo di raccomandazioni nazionali di buona pratica clinica durante i TSO, mediante il coinvolgimento di figure-chiave quali medici, infermieri, familiari, giudici e operatori di pubblica sicurezza; b) l'analisi delle raccomandazioni nazionali da parte di due ricercatori indipendenti mediante modelli qualitativi; c) la sintesi delle raccomandazioni nazionali in un documento comune, attraverso l'utilizzo di categorie specifiche, quali gli aspetti clinici, etici e medico-legali dei TSO, le modalità di coinvolgimento di operatori e familiari, le procedure di intervento dei giudici e della pubblica sicurezza, la relazione con il paziente.

In tutti i centri partecipanti è stata sottolineata la necessità di uniformare le procedure relative ai TSO. Il documento di consenso internazionale sulle procedure di attuazione dei TSO, elaborato sulla base del confronto tra le raccomandazioni nazionali, ha evidenziato la necessità di: a) fornire informazioni ai pazienti sui motivi del ricovero e sulla sua durata; b) tutelare i diritti fondamentali dei pazienti durante i ricoveri obbligatori; c) coinvolgere i familiari nelle procedure relative ai TSO; d) favorire la comunicazione tra le equipe territoriali e quelle ospedaliere; e) stabilire compiti chiari e definiti per il personale paramedico; f) organizzare incontri, seminari e focus-group con il coinvolgimento degli utenti; g) sviluppare corsi di formazione per le diverse figure professionali coinvolte, che prendano in considerazione la gestione di eventuali comportamenti aggressivi, gli aspetti clinici e psicopatologici dei principali disturbi mentali, gli aspetti legali ed amministrativi della procedura, le abilità di comunicazione.

Queste linee-guida possono essere considerate un tentativo di superamento delle differenze sanitarie, legislative, amministrative e giudiziarie dei Paesi partecipanti allo studio, con evidenti vantaggi clinici, etici e legali.

Interventi biopsicosociali nei DSM italiani: risultati dello studio Prog-CSM

G. Tibaldi, C. Munizza, L. Pinciarioli, R. Gonella

Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, ASL TO 2, Torino

Il Progetto Nazionale di ricerca sui Centri di Salute Mentale in Italia, che ha fatto seguito alle precedenti indagini sulle strutture residenziali e di ricovero, si è articolato in due fasi.

La prima ha affrontato, per l'intero campione dei CSM italiani (707, 660 dei quali hanno fornito una collaborazione attiva) l'ipotesi relativa al livello di adesione concreta dei CSM italiani agli standard di appropriatezza fissati dall'ultimo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale. Nell'ambito di questa indagine sono emerse correlazioni significative tra il livello di continuità terapeutica e di coordinamento con altri servizi (che sono i fondamenti operativi della opzione di trattamento integrato – bio-psico-sociale) ed alcuni aspetti organizzativi e di carico di lavoro.

Nella seconda fase, che si è appena conclusa, e che ha visto il coinvolgimento di un campione randomizzato di 53 CSM, il focus principale è stato rappresentato dal peso delle psicosi schizofreniche, in termini di incidenza, prevalenza ed utilizzo. Il secondo focus, sempre nell'area delle psicosi schizofreniche, è stata la verifica dell'ipotesi del livello di appropriatezza del trattamento della schizofrenia rispetto ad uno standard condiviso a livello internazionale: il trattamento integrato dei disturbi schizofrenici.

L'esigenza alla base di questa ipotesi è quella di individuare lo scarto eventuale tra i presupposti fondanti della psichiatria di comunità italiana e la concreta pratica clinica delle strutture chiave dell'assistenza psichiatrica territoriale, per le persone con il disturbo che più di ogni altro mette in discussione, quotidianamente, sia i principi che le pratiche.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TINTORETTO

S25. Impulsività e disturbi di personalità: psicopatologia e manifestazioni cliniche

COORDINATORE

S. Bellino

Translational approaches to studying impulsivity in obsessive-compulsive spectrum disorders

S.R. Chamberlain

Department of Psychiatry, University of Cambridge, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

Symptoms referred to as impulsive or compulsive cut across axis-I disorders. Impulsivity refers to a tendency towards rapid unplanned or damaging actions that are deleterious to long term function¹. Compulsivity refers to repetitive inappropriate "driven" behaviours often undertaken according to rigid rules. The concepts may be construed as occupying extreme poles – "risk-seeking" and "risk-avoidance" respectively. Alternatively, they may be seen as related since both imply underlying inhibitory dyscontrol^{2,3}.

Trichotillomania and OCD represent putative obsessive-compulsive spectrum disorders. OCD is an archetypal disorder of compulsivity, whereas trichotillomania is currently classified as an impulse control disorder. Ongoing research, to be covered in this presentation, has sought to fractionate impulsivity and compulsivity in these disorders using objective computerised tests⁴. Translational approaches have been used to characterise the neural and neurochemical substrates underlying these cognitive operations both in health and disease. For example, impaired motor inhibition has been identified in both OCD and trichotillomania. Motor inhibition is dependent on the right inferior frontal gyrus, which is modulated by noradrenergic pharmacotherapies such as atomoxetine.

These data support the hypothesis that different impairments in behavioural inhibition underpin the manifestation of impulsive and compulsive features of OC spectrum conditions. Comparing inhibitory function between spectrum disorders may allow us to refine neurobiological models and identify new treatment directions for these conditions.

References

- 1 Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. *Psychiatric aspects of impulsivity*. Am J Psychiatry 2001;158:1783-93.
- 2 Stein DJ, Hollander E. *Obsessive-compulsive spectrum disorders*. J Clin Psychiatry 1995;56:265-6.
- 3 Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. *The neuropsychology of obsessive compulsive*

disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. Neurosci Biobehav Rev 2005;29:399-419.

- 4 Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. *Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania*. Am J Psychiatry 2006;163:1282-4.

Gioco d'azzardo patologico, disturbi di personalità e impulsività: dati clinici e di neuroimaging

S. Pallanti^{***}, S. Bernardi^{**}

** Mount Sinai School of Medicine, New York; ** Università di Firenze*

Il gioco d'azzardo patologico (PG), disturbo appartenente al polo impulsivo dello spettro Ossessivo-Impulsivo, comporta una disfunzione dei processi decisionali caratterizzata da forti componenti impulsive e da comportamenti ad elevato rischio e sensation seeking. Queste caratteristiche cliniche sono condivise dal PG con diversi disturbi, tra cui in particolar modo abuso di sostanze e disturbi di personalità di cluster B. Mentre le componenti impulsive nel PG sono ben accertate dalla letteratura internazionale, misurate tramite strumenti clinici ed anche neuropsicologici, meno chiara è la relazione tra PG e disturbi/tratti di personalità ad elevata impulsività. Per quanto infatti vi sia un'elevata comorbidità tra PG e cluster B, la relazione tra i sintomi, la gravità, non è lineare¹.

L'impulsività è stata spesso concettualizzata come un costrutto multidimensionale alla base di differenti disturbi di personalità comportamentali. Nel disturbo borderline di personalità è stato recentemente evidenziato con un elegante studio di imaging funzionale, come i processi decisionali comportino una minore attivazione delle aree prefrontali ventromediali ed un maggiore coinvolgimento delle attività limbiche². Non è chiaro quanto questo finding sia attribuibile allo stress emotivo indotto dal design dello studio o quanto sia dovuto ad un deficit del controllo degli impulsi estendibile a contesti psicopatologici privi della sensibilità allo stress emotivo del disturbo borderline.

Metodi: sono stati reclutati 21 pazienti PG con comorbidità con diagnosi appartenenti allo spettro bipolare (6 disturbo bipolare II e 15 ciclotimia) e sono stati sottoposti a PET scan. 16 PG successivamente sono entrati in trial clinico con litio, i restanti hanno partecipato ad un

braccio placebo. Sono stati reclutati inoltre 32 controlli sani. Alla decima settimana tutti i soggetti hanno eseguito PET (^{18}F)-fluorodeossiglucosio (FDG) durante serial verbal learning task.

Risultati: nei soggetti con PG, il relative glucose metabolic rate (rGMR) in nella corteccia prefrontale mediale era significativamente incrementato rispetto ai controlli a tempo zero. La somministrazione del litio incrementava il rGMR nella corteccia prefrontale, incrementando quindi la differenza tra controlli e pazienti, incrementando però anche l'attività metabolica della corteccia prefrontale dorsolaterale e del giro del cingolo posteriore, normalizzando l'attività in queste aree.

Bibliografia

- Sáez-Abad C, Bertolín-Guillén JM. *Personality traits and disorders in pathological gamblers vs. normal controls.* J Addict Dis 2008;27:33-40.
- Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tiescher O, Levy KN, et al. *Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder.* Am J Psychiatry 2007;164:1832-41.

Impulsività e disturbo borderline di personalità

S. Bellino

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

L'impulsività è considerata un elemento nucleare della psicopatologia del disturbo borderline di personalità (DBP). Dalle analisi fattoriali le alterazioni comportamentali impulsivo-aggressive sono risultate una delle dimensioni sintomatologiche fondamentali, insieme all'instabilità affettiva e al disturbo relazionale. Le alterazioni dell'impulsività possono anche contribuire a delineare un modello che spieghi la comorbilità del DBP con i disturbi di asse I.

Le linee guida per il trattamento del DBP propongono le alterazioni dell'impulsività come uno dei target della farmacoterapia, raccomandando come terapie di prima scelta antidepressivi serotoninergici e stabilizzatori dell'umore. I correlati neurobiologici, di brain imaging e genetici dell'impulsività e dell'aggressività nel DBP sono stati studiati per chiarirne i meccanismi fisiopatologici e identificare strategie terapeutiche mirate. Coccaro ha proposto il concetto unitario di "aggressività impulsiva" correlando impulsività e condotte aggressive. Altri Autori come Critchfield non condividono l'esistenza di un singolo tratto fenotipico, considerando le misure di aggressività e di ridotto autocontrollo dell'impulsività come costrutti separati.

L'impulsività è definita come una predisposizione biologicamente determinata ad agire rapidamente senza pianificare la propria condotta e senza valutarne razionalmente le conseguenze.

Si definisce invece l'aggressività come la tendenza ad adottare comportamenti che infliggano un danno a un altro individuo; è patologica quando è sproporzionata o espressa fuori del contesto.

Per indagare le relazioni tra le due dimensioni impulsività e aggressività e le caratteristiche cliniche del DBP, abbiamo condotto uno studio su un gruppo di pazienti ambulatoriali valutati tramite intervista semistrutturata, CGI-S, BPRS, HAM-A, HAM-D, SOFAS, SAT-P e BPD Severity Index.

È stata utilizzata la correlazione di Pearson per le variabili continue e il confronto delle medie con il t-test per quelle categoriali. I fattori significativi sono stati inseriti in un modello di regressione logistica. I nostri risultati indicano che impulsività e aggressività sono correlati a manifestazioni cliniche differenti e supportano l'ipotesi che si tratti di fattori psicopatologici distinti.

Gli antipsicotici nel trattamento dell'impulsività

P. Valsecchi

SPDC, Spedali Civili di Brescia

I comportamenti impulsivi-aggressivi rappresentano un problema transdiagnostico dal momento che possono verificarsi non solo in corso di disturbi psichiatrici ma anche in presenza di malattie neurologiche e sistemiche.

Sebbene non esistano terapie con specifica indicazione per i disturbi comportamentali, nel trattamento dell'impulsività/aggressività possono essere utilizzate diverse classi di farmaci.

Per quanto possibile la scelta del farmaco dovrebbe essere individualizzata per ciascun paziente e l'albero decisionale dovrebbe tener conto di molteplici fattori chiave tra cui gli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere a breve, medio e lungo termine, il disturbo di base e i suoi trattamenti specifici.

Gli obiettivi principali a breve, medio e lungo termine sono, rispettivamente, il controllo e la prevenzione dell'aggressività impulsiva.

Relativamente agli obiettivi a breve e medio termine, nella scelta del farmaco si dovrebbe tenere in considerazione l'effetto sedativo, il basso rischio di indurre EPS e acatisia, la sicurezza a breve e medio termine, i dati della letteratura e le evidenze derivanti dalla clinica. Per quanto concerne gli obiettivi a lungo termine la scelta del trattamento, oltre al profilo di safety e alle indicazioni della letteratura e della pratica clinica, non può prescindere dalla diagnosi e dalla valutazione di specifici sintomi target.

Tra le principali opzioni farmacologiche menzionate in letteratura vi sono gli antipsicotici di prima e seconda generazione, le benzodiazepine, gli anticonvulsivanti, il litio e gli antidepressivi. Gli antipsicotici, tuttavia, sono gli unici composti sistematicamente prescritti nella pratica clinica a breve, medio e lungo termine per il controllo e la prevenzione dei comportamenti impulsivi-aggressivi.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PINTURICCHIO

S26. L'attendibilità scientifica in psicopatologia forense

COORDINATORI

F. Bruno, B. Calabrese

Il problema dell'attendibilità scientifica nel contesto forense

F. Bruno, B. Calabrese

Università di Salerno; AIASU (Associazione Internazionale per l'Applicazione delle Scienze Umane)

Il difficile rapporto tra Scienza e Diritto non si caratterizza soltanto per il significato di potere connesso alla formazione della legge, ma anche perché il Diritto stesso chiede spesso alla Scienza ciò che questa non può dare, ovvero "l'assoluta certezza" che renda la prova impermeabile ad ogni dubbio.

In realtà la Scienza, da Popper in poi, non può più essere considerata la depositaria della *certezza assoluta*, perché ogni teoria, proprio per essere valida e per rivestire un carattere scientifico, deve poter essere falsificabile, quindi ciò che caratterizza la Scienza non è "l'assoluta certezza" dei risultati ma proprio la loro relatività e, soprattutto, l'adozione di un metodo basato su presupposti epistemologici e valutativi.

Qual è il metodo che segue la Psichiatria? La Psichiatria stessa può dirsi una Scienza? Nel suo rapporto con il Diritto, a che cosa ha dato luogo?

La Psichiatria Forense e le Scienze Forensi in genere (prima fra tutti la Criminologia) quale metodo adottano?

I risultati di queste analisi quali attendibilità hanno? Quali sono i vantaggi e quali i limiti?

Come può la Psichiatria servire il Diritto, la Giustizia e la Democrazia senza subirne il potere ed il fascino?

I test mentali in psicopatologia forense

S. Ferracuti, P. Roma

Il Facoltà di Medicina, Sapienza Università di Roma

I test mentali hanno un sempre maggior uso in ambito psichiatrico e psicologico forense, dove sono considerati una misura "scientifica" e perciò dotata di particolare valore probatorio. A questa maggior diffusione non corrisponde, purtroppo, un altrettanto accurato uso degli stessi e, ancor meno una precisa qualificazione in ambito giuridico e medico-legale. I test sono molto diversi tra loro per validità e attendibilità, con precise limitazioni della possibilità del loro uso a seconda dei contesti, della modalità di somministrazione e del tipo di paziente a cui sono proposti. Questi limiti non sono quasi mai ammessi, producendosi spesso affermazioni in ambito giuridico basate sui risultati dei reattivi usati

durante le consulenze che non hanno, in realtà, alcun valore scientifico. In alcuni campi, come l'abuso sessuale infantile, si possono avere esempi estremi dell'uso distorto delle metodiche psicometriche, ma è possibile osservare il fenomeno in molti altri contesti. I limiti e il valore delle singole tecniche in relazione alla specifica situazione deve essere accuratamente specificato e tematizzato nella relazione medico legale o in tribunale, senza creare aspettative ingiustificate nei giuristi, cercando di evitare giudizi errati sulla base di risultati che non giustificano le affermazioni con il livello di certezza richiesto dal contesto processuale.

La "perizia psichiatrica": il difficile equilibrio tra scienza e giurisprudenza

M. di Giannantonio

Università "G. D'Annunzio", Chieti

La perizia psichiatrica è fondata su alcuni principi e procedure che suggeriscono non pochi dubbi sull'opportunità di conferirle "tout-court" l'attributo di "atto scientifico". Si rileva, infatti, che: 1) non si tratta di un'attività terapeutica rivolta all'individuo (il cliente che si rivolge al perito psichiatra è il giudice); 2) la valutazione psichiatrica del paziente deve riguardare sia il passato (il momento del fatto), che il presente, e deve sfociare in una prognosi (giudizio di pericolosità) riguardante il futuro; 3) la valutazione è collocata in un contesto in cui si discute della pena e se un'azione sia imputabile ad un determinato soggetto (al perito è chiesto di calarsi in un contesto di controllo disciplinare). Tale contesto può influenzare l'assetto mentale del perito, si può costituire cioè un setting profondamente divergente dal setting dell'intervista psichiatrica le cui regole non dipendono dal perito e non sono manipolabili dallo stesso perché tracciate dalla norma legale e dalla giurisprudenza. Inoltre il "quesito" è formulato in termini giuridici, come giuridico e non "naturale" è il concetto di imputabilità, come quelli di infermità, vizio totale e vizio parziale, che pongono un problema di interpretazione e di raccordo tra diritto e psichiatria che è poi la quintessenza dell'attività medico-legale. Da ciò si ricava l'impressione che anche la diagnosi sia formulata in termini giuridici o con riferimento prevalente al problema giuridico di cui il perito è stato investito. Quindi la perizia è un atto medico perché condotto da un medico, basato su esami clinici, di laboratorio, sul colloquio psichiatrico, sulla somministrazione di test, perché condotto evi-

dentemente alla luce delle acquisizioni moderne della scienza psichiatrica; ma è anche vero che è richiesto al perito di fare una diagnosi che diagnosi non è, perché il periziando non è un paziente che ha una sofferenza psichica che lo ha portato lì per una terapia che poi in realtà terapia non è.

La valutazione della perizia psichiatrica nel processo penale

N. Fusaro

Criminologo; Coordinatore Didattico Scientifico del Master in Scienze Forensi, Sapienza Università di Roma

La problematica dei rapporti tra scienza e diritto e soprattutto tra “nuove scienze” e diritto alimenta da tempo un fecondo dibattito sia in dottrina che in giurisprudenza.

Secondo l'orientamento giurisprudenziale prevalente, in tema di valutazione dei risultati peritali, il giudice deve verificare la validità scientifica dei criteri e dei metodi di indagine utilizzati dal perito, allorché essi si presentino come nuovi e sperimentali e perciò non sottoposti al vaglio di una pluralità di casi ed al confronto critico tra gli esperti del settore, sì da non potersi considerare ancora acquisiti al patrimonio della comunità scientifica.

In tale contesto emerge sempre di più la necessità che la prova scientifica si formi nel contraddittorio delle parti, attraverso il controllo proprio da parte delle medesime del procedimento di formazione della decisione del giudice. Nel contempo, si avverte l'esigenza che le stesse contribuiscono ad introdurre nel procedimento e nel processo apporti specialistici contraddistinti dal carattere della “scientificità”, al fine di evitare inutili diatribe intorno alla cosiddetta “scienza spazzatura” scongiurando il pericolo che vi possano essere decisioni giudiziarie fondate su quest'ultima.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA BERNINI

S27. Le tecniche di stimolazione cerebrale nei disturbi mentali: conoscenze attuali e prospettive

COORDINATORE

S. Scarone

Le tecniche di stimolazione cerebrale nei disturbi mentali: conoscenze attuali e prospettive

A. Franzini, G. Messina, C. Marras, G. Broggi

Fondazione Istituto Nazionale Neurologico “Carlo Besta”, Milano

La Stimolazione cerebrale profonda consiste nel posizionamento di elettrodi in nuclei o sistemi anatomici cerebrali allo scopo di “modulare” l'attività di sistemi neuronali specifici mediante la somministrazione “cronica” di corrente elettrica a bassa intensità.

Questa metodica “chirurgica” è ampiamente utilizzata per il trattamento dei disturbi del movimento resistenti ai farmaci (Malattia di Parkinson e Distonia), per il trattamento di sindromi dolorose incoercibili (cefalea a grappolo cronica) e più recentemente per il trattamento di disturbi mentali. La possibilità di raggiungere bersagli anatomici profondi e di somministrare un trattamento “reversibile” ha portato ad effettuare questo tipo di trattamento in serie selezionate di pazienti affetti da disturbi mentali ad origine organica. La nostra esperienza riguarda una serie di 6 pazienti affetti da comportamento aggressivo – distruttivo associato a deficit mentale ed epilessia trattati mediante

stimolazione cronica ad alta frequenza dell'ipotalamo posteriore. Abbiamo trattato anche 2 pazienti affetti da sindrome ossessivo compulsiva mediante stimolazione cronica del nucleo Accumbens nell'ambito di un protocollo di ricerca clinica multidisciplinare volto a replicare i risultati positivi ottenuti in questa patologia da autori in Europa e USA. La stimolazione cerebrale profonda del cingolo (area 25 di Brodman) è stata proposta per il trattamento della depressione maggiore resistente ai trattamenti conservativi e alla terapia elettroconvulsiva. Ma uno studio di questo tipo non è attualmente in corso in Europa anche se casi sporadici sono riportati da Autori di lingua francese. Infine Autori cinesi hanno riportato successi terapeutici nel trattamento della anoressia nervosa mediante stimolazione cerebrale profonda del nucleo Accumbens. Lo sviluppo delle metodiche di “neuroimaging” che evidenziano le alterazioni focali “funzionali” dei circuiti coinvolti in patologie refrattarie ai trattamenti convenzionali potranno ulteriormente ampliare il campo di applicazione della stimolazione cerebrale profonda. Infine la “reversibilità” e “modulabilità” rendono questa metodica differente dai trattamenti chirurgici lesionali del passato. La nostra esperienza e quella degli altri Autori citati sarà riportata e discussa.

Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. A multi-modal and trans-specific approach

P. Burbaud

Professeur des Universités, praticien hospitalier, Université de Bordeaux, France

Pathological doubt, a prominent phenomenon in OCD, may be related to the permanent perception of a mistake and/or error due to the cognitive overestimation of the likelihood of aversive events. Most neuroimaging studies have reported an increased functional activity in sub-cortical circuits originating within both the orbitofrontal cortex (OFC) and the anterior cingulate cortex (ACC). However, the link between this cerebral network and phenomenological features of OCD remains unclear. We designed a modified form of a matching-to sample-task (CT) in which when the subject has made a choice, he is offered the opportunity to verify and possibly correct this choice before making a final decision. We showed that this behavioral task was of special relevance for the quantitative assessment of doubt and checking behavior. An event-related fMRI imaging performed during CT performance revealed a complex pattern of cortical activation related to the degree of doubt, particularly in the OFC. During functional surgery for deep brain stimulation we noticed that firing frequency of striatal neurons was related to the degree of obsessions. Parallely, we developed an experimental approach in primates. First, we found that ACC neurons were particularly activated when monkeys made errors during a Stroop-like task suggesting a role in behavioral evaluation, and potentially in checking behavior. Second, we observed that bicuculline (GABA A antagonist) injections into the ventral anterior nucleus of the thalamus clearly induced complex repetitive behaviours close to compulsions whereas injections into the mediodorsal nucleus led to severe anxiety disorders. Thus, each region of the cortico-subcortical network may have a specific function in the genesis of obsessions. A better knowledge of the pathophysiology of OCD is a pre-requisite to define new targets for the treatment of severe and resistant forms of OCD.

La stimolazione cerebrale profonda in neuropsichiatria: il problema dell'indicazione: quali malattie, quali condizioni

O. Gambini

Università di Milano, DMCO, AO San Paolo

L'interesse per l'utilizzo della Deep Brain Stimulation (DBS) in patologie psichiatriche nasce principalmente dalla efficacia insoddisfacente o assente delle terapie convenzionali farmacologiche e non farmacologiche in pazienti affetti da patologie psichiatriche quali il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e la depressione maggiore ricorrente (DMR). Il DOC ha una risposta insuffi-

ciente o assente alle terapie convenzionali in almeno il 30% dei casi con grave compromissione della qualità di vita. La terapia delle DMR non-responder alle terapie convenzionali farmacologiche e non farmacologiche rimane tuttora un problema aperto.

L'utilizzo della DBS nel DOC e nella DMR è molto recente ed è stata applicata nell'ambito di progetti sperimentali a casi singoli o a piccoli gruppi di soggetti.

La DBS, con il suo effetto di blocco sull'area target stimolata sarebbe in grado di mimare gli effetti dell'intervento ablativo con il vantaggio, rispetto a quest'ultimo, di essere reversibile, modulabile e di avere effetti collaterali meno gravi.

I dati disponibili in letteratura sulla efficacia a breve termine in pazienti con DOC grave e resistente sono limitati numericamente ma consistenti. Infatti tutti i lavori in letteratura riportano piccole casistiche o casi singoli. Nonostante i risultati incoraggianti, ci sono alcune limitazioni che incidono sulla diffusione della DBS in soggetti affetti da DOC: è una tecnica invasiva, i piccoli gruppi di soggetti su cui è stata testata, il numero limitato di osservazioni a lungo termine, l'eterogeneità dei soggetti sottoposti a DBS, i cambiamenti di umore compresa la ipomania indotti dalla DBS. Tuttavia, alla luce dei dati disponibili, la DBS può essere considerata una valida opzione terapeutica per quei pazienti DOC molto gravi che hanno esaurito le opzioni terapeutiche a disposizione.

Dati ancora più ridotti sono disponibili per altre patologie psichiatriche come la depressione maggiore grave cronica resistente alle terapie convenzionali.

VNS therapy: risultati in Italia

M. Savino^{**}, M. Miniati^{*}, G. Messina^{**}, A. Franzini^{**}, O. Bugiani^{**}, G. Broggi^{**}

^{*} *Clinica Psichiatrica, Università di Pisa*; ^{**} *Istituto Neurologico C. Besta, Milano*

Le sindromi depressive croniche e ricorrenti si rivelano spesso resistenti a farmaci e psicoterapie. La terapia elettroconvulsivante (TEC) ed altre tecniche di stimolazione cerebrale (TMS, ecc.) forniscono ulteriori chance rispetto alla farmacoterapia ma, tuttavia, il 15-20% dei pazienti con depressione resistente (TRD) mantengono una qualità di vita ben lontana dall'essere accettabile a causa della mancata risposta alle cure o dell'elevata frequenza di ricadute.

Tra le tecniche di neurostimolazione, la Stimolazione del Nervo Vago (VNS) è stata approvata in Europa nel 2001 per il trattamento della TRD e in diversi Centri ospedalieri e Universitari Italiani è ormai un apprezzato strumento, realmente poco invasivo, ben tollerato ed efficace almeno nel 30-60% dei casi di TRD che mostra inoltre, nei "responder", una notevole stabilità dei risultati conseguiti (caratteristica osservata anche nella nostra casistica durante il follow-up).

Lo staff neurochirurgico del Prof. Broggi dell'Istituto

Neurologico Nazionale "Carlo Besta" di Milano possiede una lunga esperienza nell'utilizzo della VNS per l'epilessia resistente ed una casistica di circa 20 casi di TRD trattati con VNS su indicazione del neurologo e psichiatra Prof. Orso Bugiani e, successivamente, anche di psichiatri esterni.

Le caratteristiche di questa case series, la sicurezza e tollerabilità dell'impianto, nonché i risultati in termini di risposta o remissione della TRD, ottenute affiancando la VNS agli eventuali trattamenti in corso, verranno esposti e commentati dagli psichiatri che collaborano al follow-up dei pazienti dal 2004 ad oggi.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA RAFFAELLO

S28. La psicoterapia nel pubblico e nel privato

COORDINATORI

E. Torre, M. Casacchia

La psicoterapia nel pubblico e nel privato: l'esperienza dell'Unità Operativa di Psichiatria dell'Azienda A. Avogadro

P. Zeppegno, E. Torre

SCDU Psichiatra, ASO Maggiore della Carità di Novara, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Novara

È possibile effettuare la psicoterapia in un servizio pubblico? A chi può essere proposta? Quali sono e se ci sono le differenze sia da un punto di vista epistemologico che da un punto di vista pratico della psicoterapia nel pubblico da quella nel privato?

Individuale e collettivo sono due dimensioni che spesso possono presentare aspetti antitetici e il cercare una mediazione può essere molto difficile e può mettere in crisi. Nella relazione si cercherà di portare il confronto tra i dati della più recente letteratura e l'esperienza della SCDU Psichiatria dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, UPO A. Avogadro, che accanto alla necessità istituzionale di rispondere alle richieste di un Servizio di Diagnosi e Cura, sente come proprio il compito di offrire un servizio di psicoterapia all'interno della struttura ospedaliera universitaria in cui opera.

Si affronteranno le problematiche non solo dal punto di vista dell'offerta ma anche delle difficoltà e dei vissuti dello psicoterapeuta che opera in un ambiente pubblico.

Contributo del medico legale sul segreto professionale

L. Varetto

Università di Torino

La psicoterapia possiede una peculiarità rispetto a quasi tutte le branche della Medicina, vale a dire la possibilità di un rapporto squisitamente "privato" tra medico e paziente.

A differenza delle altre discipline, infatti, lo psichiatra

opera tradizionalmente in ambiente privato, svincolato da legacci burocratici dettati dal sistema sanitario nazionale, da compagnie di assicurazione o da altri enti. Questo comporta vantaggi e svantaggi, ma tra i primi è da annoverare sicuramente la possibilità di una migliore tutela del paziente sotto il profilo giudiziario e della riservatezza, che nell'ambiente pubblico è invece assai precaria.

Si pensi alle disposizioni dell'art. 365 del codice penale (omissione di referto), laddove consente al medico di non denunciare il proprio paziente anche quando abbia commesso gravi reati, ed al contrasto stridente con l'obbligo di rapporto che lo stesso medico ha in qualità di dipendente di ente pubblico, veste nella quale egli sarebbe comunque obbligato a segnalare il reato all'Autorità Giudiziaria.

Anche il segreto professionale in ambiente pubblico è assai meno tutelato: si pensi al medico che compila diligentemente (anche per non incorrere in problemi di responsabilità professionale) una cartella clinica, per poi vederla sequestrata per disposizione della Procura della Repubblica ed utilizzata magari contro il proprio paziente in sede giudiziaria (e talvolta anche data in pasto alla stampa).

Sicuramente la tutela della collettività nell'ambiente pubblico è maggiore, ma questo "di più" di sicurezza si paga a caro prezzo in termini di riduzione della tutela del rapporto tra medico e paziente.

Per una psicoterapia democratica? L'esperienza del cantone di Ginevra

A. Canuto

Servizio di Psichiatria Geriatrica, Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Universitario di Ginevra

Un dibattito generale è in corso in Svizzera su quale tipo di cure debbano essere garantite nell'ambito della assi-

curazione medica di base e da che operatore, pubblico o privato, esse debbano essere prodigate. Nell'ambito del dipartimento di psichiatria un paradosso cerca soluzione: come passare da un sistema sanitario centrato sul ricovero ospedaliero finanziariamente vantaggioso ma talvolta poco adatto a un approccio più comunitario e psicoterapico forse meno proficuo ma più agile per dosare l'intensità della cura.

In questo contesto, come rispondere alle nuove domande che emergono da fasce della popolazione, come quella delle persone anziane, fino ad oggi poco prese in conto dall'approccio psicoterapeutico?

L'esperienza pilota di un centro universitario di psichiatria e psicoterapia dell'anziano illustrerà come al crocevia di queste riflessioni si trovi il paziente e il senso della cura.

Che ci fanno lì degli psicoanalisti?

Atteggimento e formazione psicoterapeutici nei servizi. Note su un'esperienza trentennale

F. Barale, E. Caverzasi, F. Pavone, P.L. Politi

Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia

Gli autori discutono i problemi della formazione e del mantenimento di un adeguato ed autentico assetto psicoterapeutico degli psichiatri, in particolare nel contesto dei cambiamenti organizzativi e culturali degli ultimi decenni. Vengono considerate le questioni e le difficoltà relative alla costruzione di un "campo istituzionale" adeguato all'incontro con la psicosi e le patologie mentali gravi, l'attenzione alle dinamiche e agli assetti istituzionali in tutto il loro spessore (non solo organizzativo), i problemi connessi al controtransfert e alle atmosfere affettive dei gruppi di lavoro, i modi di una formazione psicoterapeutica continua "on the job" che alimenti una capacità costante di riflessione sulle soggettività di pazienti e curanti. Capacità indispensabile e considerazione indispensabile, questa delle soggettività in gioco, se si vuole evitare che le risposte della psichiatria si deteriorino progressivamente verso una "sommministrazione" automatica di farmaci, interventi abilitativi, servizi o magari "pacchetti di interventi" cosiddetti psicoterapeutici e mantengano al loro centro l'esperienza dell'incontro con la sofferenza mentale.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA CARAVAGGIO

S29. Aree urbane e salute mentale

COORDINATORI

M. Bassi, C. Mencacci

La tutela della salute mentale nelle grandi città: prospettive e limiti

M. Bassi

UO di Psichiatria 2, AO Niguarda Cà Granda, Milano

Nel 1900 solo il 15% della popolazione mondiale viveva in aree urbane. Nel 2030 questa percentuale salirà al 60%. Il 23 maggio 2007, secondo i dati pubblicati dalla North Carolina State University e dalla Georgia University, è avvenuto il sorpasso: per la prima volta la popolazione urbana ha superato quella rurale. La grande metropoli si avvia a divenire il nuovo habitat dell' homo sapiens degli anni 3000. Un dato questo che ha riportato negli ultimi anni l'attenzione sulle metropoli, in particolare sulle grandi megalopoli, che producono investimenti architettonici, riflessioni urbanistiche, progettazioni industriali e commerciali, attenzioni ecologiche e sanitarie. Non c'è da stupirsi che ad interessare siano proprio le nuove grandi realtà urbane, che suscitano straordinarie curiosità ed altrettanto straordinarie preoccupazioni. Le

grandi megalopoli subiscono uno sviluppo incontrollato e finiscono con il produrre "colonizzazioni disperate" (Arcagni, 2008) che si radicano ai suoi confini e poi li penetrano. Si tratta del fenomeno degli slums, vere e proprie città di periferia che sorgono il più delle volte dal niente, in modo abusivo, con la configurazione della baraccopoli, favelas, ranchitos, forse anche delle banlieu più deprivate. Già oggi quindi la maggioranza della popolazione terrestre vive al confine o all'interno del "pianeta degli slums". Non si sta parlando, si badi bene, del mondo del passato: i numerosissimi abitanti delle favelas, dei ranchitos, delle bidonville, dei barrios e degli squat conducono una vita forse deprivata, ma assolutamente moderna. Per di più possiedono un vantaggio: sono più numerosi e più giovani (Sterling, 2008). Guardando le grandi metropoli ne individuiamo la ambivalenza: da una parte il "sogno modernista" per molti autori, che ancora vuole credere nei grandi progetti e nelle utopie, dall'altra una realistica presa d'atto della post-modernità o della modernità "fallita", o della "retro-modernità", già travolta dalla globalizzazione e destinata anch'essa ad un esito perdente.

Un approccio epidemiologico alla valutazione della morbilità psichiatrica nelle aree urbane

G. de Girolamo

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Obiettivo: l'esplosione dell'urbanizzazione su scala planetaria ha accresciuto la necessità di studiare in che misura l'urbanizzazione rappresenta un fattore di rischio o, viceversa, protettivo per la salute mentale delle popolazioni che vivono in tali aree. In particolare, le ricerche che applicano i metodi propri dell'indagine epidemiologica sono a tal fine preziose.

Risultati: i risultati di ricerche condotte sia a livello internazionale che in Italia confermano che l'urbanizzazione rappresenta un fattore di rischio sia per molti disturbi mentali, a cominciare dalla schizofrenia, che per i disturbi di abuso di sostanze, in quest'ultimo caso attraverso un aumento esponenziale delle possibilità di venire a contatto con le sostanze di abuso. Nel caso della schizofrenia l'incidenza è più elevata tra le persone nate in aree urbane, con un rischio proporzionalmente maggiore quanto più ampia è l'area urbana di nascita. Verranno passati in rassegna i principali risultati delle ricerche condotte in queste aree.

Conclusioni: è importante approfondire le ricerche che indagano le correlazioni ecologiche tra ambiente di vita e morbilità psichiatrica.

Bibliografia

- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. *Age of onset of mental disorders: a review of recent literature*. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359-64.
- McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. *A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology*. *BMC Med* 2004;2:13.
- Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. *The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions*. *Bull World Health Organ* 1994;72:495-509.
- Picchioni MM, Murray RM. *Schizophrenia*. *BMJ* 2007;335:91-5.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. *A systematic review of the prevalence of schizophrenia*. *PLoS Med* 2005;2:e141.
- Warner R, de Girolamo G. *"Schizophrenia". Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems, vol. III*. Geneva: World Health Organization 1995.

Epidemiologia del suicidio nelle aree urbane

P. Scocco

Università di Padova

I cambiamenti sociali ed ecologici legati all'urbanizzazione hanno un forte impatto sul funzionamento sociale, sulla salute fisica e mentale di una popolazione. Il processo di urbanizzazione è stato associato ad un incremento del numero di suicidi ed omicidi. Tuttavia,

nei paesi ad alto livello di modernizzazione i tassi di suicidio sono andati riducendosi. In questi paesi, in cui il processo di urbanizzazione e modernizzazione si è avviato agli inizi dello secolo scorso ed è attualmente già in una fase avanzata, è possibile vedere gli esiti a distanza di un processo già consolidato e valutare gli effetti dell'urbanizzazione nelle generazioni successive a quella che l'ha subita.

La valutazione dell'influenza dell'urbanizzazione sull'epidemiologia delle manifestazioni suicidarie non può essere separata dalla valutazione del grado di evoluzione e maturazione del processo stesso e del rischio di suicidio nei diversi gruppi etnici e sociali che vivono in un contesto urbano.

Epidemiologia dei disturbi di "doppia diagnosi" e sistemi di cure dei dipartimenti di salute mentale italiani

M. Clerici¹, G. Carrà², G. Segagni Lusignani^{3,4}, P. Sciarini⁴, P. Borrelli⁴, I. Popa⁴, M. Di Giannantonio⁵, C. Montomoli⁴

¹ *Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca;*

² *Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School London, UK;*

³ *Centro Sacro Cuore di Gesù, Ordine Ospedaliero dei Fatebenefratelli, San Colombano al Lambro (MI);* ⁴ *Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia, Università di Pavia;* ⁵ *Facoltà di Psicologia, Università "G. d'Annunzio" di Chieti*

Introduzione: nonostante la prevalenza della comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici – doppia diagnosi, DD – sia elevata e gli outcome – gravità dei sintomi, numero di ricoveri e ricadute – siano peggiori rispetto ai soggetti affetti solo da un disturbo psichiatrico, poche sono le conoscenze sulle cause. Sono stati sviluppati diversi modelli esplicativi, che hanno preso in considerazione la componente genetica, le sostanze come fattori di rischio di disturbi mentali o come automedicazione per la presenza di sintomi psicopatologici, il contesto sociale. Alcuni studi, la maggior parte statunitensi, hanno esaminato l'associazione tra area geografica di residenza e presenza di DD. Data la non riproducibilità di tali analisi nei paesi europei, per l'Italia è stato condotto lo studio epidemiologico sulla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) nei DSM italiani (PADDI Study), i cui scopi sono stimare la prevalenza della DD in Italia nel corso del 2005 tra gli utenti dei DSM e confrontare le prevalenze nelle aree metropolitane e rurali.

Metodi: studio trasversale sugli utenti affetti da DD afferenti ai DSM italiani nel 2005. Sono state raccolte variabili socio-demografiche, cliniche, diagnostiche, infettivologiche e di severità della sindrome da uso di

sostanze. La definizione di aree metropolitane/rurali utilizzata è quella della classificazione ISTAT.

Risultati: 38 DSM hanno inviato dati riguardanti i loro utenti. La prevalenza della DD è 1,75 per 100 utenti. Verranno presentate le stime di prevalenza della DD nei DSM italiani per aree geografiche: aree metropolitane vs. aree rurali, Nord vs. Centro vs. Sud.

Conclusioni: la rilevanza del problema della DD si colloca in linea con le evidenze europee. La distribuzione della prevalenza e le caratteristiche di gravità degli utenti sono disomogenee sul territorio nazionale, supportando l'ipotesi dell'influenza del contesto socioculturale sulla prevalenza della DD.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MANTEGNA

S30. Disturbi del comportamento alimentare nell'adolescenza: dalla prevenzione alla cura

COORDINATORI

U. Balottin, M. Bertolini

Dal sintomo all'avvio del percorso terapeutico: l'intervento multidisciplinare nella cura dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza

A.M. Peloso, S. Vesco, M. Gandione, R. Rigardetto
Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Università di Torino

Introduzione: l'anoressia nervosa ha un alto tasso di mortalità (5%); meno della metà (46%) guarisce, un terzo migliora passando da forme full a partial, il 20% rimane cronicamente affetto (Steinhausen, 2002). In letteratura i fattori prognostici negativi sono principalmente: lunga durata di malattia, grave perdita di peso e prolungata ospedalizzazione. In un'ottica di diagnosi precoce e prevenzione secondaria intendiamo descrivere un progetto pilota di intervento multidisciplinare (ginecologo-endocrinologo, neuropsichiatra infantile, psicologo, nutrizionista) attraverso lo studio prospettico sul decorso e outcome a breve termine (follow-up almeno di 12 mesi) di un campione di adolescenti con DCA.

Metodi: scale psicometriche self report: CBCL, YSR, EDI-2, TCI; assessment motivazionale ad orientamento psicodinamico; valutazione outcome attraverso MROAS, modificata da Jeammet.

Risultati: outcome good nel 63%, intermediate nel 31%, poor nel 6%; significativo miglioramento in quasi tutti gli item della MROAS, in particolare di quelli che definiscono clinicamente il disturbo (restrizioni alimentari, perdita di peso, amenorrea), dell'insight, delle relazioni familiari e sociali. Rimane problematico lo stato mentale, non soddisfacente nel 49% dei casi. Sono risultati predittivi di outcome sfavorevole: lunga durata di malattia, comorbidità psichiatrica in asse I con disturbi affettivi, in asse II con DP di Cluster B, sottotipo binge-purging, problemi nelle relazioni sociali. Non ci

sono differenze significative rispetto al BMI, a sostegno dell'ipotesi che la gravità clinica-nutrizionale non correla con quella psicopatologica, all'iperattività, alla familiarità psichiatrica. Dal punto di vista psicopatologico sono risultati fattori prognostici negativi all'EDI-2 valori elevati di impulso alla magrezza, insoddisfazione per il corpo, impulsività e insicurezza sociale; al TCI bassa autodirettività.

Conclusioni: focalizzandosi sul sintomo somatico amenorrea è possibile un intervento di prevenzione secondaria in particolare per le forme caratterizzate da breve durata di malattia e sottotipo restrittivo (sia per le forme tipiche che atipiche): il tipo di condotta alimentare sembra riflettere la capacità di regolazione degli affetti e di controllo degli impulsi, che rimanda alla qualità delle relazioni interpersonali soprattutto precoci.

Prendere peso o prendere corpo: psicoterapia psicoanalitica nei disturbi alimentari

G. Monniello, L. Penna

Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva, Sapienza Università di Roma

Il lavoro clinico con i disturbi del comportamento alimentare nell'adolescenza ha avuto, negli ultimi decenni, il valore di confrontare l'analista con il livello narcisistico del funzionamento mentale (patologia dei legami, dei limiti, della dipendenza), senza però allontanarlo dalla considerazione della patologia dei conflitti (problematiche specifiche dell'aggressività e della sessualità). Tutto ciò ha comportato, nel trattamento psicoterapeutico, la necessità di articolare interventi rivolti alla restaurazione narcisistica e, al contempo, alla restaurazione della relazione d'oggetto.

Tali disturbi, infatti, propongono particolari modalità di uso dell'oggetto esterno, nei suoi rapporti con l'attività fantasmatica e di messa alla prova del "sito analitico allargato" istituzionale, quale garante per il consolidamento della funzione contenitiva interna. La fragilità delle basi narcisistiche, infatti, espone tali adolescenti ad un precario uso dell'oggetto e a sentimenti di vuoto. Il desiderio è percepito come un bisogno essenziale, bisogno di un piacere che è urgente provare, di un oggetto che è urgente ottenere e che non deve, in nessun caso, mancare. Gli investimenti su di sé e sull'altro si traducono, quindi, nella sensazione di essere in balia dell'oggetto o nell'illusione di poterlo padroneggiare a proprio piacimento. La rabbia narcisistica, che invariabilmente ne consegue, esprime l'incapacità di interiorizzare l'esperienza del proprio funzionamento mentale e della relazione con l'altro. Pertanto è necessaria la presenza operante di una funzione terza fra il terapeuta e tali adolescenti (psichiatra prescrittore, medico internista, ambiente istituzionale). I disturbi del comportamento alimentare, per le affinità di un caso con l'altro, hanno portato ad ipotizzare non proprio la presenza di una struttura comune ma piuttosto di una organizzazione del funzionamento mentale caratterizzata da un profondo conflitto arcaico con la madre e, al contempo, da un conflitto legato all'identità sessuale nascente, al rifiuto del corpo femminile. Quest'ultimo conflitto si aggrava per la riattivazione del primo e assistiamo perciò ad una compenetrazione di queste due condizioni: un disturbo primario del sentimento d'identità legato ad una falla nell'identificazione sia alla femminilità della madre sia alla sua funzione materna nutritiva e accudente.

Tensioni coniugali e facilitazioni dei sintomi anoressici dei figli

R. Nacinovich, C. Montrasio, F. Neri
Università di Milano, Bicocca

Data l'importanza della famiglia nello sviluppo del bambino e dell'adolescente, sono stati effettuati molti studi sull'ambiente familiare dei pazienti con disturbi alimentari, ed in particolare sulla relazione madre-bambino.

Nelle ultime decadi si nota un crescente interesse anche per la figura paterna, sia per quanto riguarda il suo ruolo all'interno della famiglia, sia per quanto riguarda la relazione padre-figlio.

Non ci sono ancora invece sufficienti dati relativi al complesso intreccio psicopatologico tra caratteristiche della coppia genitoriale e sviluppo di una sintomatologia anoressica nei figli.

In questo studio si vuole proprio indagare le relazioni tra le caratteristiche individuali di ognuno, le dinamiche del singolo genitore con il figlio, dei genitori tra loro come coppia e la patologia anoressica dei figli.

Il campione è costituito da adolescenti con diagnosi di anoressia nervosa e dai loro genitori.

Il materiale clinico, raccolto tramite almeno tre colloqui con i pazienti e separatamente con la coppia genitoriale, è stato integrato con materiale testale ottenuto tramite la somministrazione di test autocompilati: il questionario Minnesota Multiphasic Personalità Inventory (MMPI, versione MMPI-2 per gli adulti e MMPIA-A per gli adolescenti) e la Toronto Alexithymia Scale (Tas-20). Viene discussa la rilevanza delle caratteristiche individuate nei genitori e nelle dinamiche di coppia per la comprensione dei sintomi anoressici dei figli.

L'iperattività nell'anoressia nervosa dell'adolescenza: aspetti clinico-terapeutici

F. Muratori, C. Leggero, S. Calderoni
IRCCS Stella Maris, Università di Pisa

Nonostante dati storici e studi clinici abbiano regolarmente individuato elevati livelli di attività fisica nei pazienti con Anoressia Nervosa (AN), l'iperattività è diventata solo recentemente oggetto di studi sistematici. Poiché manca ancora una definizione operativa di iperattività, le stime sulla frequenza nell'AN variano dal 31 all'80%. Non è ancora chiaro se l'iperattività possa essere considerata un semplice sintomo secondario dell'AN o possa giocare un ruolo importante anche nella sua patogenesi. La natura contraddittoria dell'associazione tra digiuno ed attività fisica eccessiva ha convinto molti autori a considerare l'iperattività come un modo per consumare calorie e quindi come un sintomo secondario al nucleo psicopatologico della AN. Sebbene questo punto di vista sia il prevalente, diversi autori sostengono che il digiuno autoindotto e l'esercizio fisico sono attività sorelle per quanto riguarda la patogenesi dei disturbi alimentari, per cui nell'AN si viene a creare il circolo vizioso restrizione alimentare-magrezza-iperattività, così come nell'obesità si ha il circolo vizioso opposto iperfagia-obesità-inattività.

Tra i meccanismi che possono essere all'origine dell'iperattività sono stati chiamati in causa l'ipoleptinemia, alterazioni del sistema serotoninergico, noradrenergico e dopaminergico, dell'asse ipotalamo-ipofisurrene, degli oppioidi endogeni. Verrà proposto uno studio clinico su un campione di 105 adolescenti con AN. Verranno inoltre riportati alcuni risultati relativi alla evoluzione in corso di trattamento di un sottocampione ed in particolare del possibile ruolo dell'olanzapina come strumento terapeutico specifico nella riduzione dell'iperattività.

Il lavoro ospedaliero nei disturbi del comportamento alimentare

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

Dipartimento di Clinica Neurologica e Psichiatrica dell'Età Evolutiva, IRCCS Fondazione "Istituto Neurologico C. Mondino", Pavia

Il ricorso al ricovero ospedaliero, in neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, per anoressia e bulimia nervosa, e per i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati, si rende necessario quando si presentino condizioni cliniche particolarmente compromesse sul piano medico. Questi problemi clinici, non infrequenti negli esordi in adolescenza dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), sono in genere associati a più tenaci distorsioni dell'immagine del sé corporeo e resistenze al cambiamento, a difficoltà relazionali intrafamiliari più importanti rispetto alla popolazione ambulatoriale. Talvolta i casi che richiedono il ricovero sono per altro difficili anche per la compresenza di altri aspetti psicopatologici rilevanti, quali i disturbi di personalità, in particolare il disturbo borderline, e la presenza di disturbi psicotici, oltre a depressione e disturbo ossessivo compulsivo. Il lavoro dell'Istituzione ospedaliera richiede dunque interventi integrati tra i vari membri dell'équipe, per arginare le dinamiche patologiche attive e talvolta contaminanti l'équipe stessa, se non vi si pone attenzione. Il percor-

so di cura in ospedale prevede l'utilizzo di tecniche psicoterapeutiche brevi, sia individuali che di gruppo, che siano anche di motivazione ad un lavoro clinico di più lunga durata successivo, e di facilitazione degli interventi nutrizionali proposti. Oltre all'obiettivo di ristabilire condizioni fisiche accettabili, il ricovero si propone come obiettivo, apparentemente secondario al compito ospedaliero ma fondamentale, di favorire la psicoterapia sia individuale che familiare eventualmente in corso. Tale percorso in età evolutiva, laddove le (i) pazienti sono condotte forzatamente a curarsi dai genitori e non hanno in genere una vera motivazione personale, comporta una particolare difficoltà ad ottenere l'alleanza alla cura; il reparto deve prestare attenzione a non risultare persecutorio e coercitivo, mentre deve contribuire a ristabilire il senso del limite e la ripresa di una vita più adattiva, lontana dalla autosufficienza talora mortale di queste ragazze. Viene presentato il lavoro di reparto relativo a 25 soggetti seguiti in regime di ricovero nel 2007, di età compresa tra i 10 e i 17 anni.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MASACCIO

S31. Psicopatologia, criminologia e formazione

COORDINATORI

F. Bruno, S. Costanzo

La criminologia tra "comprensione" e "spiegazione"

O. Greco

Professore di Criminologia, Università di Lecce

La *criminologia* è espressamente richiamata nella declaratoria dei tre settori scientifico-disciplinari (MED/43-Medicina legale, IUS/17-Diritto penale, SPS/12-Sociologia giuridica, della devianza e mutamento sociale) che classicamente l'hanno coltivata.

Secondo le nuove tabelle ministeriali, competenze di tipo criminologico sono chiaramente indicate tra gli obbiettivi formativi qualificanti di almeno cinque classi di lauree triennali (*L-14 Scienze dei servizi Giuridici, L-19 Scienze dell'Educazione e della Formazione, L-24 Scienze e Tecniche Psicologiche, L-39 Servizio Sociale, L-40 Sociologia*) e di sei classi di lauree magistrali (*LM-41 Medicina e Chirurgia, LM-50 Programmazione gestione dei servizi educativi, LM-51 Psicologia, LM-85 Scienze Pedagogiche, LM-87 Servizio sociale politiche sociali, LM-88 Sociologia e Ricerca sociale*).

Il fenomeno della devianza in senso lato merita attenzione a livello scientifico; si rende necessario progettare adeguati percorsi formativi che individuino con chiarezza la proiezione operativa, cioè i problemi che gli operatori potrebbero essere chiamati a risolvere, e il patrimonio concettuale cui attingere le competenze necessarie per la soluzione di quei problemi.

Il bagaglio culturale, cioè i contenuti di un adeguato progetto formativo, copre un arco ampio di conoscenze variegata ed eterogenea implicate nel "comprendere" e nello "spiegare" il comportamento umano allo scopo di progettare strategie di prevenzione ed attuare interventi di trattamento. Con la "comprensione" la criminologia si accosta alle scienze dell'uomo (psicologia, filosofia, letteratura, ecc.) e la sua autonomia deriva dalla specificità dell'oggetto di studio; con la "spiegazione" diventa funzionale all'inquadramento delle varie sfumature del comportamento umano sotto il profilo trattamentale in senso lato e/o forense ed in tal modo si accosta alle scienze criminalistiche.

Accertamenti psichiatrico e psicologico forensi e formazione medico legale

T. Bandini, G. Rocca

DI.ME.L., Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Genova

Nella realtà giudiziaria italiana è previsto che il Giudice, per la formazione della sua autonoma decisione, ove ritenga necessario acquisire valutazioni su cognizioni tecniche riguardanti specifiche scienze od arti, possa disporre la esecuzione di indagini di carattere peritale. In campo medico queste indagini possono riguardare la realtà psicofisica di ogni individuo.

Per quanto concerne la realtà psichica possono essere disposti molteplici accertamenti peritali (capacità di agire, di partecipare coscientemente ad un processo penale, di essere o meno un genitore adeguato, valutazione delle eventuali condizioni di inferiorità di una vittima di reato, delle caratteristiche psichiche di un lavoratore, dello stato di mente e della pericolosità di un autore di reato).

Ogni perizia medico-psichiatrica e psicologica prevede due livelli: il primo livello è necessariamente clinico, mentre il secondo è dedicato al confronto tra la diagnosi raggiunta e la fattispecie giuridica sulla quale verte il procedimento nel cui contesto è stata disposta la perizia stessa.

In tutti questi accertamenti, diretti al riconoscimento di condizioni cliniche e di fattispecie giuridiche del tutto differenziate, è possibile ravvisare un fondamentale elemento di analogia: si tratta infatti di indagini che, indipendentemente dalle metodiche specialistiche cui fanno riferimento nel loro "primo livello", identificano nel metodo e nella deontologia medico legali il proprio fondamento.

Per tali motivi qualsiasi perizia o consulenza di carattere medico-psichiatrico o psicologico esperita a fini forensi, è una perizia medico-legale¹.

La Medicina Legale, definibile come il complesso delle conoscenze bio-mediche utili ai fini della corretta elaborazione, interpretazione ed applicazione ai casi concreti delle diverse norme giuridiche², rappresenta pertanto il substrato culturale e formativo necessario per una "good clinical forensic practice"³.

Vengono analizzate le attualità e le prospettive didattico-formative universitarie e post-universitarie tese a valorizzare l'apporto metodologico-scientifico pecu-

liare alle scienze medico-legali in ambito psicologico e psichiatrico forense.

Bibliografia

- ¹ Franchini A. *Medicina Legale*. Padova: Cedam 1982.
- ² Albarello P, et al. *Medicina Legale*. Torino: Minerva Medica 2005.
- ³ Simon RI, Gold LH. *Textbook of Forensic Psychiatry*. American Psychiatric Publishing Inc. 2004.

Trattamento cognitivo-interpersonale dei sexual offenders

T. Cantelmi

Istituto di Terapia Cognitivo-Interpersonale, Roma

Da alcuni anni l'Istituto di Terapia Cognitivo-Interpersonale¹ ha promosso ricerche sul tema della psicopatologia e del trattamento degli aggressori sessuali. In modo particolare un recente studio² ha rilevato dati inerenti un campione di aggressori sessuali ristretti in un Istituto di Pena di Roma. Alcune evidenze hanno rilevato un nesso tra autostima e comportamento sessualmente aggressivo. In questa relazione vengono presi in esame i rapporti fra autostima e processi terapeutici nel trattamento. Vengono inoltre presi in esame le principali distorsioni cognitive e il ruolo svolto dalle fantasie sessuali e, attraverso dei case reports, le relative modalità di trattamento. Infine vengono presentati i dati relativi al rapporto tra empatia e aggressività sessuale e gli elementi del trattamento volti a modificare il tema dell'empatia vittima-specifica negli aggressori sessuali³.

Bibliografia

- ¹ Cantelmi T, Toro MB, Corsini T, Violo A. *Treatment integration: the cognitive interpersonal psychotherapy*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2008;14:138.
- ² Ambrosio T, Toro MB, Minopoli A, Cantelmi T. *Sexual offenders: a study of anger in the prison context*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2008;14:130.
- ³ Toro MB, Corsini T, Violo A, Cantelmi T. *Cognitive-behavioural strategies to enhance empathy and self-esteem in sex offenders*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2008;14:115.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30
SALA PERUGINO

S32. La dimensione stagionale nei disturbi dell'umore

COORDINATORI

G. Bersani, F. Benedetti

Umore e modificazioni stagionali dell'ambiente fisico

G. Bersani

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

Le modificazioni periodiche dell'ambiente fisico nel corso dell'anno esercitano una documentata influenza sulle caratteristiche della periodicità dei ritmi circadiani di diverse funzioni sia cerebrali che somatiche, che costituiscono una componente intrinseca di diversi disturbi mentali e che rappresentano un elemento centrale nella struttura e nella patogenesi dei disturbi dell'umore.

Anomalie del ritmo sonno-veglia, della produzione di ormoni dotati di un bioritmo circadiano, quali ad esempio melatonina, ACTH e cortisolo, dell'andamento giornaliero della temperatura corporea, come anche del livello generale di energia e di attività, sono infatti variamente ma costantemente presenti in particolare nei disturbi depressivi, particolarmente nella depressione maggiore o, in forma spesso non sovrapponibile, nelle forme depressive caratterizzate da sintomi cosiddetti atipici.

Alcuni elementi sintomatici comuni nella depressione, quali ad esempio il risveglio anticipato o la polarità mattutina della gravità del quadro melanconico, possono essere considerati espressione di queste anomalie bioritmiche, a loro volta anche in rapporto alla alterata ritmicità nel livello di attività dei principali neurotrasmettitori cerebrali, particolarmente della serotonina.

Le alterazioni di tali variabili periodiche ad andamento circadiano si intersecano frequentemente con quelle di altre variabili strutturalmente modulate secondo bioritmi più lunghi, quali ad esempio quello mensile, come nei disturbi affettivi a ricorrenza premenstruale, o quello annuale, come nelle forme depressive a ricorrenza autunno-invernale.

Esiste una ormai vastissima serie di evidenze sperimentali che indicano il fotoperiodo, cioè la durata della luce diurna, come il principale fattore fisico ambientale di sincronizzazione dei bioritmi cerebrali, le cui modificazioni nel corso delle stagioni si ripercuotono sui profili cronobiologici dei diversi bioritmi. La visione più comune di tale influenza sottolinea il rapporto tra durata di percezione della luce diurna ed attività ipotalamica, a livello del nucleo soprachiasmatico, ed epifisaria, con modificazioni della durata di secrezione notturna di melatonina. Tali effetti, entrambi connessi funzionalmente ai meccanismi regolatori della neurotrasmissione

mediata da catecolamine e serotonina, sono a loro volta associati alla regolazione del tono affettivo ed alle variabili psicofisiologiche ad esso correlate, come ad esempio bioritmo ed architettura del sonno e bioritmo circadiano di attività dell'asse HPA.

Anche la presenza di quadri clinici attinenti all'area della depressione atipica, caratterizzati da sintomi vegetativi inversi, quali iperfagia ed ipersonnia, appaiono fortemente influenzati dalla variabile fisica della durata della luce diurna, con massima incidenza nei mesi con più breve fotoperiodo, quali quelli autunno-invernali.

Inoltre, la costante implicazione nel quadro clinico della depressione di sintomi dell'area cognitiva, quali deficit di concentrazione, attenzione e memoria, appare suggestiva di un effetto anche su tali funzioni da parte dei parametri dell'ambiente fisico.

Del resto, la più elevata incidenza nei mesi estivi di quadri affettivi di eccitamento e la correlata sintomatologia di riduzione del sonno appaiono confermativi rispetto all'ipotesi di un'azione della durata della luce diurna, in questo caso più estesa, nella regolazione generale del tono dell'umore.

La durata della luce diurna appare quindi allo stato attuale come il fattore maggiormente indicato nello svolgere un ruolo patofisiologico sulla variabilità circannuale delle manifestazioni sintomatiche delle alterazioni affettive, ma anche altri fattori fisici a variabilità stagionale, quali ad esempio intensità dell'irradiazione solare e temperatura, appaiono potenzialmente implicati nella regolazione stagionale delle oscillazioni sia fisiologiche che patologiche del tono dell'umore.

Disturbo affettivo stagionale e ritmi circadiani

F. Pacitti, M. Mazza, A. Iannitelli, M. Casacchia, G. Bersani

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

Introduzione: dai dati presenti in letteratura, risulta che i fattori cronobiologici giocano un ruolo fondamentale nella regolazione del tono dell'umore. In particolare, un anormale funzionamento dei ritmi circadiani sembra essere implicato nella patogenesi del disturbo affettivo stagionale (SAD), una forma di depressione caratterizzata da sintomi atipici e da una periodicità di tipo circannuale, la reale diffusione di tale disturbo rimane attualmente ancora sottostimata.

Lo scopo di questo studio è stato quello di individuare la prevalenza del SAD e della sua variante subclinica nel campione studiato. Inoltre abbiamo cercato di valutare eventuali differenze nel profilo circadiano dei soggetti con sensibilità stagionale e dei soggetti sani attraverso l'analisi degli indici di tendenza centrale.

Metodi: 1431 soggetti (sia di sesso femminile che maschile, di età media $31,0 \pm 5,1$) sono stati esaminati nei mesi di Novembre, Dicembre e Gennaio, attraverso l'esecuzione del Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) e il Morning-Eveningness Questionnaire (MEQ).

Risultati: dall'analisi dei risultati è emerso che il 3% dei residenti del Centro Italia soddisfaceva i criteri per il Winter-SAD ed il 14,3% soddisfaceva i criteri per il Subsyndromal-SAD.

Rispetto alle differenze di prevalenza nei due sessi, il campione femminile mostrava una frequenza del 4,8% rispetto al 1,4% negli uomini ($\chi^2 = 7,3$ $p < ,001$) per il SAD e del 12,3% rispetto al 5,7% ($\chi^2 = 10,6$, $p < ,001$) per il Subsyndromal-SAD.

Dall'analisi degli item della SPAQ emerge che il livello di energia (tra il 60 e il 27% dei soggetti riferisce variazioni di grado moderato-grave legate alle stagioni nel livello di energia), l'umore, l'attività sociale, l'appetito, la durata del sonno e il peso sono differenzialmente soggette all'influenza delle variazioni stagionali. Inoltre, il campione femminile presenta una sensibilità stagionale maggiore rispetto al campione maschile.

Conclusioni: alla luce dei punteggi ottenuti nei questionari utilizzati per valutare l'attività circadiana, e in accordo con i dati presenti in letteratura, è stato osservato che alle nostre latitudini il Winter-SAD (3%) si manifesta con una frequenza inferiore rispetto al Nord Europa e con una frequenza maggiore rispetto al Giappone.

Il nostro studio ha permesso inoltre di rilevare una più alta prevalenza di Winter-SAD e Subsyndromal SAD nelle donne rispetto agli uomini (3:1). Quest'ultime presentano un più alto Seasonal Score e riferiscono più spesso problemi legati alle stagioni nell'energia, nell'umore, nel sonno, nell'attività sociale, nel peso e nell'appetito. Questi dati confermano il ruolo dei fattori cronobiologici nello sviluppo del disturbo affettivo stagionale e ribadiscono la maggiore suscettibilità del sesso femminile ai disturbi dell'umore.

Tuttavia, la prevalenza dell'evening type, riscontrata nel gruppo SAD appare in contrasto con dati presenti in letteratura.

Deficit di cognizione e sensibilità stagionale

M. Mazza, F. Pacitti, R. Roncone, M. Casacchia

Dipartimento Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Il SAD è un disturbo che si manifesta con sintomi affettivi e comportamentali, le cui variazioni d'intensità presentano una periodicità tipicamente circannuale. Si tratta di un disturbo molto frequente nella popolazione e caratterizzato dalla presenza di sintomi ricorrenti che si presentano esclusivamente durante la fase premenstruale o nei primi giorni del ciclo.

Una delle più importanti è il livello delle funzioni cognitive come l'attenzione, le capacità esecutive, la destrezza manuale e la coordinazione neuromuscolare. Queste capacità presentano il minimo nelle prime ore del mattino, ed il massimo nelle ore pomeridiane. Gli studi sulla cronobiologia ha permesso inoltre di comprendere meglio il funzionamento dell'organismo e delle funzioni esecutive tra cui le capacità di planning e di attenzione.

Obiettivo dello studio: è stato quello di valutare la risposta terapeutica alla light therapy e nelle componenti delle funzioni esecutive quali pianificazione, flessibilità e controllo, attenzione selettiva spaziale e attenzione sostenuta.

Metodi: abbiamo studiato un campione di 50 pazienti con diagnosi di SAD e 50 pazienti con diagnosi di PMS reclutati presso la Clinica Psichiatrica dell'Università dell'Aquila. Gli strumenti clinici utilizzati sono stati: una versione italiana modificata del Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ), Seasonal il Seasonal Food Preference Questionnaire e il Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ) e la Beck Depression Inventory (BDI), Questionario per l'Osservazione Retrospettiva e di Stato del Comportamento Circadiano. L'assessment delle funzioni esecutive è stato eseguito mediante i seguenti test: Torre di Londra, Winsconsin Card Sorting Test, Test di Fluenza Verbale, Doppio Compito. L'attenzione selettiva e la compatibilità spaziale verranno valutate con il Compito Simon. L'attenzione sostenuta verrà valutata con il Continuous Performance Test.

I soggetti sono stati sottoposti ad un ciclo di light therapy di 2 settimane, con esposizione giornaliera di 30 minuti.

Risultati: i risultati hanno evidenziato un miglioramento significativo delle funzioni neurocognitive in particolare nelle capacità attentive e nella pianificazione e programmazione delle azioni.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA BORROMINI

S33. Pratica clinica e rischio di malpractice

COORDINATORE
G. Di Sciascio

La perseverazione dell'errore diagnostico

A. Bellomo

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

La professione psichiatrica, rispetto ad altre aree di intervento sanitario, presenta peculiarità proprie che rendono più difficoltosa la valutazione di eventuali comportamenti inadeguati e che possono concretizzare profili di responsabilità del tutto particolari.

La valutazione e la gestione del rischio e dell'eventuale errore in psichiatria è da qualche tempo argomento di continue discussioni in questo particolare settore della medicina.

Si può definire errore: "ogni giudizio o valutazione che contravenga al criterio riconosciuto valido nel campo in cui il giudizio si riferisce, oppure ai limiti dell'applicabilità del criterio stesso".

L'errore non appartiene alla sfera delle "proposizioni" (o degli enunciati), ma a quella del "giudizio", in altre parole ad un atteggiamento "valutativo" che stimi se sussistono le due condizioni necessarie per il verificarsi della possibilità d'errore: a) che vi sia, e sia applicabile in una data situazione, un valido criterio di giudizio, senza il quale non è possibile distinguere l'errore dal non errore; b) che tale criterio non sia necessario e infallibile, altrimenti l'errore dovrebbe essere stato impossibile in partenza, e saremmo in questo caso di fronte all'applicazione di una pratica palesemente "sbagliata".

Due sono le categorie generali degli errori:

- errori di commissione, *causati dall'esecuzione d'atti medici e/o assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto;*
- errori di omissione, *dovuti alla mancata esecuzione d'atti medici e/o assistenziali ritenuti necessari per i pazienti, in base alle competenze e conoscenze professionali.*

Peraltro è ormai chiaro che un eventuale errore in psichiatria si può evidenziare in varie fasi ed in vari momenti della gestione clinica del paziente affetto da disturbi mentali, potendo riguardare anche la fase iniziale di tale gestione, quella, cioè, in cui sussiste la necessità di formulare una diagnosi corretta al fine di impostare un adeguato intervento terapeutico-riabilitativo.

Monitoraggio medico: a chi, quando e perché

G. Di Sciascio, S. Calò, R. Melpignano, M. Nardini
AOU "Policlinico Consorziato", Bari

La storia del trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici ha assunto una direzione assolutamente 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 ha di fatto portato in luce alcuni aspetti della terapia farmacologica connessi alla sua capacità di incidere sia sul piano psicopatologico che su quello della salute fisica.

In questa ottica proprio il trattamento psicofarmacologico dei disturbi mentali rappresenta uno degli aspetti più delicati dell'agire psichiatrico, soprattutto se si tiene conto che, in alcuni pazienti, una adeguata risposta clinica si associa alla comparsa di alcune collateralità che possono compromettere il risultato terapeutico oltre che determinare una riduzione della qualità e della quantità di vita dei pazienti stessi.

Questo dato appare ancora più rilevante soprattutto se si tiene conto del fatto che tali pazienti spesso presentano in comorbidità patologie internistiche che risentono fortemente delle collateralità indotte dal trattamento psicofarmacologico.

Appare chiaro quindi che una corretta valutazione e gestione di tali problematiche sia una delle principali responsabilità dello psichiatra al fine di raggiungere il miglior risultato possibile allo stato delle conoscenze attuali.

L'obiettivo di questo contributo è quello di rilevare, alla luce dei dati presenti in letteratura e delle disposizioni dell'AIFA e di altre agenzie regolatorie, le principali collateralità legate ai trattamenti psicofarmacologici e le raccomandazioni relative alla loro gestione e monitoraggio.

Ragionando sull'off-label ...

R. Brugnoli

Fondazione Paolo Pancheri, Roma

Off-label è un termine inglese, entrato nell'uso comune, traducibile in italiano come utilizzo di un farmaco al di fuori delle condizioni autorizzate.

Per off-label si intende la pratica di prescrivere un farmaco per scopi e secondo modalità diversi da quelli ap-

provati dalle autorità regolatorie Food and Drug Administration (FDA) negli Stati Uniti e European Medicines Evaluation Agency (EMA) in Europa.

La prescrizione di farmaci, sia per indicazioni non previste dalla scheda tecnica sia non ancora autorizzati al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

Alcuni degli esempi più comuni di utilizzo off-label di alcune molecole è rappresentato dall'uso di alcuni anti-epilettici e antipsicotici come stabilizzatori dell'umore o da quello di molecole antidepressive per il controllo di sindromi ansiose o dolorose.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

Nonostante la preoccupazione per la sicurezza dei pazienti (l'efficacia e la sicurezza di questi farmaci sono state infatti valutate in popolazioni diverse da quelle oggetto della prescrizione off-label) in molti casi le prescrizioni off-label si sono rivelate una valida alternativa terapeutica per patologie che non rispondono alle terapie correnti.

In questa relazione si farà il punto sugli aspetti più innovativi, sia dal punto di vista clinico che medico-legale, relativi a questa pratica terapeutica.

Pratica clinica e rischio di malpractice: "errare humanum est ..."

R. Catanesi

Ordinario di Psicopatologia Forense, Università di Bari

In qualità di discussant verranno esaminate le problematiche sollevate dai relatori e proposte interpretazioni e soluzioni alla luce della normativa vigente, della dottrina medico-legale e della più recente giurisprudenza. Il tema della perseverazione dell'errore diagnostico in psichiatria evoca diversi scenari: da quello più tradizionale, per il quale dall'errore diagnostico promana quello terapeutico con evidenti scenari di responsabilità professionale ad altri meno comuni, e talvolta sottovalutati, come l'uso strumentale che della diagnosi viene fatto in svariati contesti, con costruzione di vere e proprie "carriere" psichiatriche per ottenere una invalidità civile o benefici di legge in ambito penale.

La questione del monitoraggio medico richiama invece antiche ed ancora non superate divisioni fra psichiatria ed altre branche mediche, che inducono talvolta cattive prassi – con conseguenti profili di responsabilità medica – alimentate da mai risolte querelle sulle competenze, i luoghi e le modalità trattamentali di patologie fisiche in un paziente psichiatrico.

Infine verrà trattata la questione dell'off-label, la difficile adattabilità delle necessità psichiatriche con le problematiche medico-legali, fra le quali gli obblighi di acquisizione del consenso informato.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA TINTORETTO

S34. Psichiatria di comunità: un modello valido?

COORDINATORE

L. Canova

Le problematiche legislative e normative

P.L. Scapicchio

Professore a contratto, Università del Sacro Cuore di Roma

I radicali ed incalzanti mutamenti sociali che si sono verificati negli ultimi quindici anni, hanno reso l'attuale modello di Psichiatria di Comunità sostanzialmente inadeguato a rispondere alla nuova domanda di salute. Sul piano legislativo e normativo il nostro Paese è fermo a quanto disposto dalla legge 833 del 23 dicembre 1978 e dal DPR 7 aprile 1994. Considerando che il DPR è antecedente alla riforma aziendalistica della Sanità si comprende come anche gli strumenti operativi della nostra organizzazione assistenziale siano fondamentalmente obsoleti.

La riforma del Titolo V della Costituzione, che ha delegato alle Regioni le competenze in materia di Sanità, ha reso ancor più complesso l'adeguamento legislativo e normativo dell'assistenza psichiatrica alla nostra mutata condizione sociale, perché la frammentazione localistica degli interventi ha finora determinato correzioni gestionali ma non politiche del modello assistenziale. Di contro, la competenza legislativa dello Stato sulla normativa concernente il TSO, che il Parlamento ha deciso di modificare, finirà col condizionare inevitabilmente la necessaria riforma dell'attuale modello dipartimentale.

Senza la condivisione di principi operativi tra Stato e Regioni, pertanto, non si supera lo stallo in cui si è venuto a trovare il modello della Psichiatria di Comunità e non si possono colmare le numerose insufficienze che oggi lo caratterizzano.

Psichiatria di comunità: un modello ancora valido? Le valutazioni dei Servizi

L. Ferrannini

Dipartimento Salute Mentale, ASL 3 Genovese

La psichiatria si trova oggi di fronte ad un passaggio epocale per il suo statuto scientifico, la sua funzione di cura, la sua legittimazione sociale, con la necessità di una forte e netta scelta di campo, al pari di quella che ha portato al superamento delle istituzioni totali ed all'avvio del sistema di psichiatria di comunità, tra una tendenza semplificante e l'assunzione avanzata della complessità scientifica e dell'agire terapeutico.

Questo mutamento-allargamento dei confini impone una riflessione sulle tecniche e sui setting di intervento: sulle tecniche, nello sforzo di coniugare intervento psicofarmacologico, psicoterapeutico e psicosociale in un vero approccio integrato, attento alle reali evidenze scientifiche (senza suggestioni né compiacenti subalterità) ma anche alla produzione di evidenze cliniche (attraverso strumenti di monitoraggio delle pratiche, dalla cartella clinica a case report a sistemi di audit clinico) che supportino tutti i livelli di intervento, (una clinica cioè capace di produrre evidenze anche sui trattamenti psicoterapici e sulla complessa gamma di interventi riabilitativi e psicosociali, ricchi di pratiche e poveri di sistematizzazioni, valutazioni e monitoraggio degli esiti sul versante clinico e della qualità della vita ed inclusione sociale del paziente); sui setting di intervento, intesi non solo come luoghi, ma anche come reti, percorsi di presa in carico e trattamento, flessibili in relazione alle fasi della malattia, agli obiettivi del trattamento, ai contesti ed alle persone.

Pensare e praticare una clinica aperta a tecniche, strumenti, interventi diversificati: dal farmaco ai gruppi di auto-aiuto, attraverso snodi complessi ma sempre intesi come parti interagenti di un unico pensiero clinico e quindi di un percorso di cura "unitario e forte", ma abbia al centro la prospettiva della "recovery" (Davidson, 1992; Farkas, 2007; Bonney et al., 2008), intesa come recupero di senso dell'esperienza di sofferenza e di malattia. I servizi, in questa direzione, devono assumere una funzione di supporto e di catalizzatore per una clinica "recovery-oriented", i cui punti centrale ci sembrano essere (Ferrannini, 2002; Ferrannini e Peloso, 2005; Ferrannini, 2006): a) non fermarsi alle categorie; b) verificare e sistematizzare le pratiche quotidiane; c) rifiutare le (pseudo)soluzioni sicure; d) sviluppare e promuovere la formazione indipendente come manutenzione; e) mantenere la capacità di pensare nella turbolenza e nel vuoto; f) stabilire relazioni e servizi di "prossimità"; g) trasformare pratiche rigide, frammentate, standardizzate in pratiche personalizzate, connesse, condivise.

Bibliografia

Bonney S, Stickley T. *Recovery and mental health: a review of the British Literature*. J Psychiatr Ment Health Nurs

2008;15:140-53.

Davidson L, Strauss JS. *Sense of self in recovery from severe mental illness*. Br J Med Psych 1992;65:131-45.

Farkas M. *La concezione attuale della guarigione: che cos'è e qual è il suo significato nei servizi*. World Psychiatry 2007;6:4-10.

Ferrannini L. *Il Dipartimento di Salute Mentale è un servizio di psichiatria di comunità?* Psichiatria di Comunità 2002;1:77-85.

Ferrannini L, Peloso PF. *Il DSM tra modello organizzativo e contenuti*. Rivista Sperimentale di Freniatria 2005;CXXIX:59-75.

Ferrannini L. *Crisi del mito dell'onniscienza e necessità di nuovi paradigmi*. Psichiatria di Comunità 2006;V:33-7.

Psichiatria prossimo futuro

L. Canova

Dipartimento di Neuroscienze/Psichiatria, Università di Siena

La psichiatria dei prossimi decenni dovrà svolgere nuovi compiti, in rapporto alle mutate condizioni culturali, socio-economiche e al nuovo tipo d'uomo che dovrà affrontare le molteplici emergenze. Basti pensare alle migrazioni di popoli, al cambiamento del clima, alla ridotta disponibilità energetica e specialmente dell'acqua, ai conflitti sociali ed etnici, alle nuove aggregazioni pseudoreligiose, ai fondamentalismi ideologici, al consumismo, alle povertà vecchie e nuove, all'invecchiamento crescente della popolazione, alla mancanza di lavoro, alla violenza urbana e altri ancora.

Si tratta d'impostare una "nuova igiene mentale" tendente a ridurre il rischio di patologie nevrotiche e depressive, di declino cognitivo precoce, di disturbi di personalità e d'alterazioni del comportamento alimentare, di riduzione dell'uso di sostanze psicotrope, di contenimento degli atti di violenza ed aggressività.

Il problema che si pone è se la Psichiatria del prossimo futuro si caratterizzerà mediante l'istituzione di diverse sottospecialità, l'area neuroscientifica, l'area medico-clinica, quella psicoterapeutica e quella politico-sociale oppure le suddette aree si limiteranno solo al campo della ricerca e nel campo professionale potrà prevalere ancora la figura unitaria del nuovo specialista in psichiatria.

Lo psichiatra del prossimo futuro dovrà sviluppare la sua funzione del "prendersi cura" avvalendosi di una maggiore comprensione della natura delle malattie, di una rivalutazione del rapporto con il medico di base e d'altre specialità, della conoscenza della complessità delle nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche, dell'utilizzo di strumenti che consentiranno di valorizzare il profilo neurobiologico e le potenzialità psicologiche del singolo in una società che si mostrerà in continua evoluzione.

In sintesi lo psichiatra sarà lo specialista della comunicazione, il rinnovato mediatore tra la malattia e la città che propone dei bisogni e chiede allo specialista la capacità di occuparsene e di risolverli in modo adeguato.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA PINTURICCHIO

S35. Psicopatologia generale tra natura e cultura

COORDINATORI

G. Bartocci, N. Lalli

Quale psichiatria per quale religione?

G.G. Rovera

Professore Onorario di Psichiatria, Università di Torino

Tra religione e psichiatria, vi sono stati e vi sono, implicitamente, esplicitamente e storicamente presumibili ed importanti rapporti.

È pertanto utile una preliminare configurazione concettuale sulle più comuni accezioni che riguardano la religione: a) come complesso di credenze e di riti, storicamente e teologicamente determinati; b) quale sentimento profondo di deferenza e di devozione per qualcosa o qualcuno e conseguenti riferimenti di rispettosa temperanza.

Articolandosi a questi presupposti di base la psichiatria (grazie ad un modello interattivo e pragmatico bio-psico-socioculturale) si pone almeno a *tre livelli*: a) quello dell'emergere della *psichiatria "premoderna"* attraverso lo studio della follia e della demonologia ("Il tramonto del diavolo"); b) quello delle *sette parareligiose* che contaminano attualmente i rapporti tra psichiatria e religione ("Neo-primavera del diavolo"); c) quello delle tematiche riguardanti l'uso sacramentale dell'esorcismo, la posizione di *discernimento* e l'articolazione ventuale con le teoria e la prassi psichiatrica. Il contributo clinico personale riguarda una ricerca, durata per alcuni anni, effettuata in un contesto che da un lato ha offerto un accoglimento religioso spirituale per casi difficili e dall'altro un servizio specialistico per le rilevanze psicopatologico-cliniche.

Le diverse prospettive tra religione e psichiatria debbono altresì venire colte attraverso gli studi della psichiatria transculturale che può utilizzare: a) sia gli elementi di comparazione; b) sia le prospettive di testimonianze di psichiatri appartenenti a religioni diverse (vedi il Convegno Internazionale di Psichiatria Transculturale a Narni, fra esponenti islamici, cattolici e laici).

Nelle considerazioni conclusive si discutono gli elementi di tale complesso tema sottolineando la necessità di dialogo e di rispetto reciproco verso i molteplici sistemi di valori e di credenze religiose. Tali studi devono inoltre essere compatibili sia con il pensiero scientifico, sia con le attuali posizioni della metodologia interculturale, sia con i diritti universali dell'individuo umano.

La voce di Dio: case report di sintomi e divinità

M. Ascoli, F. Zwatongwa

East London NHS Foundation Trust, London, UK

In questo lavoro viene presentato il caso clinico di una giovane Africana residente a Londra, appartenente a una comunità religiosa Pentecostale. La paziente, in seguito al fallimento di una relazione amorosa, inizia a udire la voce di Dio e struttura una serie di convinzioni deliranti riguardo al suo prossimo matrimonio. Il caso si colloca, per le sue caratteristiche specifiche, al di là dell'esperienza religiosa e sconfina nella franca psicopatologia. Verranno inoltre illustrate le modalità attraverso le quali la comunità di fedeli, presso cui guarigioni miracolose, esperienze mistiche e stati alterati di coscienza rappresentano tappe usuali di un percorso spirituale del tutto sano, tenta di gestire i sintomi della giovane senza ricorrere ad un invio presso i servizi psichiatrici locali, pur comprendendone la franca natura patologica. Infine, verranno illustrati i criteri attraverso i quali la comunità religiosa di appartenenza ha connotato in senso patologico le esperienze religiose presentate dalla paziente.

Psicosi, dissociazione e dualismo culturale

V. De Luca

World Association of Cultural Psychiatry

I fenomeni dissociativi sono stati spesso indagati in psichiatria culturale, sia perché molti sintomi psichiatrici e molte sindromi culturalmente determinate presentano una base culturale, sia perché ad una formulazione diagnostica ancora imprecisa corrispondono due modelli nettamente opposti, con paradigmi culturali socio-psichiatrici antitetici. In un caso si pone la possibilità di un'attività neurologica indipendente e comune tanto alle situazioni patologiche quanto alle persone prive di patologie, nell'altro la possibilità di interpretare i fenomeni dissociativi grazie ad esperienze, ruoli e aspettative culturalmente determinati.

La psichiatria culturale recente (Miresco e Kirmayer, 2006; Seligman e Kirmayer, 2008) sta avanzando nuove ipotesi circa una maggiore integrazione dei modelli psichiatrici che sottendono alle patologie psicotiche e ai fenomeni dissociativi.

Lo sviluppo di una neuroscienza culturale (Chiao e Ambady, 2007), capace di sostituire il modello dualistico con una visione più coerente e integrata, appare dove-

roso alle porte di un millennio che vede l'ibridazione delle scienze come il primo passo verso una concettualizzazione differente della psicopatologia, concepita come contaminazione delle discipline differenti in sostituzione dei paradigmi specialistici.

Attraverso esempi clinici di psichiatria culturale, l'Autore propone un confronto con i risultati delle ricerche di neuroscienze sulle esperienze dissociative per un superamento del dualismo mente/corpo.

In lotta contro il male: una convivenza scomoda tra pratiche taumaturgiche, sacramentali e psichiatria

A. Eligi

Istituto di Igiene Mentale Transculturale

L'esperienza clinica comparativa della psichiatria cultu-

rale ha da sempre messo in risalto il ruolo della cultura e delle istanze religiose nella spiegazione emica dei fenomeni psicopatologici da un lato e delle pratiche sciamaniche di guarigione dall'altro. Tale assunto viene perlopiù tacitamente accolto dallo psichiatra occidentale quando si tratta di contesti interculturali classici riconoscendo con le famose *caratteristiche collegate a cultura e genere* invocate dal DSM-IV-R, il palesarsi di differenti identità culturali. Più complesso appare l'approccio della psichiatria verso pratiche taumaturgiche ed esorcistiche diffuse nel mondo occidentale (e in Italia in particolare) sia in virtù di un assetto più embricato con il background culturale del clinico sia per un atteggiamento culturalmente forte del pensiero religioso. Appare importante un'indagine di queste pratiche di estrazione del male evidenziandone gli eventuali effetti negativi e positivi nonché le contraddizioni inerenti la loro coesistenza con interventi medici convenzionali di cura.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA BERNINI

S36. Obesità e cervello

COORDINATORE

A. Goracci

Obesità e DCA: la clinica

S. Calossi, A. Goracci, F. Fanetti, E. Cigna, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Siena

Nonostante l'obesità non sia inclusa, come categoria diagnostica, all'interno dei sistemi nosografici psichiatrici (DSM-IV, ICD-10), e non venga identificata come entità autonoma tra i disturbi della condotta alimentare (DCA), in quanto non è stata accertata una modalità comportamentale, psicologica e psicopatologica stabile della popolazione di soggetti obesi, è evidente come essa sia una condizione frequentemente associata ad alti livelli di psicopatologia (oltre al Binge Eating Disorder, diversi disturbi di asse I – soprattutto disturbi dell'umore e disturbi d'ansia – e di asse II) e come condivida con i DCA molti elementi di comunanza psicopatologica.

A tal proposito infatti, numerosi Autori hanno evidenziato la presenza di uno stretto legame tra distorsione dell'immagine corporea e l'insorgere ed il mantenimento dell'obesità e, recentemente, Williamson et al. hanno proposto un modello secondo il quale DCA ed obesità sono collocati lungo un continuum definito "spettro alimentare" in cui si collocano quadri clinici diversi a seconda della distribuzione di specifiche variabili, tra cui

il binge eating, la paura di aumentare di peso, la spinta alla magrezza, l'attenzione alla forma.

In realtà, sebbene recenti review abbiano analizzato similitudini e differenze che intercorrono tra l'obesità e i DCA, una approfondita caratterizzazione psicopatologica dell'obesità risulta ancora scarsa.

È sulla base di questi presupposti che ci proponiamo di verificare la presenza di similitudini e differenze (a livello clinico, psicologico, psicopatologico) tra i DCA e l'obesità (prospettando anche l'esistenza di un sottotipo di obesità, contropolare all'anoressia nervosa) che potrebbe entrare a far parte del capitolo dei DCA per comprendere l'eventuale presenza di una correlazione nosografica tra queste entità diagnostiche, nell'ottica della "sottotipizzazione psicopatologica" del soggetto obeso.

Obesità e DCA: il contributo della ricerca genetica

A. Pierò

Dipartimento di salute mentale ASL TO 4, Piemonte

Obiettivo della presente relazione è di fornire una revisione critica dello stato dell'arte e delle aree di ricerca futuribili riguardanti il rapporto tra obesità, disturbi del comportamento alimentare (DCA) e ricerca genetica. Sebbene sia

ormai noto come l'obesità derivi dall'interfacciarsi di una predisposizione genetica allargata con le influenze ambientali, ancora molti aspetti rimangono non sufficientemente chiariti o esplorati. Di particolare interesse è lo studio delle condizioni di obesità associate a disturbi mentali (in particolare i DCA). In particolare le domande a cui si cercherà di dare risposta sulla base delle evidenze degli ultimi 10 anni: 1) l'obesità non è un disturbo mentale, ma spesso in soggetti obesi vengono diagnosticati disturbi dell'umore (unipolari o bipolari), disturbi d'ansia e disturbi di personalità (il cluster B è il più rappresentato). In quale rapporto sono l'obesità e tali disturbi in asse I e II del DSM-IV da un punto di vista genetico? Esiste una vulnerabilità comune? 2) quali sono i rapporti tra obesità e DCA (il Binge Eating Disorder) dal punto di vista dell'indagine genetica? 3) quali evidenze hanno fornito gli studi di genetica rispetto al ruolo della personalità nella genesi/mantenimento dell'obesità e dei DCA? 4) rispetto al ruolo dell'ambiente, esiste una specifica vulnerabilità agli eventi di vita in soggetti obesi con DCA? 5) quali sono al momento attuale le possibili implicazioni cliniche della mole di ricerche effettuate in questo ambito?

L'elevata prevalenza dell'obesità e del Binge Eating Disorder nella popolazione generale e l'elevato grado di disabilità conseguente a tali condizioni (costo sociale elevatissimo), nonché le estreme difficoltà nell'ottenere uno stabile miglioramento clinico nei soggetti obesi con BED e disturbi in asse I e II del DSM-IV, hanno spinto i ricercatori di tutto il mondo ad investire molto nella ricerca genetica, ma le risposte a domande così complesse sembrano ancora in larga parte preliminari.

Neurobiologia dell'obesità

A. Fagiolini

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Siena

Nonostante l'indubbio contributo di fattori ambientali e comportamentali, è ormai riconosciuta la fondamentale importanza di fattori biologici e genetici nello sviluppo e mantenimento dell'obesità. La presentazione illustrerà la complessa regolazione dell'appetito e del peso corporeo da parte dell'ipotalamo e di altri centri cerebrali. Saranno inoltre discussi i progressi nello studio della neurobiologia della regolazione dell'assunzione di cibo e del metabolismo energetico. Particolare attenzione verrà dedicata alla revisione degli aspetti molecolari e genetici dell'obesità, all'importanza del sonno per prevenire l'obesità, agli studi di neuroimaging, e al ruolo

dell'ambiente intrauterino nello sviluppo embrionale delle vie per il controllo del bilancio energetico.

Interazioni cross modali del sistema mirror in soggetti iperfagici

A. De Capua, A. Goracci, S. Calossi, V. Falzarano, M. Ulivelli, S. Bartalini, P. Castrogiovanni, S. Rossi

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Siena

La scoperta di neuroni localizzati nelle aree parietali e premotorie del cervello del macaco, conosciuti come "mirror neurons", in grado di attivarsi non solo nel momento in cui l'animale compie una determinata azione ma anche quando osserva gli altri compiere la stessa azione, ha condotto numerosi ricercatori ad ipotizzare la presenza di un meccanismo neurofisiologico comune alla base di comportamenti socialmente rilevanti quali l'imitazione e l'empatia. Più recentemente è stato dimostrato che il sistema mirror può essere attivato in modo cross-modale anche da stimoli uditivi: attraverso la registrazione dell'attività di singoli neuroni nella corteccia premotoria del cervello di scimmia è stato dimostrato che tali neuroni si attivano anche quando l'animale sente suoni correlati ad una determinata azione (es. schiacciare una noce). Tale attivazione è strettamente correlata al contenuto simbolico del suono udito dall'animale. Studi ripetuti sull'uomo hanno dimostrato la presenza di un network temporoparietale simile a quello descritto nel macaco in grado di attivarsi quando il soggetto ascolta frasi che descrivono specifiche azioni o quando sente il suono legato a determinate azioni. Inoltre, attraverso studi di neuroimaging, è stato dimostrato come il senso di fame sia in grado di modulare selettivamente la risposta emodinamica del network fronto-parietale attivato durante l'osservazione del grasping di stimoli a contenuto alimentare. Il contenuto simbolico dell'azione osservata o udita sembra quindi essere cruciale ai fini dell'attivazione cross-modale delle aree motorie e premotorie sia nella scimmia che nell'uomo. Durante la presente relazione verranno descritte le modalità attraverso le quali l'input olfattivo, riconducibile al coinvolgimento del più ancestrale dei cinque sensi, al pari dell'osservazione e dell'udito, possa contribuire in modo cross-modale alla modulazione dell'output corticospinale, e più in generale all'attivazione del sistema mirror, in soggetti sani e in soggetti iperfagici (affetti o meno da disturbi psichiatrici).

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA LEONARDO

S37. I disturbi isterici di personalità e la nuova "isteria"

COORDINATORE
V. Volterra

Isteria e personalità isterica: cenni storici e concezioni psicopatologiche attuali

P. Migone

Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*

Forse più che ogni altra psicopatologia, l'isteria testimonia i notevoli cambiamenti avvenuti nell'ultimo secolo in termini di epidemiologia psichiatrica e anche di difficoltà incontrate per arrivare ad un sistema diagnostico condiviso. Da una parte si è assistito, almeno nei Paesi industrializzati, ad una virtuale scomparsa della isteria classica basata sulla "conversione somatica" e anche delle crisi simil-epilettriche ("isteriche") di natura dissociativa, e dall'altra alla relativa scomparsa o enorme diminuzione delle nevrosi sintomatiche che hanno lasciato il posto a quadri più sfumati, i cosiddetti disturbi di personalità, che da "cenerentola della psichiatria" diventeranno tra le psicopatologie più studiate e diffuse. Vengono ripercorse le ipotesi eziopatogenetiche e diagnostiche sull'isteria per arrivare alle concezioni attuali, che la vedono sostanzialmente come una struttura di personalità, definita "istrionica", con caratteristiche molto simili a quella borderline. L'isteria, che ha contrassegnato la nascita della psicoanalisi, ne ha anche testimoniato le enormi trasformazioni avvenute nel corso del suo secolo di vita. In questo senso, si può dire che l'isteria sia stato il primo paradigma teorico della psicoanalisi, rimpiazzato poi da quello che alcuni hanno definito il secondo grande paradigma teorico della psicoanalisi, quello della struttura borderline, che peraltro può considerarsi altrettanto controverso. Si pensi che il recente *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*, il manuale diagnostico psicoanalitico ufficiale che intende cavalcare la crisi dei DSM-III e DSM-IV in termini di validità e contribuire quindi al dibattito attorno alla costruzione del DSM-V del 2011, propone addirittura l'abolizione della personalità borderline, intendendo con questo termine solo un livello di gravità per tutte le diagnosi di personalità.

Bibliografia

Migone P. *La personalità istrionica-isterica*. In: *Terapia psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli 1995, pp. 153-62 (una versione del 1991 su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probster/ruoloter/rt58-91.htm>).

Migone P. *La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual)*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2006;XL:765-74.

Storia e attualità di una "figura" clinica

F.M. Ferro

Università di Chieti

La questione riguardante l'"isteria" è ricorrente e da sempre incerta nel dibattito psicopatologico. In effetti questa celebre figura della clinica sopravvive nelle moderne classificazioni internazionali in modo parcellare: manifestazioni somatiche, fenomeni dissociativi o turbe di personalità.

In verità, la storia di tale figura è stata di particolare complessità e, più che in altri casi, legata ai cambiamenti d'ottica della psicopatologia (Ferro e Riefolo, 1996 e 2006).

Per i francesi della seconda metà dell'800, da Briquet a Charcot sino a Babinski, rappresentava un caleidoscopio di fenomeni emergenti sulla scena della clinica. Da un lato sintomi espressi a livello fisico, e quindi da differenziare rispetto a quelli somaticamente fondati: con l'effetto di definire, tra svenimenti, convulsioni, anestesia e paresi, gran parte della "semeiotica neurologica". Dall'altro turbe psicologiche varie: amnesie, offuscamenti della coscienza, sdoppiamenti, vissuti deliranti di intenso colore passionale, affabulazioni. Tale inesauribile e poliedrica complessità trovava un denominatore comune nella suggestionabilità: le manifestazioni si mostravano sensibili all'ipnosi, per essere evocate e per essere poi sciolte. E Babinski, rilevando l'effetto risolvante della "persuasione" su questi copioni sorprendenti come pieces teatrali, parlò di "pitiatismo".

Freud lesse i sintomi somatici descrivendo uno dei meccanismi di difesa essenziali nel caratterizzare le "nevrosi": la "conversione", termine mutuato dalle teorie economiche. Quanto agli aspetti psicologici, la loro variabile entità caratterizzò la distinzione tra "piccola" e "grande" isteria. In ogni caso, gli studi sull'isteria ebbero un ruolo fondamentale sia nel mettere in evidenza i nessi tra sintomi e conflitti profondi sia nel comprendere le manifestazioni psicopatologiche nel contesto delle relazioni interpersonali e terapeutiche; nel far evolvere la cura dall'ipnosi ad altre vie di esplorazione del linguaggio e delle sue componenti inconscie. In questo senso si può ben dire che la psicoanalisi è nata come isterologia. Bleuler, mettendo a fuoco il meccanismo della "dissociazione", finì per includere le manifestazioni psicologiche dell'isteria nell'ambito "tentacolare" delle "schizofrenie", e tale impostazione ha finito per prevalere anche nella psicopatologia americana.

Dell'isteria vengono attualmente presi in considerazione

aspetti separati. I sintomi di "conversione" somatica, a livello senso-motorio e degli organi di senso. I fenomeni "dissociativi", manifestazioni a carattere dimensionale presenti in varie sindromi. I disturbi di personalità con riferimento al problema delle "personalità multiple", ma soprattutto evocativi dei fenomeni di "suggestione" e di "persuasione" già segnalati da Babinski. Le configurazioni isteriche intese quali particolari passaggi all'interno di situazioni terapeutiche e di moti transferali. Solo la scuola "lacaniana", nel ritorno a Freud, ha ripreso l'entità della "follia isterica" e non solo della "conversione" (Maleval).

Queste linee storiche ed interpretative segnalano peraltro quello che è il carattere distintivo e insieme proteiforme e inafferrabile di una figura clinica nella sua realtà.

Gli isterici delirano?

G. Martini

Dipartimento di Salute Mentale Roma E, UOC SM Distretto 17

Procedendo da una breve disamina degli attuali contributi in tema di psicopatologia psicodinamica dell'isteria, nonché dalla sua relazione con i disturbi dissociativi, viene affrontata la questione della possibile emergenza di nuclei psicotici e della sussistenza di un "delirio" di tipo isterico. Nel tentativo di distinguere il delirio isterico da quello schizofrenico, vengono evidenziate soprattutto le problematiche relative alla rappresentazione e all'affettività, richiamandosi nel contempo alla storica, ma obsoleta categoria jaspersiana del "deliroide epitemico". La presenza di un nucleo affettivo prevalente (il "complesso ideoaffettivo"), che può esitare in un delirio sui generis, testimonia peraltro una ragguardevole differenza rispetto al vissuto schizofrenico: una eccedenza erotizzata di senso nel primo caso, un vuoto rappresentazionale nel secondo. In tal modo, recuperando certi

contributi degli Autori prekraepeliniani e passando attraverso la psicoanalisi, vengono individuate una semeiotica ed una fenomenologia del delirio isterico, del tutto ignorate dagli attuali sistemi nosografici, che non di meno gli conferiscono una esclusiva peculiarità di cui è necessario tener conto tanto nel trattamento farmacologico e psicoterapico che istituzionale.

Attraverso la disamina di alcuni casi clinici, seguiti in psicoterapia o in un contesto psichiatrico, vengono discusse le strette interconnessioni tra la rilevante valenza affettiva del delirio isterico e la sua espressività in un contesto relazionale, con particolare riferimento alla relazione terapeutica e ai complicati problemi transferali che essa genera.

Aspetti psichiatrico forensi nei disturbi dissociativi, fittizi ed isterici

V. Volterra

Università di Bologna

Molto complessa e spesso discorde è la valutazione psichiatrico forense dei disturbi fittizi, dissociativi ed isterici, riscontrabili in soggetti autori di reato nei quali, prima di tutto, si deve escludere la produzione o la simulazione di segni o sintomi fisici o psichici, anche se la stessa simulazione di malattia può essere considerata una malattia "sui generis".

In particolare vengono presentati e discussi alcuni esempi di persone con: a) amnesia dissociativa; b) fuga dissociativa; c) disturbo di personalità multipla; d) disturbo di depersonalizzazione; e) sindrome di Ganser; f) disturbi di coscienza non riconducibili a cause organiche; g) aspetti connessi a determinate situazioni culturali-etniche.

Sono quindi considerati i riflessi che questi disturbi possono avere sul piano psichiatrico-forense, sia in ambito penale che nei procedimenti civili.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA RAFFAELLO

S38. È vero che gli antidepressivi non funzionano?

COORDINATORE

L. Tondo

How marketing created the illusion antidepressants work

D. Healy

North Wales Department of Psychological Medicine, Cardiff University, UK

In 2006 FDA requested data from all placebo controlled trials of SSRI and post-SSRI antidepressants¹. The data show that only 1 person out of 10 has a specific response to these drugs as measured on rating scales. The data show no evidence of a clear functional benefit on treatment and in the active treatment group there are

more dead bodies than in the placebo group. Allied to this a significant number of those given active treatment will have become dependent on treatment, giving them an enduring disorder they did not have previously. Treatment furthermore will much more reliably have worked to produce clear sexual and other dysfunctions than it will have done to produce any antidepressant effect. The idea that data like this could be interpreted as meaning antidepressants work, in some sense comparable to way antibiotics or insulin works is clearly not supported by the evidence. This idea caught hold because the vast majority of the over 1000 articles involved are likely to have been ghostwritten, a great deal of any inconvenient data was simply left unpublished, and the most powerful public relations and communication agencies on the planet ensured that all news outlets carried stories of antidepressant efficacy and did not carry stories of antidepressant hazards or inefficacy. One of the key public relations messages is that any stories hostile to antidepressants reflect a media bias against antidepressants or psychiatry.

Reference

- ¹ Stone M, Jones L. *Clinical review: relationship between antidepressant drugs and adult suicidality*, 2006. <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-index.htm>.

Why the media are against drugs in psychiatry

L. Tondo

Dipartimento Psicologia Università di Cagliari; Harvard Medical School-McLean Hospital, Boston; Centro "Bini", Cagliari

Un recente articolo ¹ ha scatenato una campagna di stampa internazionale sulla inefficacia degli antidepressivi.

Si tratta di una metanalisi basata su 35 studi sull'efficacia di quattro moderni antidepressivi, provenienti dalla banca dati della FDA. Lo studio in questione mostra un'efficacia degli antidepressivi superiore al placebo soltanto del 20% e significativa nelle depressioni più gravi, indicando un beneficio nei pazienti meno gravi trattati con placebo. Una limitazione di queste ricerche è che non rispecchiano la realtà dei trattamenti clinici per la loro breve durata (circa sei settimane). Un altro problema è la loro multicentricità con diverse valutazioni e selezioni dei pazienti. In ogni caso l'elevata efficacia del placebo dovrebbe sicuramente essere studiata per capire come sfruttarla in modo sistematico. Lo studio evidenzia, inoltre, quanto meno un conflitto di interessi di tipo ideologico, visto che gli autori sono tutti psicologi e arrivano a concludere che i farmaci sono giustificati nei pazienti più gravi, mentre agli altri si potrebbero consigliare "soltanto se trattamenti alternativi non hanno portato ad alcun beneficio". Le alternative di cui parlano gli Autori sono psicoterapeutiche, trattamenti la cui efficacia è pochissimo dimostrata da studi sperimentali. I loro sostenitori sottolineano l'assenza di effetti collaterali, effettiva se si parla di conseguenze fisiche, mentre poco si dice dei costi indiretti, come la perdita di mesi o anni di studio o lavoro quando le terapie sono inefficaci. L'aspetto più rilevante rimane però la velocità con cui la stampa abbia dato spazio a uno studio pubblicato su una rivista di secondaria importanza, per poter criticare la psichiatria basata su modelli sperimentali e schierarsi a sostegno di interventi alternativi di efficacia non provata.

Bibliografia

- ¹ Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. *Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration*. PLOS Medicine 2008;5:260-7.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA CARAVAGGIO

S39. Le psicoterapie brevi in medicina

COORDINATORI

L. Pavan, M. Biondi

Psicoterapie brevi in medicina

M. Biondi

Ordinario di Psichiatria, UOC di Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica – SPDC, Azienda Policlinico "Umberto I", Sapienza Università di Roma

I bisogni del malato in medicina generale e specialisti-

ca riguardano con prevalenze variabili dal 10 al 50% secondo vari studi – differenti per aree e tipologie di diagnosi – sofferenza di tipo depressivo, ansioso, in minor misura di natura dissociativa, psicotica o psicoorganica. L'ambito riguarda tra gli altri pazienti oncologici, cardiovascolari, neurologici, gastroenterologici, dermatologici, post-chirurgici. Alla presentazione cli-

nica si sovrappongono piani diversi, della personalità pre-esistente, disturbi eventualmente pre-esistenti, reazione psicologica alla malattia medica e risposta di stress da adattamento, disturbi psicopatologici in senso stretto.

Gli interventi terapeutici – in particolare nel setting di consulenza di degenza ospedaliera quando la durata lo consente oppure in ambito ambulatoriale – sono limitati dal setting. Tuttavia interventi psicoterapici brevi, centrati su tematiche specifiche, ad indirizzo cognitivo-esistenziale e con componente comportamentale, possono essere efficaci in una quota di casi. La presentazione discuterà alcuni casi illustrando i principi e i limiti.

La psicoterapia centrata sul significato (Meaning Centered Psychotherapy): possibili applicazioni in medicina

A. Costantini, M. Biondi*, L. Grassi**, S. Poppito***, W. Breitbart***

*UOD Psiconcologia, Ospedale "Sant'Andrea", * Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma; ** Sezione di Clinica Psichiatrica Università di Ferrara; *** Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York*

Le risorse per sostenere ed affrontare la sofferenza psicologica e psicopatologica nei pazienti con patologie mediche a medio lungo termine, sono piuttosto limitate, sia nel setting di ricovero che in quello ambulatoriale. Il modello tradizionale di terapia ad orientamento psicodinamico, certamente quello fino ad alcuni anni fa principale, possiede indiscutibili vantaggi ma indubbiamente anche numerosi limiti. Le terapie cognitive comportamentali che hanno una più ampia documentazione di efficacia in letteratura in questi ultimi anni, rappresentano una delle tecniche più diffuse e sono certamente di valore in numerose condizioni, tra cui la medicina cardiovascolare, l'adattamento a procedure invasive, programmi di riabilitazione ecc.

È certamente arduo trovare un indirizzo psicoterapico in grado di combinare brevità dell'intervento – adatto quindi ad una varietà di contesti clinici e gravità di condizioni mediche – con la caratteristica di approccio umanistico ed esistenziale.

In questa prospettiva di recente è stato interessante il tentativo nel campo dell'oncologia di sviluppare la Meaning Centered Psychotherapy, in parte derivata dal filone esistenzialista di Frankl e di altri Autori, al campo dell'oncologia.

Il campo è particolarmente delicato e difficile perché questo tipo di patologie rappresenta una minaccia per la vita, spesso nella prospettiva di una vita ormai a breve termine e come è noto in campo psiconcologico, lascia scarse applicazioni per psicoterapie "tradizionali". L'équipe di Breitbart presso lo "Sloan Kettering" Cancer Center ha sviluppato un modello manualizzato di inter-

vento individuale e di gruppo in 8 sedute, già clinicamente testato con evidenze di efficacia su diversi parametri, psicologici e sintomatologici di qualità di vita ed è in corso uno studio multicentrico in Italia su pazienti in fase avanzata di malattia oncologica (tumori solidi fase III e IV). Questo tipo di intervento rappresenta una sfida ai limiti delle risorse degli interventi psicoterapici, tenuto conto delle tematiche di fine vita, del grado di angoscia, delle difficoltà di intervento anche personale per gli psicoterapeuti e della rivoluzione di valori che si verifica in questo setting, così come forse per le leggi della fisica ai confini dell'universo. Questo richiede una formazione attenta e specifica sia per la qualità dell'intervento verso i pazienti, sia per la prevenzione di patologie secondarie negli operatori.

Al di là delle applicazioni in oncologia questo modello di intervento è certamente promettente anche in altre condizioni di malattie croniche gravi ed anche di media gravità (medicina cardiovascolare, malattie metaboliche, malattie neurologiche, politraumatismi ecc.).

Bibliografia

Breitbart W. *Meaning Centered Psychotherapy in advanced cancer patients: a randomized controlled trial of an intervention to enhance hope, meaning and spiritual well-being near the end of life*. American Psychosomatic Society 65th annual meeting, Budapest 2007, march 7-10.

Interventi di psicoterapia breve nell'Ospedale Generale

G. Maina, G. Rosso, F. Bogetto

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

La psicoterapia dinamica breve (brief dynamic therapy – BDT) nasce all'interno della psicoanalisi: considerata un tempo una terapia di secondo ordine, acquista a partire dagli anni '50 una sua posizione di riguardo, con il delinearsi di teorie e tecniche specifiche¹⁻³.

La BDT si caratterizza per un limite temporale che viene stabilito in partenza e la definizione di un focus (un sintomo, una relazione conflittuale, un evento di vita stressante) su cui verterà il lavoro psicoterapeutico.

Le caratteristiche di questo tipo di psicoterapia (numero limitato di sedute; valutazione dei risultati sul piano del miglioramento clinico) si adattano bene anche alla sua applicazione nel servizio pubblico. Presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Ospedale "Molinette" di Torino, dal 1990 viene fornito un servizio di psicoterapia dinamica breve da specialisti psichiatri e psicologi clinici che hanno ricevuto una formazione specifica e che sono periodicamente supervisionati da un terapeuta esperto.

Verranno illustrati i risultati di tre studi condotti sulla base della casistica raccolta in questi anni:

■ un confronto tra l'efficacia della BDT vs. psicoterapia

pia di supporto (BSP) nel trattamento di quadri depressivi minori⁶;

- una successiva indagine ha paragonato l'efficacia della BDT vs. quella della BSP combinate alla farmacoterapia con SSRI in pazienti con depressione maggiore. Dall'analisi emerge una sostanziale parità d'efficacia delle due tecniche al termine della fase acuta del trattamento ma i pazienti trattati con BDT migliorano ulteriormente a psicoterapia conclusa, durante la fase di continuazione⁷;
- l'ultimo studio confronta in un follow-up di 48 mesi il rischio di ricorrenza in pazienti al primo episodio depressivo maggiore trattati con farmacoterapia o con terapia combinata (farmacoterapia + BDT), mostrando che coloro che in acuto sono stati sottoposti anche a questo tipo di psicoterapia hanno un rischio minore di presentare delle ricorrenze⁸.

Bibliografia

- ¹ Malan DH. *Toward the validation of dynamic psychotherapy: a replication*. New York: Plenum 1976.
- ² Davanloo H. *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: SP Medical and Scientific books 1978.
- ³ Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1973.
- ⁴ Sifneos PE. *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique*. 2nd edn. New York: Plenum 1987.
- ⁵ Horowitz M, Marmar C, Krupnick J, Wilner N, Kaltreider N, Wallerstein R. *Personality styles and brief psychotherapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson inc. 1997.
- ⁶ 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.
- ⁷ Maina G, Rosso G, Crespi C, Bogetto F. *Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study*. *Psychother Psychosom* (in press).
- ⁸ Maina G, Rosso G, Bogetto F. *Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results*. *J Affect Disord* (in press).

Psicoterapia della crisi emozionale al Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale

L. Pavan, C. Pavan, M. Marini
Università di Padova

L'intervento di crisi sfrutta le potenzialità cognitive e razionali mantenendo la centralità della relazione e sostenendo l'Io dal rischio del tracollo emozionale¹.

La situazione di crisi favorisce notevolmente la disponibilità ad un incontro. Spesso, solo in questo frangente alcune persone diventano accessibili in termini motivazionali.

I pazienti vengono inviati al nostro ambulatorio dopo aver effettuato una consulenza psichiatrica in Pronto Soccorso o in un Centro di Salute Mentale o dopo essere stati visitati dal medico di base o su consiglio di parenti o amici che hanno sperimentato una precedente esperienza di psicoterapia breve presso la nostra Clinica.

Dopo 1-2 giorni il paziente viene contattato telefonicamente per fissare il primo appuntamento.

Negli ultimi anni abbiamo riscontrato come l'intervento sia efficiente (effectiveness) in termini di outcome^{2,3} con una riduzione sintomatologia significativa in senso depressivo, ansioso e con una ripresa del funzionamento globale e della relazione sociale. Ulteriori studi randomizzati, attualmente attivi, hanno l'intento di valutare il "potere" protettivo dalla ricaduta indotto dall'intervento. Un setting istituzionale diventa accessibile dal momento che si pone come prontamente disponibile, non aprioristicamente iper-individualizzato o troppo impegnativo. Il "dispositivo" di presa in carico deve maturare l'accoglienza e offrire la novità relazionale fecondativa, non prevedendola come *conditio sine qua non*.

Soprattutto nei casi in cui l'assetto di traumatiche personalità si oppone per propria natura all'incontro, interponendo una sorta di barriera al trattamento, la crisi può fungere da prima esperienza da cui partire.

Quando giungono, queste persone sono spinte dalla sofferenza del momento senza peraltro grandi aspettative o speranze, se non quella immediata di lenire o annullare il dolore.

L'obiettivo primario quindi si produce nel favorire un primo significativo incontro ed una prima mirata costruzione dell'alleanza terapeutica. La rapidità con cui il processo terapeutico dell'alleanza si evolve nella situazione di crisi indica quanto forte sia il bisogno di incontro e di riscontro di sé e quanto scarsa sia la consapevolezza di ciò. I nostri studi sul processo indicano come la coppia terapeutica tenda ad occupare più tempo all'inizio della terapia su temi riguardanti il "focus" e successivamente a cedere il posto all'"area affine al focus" che prevede una generalizzazione della problematica e del porsi del paziente di fronte a questa in rapporto alle altre relazioni, agli aspetti affettivi e al recupero della propria storia personale⁴.

Bibliografia

- ¹ Pavan L. *La psicoterapia della crisi emozionale*. Milano: Franco Angeli 2003.
- ² Pavan L, Fusco E, Gambaro F, Granà S, Marini M, Padoani W, et al. *Open trial on crisis psychotherapy in Padova (Italy)*. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003;3:37-46.
- ³ Marini M, Semenzin M, Pavan L. *Alcuni dati preliminari sulla valutazione dell'intervento di crisi*. In: Pavan L, a cura di. *Le psicoterapie brevi: attualità e prospettive*. Padova: CLEUP 2004, pp. 131-40.
- ⁴ Pavan L, Vignaga F, Marini M, Gardiolo M, Corinto B, La Scala P, et al. *Studio sul processo della psicoterapia della crisi emozionale: la coppia terapeutica ed il ruolo del terapeuta*. *Rivista di Psichiatria* 2006;41.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MANTEGNA

S40. Gli interventi psicoeducativi in psichiatria

COORDINATORE

U. Albert

La formulazione dei circoli viziosi individuali e dei cicli dialogici di mantenimento come intervento specifico di psicoeducazione nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo

A.M. Saliani, B. Barcaccia, F. Mancini

APC-SPC (Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva), Roma

Non di rado tra i pazienti ossessivi ed i loro familiari si instaurano dei cicli interpersonali che mantengono e aggravano il disturbo.

Nel presente lavoro descriviamo, sulla base dell'esperienza clinica maturata presso lo Studio di Psicoterapia APC-SPC di Roma, quattro cicli interpersonali caratteristici e mostriamo come essi influenzano le strutture e i processi cognitivi alla base del disturbo ossessivo-compulsivo. Ad un'attenta analisi tali cicli sembrano infatti riproporre, in forma dialogica, i processi dialettici intrapsichici e i circoli viziosi tipici del rimuginio ossessivo.

Abbiamo chiamato i quattro cicli: "pacca sulla spalla", "ciclo del sospetto", "ciclo di Rock Hudson" e "ciclo del disprezzo".

Il loro riconoscimento, da un lato, sembra consentire una più agevole modulazione della relazione terapeutica con i pazienti ossessivi, dall'altro, la loro formulazione rende disponibili informazioni utili a interventi di psicoeducazione diretti ai pazienti stessi ed ai loro familiari.

Interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia nella pratica clinica: aspetti positivi e criticità

A. Fiorillo per il Gruppo di Lavoro sugli Interventi di Sostegno Familiare nei Disturbi Mentali Gravi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

L'efficacia degli interventi psicoeducativi familiari per il trattamento della schizofrenia è ormai ampiamente documentata. Numerose Linee Guida sottolineano che questi interventi devono essere considerati tra quelli elettivi per il trattamento di questo disturbo. Tuttavia, la loro diffusione nei centri di salute mentale è piuttosto limitata.

Nel periodo 2003-2004, il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN ha coordinato uno studio multicentrico sugli interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia in 23 CSM italiani. Lo studio si è proposto di: a) valutare la fattibilità di questi interventi in condizioni di routine; b) verificare l'effetto di questi

interventi sullo stato clinico e la disabilità sociale dei pazienti, e sul carico e le risorse sociali e professionali del nucleo familiare.

Al programma di formazione hanno preso parte 46 operatori provenienti da 23 CSM, i quali – dopo aver seguito un corso modulare di formazione all'intervento psicoeducativo e quattro supervisioni nell'anno successivo – hanno utilizzato l'intervento con famiglie di utenti psicotici in carico al servizio. Durante il periodo formativo, le difficoltà e i vantaggi incontrati dagli operatori nell'uso dell'intervento sono state registrate sulla Scheda degli Interventi Familiari.

L'83% dei partecipanti ha completato il corso di formazione. 71 famiglie afferenti a 17 CSM sono state successivamente randomizzate in un gruppo a trattamento immediato e in un gruppo in attesa per 6 mesi. Il 76% degli operatori ha utilizzato tutto l'intervento con 2-5 famiglie, mentre il 13% ne ha utilizzato solo la componente informativa. Nel periodo di supervisione, le difficoltà organizzative sono risultate stabili, mentre i benefici clinici e nelle relazioni con l'utenza sono aumentati. Sia i vantaggi che le difficoltà sono risultate influenzate dall'esperienza in campo psichiatrico e dal ruolo professionale dei partecipanti.

Questi dati suggeriscono che la diffusione su larga scala degli interventi psicoeducativi familiari richiede che siano affrontati specificamente aspetti relativi all'organizzazione dei servizi e alla ripartizione dei carichi di lavoro.

Ruolo della psicoeducazione nei disturbi bipolari

A. Tundo, I. Lega, R. Necci

Istituto di Psicopatologia, Roma

I dati riportati in letteratura a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso indicano che nei pazienti con disturbo bipolare il solo trattamento farmacologico non è spesso sufficiente per prevenire le ricadute, controllare i sintomi residui tra un episodio e l'altro, migliorare il funzionamento globale. L'efficacia della terapia farmacologica è limitata inoltre dalla scarsa adesione alle cure. Queste evidenze hanno cambiato l'approccio ai disturbi bipolari con il passaggio ad un trattamento combinato in cui la psicoeducazione riveste un ruolo importante. Negli ultimi venti anni sono state proposte diverse tecniche puramente psicoeducative: individuale (R. Morrison)¹, di gruppo (E. Vieta e F. Colom)^{2,3} e focalizzata sulla famiglia (D. Miklowitz)⁴. Inoltre, le psicoterapie più spesso

utilizzate nei pazienti con disturbi bipolari (terapia cognitivo comportamentale e terapia interpersonale e dei ritmi sociali), pur prefiggendosi scopi più ampi hanno inglobato numerosi aspetti psicoeducativi. Le evidenze presenti in letteratura indicano che, indipendentemente dall'approccio utilizzato, la psicoeducazione è un valido supporto alla farmacoterapia nella profilassi dei disturbi bipolari. Essa migliora la compliance, riduce il rischio di ospedalizzazione e di recidive (prevalentemente maniacali) e migliora gli outcome a lungo termine. Tenendo conto dei dati di letteratura e dell'esperienza personale nel simposio saranno tracciate Linee Guida operative su come strutturare un programma di psicoeducazione per pazienti con disturbo bipolare (quando cominciare, contesto teorico di riferimento, durata, caratteristiche dei pazienti, caratteristiche del terapeuta, contenuti) ⁵.

Bibliografia

- 1 Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. *Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment*. *BMJ* 1999;318:149-53.
- 2 Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. *A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission*. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402-7.
- 3 Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, et al. *Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial*. *Bipolar Disord* 2008;10:511-9.
- 4 Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Sudath RL. *A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:904-12.
- 5 Tundo A, Lega I. *Ruolo della psicoeducazione nei disturbi dello spettro dell'umore*. In: Cassano GB, Tundo A, a cura di. *Lo spettro dell'umore. Psicopatologia e clinica*. Milano: Elsevier Masson 2008.

Intervento psicoeducazionale multifamiliare nel disturbo ossessivo-compulsivo

U. Albert, G. Maina, C. Brunatto, F. Bogetto
Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

I familiari dei pazienti con DOC sono fortemente coinvolti nella sintomatologia e sopportano un gravoso carico assistenziale: essi tendono per esempio a fornire continue rassicurazioni al paziente in risposta a dubbi ossessivi, a partecipare direttamente e a procurare materiale per le compulsioni dei loro cari. Questo coinvolgimento può essere definito diretto o specifico del DOC (accommodation è il termine inglese con cui ci si riferisce a tale coinvolgimento). Tale coinvolgimento nella sintomatologia comporta una profonda modificazione del funzionamento familiare con compromissione della qualità di

vita. Alcuni studi preliminari, infatti, hanno rilevato che la qualità di vita percepita soggettivamente dei familiari sani di pazienti DOC è profondamente compromessa se confrontata con quella di una popolazione di riferimento: tra i predittori di una peggior qualità di vita è stato riscontrato il coinvolgimento diretto nella sintomatologia oltre alla gravità della sintomatologia (misurata con la YBOCS), l'essere genitori rispetto a coniuge, l'essere di sesso femminile, e l'età avanzata.

Esiste inoltre un secondo tipo di coinvolgimento, specifico, che è comune a tutte le condizioni psichiatriche e non con carattere di cronicità: i familiari, spesso unici "caregivers", sopportano un gravoso carico (burden in inglese) che deriva dal doversi prendere cura di un malato con conseguenti rinunce, modificazioni del funzionamento familiare (ad esempio rinuncia a vacanze, a weekend liberi, a uscite serali con compromissione della vita relazionale e sociale, ecc.).

Alcuni studi sottolineano come le risposte della famiglia possano risultare spesso controproducenti ai fini della cura attraverso meccanismi di rinforzo dei sintomi. La consapevolezza dell'importante ruolo svolto dalla famiglia ha perciò stimolato lo sviluppo di interventi finalizzati a coinvolgere i familiari nel trattamento. Tra i vari interventi, quelli psicoeducazionali sono stati proposti quale strumento per ridurre il coinvolgimento nei sintomi, alleviare il carico assistenziale e migliorare la qualità di vita. L'azione sui familiari avrebbe un effetto anche sulla sintomatologia dei pazienti stessi, venendo a cessare l'azione di mantenimento svolto dai familiari, secondo un'ottica cognitivo-comportamentale.

Tali interventi, tuttavia, non sono stati validati attraverso studi randomizzati controllati. Inoltre tali interventi sono spesso costosi in termini di impegno di risorse e tempo; l'identificazione di quali familiari siano maggiormente coinvolti (e quindi siano sottoposti ad un maggior carico assistenziale e ad una peggior qualità di vita) potrebbe aiutare ad identificare quali soggetti possano essere indirizzati ad un trattamento psicoeducazionale.

Negli ultimi anni è stato sviluppato presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia dell'Università di Torino un programma psicoeducazionale rivolto a gruppi di familiari di pazienti DOC in trattamento farmacologico denominato "Intervento Psicoeducazionale Multifamiliare" (IPM). Tale programma verrà dettagliatamente presentato (quanto a metodologia di svolgimento, criteri di selezione, ecc.) e verranno esaminati i risultati preliminari di efficacia su un gruppo di familiari.

Bibliografia

- Albert U, Maina G, Saracco P, Bogetto F. *Multifamily psychoeducational intervention (MPI) for obsessive-compulsive disorder: a pilot study*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15:71-6.
- Albert U, Maina G, Saracco P, Salvi V, Bogetto F. *Health-related quality of life in first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder*. *Psychiatry Services* 2007;58:970-6.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10
SALA MASACCIO

S41. Certificare nei servizi psichiatrici pubblici: cosa fare, come farlo

COORDINATORE
F. Scapati

Il semplice (e problematico) atto del certificare

R. Catanesi

Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Bari

Il certificare costituisce probabilmente l'attività a valenza medico-legale più ricorrente nella pratica clinica quotidiana. Spesso interpretata come la semplice traduzione scritta delle conoscenze cliniche del caso presenta invece una moltitudine di implicanze dai riflessi giuridici che sono talvolta, a torto, sottovalutate, specie in ambito psichiatrico.

Verranno di conseguenza richiamate norme e principi che delineano la natura del certificato, la sua qualifica di documento o atto pubblico, le modalità di compilazione, le formalità richieste, i requisiti essenziali, gli obblighi deontologici e così via, sino alle ipotesi di falso materiale e falso ideologico.

La riflessione verrà naturalmente fatta con specifico riferimento all'attività psichiatrica, alle difficoltà insite nella peculiare relazione medico-paziente, che pone questioni critiche come ad esempio la possibilità di certificare nell'interesse del paziente ma a richiesta di terzi, sollevando questioni legate al rispetto degli obblighi di segreto professionale e di tutela della privacy.

Sarà infine estesa la riflessione alla necessità che lo psichiatra mantenga piena consapevolezza delle ricadute dei propri certificati, del potenziale uso improprio – se non addirittura strumentale – con possibili riflessi in tema di responsabilità professionale.

La certificazione psichiatrica in caso di richiesta di IVG

F. Carabellese, C. Candelli

Sezione Criminologia e Psichiatria Forense, Università Bari

Come è noto, dopo i primi 90 giorni di gravidanza la donna può avanzare richiesta di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) quando sussiste un *grave pericolo* per la sua *salute fisica o psichica*. Spesso, in questi casi, è proprio lo psichiatra ad essere coinvolto.

Si tratta, come per altro genere di certificazione con finalità medico-legali, di richiesta indirizzata allo psichiatra dei servizi pubblici che solleva una serie di difficoltà,

etiche e deontologiche innanzi tutto, che ne rendono per lo più "sofferto" il rilascio. Difficile, talvolta, disporre di tutte le informazioni necessarie per poter giungere ad un corretto giudizio diagnostico. Altrettanto complesso riconoscere tutte le possibili implicazioni, specie quelle di natura giuridica, che l'attività certificativa presenta.

Tutto ciò impone, dunque, che le richieste, per un verso vengano sempre attentamente vagliate nelle loro finalità e per altro, che lo psichiatra aderisca a modelli operativi metodologicamente corretti, coerenti all'uso che della certificazione si intende fare. In ultimo, che lo psichiatra conservi una piena consapevolezza delle possibili conseguenze dei propri certificati, del potenziale uso improprio che di essi può essere fatto, nonché degli eventuali riflessi in tema di responsabilità professionale.

La certificazione dell'idoneità psichiatrica al porto d'armi

F. Scapati, F. Carabellese*, V. Martino*

*DSM ASL TA; * Sezione Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Bari*

Sempre più spesso agli psichiatri che operano nei servizi pubblici vengono richieste certificazioni a finalità medico-legale. Si tratta in generale di attività vissuta in maniera "sofferta", specie quando non riguarda i propri pazienti, bensì persone che giungono al servizio con questa unica richiesta che diventa ancora più scomoda se l'obiettivo è escludere nel richiedente la ricorrenza di un disturbo mentale per la concessione del porto d'armi.

Ovviamente negli ultimi anni ed anche del tutto recentemente con il coinvolgimento di alcuni colleghi psichiatri, l'argomento è diventato di pressante attualità a causa di tragici fatti enfatizzati dalla cronaca con condanna di colleghi per reati, in particolare omicidi commessi da pazienti ai quali erano state rilasciate certificazioni a tali fini.

Occorre naturalmente partire dal contesto normativo e regolamentare con particolare riferimento al Decreto 28 aprile 1998 del Ministero della Sanità che regola la materia riguardo soprattutto i requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per uso difesa personale.

Di particolare rilevanza è l'art. 3 del citato Decreto, in base al quale lo psichiatra in servizio presso i DSM può

essere coinvolto in tale procedura perché “il medico certificatore prescriverà tutti gli opportuni specifici accertamenti che riterrà necessari da effettuarsi presso strutture sanitarie pubbliche alle quali spetterà unicamente fornire un parere diagnostico specifico nella branca di appartenenza e quindi lo stesso deve effettuare solo una relazione diagnostica, clinica e non esprimere pareri medico-legali”.

Tuttavia per quanto attiene la patologia psichiatrica, occorre tenere presente che il riferimento contenuto nello stesso D.M. è drastico, basato sul principio del tutto o nulla. L'analisi infatti del punto 5 dell'art. 2 specifica chiaramente che per quanto riguarda il porto d'armi per uso difesa personale occorra “l'assenza di disturbi mentali, di personalità e comportamentali, esprimendosi in modo analogo per quanto riguarda l'uso per caccia o tiro a volo”.

La prospettiva decisamente restrittiva è confermata dallo stesso punto 5 laddove si specifica che sia causa di esclusione non solo ogni forma di “dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcool”, ma anche “l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e psicofarmaci”, peraltro analogamente a quanto viene specificato nella normativa relativa alla idoneità alla guida (art. 119 CdS e art. 320 del Regolamento di Esecuzione).

Particolare rilevanza e complessità assume quindi la decisione diagnostica in quanto da essa dipenderà anche gran parte del giudizio medico-legale.

Allo psichiatra infatti viene richiesto di escludere la ricorrenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali, il che implicitamente sta, a nostro giudizio, a significare non solo esclusione al momento dell'osservazione (assenza cioè di sintomi o segni che siano espressione di fasi acute in atto), ma anche per quanto possibile:

- esclusione di malattia in senso longitudinale ovvero assenza di un disturbo che abbia dato in passato luogo ad alterazioni dell'assetto psichico e che continui ad essere presente, sia pure con altra espressività clinica, nell'attualità (nel caso di disturbi mentali);
- assenza di alterazioni strutturali della personalità che abbiano dato luogo a comportamenti disadattativi o soggettivamente percepiti come sofferti (nel caso dei disturbi della personalità);
- assenza di pregressi disturbi del comportamento.

Questo compito, complesso, arduo, quasi proibitivo richiede sicuramente la massima attenzione e prudenza per assicurare da un lato l'ottenimento dell'obiettivo prefissato (una diagnosi corretta) e dall'altro adeguate garanzie allo psichiatra per evitare ingiuste forme di responsabilità.

Un simile punto di bilanciamento può essere raggiungibile da una parte seguendo una metodologia scientificamente condivisa che garantisca la correttezza della procedura prescelta ricordando sempre l'obbligo richiesto ad ogni psichiatra dei mezzi e non di risultato,

dall'altra documentando l'intera procedura in modo da lasciarne traccia puntuale e consentire di comprendere in una eventuale lettura a posteriori le ragioni delle scelte effettuate.

Viene proposta al proposito una metodologia che si propone di:

- individuare le aree topiche;
- utilizzare una serie di strategie per accrescere la sensibilità del protocollo diagnostico;
- effettuare una attenta analisi delle motivazioni.

Bibliografia

- Catanesi R, Martino V, Scapati F, Varia S. *Raccomandazioni per il rilascio di certificazioni finalizzate ad ottenere il porto d'armi*. Quad Ital Psichiatr 2007;XXVI:17-35.
- Lasagna R, Nebbia F, Sindaco B. *Studio su 325 casi di revisione straordinaria di licenza di porto d'armi*. Riv Ital Med Leg 2005;XXVII:115.
- Vinci F, Falamingo R, Liuzzi C. *Idoneità psicofisica in tema di licenza per armi da sparo: spunti medico legali sulla normativa vigente e proposta di un protocollo operativo di accertamento sanitario*. Riv It Med Leg 2006;XXVIII:305.
- Gullotta G, Vallata L. *L'attività degli psicologi italiani in campo giuridico*. Profes Psicologo 2002;3:5-12.

La certificazione psichiatrica per invalidità civile: supporto od ostacolo alla presa in carico?

L. Ferrannini

Dipartimento Salute Mentale, ASL 3 Genovese

La certificazione per l'invalidità civile è certamente – nell'ampia gamma delle certificazioni – quella più antica e più frequente nella pratica clinica.

Tuttavia, pur nella sua natura apparentemente “oggettiva” e “neutrale” rispetto ad altre certificazioni – che ineriscono le competenze possibili in relazione ad atti specifici (come, ad esempio, l'idoneità alla guida di autoveicoli od al possesso ed uso di armi) –, contiene elementi clinici, relazionali ed etico-deontologici non sempre convergenti, e spesso in aperto contrasto.

Se “certificare” è sostanzialmente attestare, garantire che una cosa o situazione sia reale e verificabile, posta una persona “qualificata” a farlo, ed “invalidità” è inattitudine, inabilità a svolgere una funzione (in questo caso una attività lavorativa), si delinea una situazione in cui qualcuno verifica e valuta qualcun altro, attraverso certo una diagnosi clinica – riferita ad uno stato di malattia, tendenzialmente non reversibile – ma anche relativamente a capacità, competenze e quindi implicitamente possibilità ed opportunità. Quindi, se non c'è dubbio che un disturbo psichiatrico possa determinare una riduzione di capacità complessive di una persona, e quindi anche nel campo lavorativo, è anche vero che la valutazione in negativo (“in-valido”, cioè non valido) assume spesso connotazioni limitanti e stigmatizzanti.

La certificazione diventa quindi l'assunzione di una situazione come stato e condizione permanente, definizione chiusa di una persona e della sua storia, clinica ed esistenziale. Contraddizioni cliniche quindi (assumere come permanente una situazione sulla quale si dovrebbe intervenire in modo appropriato per la sua modificazione in senso positivo), contraddizioni relazionali (lavorare sulla costruzione di un insight positivo anche in una condizione di malattia, mentre si etichetta una limitazione ed un danno), contraddizioni nella presa in carico e nel progetto di trattamento (guardare solo i dati negativi ed i vincoli e non ampliare lo sguardo – del curante ma anche e soprattutto del paziente e del suo contesto – sui dati positivi, sulle opportunità, sulle potenzialità, sui fattori di ripresa che sono oggi considerati centrali nel trattamento della patologia psichiatrica, ma anche di quella somatica se pensiamo agli sviluppi del concetto di resilienza). Richiesta ed attesa (spesso più dai familiari che dal paziente stesso) per i benefici economici ad essa connessi

– peraltro ormai tali da non garantire neanche il soddisfacimento dei bisogni primari – l'invalidità "civile" (terminologia quindi ancora carica di significati invalidanti della persona e limitanti la stessa identità ed i diritti di cittadinanza), da risorsa si può trasformare in ostacolo – oggettivo e soggettivo – allo sviluppo di azioni di empowerment e di inclusione sociale. Lo stesso progetto di trattamento – ci riferiamo, ad esempio, ai progetti di inserimento lavorativo – finisce col muoversi in una zona ambigua, tra rinforzo dell'identità attiva e tutela – a volte solo passiva – delle parti fragili e malate, con l'aggravante di norme e procedure (la legge 68/89) sostanzialmente penalizzanti per le persone affette da disturbi psichiatrici maggiori.

In questa area si delineano anche i processi di dipendenza dalle istituzioni di cura e di cronificazione – per usa la felice metafora di M. Riso –, che sono stati e sono tuttora indicatori di insoddisfacenti outcome clinici e di cattive pratiche.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PERUGINO

S42. Dipendenza da internet: dallo scherzo planetario al DSM-V

COORDINATORE
T. Cantelmi

Psicopatologia delle realtà virtuali

D. La Barbera, V. Rumeo

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

L'evoluzione delle tecnologie della comunicazione sta comportando una serie di complesse modificazioni sociali e culturali che, oltre a riguardare le abitudini, lo stile di vita e di consumo, la percezione e la gestione del tempo e dello spazio, hanno un impatto diretto sul funzionamento cognitivo e sulla sfera emotivo-affettiva. Caratteristica degli odierni dispositivi tecnologici e mediatici, diffusi e pervasivi, è quella di configurare luoghi virtuali di esperienza e di relazione che, oltre ad esercitare una forte attrazione psicologica soprattutto nelle fasce adolescenziale e giovanile, tendono ad influenzare il comportamento, le scelte esistenziali, ma anche la regolazione dei sentimenti e delle emozioni, il pensiero e la creatività.

Nella società post-moderna la rappresentazione tecnologica della realtà assume un ruolo sempre più importante nell'orientare la percezione e la significazione della realtà esterna.

Vengono, quindi, esaminati i caratteri specifici degli

odierni spazi virtuali, le loro determinanti psicologiche, la loro capacità di vincolare condotte disfunzionali, comportamenti additivi, disagi psicosociali e disturbi psicopatologici.

Nello sviluppare tale tematica viene assunto come vertice di osservazione il paradigma di de Kerckhove, che considera i media elettronici e la Information Technology come "psicotecnologie", cioè specifiche tecnologie della mente che interagiscono in modo diretto e intenso con i processi psichici e sensoriali.

Sotto questa prospettiva vengono esaminate questioni come la sensorialità estesa e la dipendenza da tecnologie di realtà virtuale, che, in senso lato, comprendono tutti gli attuali strumenti di tecnologia della comunicazione che delineano spazi immateriali di esperienza e interazione, verso i quali sembrano spostarsi sempre più velocemente molte delle fondamentali attività umane.

Il fascino mutagenico della rete

V. Caretti

Cattedra di Psicopatologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

Al fine di testare empiricamente il costrutto di "Trance Dissociativa da Videoterminale", secondo cui le dipendenze tecnologiche sono strettamente connesse al funzionamento dei meccanismi dissociativi e all'incapacità di autoregolare le emozioni, abbiamo realizzato uno studio in cui si è indagata la relazione tra fenomeni di dipendenza da Internet, esperienze dissociative e disregolazione affettiva all'interno di un gruppo di tardo-adolescenti estratti dalla popolazione normale. Abbiamo dunque somministrato a 118 soggetti diciottenni residenti nelle province di Avellino, Palermo, Roma e Trapani (55 maschi, 46,6%; 63 femmine, 53,4%), i seguenti reattivi self-report: a) Internet Addiction Test (IAT: Young, 1998), per la misurazione della dipendenza da Internet; b) Toronto Alexithymia Scale - 20 item (TAS-20: Bagby, Taylor e Parker, 1994), per la misurazione dell'alestitimia/disregolazione affettiva; c) Dissociative Experiences Scale II (DES-II: Carlson, Putnam, 1993), per la misurazione della dissociazione psicologica.

Dieci soggetti (8,5% dell'intero gruppo) hanno presentato un punteggio all'IAT compreso tra 50 e 79 al test (range suggerito per discriminare l'abuso di Internet), e nessuno ha riportato punteggi di 80 o più.

Alla TAS-20, 46 soggetti (39%) sono risultati non alestitimici, 45 (38,1%) borderline per le aree alestitimiche, 27 (22,9%) sono risultati alestitimici.

Alla DES-II i soggetti hanno ottenuto un punteggio medio di 20,98 (ds = 11,78), valore che, pur non raggiungendo il cut-off clinico dello strumento, risulta tendenzialmente elevato. L'analisi dei punteggi medi agli item che compongono la scala della dissociazione patologica (DES-T) all'interno della DES-II (M = 12,98; ds = 12,80) dimostra però che i punteggi elevati ottenuti da questo campione non sono da ascrivere ad un utilizzo patologico del meccanismo di difesa della dissociazione. Utilizzando il punteggio medio alla DES-T per la discriminazione tra casi e non-casi di dissociazione patologica, ad un valore di cut-off di 30 risultano importanti sintomi dissociativi in 13 casi (11% del campione).

Le ulteriori analisi statistiche effettuate ci dicono inoltre che sia la dissociazione che, in misura minore, l'alestitimia,

si associano significativamente alla dipendenza da Internet.

L'intelligenza connettiva e la fluidità dei rapporti di interconnessione: dalla società liquida alla Rete delle Reti

P.L. Scapicchio

Professore a contratto, Università del Sacro Cuore di Roma

Com'è universalmente noto, senza internet non sarebbe mai nata la società globale né potremmo immaginare un fenomeno economico e culturale dirompente come la globalizzazione. Ma ciò che invece è ancora oggetto di studio, è quale sia la natura del rapporto tra la società globale e la Rete. Esplorando questo rapporto si evidenzia un dato abbastanza sorprendente: le caratteristiche strutturali costitutive della società globale (o società liquida, secondo la fortunata definizione del sociologo anglo-polacco Zygmunt Bauman) si ritrovano integralmente nelle modalità di accesso e di utilizzazione della Rete da parte dei suoi utilizzatori.

In particolare, la qualità dei rapporti di connessione è in pratica coincidente con quella che si riscontra, in modo prevalente, a livello dei rapporti interpersonali nel tessuto sociale. È nata cioè una società virtuale che funziona con meccanismi sostanzialmente analoghi a quelli della società reale.

Ma l'interazione della società liquida con la Rete si spinge ancora oltre. I modelli affermati e condivisi dell'intelligenza connettiva, finiscono col diventare modelli di funzionamento della società reale e ne dirigono l'evoluzione psicocomportamentale fino a creare possibili condizioni di sviluppo di una specifica psicopatologia. Fra i molti esempi possibili ci pare emblematica, al riguardo, l'espansione inarrestabile del modello "a rete" della società reale che, da alcuni anni a questa parte, sta rapidamente sostituendo le forme di aggregazione statiche proprie del modello sociale comunitario.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA BORROMINI

S43. La diagnosi in psicoterapia (I)

COORDINATORI

P. Petrini, N. Dazzi

La diagnosi in terapia relazionale. Dalla osservazione alla diagnosi in evoluzione

C. Lorio

Istituto Italiano di Terapia Relazionale, Roma

In ambito relazionale-sistemico si è tentato per molto tempo evitare il problema della diagnosi. A questo concetto sono stati preferiti il concetto di osservazione e quello di ipotesi.

Non sempre l'osservazione è stata definita nella sua assenza e, spesso, non è stato neanche definito il target a cui avrebbe dovuto mirare.

Gli obiettivi dell'osservazione più frequentemente identificati nell'ambito della relazione sono:

- i modelli comunicativi;
- lo stile interattivo;
- i temi della relazione;
- le ridondanze del linguaggio;
- il problema presentato;
- descrizione;
- contenuto;
- forma;
- evoluzione;
- le qualità emergenti del sistema osservato;
- le qualità sommerse del sistema osservato.

La rivoluzione della Seconda Cibernetica ha imposto l'osservazione dell'osservatore, e la sua inclusione nel sistema osservato¹.

Da questo momento non si è potuto fare a meno di includere l'osservatore anche nei procedimenti di osservazione diagnostica. In particolare è stato necessario comprendere l'osservatore nel sistema di valutazione diagnostica più diffuso nella prospettiva relazionale sistemica: l'ipotesi.

Le ipotesi servono per organizzare e dare senso ad una realtà, come quella sistemica, che è continuamente attratta dal disordine e dalla disorganizzazione. Permettono quindi di evitare stereotipi e tautologie e consentono una migliore comprensione della realtà. Parafrasando i livelli di apprendimento proposti da Gregory Bateson² potremmo proporre i seguenti Livelli di Osservazione:

- Livello 0: in cui non si traggono informazioni dall'osservazione;
- Livello 1: osservazione che consente di formulare e correggere ipotesi;
- Livello 2: osservazione che consente di cambiare il tipo di ipotesi;
- Livello 3: osservazione che consente il cambiamento del modo di fare ipotesi.

Partendo da queste premesse si è iniziato ad osservare il comportamento interattivo dell'osservatore/terapeuta, dando inizio a quella che possiamo definire osservazione autoriflessiva, in cui l'osservatore osserva se stesso. Tra i vari elementi dell'osservatore terapeuta posti sotto osservazione sono stati identificati³ soprattutto:

- risposte automatiche;
- emozioni;
- fantasie;
- omissioni;
- isomorfismi.

Il lavoro con le ipotesi si fonda su un processo complesso che si articola in alcune fasi che si susseguono in continuo:

- formulazione;
- verifica;
- correzione;
- riformulazione.

Quanto alla diagnosi, intesa in senso tradizionale, questa è stata utilizzata sempre più frequentemente, e la sua demonizzazione si è notevolmente ridotta.

Attualmente, però, sembra opportuno non tanto evitare i procedimenti diagnostici secondo una prassi che ha spesso ritardato l'ingresso dei terapeuti sistemico-relazionali nella più ampia comunità scientifica, quanto proporre modalità diagnostiche coerenti con la prospettiva.

I requisiti per una Diagnosi Relazionale-Sistemica, che rispetti i principi dell'orientamento a cui appartiene è che consenta al tempo stesso di migliorare il processo di conoscenza, basato sulla osservazione e sulla formulazione delle ipotesi sono:

- riconoscimento del valore limitato e parziale;
- funzionalità esclusivamente descrittiva;
- completa autonomia rispetto alle congetture causali;
- interattività;
- conciliazione degli opposti;
- dinamicità;
- inclusione dell'osservatore;
- evolutività.

Bibliografia

- ¹ von Foerster H. *Sistemi che osservano*. Trad. it. a cura di Ceruti M, Telfener U. Roma: Astrolabio 1987.
- ² Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni 1976.
- ³ Lorio C. *Identità del terapeuta familiare e processo di formazione*. *Terapia familiare* 2005;77:65-70.

Diagnosi di personalità e psicoterapia psicoanalitica

M. Baldassarre

Istituto di Ricerche Europee in Psicoterapia Psicoanalitica, Roma

Scopo della diagnosi di personalità è la valutazione del suo funzionamento psichico, ai fini del trattamento di psicoterapia da intraprendere. Nel modello della psicoterapia psicoanalitica, basata sui presupposti psicoanalitici del funzionamento mentale e per noi anche sull'analisi della relazione che il paziente struttura con il terapeuta a partire dal primo colloquio, il modello del funzionamento psichico di una personalità è rilevabile dal carattere, che si manifesta nelle relazioni che il soggetto struttura con l'ambiente. Nella nozione psicoanalitica la relazione d'oggetto riguarda gli oggetti interni (rappresentazioni). L'appoggio oggettuale a cui faremo riferimento evidenzia come il soggetto si appoggia al suo ambiente per mantenere l'equilibrio psichico, per "proteggere" la sua personalità. L'appoggio oggettuale si rivela quindi un organizzatore della personalità.

La bussola dello psicoterapeuta: le capacità di autoconsapevolezza e di contatto con il processo dell'utente come antidoti ai pericoli di reificazione del meccanicismo diagnostico

A. Zucconi, G. Dattola

Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP), Roma

Riteniamo utile proporre una diagnosi della diagnosi. Diagnosi come processo relazionale di costruzione sociale della realtà. La filosofia della scienza, la sociologia della conoscenza e l'epistemologia sono utili per comprendere gli aspetti di quella particolare costruzione sociale della realtà denominata diagnosi. Applicare categorie diagnostiche è un'azione ermeneutica, sempre fondata, come ogni visione della natura umana, su valori impliciti o espliciti che influenzano le politiche relazionali del professionista nei confronti dell'utente, sulla qualità della relazione terapeutica e sull'efficacia dei servizi erogati. Una visione storico-culturale-antropologica-sociale mostra la necessità d'interrogarci su quale antropologia e quale etica sono basate le nostre azioni diagnostiche. È necessario distinguere tra azioni conoscitive e capacità di comprensione. Carl Rogers ha sottolineato la necessità di essere coscienti dei messaggi e metamessaggi che comunichiamo ai nostri utenti e dei rischi insiti nelle narrative diagnostiche meccanicistiche che semplificando eccessivamente la complessità, possono divenire delle profezie autoavveranti. Illustreremo le ricerche sulle variabili di rispetto profondo, comprensione empatica, autenticità e congruenza postulate da Rogers come fattori che facilitano l'alleanza terapeutica e l'efficacia di ogni trattamento.

Illustreremo alcune variabili ritenute necessarie dalla nostra scuola nella formazione degli specializzandi e che costituiscono una sorta di bussola dello psicoterapeuta efficace:

1. orientare consapevolmente le proprie azioni con i valori dell'etica: un'etica del rispetto, dell'ascolto empatico e del contatto autentico;
2. autoconsapevolezza come forma di prevenzione e gestione dei possibili rischi insiti nella diagnosi e nelle fasi del processo psicoterapeutico;
3. conoscenza della storia e sociologia dei trattamenti, dei rischi iatrogeni insiti in tutti i tipi di promozione del cambiamento. Ciò non significa cadere in una demonizzazione del DSM o dei modelli medico-psichiatrici;
4. conoscenza delle ricerche per essere consapevoli che mettere la persona al centro non è solo applicare buon senso e buon cuore, è fare buona scienza. L'umanizzazione dei trattamenti produce maggiori livelli di compliance, minori abbandoni, conflittualità, stress e sofferenze;
5. autoconsapevolezza del proprio processo: essere consapevoli se si è capaci o meno di accogliere e comprendere la persona dell'utente, ciò non sempre è facile perché le nostre capacità di contatto con l'altro dipendono dalla capacità di contatto con noi stessi.

Illustreremo alcuni aspetti del progetto di ricerca sull'efficacia della psicoterapia e della formazione degli psicoterapeuti.

Il problema della diagnosi in una prospettiva sistemica

L. Onnis

Dipartimento Scienze Psichiatriche, UOD Psicoterapia, Sapienza Università di Roma

L'Autore sottolinea innanzitutto come il problema della diagnosi si proponga, oggi, al centro di un importante dibattito che attraversa i vari campi della psicoterapia.

Vengono poi considerati i parametri valutativi che si ritengono essenziali nell'ambito dell'orientamento sistemico, anche alla luce dei rilevanti sviluppi epistemologici che esso ha presentato negli ultimi due decenni.

Si mette in evidenza, in particolare, come nella prospettiva sistemica l'atto del "valutare" sia inscindibile dall'intervento ed abbia, perciò, inevitabili implicazioni sull'evoluzione del processo terapeutico.

Viene sottolineata l'importanza della diagnosi medica come essenziale terreno descrittivo di convergenza e di intesa; ma si mettono in rilievo anche le imprescindibili differenze della diagnosi in psicoterapia che, per la irriducibile soggettività della relazione terapeutica, trascende la "descrizione di dati e fatti" e diventa piuttosto "costruzione di ipotesi".

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10
SALA TINTORETTO

S44. Il trattamento della psicopatologia subsindromica nelle malattie somatiche

COORDINATORI
O. Todarello, M. Nardini

Il trattamento dei disturbi ansiosi sotto-soglia nelle patologie somatiche

O. Todarello

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

I disturbi d'ansia sono molto diffusi nell'ambito della medicina generale e si possono manifestare esclusivamente con sintomi somatici. È frequente che si manifestino con sintomi che non raggiungono la durata e l'intensità necessarie per superare la soglia di una specifica diagnosi dei sistemi nosografici ICD-10 o DSM-IV-TR. La sindrome ansiosa sotto-soglia comporta spesso una compromissione del funzionamento globale dell'individuo che compromette in modo stabile la qualità della vita e può portare nel tempo a disturbi più gravi e di difficile gestione.

Nella pratica clinica, per impostare correttamente la terapia, occorre valutare di volta in volta il peso e il significato da attribuire alla componente psicologica e a quella organica. Il sintomo può essere correlato a fattori fisici, che vanno identificati e trattati. In altri casi i disturbi fisici e psichici possono coesistere, avere pari importanza e influenzarsi reciprocamente. E ancora è possibile che il disturbo psichico sia una reazione al disagio causato da una patologia organica.

Tutte queste circostanze possono trarre maggior beneficio da un intervento integrato. Una psicoterapia mirata associata alla terapia psicofarmacologica migliora la prognosi, la compliance al trattamento, risolve l'emergenza, diminuisce il rischio di ricadute rendendo meno frequente il cristallizzarsi della sintomatologia in quadri psichiatrici cronici.

È importante, infine, sottolineare che una stretta collaborazione psichiatra-medico di medicina generale è una premessa essenziale alla risoluzione del problema.

Il trattamento della psicopatologia subsindromica in endocrinologia

G.A. Fava, C. Ruini, F. Ottolini, L. Sirri, N. Sonino*
Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;
** Dipartimento di Scienze Statistiche, Università di Padova, e I Servizio Psichiatrico, Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Padova*

Un numero crescente di lavori sottolinea come una percentuale rilevante di pazienti che abbiano ricevuto un

trattamento adeguato per le loro patologie endocrine presenti una qualità della vita compromessa e sintomi di disagio psicologico. Vi sono due importanti implicazioni cliniche. La prima è quella di non considerare soltanto i parametri ormonali o radiologici come indici di riferimento del successo di una terapia. La seconda implicazione ha a che vedere con la valutazione del disagio psicologico in pazienti con malattie endocrine, che non può limitarsi agli aspetti nosografici classici di tipo psichiatrico (ad es. depressione maggiore), ma deve comprendere anche i sintomi psicologici subsindromici, come la demoralizzazione e l'irritabilità. I Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) si sono dimostrati di particolare utilità nel rilevare il disagio psicologico in ambito endocrino.

Il trattamento della psicopatologia subsindromica in endocrinologia può pertanto avere importanti implicazioni per il miglioramento della qualità della vita nei pazienti con malattie endocrine e per raggiungere un livello più elevato di remissione.

Bibliografia

Sonino N, Fava GA. *Rehabilitation in endocrine patients*. *Psychother Psychosom* 2007;76:319-24.

Il trattamento della psicopatologia sotto-soglia nelle patologie somatiche gravi e di fine vita

L. Grassi, R. Caruso, G. Nanni, A. Costantini, M. Biondi

Sezione di Clinica Psichiatrica, Università di Ferrara

La letteratura psichiatrica relativa al contesto delle malattie somatiche gravi e a minaccia per la vita si è andata gradualmente espandendo, nonostante gli interessi primari siano stati per molto tempo rivolti alla patologia mentale grave. La presenza di quadri clinici sub-sindromici o non definiti in maniera specifica dalla nosografia psichiatrica (existential pain, esperienze di non dignità, demoralizzazione), nonché la vasta area relativa alla spiritualità, divenuta un punto fermo delle cure palliative, implica la necessità di interventi la cui utilità è stata dimostrata negli ultimi anni.

Alcuni interventi terapeutici, in particolare la Dignity Therapy e la Meaning-centered Psychotherapy, rappresentano interessanti modelli che hanno trovato applicazione in contesti anglo-sassoni e che hanno dimostrato

la loro efficacia in termini di miglioramento della sintomatologia di demoralizzazione e di sofferenza psicologica e interpersonale generale. Tali modelli sono stati introdotti recentemente in Italia e su questa base viene descritto il progetto Meaning-centered Psychotherapy per pazienti in fase avanzata di malattia che coinvolge diverse unità di ricerca clinica a livello nazionale (Università di Roma, Centro coordinatore, Università di Ferrara, Università dell'Insubria, IRST Forlì).

Il trattamento dell'alessitimia come disturbo di personalità sotto-soglia

P. Porcelli

Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia, IRCCS Ospedale "De Bellis", Castellana Grotte (Bari)

Il rapporto fra alessitimia e psicoterapia non è mai stato facile. I pazienti alessitimici mostrano infatti disturbi negli aspetti-chiave della psicoterapia, come capacità di introspezione, comunicazione delle emozioni, identifi-

cazione dei motivi psicologici dei comportamenti, uso di strumenti psicologici e di aspetti relazionali per la regolazione degli stati affettivi. Le difficoltà riguardano non solo il funzionamento psicologico del paziente ma anche i sentimenti controtransferali del terapeuta per la noia di ascoltare un paziente che parla quasi esclusivamente di eventi fattuali esterni, la frustrazione per il senso di impotenza generato dalla difficoltà del paziente di collegare eventi esterni e mondo interno. Alcuni sostengono che il paziente alessitimico rappresenta un pericolo sia per l'autostima del terapeuta (frustrando la sua abilità di comunicazione, che è il "ferro del mestiere" principale per uno psicoterapeuta) che per il processo terapeutico (a causa dello scarso coinvolgimento del terapeuta nel mantenere il paziente dentro al processo di terapia e del desiderio più o meno inconscio che il paziente abbandoni precocemente la terapia). Verranno esaminati dalla letteratura gli studi empirici che hanno analizzato 3 aspetti del trattamento dell'alessitimia: 1) l'interazione fra paziente e terapeuta; 2) l'influenza dell'alessitimia sull'esito psicoterapeutico; 3) la modificazione dei tratti alessitimici dopo trattamento.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PINTURICCHIO

S45. Disturbi di personalità e loro interferenza con i trattamenti

COORDINATORE

F. Gabrielli

La compliance dei pazienti con disturbi di personalità al trattamento psicofarmacologico

M. Balestrieri

Università di Udine, AOU di Udine

La compliance al trattamento con psicofarmaci rappresenta un argomento centrale nella determinazione della risposta alle terapie. Spesso infatti si corre il rischio di attribuire ai farmaci defaillance collegabili ad una mancata incisività farmacodinamica. Un'attenta anamnesi della modalità e frequenza di assunzione del farmaco può rivelare in realtà che l'assunzione della pillola non è stata regolare o è stata interrotta anticipatamente. Questo avviene soprattutto quando la gestione del paziente avviene con appuntamenti la cui frequenza è dilatata nel tempo o quando non sono stati tenuti in debita considerazione quegli aspetti del pensiero del paziente che attualmente vengono rubricati sotto la voce "agenda del paziente", vale a dire le sue idee, aspettative, desideri, rimandi del contesto in cui vive. Due fenomeni importanti di non compliance so-

no poi la farmacofilia e la farmacofobia. Essi riflettono un rapporto con un farmaco investito di significati simbolici, attraverso i quali si esprimono timori, speranze e attese profonde. Entrambi i fenomeni contribuiscono ad un uso non corretto del farmaco e, in sostanza, alla sua inefficacia. Un elemento di particolare rilievo nel complesso gioco di interazioni tra convinzioni del terapeuta e convinzioni del paziente è dato infine dai tratti di carattere. In particolare, alcuni assetti di personalità pongono particolari difficoltà di gestione. Tra questi, vi sono la sospettosità verso il medico e verso la terapia, le aspettative irrealistiche caratterizzate da logiche del tipo "tutto o nulla", un'ansia di tratto che porta a preoccupazioni eccessive rispetto alla terapia, le oscillazioni ciclotimiche che modificano nel tempo le indicazioni di assunzione. La domanda che si pone è se ed in che misura la presenza di disturbi di personalità possa modificare l'efficacia dell'intervento farmacologico. Ma la domanda più significativa riguarda le strategie da adottare con quei pazienti che, presentando tratti di personalità, non aderiscono ai trattamenti prescritti.

Disturbi di personalità e outcome nel trattamento della depressione

C. Gala, I. Iandoli, L. Pasquale, A. Peirone, C. Redaelli

UO di Psichiatria 1, AO "San Paolo" di Milano

Sono stati effettuati diversi studi sulla frequenza dei disturbi di asse II e sulle conseguenze della comorbidità relativamente alla manifestazione, al decorso e all'esito dei disturbi depressivi. La ricerca sulla relazione tra depressione e disturbi di personalità è ostacolata da numerosi fattori metodologici, tra cui la validità della diagnosi di disturbo di personalità, l'interferenza del tono dell'umore sulla diagnosi e la sovrapposizione tra alcuni sintomi del disturbo di personalità e i sintomi dell'umore, di conseguenza i dati finora ottenuti non sono del tutto concordi. Tuttavia, sembra prevalere l'opinione che i pazienti depressi con disturbo di personalità mostrano una risposta al trattamento più scarsa o più lenta e hanno una prognosi a lungo termine meno favorevole. Alcuni studi indicano che i disturbi di personalità sono significativamente più comuni nei pazienti depressi non melanconici rispetto ai melanconici o ai depressi bipolari. È stato osservato che la presenza di un disturbo di personalità non influenza la manifestazione di sintomi, ma si correla ad un'insorgenza più precoce della patologia depressiva e ad un esito peggiore all'interno del gruppo di pazienti non melanconici. Anche la risposta al trattamento è risultata essere sostanzialmente più soddisfacente nei pazienti non melanconici senza disturbo di personalità, rispetto a quelli con disturbo di personalità (91% vs. 49%). Relativamente al decorso della depressione è stato anche evidenziato che i disturbi di personalità del Cluster C, con caratteristiche di tipo ansioso ed evitante, sono predittivi di cronicità, mentre quelli del Cluster B, con aspetti istrionici ed impulsivi, influenzano la gravità e la durata del disturbo depressivo. Studi sull'esito di trattamento indicano che nei pazienti depressi in cui il disturbo di personalità comorbile non viene trattato la risposta al trattamento antidepressivo sarà meno efficace rispetto ai pazienti senza disturbo di personalità. I risultati delle ricerche finora effettuate enfatizzano l'importanza di uno studio simultaneo sul trattamento della depressione e su quello del disturbo di personalità comorbile, poiché ci sono dati a favore dell'efficacia sia di trattamenti psicologici che farmacologici specificatamente indirizzati alla personalità patologica.

Personalità anoressica e anoressia nervosa

M. Bellomo, S. Gotelli

DINOC, Sezione Psichiatria, Università di Genova

Nell'ambito di un gruppo di pazienti con diagnosi di anoressia nervosa è stato isolato un sottogruppo che ha presentato peculiari aspetti di personalità. I risultati di

questo lavoro hanno indicato la necessità di applicare protocolli di trattamento differenziati.

Lo studio ha previsto la valutazione psichiatrica, nutrizionale, un'intervista semistrukturata e la somministrazione dell'MMPI-2. Il campione è rappresentato da 90 pazienti seguiti in trattamento ambulatoriale (87 femmine, 3 maschi), così distribuiti dal punto di vista diagnostico: 63 pazienti con anoressia nervosa; 19 pazienti presentano comorbidità con disturbo borderline di personalità; 8 altre comorbidità.

Le pazienti con diagnosi di AN tout court (gruppo 1) presentano all'MMPI-2, caratteristiche di personalità, suggestive per descrivere un profilo di Personalità Anoressica: tendenza all'elaborazione depressiva dell'esperienza, bassa autostima, alterazioni dell'immagine corporea, scissione somato-psichica, scarsa capacità di modulare gli impulsi aggressivi. Il perfezionismo, l'ossessività, la cura maniacale del corpo, il controllo sull'appetito e iperattività fanno parte delle anoressiche che appartengono a questo gruppo.

Le pazienti del gruppo AN associata a disturbo borderline di personalità (gruppo 2), rispetto al gruppo di confronto, mostrano una maggiore gravità sul piano clinico, con comportamenti autodistruttivi, spesso associati a lesioni corporee. Lo stesso sottogruppo in precedenti studi, aveva presentato: scarsa motivazione al trattamento, tendenza al drop out precoce, frequente associazione con disturbi da abuso di sostanze, fobie multiple.

Le pazienti mostrano un comportamento di risposta alla terapia che si differenzia soprattutto in termini di aderenza. Le anoressiche del gruppo 2, manipolano la riabilitazione nutrizionale, tendono all'acting out, presentano più frequentemente comportamenti di eliminazione e nella maggioranza dei casi, esiste una patologia familiare. Queste forme di anoressia, con il tempo si esauriscono e lasciano l'assetto del disturbo alimentare per presentare caratteristiche sintomatologiche polimorfe. Le anoressiche del gruppo 1, aderiscono favorevolmente all'approccio multidisciplinare integrato e rispondono al lavoro psicoterapeutico di motivazione al trattamento, finalizzato all'integrazione somatopsichica.

Il contratto terapeutico nella psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline

F. Gabrielli, G.L. Gavotti*, P. Solano

*Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Università di Genova, Sezione di Psichiatria, AOU "San Martino", UO Clinica Psichiatrica; * Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Genova*

Kernberg e il suo gruppo (Yeomans et al., 1993; Clarkin et al., 1999) considerano il contratto terapeutico un importante fattore per coinvolgere i pazienti con DBP nella psicoterapia esplorativa, ridurne l'elevato drop out ed evitare il rischio di evoluzioni improduttive. Il processo che porta alla formulazione del contratto consiste nello

stabilire un accordo preliminare tra paziente e terapeuta circa le condizioni minime per il trattamento: ruoli e limiti di responsabilità dei due attori, chiara definizione del setting, esplorazione fin dall'inizio in forma attiva delle dinamiche centrali che costituiscono la patologia del carattere del paziente. Vengono anticipate le minacce prevedibili al trattamento e viene definito come esse verranno gestite. Le risposte del paziente, durante il processo di formulazione del contratto, forniscono un panorama caleidoscopico delle sue dinamiche interne. Uno degli scopi principali del contratto è quello di distinguere la psicoterapia esplorativa basata sull'interpretazione del transfert dalla gestione del comportamento: il coinvolgimento del terapeuta nella vita del paziente fuori delle sedute, ed eccetto per le vere emergenze, può minare infatti il trattamento e portarlo al fallimento. Gunderson (2001) per contro, preferisce un contrat-

to meno dettagliato obiettando che molti pazienti con DBP non saranno capaci di discuterlo in un modo significativo o di rispettarlo. Egli ritiene invece che il primo compito sia quello di assegnare al paziente un clinico di riferimento (non necessariamente colui che sarà in seguito anche lo psicoterapeuta) che lo aiuti a sviluppare un'alleanza terapeutica e ad evitare gesti autolesivi fino a che, eventualmente, sia pronto per la psicoterapia. Il terapeuta, a terapia avviata, concentra i suoi interventi col paziente per discutere il significato dei comportamenti negativi dopo che essi si sono manifestati. Viene presentata una possibile integrazione tra i differenti punti di vista di Kernberg e di Gunderson. Vengono riportati alcuni casi clinici per evidenziare gli ostacoli e i rischi emergenti da un contratto terapeutico carente o mancante e discusse le possibili cause che interferiscono con la sua formulazione.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA BERNINI

S46. Eventi traumatici e disturbi psichiatrici: aspetti psicopatologici e terapeutici

COORDINATORI

A. Sciarretta, G. Spinetti

Il Family Home Movement per gli ex-bambini soldato di Lakka (Freetown, Sierra Leone) e la Comunità "Samana Wasi" (Urumbamba, Perù): confronto fra due esperienze di assessment e trattamento psicologico nel disturbo da stress post-traumatico

G. Spinetti, R. Ravera*, C. Prinzo**, F. Loffredo*

*Psichiatra, UOC SPDC Imperia ASL 1 Imperiese (I); * UOC Psicologia ASL 1 Imperiese (I); ** Psicologia C.T. "Villa Ridente", Albisola, SV (I)*

Con la presente ricerca si intende valutare e confrontare l'organizzazione cognitiva, correlata agli esiti di diverse tipologie di PTSD, in due gruppi di adolescenti appartenenti a culture diverse: da una parte gli ex child soldiers di Lakka (Freetown, Sierra Leone) a qualche anno di distanza dalla fine della guerra civile, dall'altra i ragazzi accolti a Samana Wasi (Urumbamba, Perù). L'esperienza dei bambini-soldato in Sierra Leone rappresenta un aspetto macroscopico del trauma nella sua essenza: bambini di 5/6 anni che hanno assistito all'uccisione dei loro cari, e, strappati alle loro famiglie, sono stati duramente percossi, drogati, costretti ad uccidere. Nella comunità di Samana Wasi, Anton Ponce de Leon Pava e sua moglie Regia accolgono e crescono bambini abbandonati e altrettanto fortemente traumatizzati. La

Comunità di Samana Wasi si basa sui tre precetti dell'antica organizzazione comunitaria degli antenati Quechua: Ama llulla – sincerità; Ama suwa – onorabilità; Ama kella – lavoro.

Gli Autori si sono soffermati inizialmente su un livello primario di valutazione dell'organizzazione cognitiva, soprattutto rispetto alle *credenze* e alle *aspettative*, testando cinque aree specifiche (auto-riflessività, inter-soggettività, ambientale, passato e futuro). In seguito, e solo nei soggetti in cui è stato riscontrato un adeguato livello di idoneità esplicativa e di collaborazione, sono stati approfonditi alcuni aspetti emotivi e correlabili al PTSD e allo studio di strategie di *coping* e di *resilienza*.

Strumenti adottati: la ricerca utilizza strumenti appositamente studiati:

- il Questionnaire on Beliefs and Expectations – Sierra Leone (QBE); si tratta di uno strumento elaborato da due degli Autori della ricerca, composto di 42 item, a cui i soggetti devono rispondere in base a una scala da 1 a 5;
- l'Interviewing on Beliefs and Expectations – Sierra Leone (IBE);
- il Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ);
- il Resilience Scale (RS) a 25 item.

La scrittura espressiva come strumento terapeutico nelle esperienze traumatiche e stressanti

L. Janiri, G.M. Festa

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica "S. Cuore" di Roma

È ormai ampiamente dimostrato che, a seguito di esperienze di scrittura legate alla narrazione di eventi stressanti o traumatici, si possono verificare miglioramenti nello stato psicologico, fisiologico e comportamentale dei pazienti. Tuttavia, mentre la maggior parte degli studi ha evidenziato subito dopo la fine delle sessioni di scrittura espressiva, per il gruppo sperimentale, un leggero peggioramento delle condizioni psico-fisiche (aumento del distress, elevazione di sentimenti a connotazione negativa, ecc.), si descrivono numerosi effetti positivi a lungo termine: da miglioramenti nella funzionalità del sistema immunitario a un minor numero di visite mediche dovute a fattori stressanti, dalla riduzione dei giorni di ospedalizzazione per i ricoverati all'innalzamento del tono dell'umore, da una minore frequenza di pensieri intrusivi di tipo post-traumatico a un'aumentata sensazione di benessere psicologico.

Tra i meccanismi invocati come responsabili di questi effetti vi sono la disinibizione emotiva e l'adattamento cognitivo. Inoltre è stato ipotizzato che l'esposizione ripetuta allo stimolo doloroso produca gradualmente diminuzioni dell'arousal ed estinzione del fenomeno stressogeno.

Varie sono le metodologie di raccolta dei dati e gli strumenti, anche informatici, adatti a elaborare e ad interpretare gli scritti espressivi, sulla base dell'analisi linguistica e lessicale e dello studio delle interazioni verbali e sociali.

L'applicazione di tale mezzo terapeutico in situazioni clinico-sperimentali di stress post-traumatico viene discussa in rapporto alle difficoltà di ricerca e ai benefici attuali e potenziali attesi.

In conclusione, descrivere per iscritto un evento stressante o traumatico significa definire, organizzare e strutturare una sofferenza, "tradurre" livelli impliciti e sommersi di funzionamento. Tale processo, come si è avuto modo di evidenziare, promuove l'insorgere di un funzionamento più adattivo di risposta ai vari livelli biologico, psicologico e comportamentale.

Bibliografia

- Baikie K, Wilhelm K. *Emotional and physical health benefits of expressive writing*. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:338-46.
- Gildron Y, Peri T, Connolly JF, Shalev AY. *Written disclosure in post-traumatic stress disorder: Is it beneficial for the patient?* *J Nerv Mental Dis* 1996;185:505-7.

Eventi traumatici e disturbo schizofrenico

A. Sciarretta, E. Pompili, G. Nicolò

DSM ASL RM G Roma

Introduzione: molti aspetti, sia psicopatologici che clinici, sono stati correlati, anche in senso causale, sia all'insorgenza che alla ricorrenza delle manifestazioni psicopatologiche della schizofrenia, nonché alla disabilità ed alla possibile comorbilità con la depressione. Naturalmente la possibile intercettazione di eventi stressanti definisce, attraverso il loro ruolo psicosemiogenetico e patoplastico, la possibilità di elaborazione di opportune strategie di intervento terapeutico.

Metodi: lo studio è stato effettuato attraverso la individuazione degli eventi stressanti, sia lifetime che nei sei mesi antecedenti, verificatisi nella storia clinica di una campione di pazienti affetti da disturbo schizofrenico (DSM-IV-TR) ed afferenti ai servizi psichiatrici territoriali del DSM della ASL RM G. La presenza ed importanza dei LSE è stata valutata sia attraverso la somministrazione di un questionario elaborato ad hoc, che impiegando alcune rating scales quali la Scala di Paykel per gli eventi stressanti, la GAF e la SAS II e la LSP, relativamente alla determinazione di eventi psicosociali stressanti ed all'adattamento sociale. La PANSS e la CDS sono state impiegate, invece, per la definizione delle caratteristiche psicopatologiche specifiche e per la rilevazione di aspetti depressivi. Vengono esaminati i dati di 50 pazienti facenti parte di un campione più ampio, per il quale sono in corso ulteriori approfondimenti.

Risultati: la presenza di eventi stressanti non è stata significativamente correlata, in quasi tutti i casi, all'insorgenza di manifestazioni psicopatologiche acute. Relativamente all'andamento dell'adattamento sociale, la presenza di LSE significativi riduceva le abilità adattative e di coping, determinando una relativa richiesta di maggior impiego di "risorse assistenziali". Incerto anche il rapporto fra intensificazione di gravità delle manifestazioni psicopatologiche ed evidenza di evento stressanti. Abbastanza stretto, invece, il legame sia causale che temporale, con la sintomatologia depressiva che sarebbe implicata, quasi sempre, in un peggioramento dell'evoluzione del quadro clinico attuale e della prognosi globale della schizofrenia.

Conclusioni: la constatazione di eventi stressanti non induce a formulare chiari modelli interpretativi, psicopatologici e clinici, sia relativamente al loro ruolo scatenante che specificatamente causale nei confronti della patologia schizofrenica. Preciso risulta, tuttavia, il loro legame sia con le manifestazioni depressive, sempre in corso di schizofrenia, che con il funzionamento globale del paziente stesso. Considerevole, infine, il loro valore di interferenza negativa nei confronti dello sviluppo di qualsiasi abilità adattativa e di problem solving.

Bibliografia

- Mamo DC. *Managing suicidality*. *Schizophrenia* 2007;52(Suppl 1):59s-70s.

Bebbington PE, Wilkins S, Sham P, Jones P, van Os J, Murray R, et al. *Life events before psychotic episodes: do clinical and social variables affect the relationship?* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31:122-8.

Bebbington PE, Kuipers E. *Predicting relapse in schizophrenia: gender and expressed emotion.* Intern J Mental Health 1995;24:7-22.

Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Hardesty JP, Mintz J. *Life events can trigger depressive exacerbation in the early course of schizophrenia.* J Abnorm Psychol 2000;109:139-44.

White R, Bebbington P, Pearson J, Johnson S, Ellis D. *The social context of insight in schizophrenia.* Soc Psych Psychiatr Epidemiol 2000;35:500-7.

Aspetti psicopatologici degli eventi traumatici nelle sindromi depressive

G. Di Sciascio, S. Calò, L. Cavallo, R. Melpignano
AOU "Policlinico" di Bari

I rapporti che intercorrono tra gli eventi di vita e disturbi psichiatrici attraversano in maniera trasversale tutta la letteratura riguardante la malattia mentale declinata nel suo versante biologico e sociale.

Per definire un evento di vita "traumatico" è necessario considerare non solo le caratteristiche dell'evento in sé (tipologia, gravità, modalità con cui si verifica), ma è necessario valutare anche i fattori predisponenti e di vulnerabilità del soggetto. Una definizione più ampia di evento traumatico, infatti permette di comprendere meglio il motivo per cui le conseguenze psicopatologiche derivanti da un simile evento si verificano solo in una parte dei soggetti colpiti.

Da un punto di vista clinico e nosografico, alcuni Autori sottolineano come l'evento traumatico può correlarsi con l'insorgenza di numerosi quadri psicopatologici, sia come fattore eziologico (disturbi dell'adattamento) sia come fattore di scatenamento o di slatentizzazione di una predisposizione (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia)

Sebbene il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) sia l'unico disturbo mentale dove la presenza di un evento traumatico assume un ruolo chiave per la formulazione della diagnosi, tuttavia l'eterogeneità della costellazione sintomatologica è sovrapponibile con alcuni criteri diagnostici di altri disturbi psichiatrici.

Diversi studi presenti in letteratura evidenziano la stretta relazione tra il DPTS e i disturbi dell'umore.

Sembrerebbe infatti che la presenza di un quadro depressivo incrementi la suscettibilità agli effetti di un evento traumatico, così come un primo episodio di depressione sembrerebbe verificarsi con maggiore frequenza tra gli individui che manifestano un DPTS in seguito ad un trauma, rispetto a quelli che, esposti ad un trauma, non lo sviluppano.

Alla luce di tali considerazioni appare evidente la necessità da parte del clinico di approfondire tale relazione, per le sue implicazioni sul piano diagnostico e del trattamento.

Fattori psicosociali ed eventi stressanti in pazienti con doppia diagnosi

G. Martinotti, M. Mazza, M. Di Nicola, D. Harnic, A. Frustaci, C. De Sanctis, L. Janiri

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

Introduzione: alcuni studi hanno riportato una correlazione significativa tra fattori psicosociali di rischio, eventi di vita traumatici o stressanti e l'insorgenza di disturbi dell'umore e dipendenza da alcol e sostanze. Recenti studi animali hanno individuato un substrato genetico comune tra disturbo bipolare, alcolismo e stress cronico.

Lo scopo del presente lavoro è indagare l'eventuale correlazione tra eventi stressanti e fattori psicosociali in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare e dipendenza da alcol.

Metodi: sono stati reclutati 35 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare in comorbidità con dipendenza da alcol secondo i criteri del DSM-IV-TR afferenti al Day Hospital di Psichiatria Clinica e Farmacodipendenze del Policlinico "A. Gemelli" di Roma.

Sono stati somministrati i seguenti reattivi psicometrici: la Global Assessment of Functioning (GAF), la versione italiana della Scala di Paykel per gli eventi stressanti e la Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS).

Risultati: all'analisi dei dati si è riscontrata una correlazione positiva tra numero di eventi ed eventi dipendenti, sia dal consumo di alcol che dalla fase del disturbo dell'umore in atto. Utilizzando un modello di regressione lineare si è osservato come all'aumentare del numero di eventi si riduce il punteggio GAF. Le scale Global Assessment of Functioning e Social Adaptation Self-Evaluation Scale sono risultate correlate positivamente. L'accordo fra i tre giudici valutatori che hanno stabilito l'impatto e l'indipendenza degli eventi è risultato buono e ciò conferma la validità dell'impiego della Scala di Paykel al fine di valutare la tipologia e la rilevanza degli eventi stressanti nei pazienti con doppia diagnosi.

Conclusioni: la numerosità degli eventi avvenuti nei sei mesi precedenti l'*assessment* aumenta se questi eventi hanno una specifica correlazione con la patologia in atto (uso di alcol, disturbo dell'umore). La numerosità degli eventi è inoltre associata alla presenza di una situazione clinica più grave dal punto di vista del funzionamento sociale. Gli eventi esterni si configurano come favorevoli al peggioramento di un quadro di dipendenza alcolica o di disturbo dell'umore, non in grado, tuttavia, di determinare la ricaduta nel consumo di alcol o il precipitare in un episodio depressivo. Si sta procedendo ad ampliare il campione, differenziandolo in funzione della fase di malattia e confrontandolo con un gruppo di controllo non clinico; sarà, inoltre opportuno ripetere le valutazioni dopo un adeguato intervallo di tempo al fine di ottenere risultati più significativi. Comprendere il ruolo degli eventi stressanti e dei fattori psicosociali

nei pazienti con doppia diagnosi risulta particolarmente importante, in quanto può offrire strade nuove ed alternative per la prevenzione e per il trattamento.

Bibliografia

Paykel ES. *Life events and affective disorders*. Acta Psychiatr Scand 2003;418(Suppl):61-6.

Cohen AN, Hammen C, Henry RM, Daley SE. *Effects of stress*

and social support on recurrence in bipolar disorder. J Affect Disord 2004;82:143-7.

Le-Niculescu H. *Phenomic, convergent functional genomic, and biomarker studies in a stress-reactive genetic animal model of bipolar disorder and co-morbid alcoholism*. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2008;174:134-66.

Maguire C. *Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence*. Bipolar Disord 2008;10:293-302.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA RAFFAELLO

S47. Esordi psicotici e cannabis

COORDINATORI

D. Berardi, G. de Girolamo

Effetto dell'abuso di cannabis sulla durata di psicosi non trattata

A. Fiorillo, V. Vinci, D. Giacco, F. Catapano

Università di Napoli - SUN

Negli ultimi anni diversi studi hanno esaminato la relazione tra abuso di sostanze, in particolare di cannabis, ed esordi psicotici. In particolare, è stato osservato che il consumo di cannabinoidi può influenzare la lunghezza della durata di psicosi non trattata (DUP), definita come l'intervallo di tempo compreso tra l'esordio dei sintomi psicotici e il primo trattamento psichiatrico adeguato, e della durata di malattia non trattata (DUI), definita come intervallo di tempo compreso tra la comparsa dei sintomi prodromici e il primo trattamento psichiatrico adeguato. Questo studio si propone di indagare l'influenza dell'uso di cannabis sulla durata di psicosi non trattata in un campione di pazienti reclutato presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN che rispondevano ai seguenti criteri: a) età compresa tra 18 e 35 anni; b) diagnosi di disturbo psicotico in assenza di un disturbo dell'umore primario; c) assenza di malattie disabilitanti o croniche.

Il campione è rappresentato per la maggior parte da pazienti di sesso maschile (63,6%), con un'età media di 27,27 (\pm 4,26), e una durata di malattia di 8,73 (\pm 6,56) anni. Il 54,5% ha riferito di aver fatto uso nel corso della vita di cannabis, il 45,5% ne ha fatto uso all'esordio. Nei pazienti che hanno assunto cannabis all'esordio, la DUP era di 63,60 settimane vs. 58,00 settimane negli altri pazienti e la DUI era 286,40 settimane vs. 152,67 settimane.

I risultati del nostro studio, sebbene preliminari, mostrano che l'uso di cannabis all'esordio di un disturbo psicotico influenza in maniera significativa la DUI. È verosimile che i sintomi prodromici siano erroneamen-

te attribuiti all'uso di cannabis e non all'esordio della psicosi, ritardando in tal modo adeguati trattamenti psichiatrici. Tali risultati evidenziano la necessità di condurre campagne informative rivolte alle popolazioni a rischio sui principali aspetti dei disturbi psicotici e sul legame tra questi e l'abuso di sostanze.

Pazienti psicotici che usano sostanze: quale profilo clinico e psico-sociale all'esordio di malattia? Risultati del progetto PICOS-Veneto

A. Lasalvia, R. Mazzoncini, C. Bonetto, D. Cristofalo, M. Bertani, S. Bissoli, S. Tosato, G. Marrella, L. Lazzarotto, K. De Santi, N. Pellegrini, M. Tansella, M. Ruggeri

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Introduzione: la letteratura evidenzia che l'esposizione alle sostanze, cannabis in particolare, rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della psicosi. Questo studio intende testare la seguente ipotesi: i pazienti psicotici all'esordio di malattia che fanno uso di sostanze differiscono, rispetto a coloro che non usano sostanze, per: a) caratteristiche socio-demografiche, b) sintomatologia, c) carico genetico familiare.

Metodologia: la ricerca è stata condotta all'interno del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico regionale che ha l'obiettivo di caratterizzare le psicosi all'esordio e sviluppare un modello predittivo dell'esito. I soggetti sono valutati attraverso vari strumenti, tra cui la Clinician Drug Use Scale (CDUS) per definire positività, durata, intensità e ricadute funzionali dell'uso di sostanze e la FIGS per la familiarità per disturbi psichici.

Risultati: sono stati valutati 335 pazienti (54,6% maschi; età media 31,6; ds: 9,4), per il 70% dei quali sono state raccolte informazioni sull'uso di sostanze. L'uso complessivo di sostanze è stato rilevato nel 21,3% del campione (tasso significativamente maggiore della popolazione generale del Veneto). La sostanza di maggior consumo è la cannabis (19,3%), seguita da cocaina (4%), allucinogeni (4%). L'uso di sostanze è associato al sesso maschile (OR: 8,23), all'età (decrese l'uso con l'aumentare dell'età), con il disagio abitativo. I soggetti che usano sostanze hanno minor frequenza di sintomi negativi (OR: 2,39); nessuna differenza per i sintomi positivi. Nei pazienti che fanno uso di sostanze si osserva un minore carico genetico familiare, misurato come presenza di familiari di primo grado affetti da psicosi (12,9% vs. 2,4%).

Conclusioni: i presenti risultati appaiono in linea con la letteratura e confermano le ipotesi testate, supportando un possibile ruolo attivo dell'uso di sostanze nella eziopatogenesi dei disturbi psicotici. Le caratteristiche peculiari dei pazienti psicotici che abusano di sostanze lasciano aperti importanti interrogativi nosografici, prognostici e terapeutici che solo un'attenta ricerca in questo campo potrà aiutare a comprendere.

Uso e abuso di sostanze: impatto sulla popolazione del centro per l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi-programma 2000, Azienda Ospedaliera, Ospedale "Niguarda Cà Granda", Milano

L. Bislenghi, A. Cocchi, A. Meneghelli
AO, Ospedale "Niguarda Cà Granda", Milano

Nel lavoro con i giovani nelle fasi iniziali delle psicosi dobbiamo confrontarci con la innegabile realtà della crescente diffusione e della regolarità dell'utilizzo (e spesso dell'abuso abituale) di sostanze, in particolare cannabis e cocaina, che rappresentano un rischio aggiuntivo per persone con un equilibrio già fragile.

Per questo motivo il tema dell'abuso di sostanze (precedente all'esordio o perdurante dopo di esso) è stato oggetto di attenzione, intervento e studio in alcuni noti programmi di intervento precoce nelle psicosi (Australia, Norvegia, Inghilterra).

L'abuso di sostanze e l'esordio psicotico condividono molti elementi in comune:

- generalmente esordio in adolescenza;
- somiglianze nei sintomi tra schizofrenia ed effetti dell'uso di droghe;
- in entrambi i casi presenza di sintomi negativi, dissociativi e declino del funzionamento sociale.

Le tipologie di consumo più diffuse sono la cosiddetta automedicazione (utilizzo di sostanze per alleviare sintomi e problemi percepiti come fonte di disagio) e l'uso ricreativo (che tende ad appesantire e ad aggravare sintomi già presenti nella popolazione a rischio).

Il presente lavoro intende analizzare, a partire dalla ca-

sistica dei pazienti in carico al Centro per l'individuazione e l'intervento precoce nelle Psicosi-Programma 2000, la diffusione dell'abitudine al consumo di sostanze stupefacenti, la tipologia di sostanze utilizzata, il tipo di consumo (mono- o policonsumo) abituale, la sintomatologia dei pazienti. A partire da queste osservazioni ci si propone di analizzare alcune questioni fondamentali riguardanti le modalità di trattamento di questo particolare problema all'interno del progetto di cura più ampio progettato per i giovani all'esordio o a rischio di psicosi, sottolineando le necessarie differenze e le difficoltà aggiuntive che ci si trova ad affrontare quando il problema delle sostanze non è il problema primario o l'unico. Verranno quindi delineate le soluzioni e le strategie che sono state sperimentate all'interno del Programma 2000, considerandone ed analizzandone gli svantaggi e i vantaggi.

Cannabis ed esordi psicotici. Alcune esperienze in Emilia Romagna

I. Tarricone, M. Pratelli*, D. Ghigi*, R. Michetti**, R. Caramanica**, G. Minenna**, S. Pellegrino**, A. Svetтини***, R. Pavarin***, D. Berardi

Istituto di Psichiatria Università di Bologna; * DSM AUSL Rimini; ** DSM AUSL Bologna; *** Osservatorio metropolitano tossicodipendenze, AUSL Bologna

Introduzione: la cannabis è la sostanza illecita più ampiamente utilizzata al mondo (Di Forti et al., 2007). Le evidenze scientifiche chiariscono in maniera definitiva importanti influenze della cannabis sull'esordio ed il decorso della schizofrenia (Fergusson et al., 2006; Moore et al., 2007; Barnett et al., 2007).

Metodi: presso il CSM Ovest di Bologna è attivo dal 2002 un progetto di cura dei pazienti all'esordio psicotico (PEP). Abbiamo raccolto prospetticamente le informazioni sociodemografiche e cliniche di tutti i PEP presi in carico da gennaio 2002 a dicembre 2007. I PEP sono poi stati valutati con follow-up a 3 e 12 mesi.

Risultati: nel periodo dello studio i PEP sono stati 88 (incidenza media 37 casi/100.000 abitanti all'anno). Il 32% abusava di cannabis. I PEP abusatori di cannabis (PEP-C) si sono contraddistinti alla baseline per le seguenti caratteristiche: esordio precoce ($22,5 \pm 3,7$ vs. $26,8 \pm 5,1$; χ^2 : 15,6; $p < 0,001$); più frequentemente disoccupati (13,50% vs. 18,32%; $\chi^2 = 2,4$; $p = 0,1$); più frequentemente nativi che migranti (23,39% vs. 3,13%, $\chi^2 = 5,1$, $p = 0,02$). Al follow-up i PEP-C si sono contraddistinti dagli altri PEP per un maggior numero di ricoveri (4,20% vs. 2,45%; $\chi^2 = 3,9$, $p = 0,05$).

Conclusioni: i pazienti PEP-C hanno fin dalla baseline caratteristiche prognostiche negative (peggior funzionamento sociale e precoce età di esordio); tali riscontri trovano conferma alla valutazione di follow-up, che mette in luce un maggior numero di ricadute tra o PEP-C. I risultati di tale ricerca necessitano di essere confermati

in campioni più numerosi e in diverse realtà territoriali ed è pertanto in programma un'estensione dello studio ad altri CSM della Regione Emilia Romagna. Si stanno

inoltre valutando interventi specifici per i pazienti PEP-C in collaborazione tra CSM e Sert nelle diverse realtà territoriali.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA CARAVAGGIO

S48. Social brain e cognizione sociale nei disturbi mentali gravi

COORDINATORE
M. Casacchia

Nuove frontiere nelle neuroscienze: dalla cognizione sociale all'empatia

M. Casacchia, M. Mazza, R. Roncone
Dipartimento della Salute, Università dell'Aquila

Negli ultimi anni è stata proposta l'ipotesi del cervello sociale, secondo la quale la progressiva espansione delle aree prefrontali umane è una risposta adattativa alla complessità dei sistemi sociali. Questo testimonia l'evoluzione in queste aree cerebrali di meccanismi neurocognitivi in atti a manipolare le molteplici informazioni della sfera sociale. Tra questi particolare interesse è stato posto alla "Teoria della Mente" che permette agli individui di formulare inferenze sugli stati mentali altrui. Tecniche di neuroimaging funzionale hanno permesso di dimostrare l'esistenza di un sistema neurale che sottostà a questo meccanismo (che comprende anche altri aspetti) ma che viene meglio definito come "cognizione sociale". Recentemente la scoperta del sistema specchio, nel campo della neurofisiologia (Rizzolatti, 2005) ha permesso di sottoporre a verifica sperimentale tutte le abilità cognitive che sono alla base della cognizione sociale (capacità empatiche, comprensione delle intenzioni, social knowledge ecc.) sia mediante l'applicazione di nuove metodiche di valutazione fino ad arrivare all'utilizzo di fMRI.

Nel presente studio ci siamo proposti di effettuare un'analisi delle competenze che sono alla base della cognizione sociale nella schizofrenia affiancando a metodiche classiche di valutazione (compiti di falsa credenza) altre metodiche di indagine in cui è possibile esaminare le capacità empatiche attraverso l'ausilio sia di questionari che di tecniche computerizzate. Un altro obiettivo dello studio è stato anche quello di avvalerci per un piccolo gruppo di soggetti con schizofrenia dell'utilizzo di fMRI.

Metodi: hanno partecipato allo studio 210 soggetti affetti da schizofrenia (DSM-IV-TR, APA, 2000). Al momento della valutazione (gennaio 1999-maggio 2008) i soggetti erano utenti della Clinica Psichiatrica dell'Università dell'Aquila.

Tutti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica, neuropsicologica mediante i classici strumenti di valutazione e ad una valutazione della cognizione sociale mediante compiti di falsa credenza (ToM); compiti di priming affettivo (empatia per le emozioni); compiti di orientamento dell'attenzione guidato da indizi sociali (direzione dello sguardo) e scale per la valutazione dell'empatia (Baron-Cohen, 2006). Un piccolo gruppo di soggetti (dieci) al primo episodio schizofrenico (DSM-IV-R, APA, 2000) è stato successivamente sottoposto a fMRI durante l'osservazione di stimoli ad elevata salienza emozionale. Le immagini funzionali (acquisite con un 1.5T scanner MRI-Signa Horizon, General Electric). I soggetti con schizofrenia sono stati confrontati con 10 volontari sani di pari età e scolarità.

Risultati: i risultati hanno evidenziato che tra le componenti della cognizione sociale, le capacità empatiche, intese come riconoscimento e condivisione delle emozioni e la comprensione della falsa credenza sono compromesse in egual maniera nel campione dei soggetti con schizofrenia e correlano in maniera significativa con tutte le aree del funzionamento sociale rispetto alle altre misure utilizzate. Inoltre dai risultati emersi dall'esame fMRI emerge una ridotta attivazione delle aree limbiche (in particolare dell'amigdala e dell'insula) in soggetti con schizofrenia sottoposti a stimoli ad elevata valenza emotiva, rispetto a controlli sani.

Conclusione: i risultati indicano che i deficit di cognizione sociale rappresentano un elemento fondamentale nel disturbo schizofrenia sia per quanto riguarda la capacità di comprendere la ToM sia per quanto riguarda l'empatia (Brüne; 2005). Inoltre i dati relativi all'utilizzo di neuroimaging, seppur preliminari, suggeriscono la necessità di indagare le anomalie strutturali e morfofunzionali presenti in soggetti con schizofrenia fin dal primo episodio di malattia.

Attivazione neuronale nel riconoscimento dei canoni estetici: implicazioni cliniche e riabilitative

C. Di Dio

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

In uno studio fMRI abbiamo investigato in soggetti umani i correlati neurali associati alla percezione estetica indotta dall'osservazione di stimoli artistici.

In una prima analisi dei dati, abbiamo confrontato due campioni di immagini rappresentanti, nella cultura occidentale, capolavori artistici, diversi tra di loro solo nella dimensione proporzionale. I risultati hanno mostrato, in corrispondenza delle opere caratterizzate da parametri estetici canonici, una maggiore attivazione di aree corticali deputate all'analisi visiva dello stimolo e l'attivazione dell'insula, un'area la cui funzione è associata alla percezione, nell'uomo, di sensazioni emozionali. La qualità di questa "sensazione emozionale" deriva dalla relazione che l'insula intrattiene con altre aree del sistema limbico e con aree di controllo e regolazione del sistema autonomo. Sarebbe, secondo questa caratterizzazione, proprio l'attività insulare a definire la qualità emozionale della percezione estetica in risposta ai parametri intrinseci dell'opera d'arte.

In parallelo, un secondo meccanismo è implicato durante l'espressione esplicita di piacere estetico da parte dei singoli soggetti. Questo meccanismo è basato non più sui parametri stabili dell'opera, quanto più sulla relazione tra esperienza dell'osservatore ed opera. Questo processo è implementato dall'attività dell'amigdala, la cui funzione fondamentale è l'attribuzione di valori emozionali a stimoli di per sé neutri mediante processi associativi dettati dall'esperienza individuale.

Poiché la natura dell'apprezzamento estetico potrebbe essere generalizzata alla capacità insita dell'uomo di provare piacere, un ulteriore studio è atto a comprendere se tale capacità è alterata in pazienti schizofrenici all'esordio con prevalente sintomatologia negativa. Considerata l'efficacia del paradigma sperimentale implementato nel primo studio nel catturare risposte emozionali specifiche, in questo lavoro viene esaminata la reazione dei pazienti alle immagini artistiche, al fine di riportare il deficit emozionale manifesto dall'esordio della malattia ad una più generale incapacità di provare piacere indotto da stimoli con valenza positiva. I risultati verranno discussi alla luce delle nuove implicazioni sui correlati neuroanatomici dei deficit di cognizione sociale tipicamente presenti in soggetti con schizofrenia.

Percezione delle emozioni (espressioni facciali e prosodia) nelle psicosi

P. Rocca, F. Castagna, C. Montemagni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: recenti dati suggeriscono che la social cognition sia un modulo indipendente dell'intelligen-

za e che una sua alterazione possa essere responsabile della compromissione funzionale osservata nei disturbi psicotici. Lo studio della social cognition comprende la valutazione della percezione delle emozioni, i cui principali ambiti di indagine sono il riconoscimento dell'espressione facciale e quello dell'espressione vocale (prosodia). La percezione delle emozioni è compromessa nei pazienti con schizofrenia rispetto ai controlli sani; la compromissione maggiore è evidente nel riconoscimento delle emozioni negative; il deficit è presente dall'esordio della malattia ed è stabile nel tempo. Per quanto riguarda le relazioni tra percezione delle emozioni, psicopatologia e cognitività, i risultati non sono ancora conclusivi. Non è ancora chiaro se questi deficit siano specifici della schizofrenia, in quanto tale compromissione è evidente nel confronto schizofrenia e disturbi depressivi, mentre si attenua nel confronto schizofrenia e disturbo bipolare, dove i disturbi della percezione emotiva variano a seconda della fase di malattia. Pochi sono i dati sul disturbo delirante e sul disturbo schizoaffettivo.

Metodi: lo scopo della relazione è presentare i risultati di una nostra ricerca sul processamento emotivo nella schizofrenia, nel disturbo schizoaffettivo, e nel disturbo bipolare. Sono stati reclutati 82 soggetti affetti da schizofrenia, 21 soggetti affetti da disturbo schizoaffettivo e 25 soggetti affetti da disturbo bipolare, e un gruppo di controlli sani ($n = 30$) al fine di confrontare le loro performance. Abbiamo utilizzato un protocollo computerizzato (Comprehensive Affect Testing System – versione italiana realizzata dal nostro gruppo di ricerca) che prevede la somministrazione di test volti ad esplorare differenti aspetti dell'espressività facciale e del tono di voce.

Risultati: i risultati preliminari del nostro studio evidenziano che, rispetto ai controlli, i pazienti dimostrano una compromissione nell'esecuzione di tutti i compiti di riconoscimento emotivo. I pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo sono risultati maggiormente compromessi rispetto ai pazienti con disturbo bipolare nei compiti di denominazione, selezione e associazione delle espressioni facciali. Non sono emerse differenze significative tra i sottogruppi clinici nelle prove di percezione della prosodia emotiva. In entrambe le condizioni sperimentali i tre sottogruppi non differivano nei compiti di controllo (riconoscimento dell'identità facciale e della prosodia non emotiva).

Conclusioni: i pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico sono risultati maggiormente compromessi dei pazienti con disturbo bipolare nelle prove di riconoscimento delle espressioni facciali, suggerendo un ruolo sugli esiti funzionali di entità maggiore rispetto a quella che si osserva nei pazienti con disturbo bipolare, in un continuum di gravità caratteristico dei disturbi psicotici. Per quanto riguarda la prosodia, i dati raccolti sono preliminari e non sembrano differenziare le prestazioni tra i due gruppi clinici.

Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in early psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study

D. Fowler¹, J. Hodgekins¹, M. Painter², T. Reilly³, C. Crane^{2,4}, I. MacMillan³, M. Mugford¹, T. Croudace⁴, P.B. Jones^{2,4}

¹ School of Medicine, Health Policy and Practice, University of East Anglia, Norwich, UK; ² CAMEO, Cambridgeshire and Peterborough Mental Health Partnership NHS Trust; ³ Norfolk Early Intervention Service, Norfolk and Waveney Mental Health Partnership NHS Trust; ⁴ Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, UK

Background: this study reports a randomised controlled trial of a novel cognitive behavioural intervention to improve social recovery from early psychosis. The intervention was specifically focused on improving activity levels while managing social anxiety and psychotic symptoms. Therapists used a combination of vocational case management and CBT techniques.

Methods: seventy-seven participants were recruited from secondary mental health teams presenting with a history of unemployment and poor social outcome. The study was a

single-blind RCT with two groups, 35 participants receiving CBT plus TAU, and 42 participants receiving TAU alone. Participants were assessed at baseline and post-treatment. The intervention was delivered over a nine-month period with a mean of 12 sessions. Primary outcome measures were weekly hours in constructive economic and structured activity. Secondary outcomes included symptoms, beliefs about self and others, and hopelessness.

Results: in the non-affective psychosis group there were clinically meaningful and significant improvements in weekly hours in constructive and structured activity, PANSS scores, and beliefs about self and others. In the affective psychosis group there was a striking improvement in activity and symptoms across both TAU and treatment conditions but there were no significant benefits for treatment.

Conclusion: the study provides promising preliminary evidence for CBT in improving constructive and structured activity amongst patients with poor social outcomes, relatively early in the course of disorder. Promising indications of benefits in symptoms and beliefs about self and others were also observed. The study provides a useful basis for a definitive large multi-centre randomised controlled trial.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MANTEGNA

S49. Integrazione tra farmaci e psicoterapie: implicazioni teoriche e prove di efficacia

COORDINATORE

A. Tundo

Integrazione tra farmaci e psicoterapia: implicazioni teoriche

A. Tundo

Istituto di Psicopatologia, Roma

A partire dagli anni Sessanta del secolo scorso il trattamento integrato farmaci-psicoterapia è stato largamente utilizzato nella pratica in modo empirico, come se si trattasse di una "panacea" utile per tutti i pazienti e per qualsiasi condizione clinica. Raramente psichiatri e psicologi che ricorrono a questa modalità di cura riflettono sulle implicazioni teoriche che questa integrazione comporta¹. Essa richiede innanzitutto una ridefinizione del confine tra cervello (struttura) e mente (funzione) che vada oltre i due classici modelli funzionalista (o aristotelico) e sostanzialista (o platonico). È infatti sempre più chiaro che gli antidepressivi di nuova generazione possono indurre modificazioni personolo-

giche simili a quella della psicoterapia² e, viceversa, che un trattamento psicoterapeutico efficace può modificare la plasticità sinaptica³. Queste evidenze sono meglio comprensibili se il rapporto mente cervello viene inquadrato in una nuova cornice intellettuale, come quella proposta da Kandel⁴. Un altro importante problema di carattere generale, messo in gioco ogni volta che si integrano farmaci e psicoterapia, è il paradigma a cui si fa riferimento. Questo non può essere quello medico-biologico, che relega la psicoterapia al ruolo di semplice supporto al trattamento farmacologico. Ma neanche quello psicologico, che vede il farmaco come una stampella temporaneamente utile per affrontare un momento critico la quale, peraltro, non deve portare alla completa risoluzione dei sintomi per evitare che il paziente perda la motivazione al lavoro psicoterapeutico. Più funzionale appare l'adozione di un paradigma bio-psico-sociale, in grado di dare una visione realmente unitaria.

Bibliografia

- ¹ Tundo A. *Modelli di integrazione a confronto*. In: Atti del XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Cognitivo Comportamentale SITCC, 2006.
- ² Andrews W, Parker G, Barret E. *The SSRI antidepressant: exploring their other possible properties*. *J Affect Disord* 1998;49:141-4.
- ³ Stein DJ. *Emotional regulation: implication for the psychobiology of psychotherapy*. *CNS Spectrum* 2008;13:195-8.
- ⁴ Kandel ER. *A new intellectual framework for psychiatry*. *Am J Psychiat* 1998;155:457-69.

Integrazioni tra farmaci e psicoterapie: implicazioni teoriche e prove di efficacia

M. Biondi, A. Picardi*

*UOC di Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica – SPDC, Azienda Policlinico “Umberto I”, Sapienza Università di Roma; * Istituto Superiore di Sanità, Roma*

L'impiego di psicofarmacoterapia (F) e psicoterapia (P) associate è prassi diffusa nella pratica clinica, forse più di quanto gli studi clinici controllati documentino. Alcune inchieste in Italia e in altri Paesi hanno rilevato tra psichiatri prevalenze fino all'80% di forme di trattamenti associati o integrati, a seconda delle varie patologie. Diversi sono i problemi da affrontare. Esperienze personali e come gruppo di ricerca di vari anni in quest'ambito suggeriscono alcune considerazioni. In primo luogo è ovvio che l'associazione F e P non è indicata per tutti, ma solo per un sottogruppo sebbene ampio. Suggestire l'integrazione non significa che tutti i casi vadano trattati con farmaci o con psicoterapia. Rilevante è ad esempio la preferenza espressa dalla persona che chiede aiuto. In secondo luogo, è utile avere consapevolezza delle potenzialità ma anche dei limiti sia della psicofarmacoterapia da sola che della psicoterapia da sola. L'idea di integrare i due trattamenti nasce dal tentativo di migliorare l'accessibilità alle cure di una quota, anche se modesta, di pazienti e di potenziare l'intervento ove uno dei due abbia fallito o dato risultati parziali. In terzo luogo, è erroneo pensare che la somma di due trattamenti – diversi per natura e tecnica – produca un risultato di “potenza” doppia. L'associazione di questi due interventi richiede infatti di abbandonare il modello dicotomico (funzionale verso organico, psicologico contro biologico) spesso tuttora seguito. È preferibile utilizzare un modello nuovo, non conflittuale che suggerisca come F e P agiscano su una comune matrice, sebbene attraverso percorsi diversi. Verrà presentata una serie di studi effettuati a riguardo, nel disturbo di panico, fobia sociale, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo.

Efficacia del trattamento integrato nella depressione

F. Mancini*, M. Sauttoni**

* *Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma;*
 ** *U.F. Salute Mentale Adulti AUSL 2 Lucca*

Nella terapia della depressione la combinazione di interventi farmacologici e psicologici è la regola (Kornbluh et al., 2001) ma le ricerche a tal riguardo non chiariscono ancora se tal approccio sia vantaggioso rispetto ai singoli trattamenti (Parker e Fletcher, 2007). La contraddittorietà dei risultati può ricondursi a fattori quali l'eterogeneità dei campioni messi a confronto (età, invio dal “primary care” o dall'ambulatorio psichiatrico, presenza o assenza di comorbidità psichiatrica), dei disegni delle ricerche (psicoterapia vs. combinata, combinata vs. psicoterapia e placebo, combinata vs. treatment as usual, ecc.), delle modalità di combinazione (sequenziale, combinata dall'inizio).

Metodi: attraverso una rassegna della letteratura scientifica si propone una riflessione su vantaggi e svantaggi della combinazione di farmaco- e psicoterapia nella depressione.

Risultati: in una delle più recenti metanalisi, de Maat et al. (2007) hanno evidenziato che il trattamento integrato appare più efficace della psicoterapia ma tale superiorità vale solo per la depressione cronica di moderata intensità; gli Autori sottolineano piuttosto che solo meno della metà dei pazienti depressi va in remissione. D'altronde anche i dati relativi alla monoterapia con farmaci non sono molto confortanti: una metanalisi di Kirsch et al. (2008) indica che fra i gruppi in trattamento farmacologico e quelli in placebo, non si trova una differenza di efficacia clinicamente significativa.

Conclusioni: la ragione di questi deludenti risultati potrebbe essere ricondotta alla tendenza maturata negli ultimi decenni, sostenuta dall'illusione dell'esistenza di un farmaco buono per tutte le depressioni e dalle cosiddette psicopatologie di spettro, di accomunare eterogenee condizioni depressive. La minore attenzione alla valutazione qualitativa dell'esperienza depressiva a favore di una misurazione quantitativa rischia di rendere la depressione una galassia comprendente forme di sofferenza patologica e forme di normale infelicità legate alla percezione di uno scarto tra come si è e come si vorrebbe essere con inevitabili conseguenze sulla specificità dei trattamenti.

Il modello sequenziale nel trattamento della depressione

G.A. Fava, C. Rafanelli, E. Tomba, C. Belaise, E. Tossani

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Psicoterapia e farmacoterapia sono state tradizionalmente associate in contemporanea nei disturbi ansiosi e

depressivi. I risultati sono stati spesso deludenti. Recentemente è stata proposta l'associazione di diverse strategie terapeutiche in ordine sequenziale (psicoterapia dopo farmacoterapia, farmacoterapia dopo il completamento della psicoterapia, uso successivo di due tecniche psicoterapiche).

L'applicazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della sintomatologia residua che persiste dopo trattamento farmacologico si è rivelata efficace nel ridurre le ricadute del disturbo depressivo maggiore in svariati studi controllati randomizzati.

Il trattamento sequenziale non rientra tra le strategie di mantenimento: è un approccio intensivo, articolato in 2 fasi, basato sulla crescente consapevolezza che un singolo trattamento non risulta adeguato nella maggior

parte dei pazienti con disturbi ansiosi e depressivi. Una nuova applicazione del modello consiste nel contrastare la perdita di efficacia che si verifica nel corso del trattamento farmacologico prolungato.

L'approccio sequenziale richiede una sostanziale modifica nelle modalità di valutazione, basate su una diversa organizzazione della comorbilità, una maggiore attenzione alla sintomatologia subclinica e l'uso della stadiazione per la definizione longitudinale del decorso del disturbo depressivo.

Bibliografia

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

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MASACCIO

S50. Depressione materna e rischio psicopatologico in età evolutiva

COORDINATORE

A. Pascotto

Il processo di mutua regolazione affettiva in coppie madre-bambino a rischio depressivo e psicosociale

M. Ammaniti, A.M. Speranza, R. Tambelli, C. Trentini

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma

La mutua regolazione affettiva deriva dall'intreccio tra la capacità biologicamente determinata dei bambini di autoregolarsi, la loro predisposizione a produrre comportamenti interattivi e l'abilità delle madri di interpretarne i segnali, rispondendovi secondo modalità appropriate. Nei quadri depressivi queste competenze materne possono essere compromesse, andando a limitare l'espressione emozionale e la qualità degli scambi relazionali diadici. L'assunzione di stili interattivi disfunzionali (caratterizzati da interferenza, ritiro emozionale o da modalità miste) riduce, inoltre, la capacità delle madri di accogliere le iniziative dei figli di riparare scambi non reciprocamente orientati: nel tentativo di fronteggiare i fallimenti della mutua regolazione, i bambini possono strutturare un nucleo affettivo negativo, caratterizzato da tristezza o rabbia, oppure sviluppare modelli relazionali difensivi, definiti da un eccesso o da una limitazione delle proprie capacità di autoregolazione. Il disagio psicopatologico materno risulta ulteriormente esacerbato nelle

condizioni di rischio psicosociale, nel cui ambito il sommarsi di stress familiari e di fattori ambientali avversi influenza negativamente le capacità materne di caregiving, esponendo i bambini alla possibilità di esiti psicopatologici sin dai primi mesi di vita. Recentemente, abbiamo condotto un'indagine al fine di esplorare gli effetti del rischio depressivo e psicosociale sui processi di co-regolazione diadica. Sulla base di uno screening effettuato durante la gravidanza, sono stati selezionati quattro gruppi di donne: a rischio depressivo (n = 33), a rischio psicosociale (n = 32), a doppio rischio (n = 26) e di controllo (n = 31). Le diadi sono state contattate ai 6 e ai 12 mesi del bambino per la videoregistrazione di sequenze interattive, codificate mediante scale osservative appositamente costruite. Nonostante sia stato evidenziato un generale miglioramento nel tempo della qualità interattiva, nelle diadi a doppio rischio è stata rilevata, sia ai 6 che ai 12 mesi, una più evidente problematicità nello scambio diadico, caratterizzato da modalità interattive materne disfunzionali (scarsa responsività, comportamenti interferenti ed espressione di stati affettivi negativi) e dalla compromissione delle competenze autoregolative infantili.

Rilevamento e intervento precoce nella depressione materna perinatale

M.C. Stefanini, G. Lino, L. Giardinelli, V. Svelto, C. Lunardi, M.G. Martinetti

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile di Firenze, AOU Careggi, Firenze

Introduzione: Centro "Nascita" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze ha messo a punto un percorso assistenziale multidisciplinare rivolto al disagio psichico in epoca perinatale (sia materno/genitoriale che del bambino). Questa metodologia prevede un'integrazione di interventi multiprofessionali finalizzati alla realizzazione di un percorso assistenziale che articoli risposte altamente qualificate su tutto il ventaglio delle necessità emergenti, dalla prevenzione primaria al rilevamento dei fattori di rischio individuali e sociali, fino ai quadri di psicopatologia materna ad esordio perinatale. Il presente lavoro si focalizza nell'analisi di una casistica di donne in gravidanza seguite dalla 27-30° sett E.G. fino ai 6 mesi del figlio.

Obiettivi: definizione del protocollo di utilizzo degli strumenti di rilevamento dei fattori di rischio per disagio perinatale; verifica della fruibilità e dell'efficacia dell'intervento integrato multidisciplinare messo a punto dalla nostra struttura.

Metodi: è stata effettuata l'analisi di una casistica di 508 donne, seguite per il percorso di accompagnamento alla nascita, sottoposte ad un colloquio conoscitivo individuale semistrutturato iniziale e a valutazione testologica con EPDS e STAI- Y sia in gravidanza che dopo 3 mesi dalla nascita. Nello stesso tempo, si sono analizzate le richieste dirette di valutazione e presa in carico terapeutica effettuate per disagio psichico materno e/o relazionale, pervenute al servizio indipendentemente dal rilevamento testologico (dati anamnestici, presenza di fattori di rischio, motivo della consultazione, inquadramento diagnostico, tipologia dell'intervento effettuato, esito, follow-up).

Risultati: l'analisi della casistica mostra un continuum fra fattori di rischio per depressione materna in anamnesi, maternity blues, problematiche relazionali precoci m-b: legate all'acquisizione dei processi di autoregolazione e franchi quadri di DPP. I test si dimostrano utili nel rilevare i fattori di rischio ma, nella nostra esperienza, non aumentano la fruibilità dell'intervento, che risulta invece sensibile (precocità dell'intervento e bassi drop-out) all'accoglienza individualizzata effettuata nel pre-parto da figure professionali supportive.

Depressione materna e psicopatologia infantile: studio di una popolazione clinica

A. Gritti, F. Salerno, L. Cutolo, S. Pisano

Clinica di Neuropsichiatria Infantile Seconda Università di Napoli, Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Dermatovenereologia, Audiofonologia

Introduzione: il rischio psicopatologico nei figli di madri depresse è ben documentato in letteratura. Studi longitudinali su vaste coorti mostrano che l'esordio dei disturbi nella prole si colloca nell'intero arco di tempo dall'infanzia alla prima età adulta (Ensminger, 2003).

La tipologia dei disturbi riscontrati nei figli rientra in un'ampia gamma di quadri clinici (Beardslee, 1983; Beck, 1999; Weissman, 1997): disturbi depressivi e/o di ansia, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e della scolarizzazione. In sintesi, lo sviluppo di un bambino in presenza di depressione materna può orientarsi in senso psicopatologico seguendo traiettorie cliniche diverse da *internalizzate* ad *esternalizzate*. In un precedente studio (Gritti et al., 2006) abbiamo rilevato che la depressione post-partum può essere un fattore di rischio relativo per disturbi pervasivi dello sviluppo.

Abbiamo quindi avviato una ulteriore ricerca – ancora in corso – su una popolazione infantile e adolescenziale con disturbi psicopatologici, al fine di stimare la frequenza di depressione materna ed individuare possibili associazioni ricorrenti tra depressione materna e tipologia del disturbo clinico nel bambino.

Metodi: sono stati arruolati nello studio i SS. consecutivamente osservati presso la nostra clinica con disturbi psicopatologici. Le diagnosi sono state poste in base ai criteri del DSM-IV, mediante un protocollo clinico-osservativo standard, integrato da strumenti di rilevamento diagnostico: K-SADS; CBCL, CARS. La depressione materna è stata valutata con la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) per il rilevamento del disturbo depressivo materno, attuale, lifetime, post-partum. È stato, inoltre, effettuato un colloquio semidirrettivo, ad integrazione di dati, con particolare riguardo alla individuazione di condizioni depressive a bassa espressività clinica.

Risultati: verranno illustrati i risultati dello studio condotto, valutando la frequenza e tipologia della depressione materna in rapporto al quadro clinico presentato dai bambini.

Conclusioni: saranno discussi i risultati ottenuti, mettendoli a confronto con i dati della letteratura.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA PERUGINO

S51. Neuroplasticità e psicopatologia

COORDINATORE

M. De Vanna

Neuroplasticità e psicopatologia

G. Biggio

Dipartimento di Biologia Sperimentale, Università di Cagliari

La plasticità neuronale, fenomeno alla base della funzione del sistema nervoso centrale è la capacità delle cellule di acquisire informazioni dall'ambiente esterno e di processarle per ottenere risposte adeguate allo stimolo. Così gli stimoli emozionali, farmacologici e le alterazioni delle secrezioni endocrine hanno la capacità di indurre modificazioni sia a livello morfologico che funzionale delle cellule nervose che si manifestano con un aumento o una diminuzione delle spine dendritiche. Modificazioni della plasticità neuronale sono state associate ad effetti terapeutici a lungo termine di differenti psicofarmaci. I meccanismi adattativi che contribuiscono al fenomeno di plasticità neuronale includono la neurogenesi, cioè la produzione di nuove cellule neuronali e la sintesi di speciali fattori trofici quali il BDNF. Questi fenomeni subiscono un'importante riduzione in diverse malattie mentali quali psicosi, depressione e PTSD. Gli studi di neurobiologia sperimentale hanno suggerito che l'efficacia degli antipsicotici atipici e degli antidepressivi sia almeno in parte mediata dalla capacità di questi farmaci di stimolare il trofismo neuronale, indurre neurogenesi e in generale di esercitare effetti neuroprotettivi. Nel loro insieme questi studi sperimentali e clinici suggeriscono che il fenomeno della plasticità neuronale è cruciale nella fisiopatologia e terapia della psicoterapia.

Fattori neurotrofici e psicosi funzionali

M. De Vanna, C. Alagni, D. Carlino

UCO di Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste

Obiettivi: il Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), membro della famiglia delle neurotrofine (NT), svolge un ruolo centrale in molte funzioni del SNC, dalla differenziazione e dalla sopravvivenza neuronale alla sinaptogenesi e a forme attività-dipendenti di plasticità sinaptica.

Diversi studi hanno dimostrato che livelli sierici e liquorali anomali di BDNF sono coinvolti nella fisiopatologia delle psicosi funzionali.

Al contrario, non esistono studi in letteratura sul possibile ruolo della forma immatura del BDNF (proBDNF) nell'uomo. Infatti, il proBDNF come altre proNT svolge un ruolo cruciale nelle vie di traduzione del segnale interagendo con il recettore per le NT p75 (p75^{NTR}).

Le proNT sembrano avere effetti biologici opposti a quelli della forma matura.

Sulla base di queste evidenze, abbiamo studiato il rapporto proBDNF/BDNF tra pazienti affetti da schizofrenia cronica e controlli sani.

Metodi: i livelli totali di BDNF sono stati misurati utilizzando uno specifico kit ELISA in 40 soggetti affetti da schizofrenia e 40 controlli sani. Per valutare il rapporto proBDNF/BDNF è stato predisposto un apposito western blot. Per rilevare differenze tra i due gruppi in termini di livelli sierici totali di BDNF e proBDNF/BDNF è stato utilizzato il test one-way ANOVA ($p < 0,05$).

Risultati: non sono emerse differenze significative pazienti e controlli per quanto riguarda i livelli sierici totali di BDNF. Al contrario, un ridotto proBDNF/BDNF è stato osservato nei pazienti.

Conclusioni: questo studio dimostra che il proBDNF può essere misurato nel siero umano e che il rapporto proBDNF/BDNF è alterato in pazienti schizofrenici cronici, modificando i processi di plasticità neuronale.

Neuroplasticità, stimolazione magnetica transcranica e disturbi d'ansia

S. Pallanti**, S. Bernardi**

** Mount Sinai School of Medicine, NY; ** Università di Firenze, IT*

La stimolazione magnetica transcranica (TMS), tecnica non invasiva di stimolazione diretta, ha capacità di stimolo della neuroplasticità simili a quelle activity-dependent. Nella versione ad impulsi ripetitivi (rTMS) è stata candidata come trattamento in un crescente numero di disturbi appartenenti alla neuropsichiatria patologie resistenti, in particolare nei disturbi dell'umore. L'interferenza reversibile della TMS ha permesso la mappatura di diverse funzioni sensoriali, motorie e cognitive a livello cerebrale, permettendo la formulazione di modelli psicopatologici, nonché la formulazione di ipotesi di meccanismi d'azione di farmaci. La letteratura si sta ad oggi concentrando anche sulla vasta categoria dei disturbi d'ansia (panico, disturbo post traumatico da stress, ansia sociale). Mentre la stimolazione della corteccia prefrontale dorsolaterale di destra (DLPFC) è

stata spesso citata come efficace nella riduzione dei sintomi ansiosi nel disturbo post traumatico da stress e nel disturbo da attacchi di panico, al momento non sono presenti in letteratura trial clinici né studi neurofisiologici nel disturbo da ansia sociale (SAD). Dati di neuroimagine hanno evidenziato una ridotta attivazione della testa del nucleo caudato di sinistra durante compiti di apprendimento implicito in pazienti con SAD¹. Questo dato, correlato al ridotto funzionamento dopaminergico, ai sintomi motori dell'ansia sociale e all'elevata prevalenza di tale comorbidità nella malattia di Parkinson, suggerisce l'ipotesi di una disfunzione dopaminergica a livello striatale. Tenendo in mente l'ipotesi di una disfunzione dopaminergica striatale nel SAD abbiamo condotto uno studio elettrofisiologico con TMS.

Metodo: 15 soggetti con diagnosi di SAD secondo DSM-IV-TR e 11 controlli sani sono stati valutati con: Mini-International Neuropsychiatric Interview, Liebowitz Social Anxiety Scale e Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). Con TMS a impulsi singolo ed appaiati sulla corteccia motoria destra sono state quindi confrontate le seguenti variabili di eccitabilità corticale: inibizione intracorticale a breve intervallo (SICI), inibizione intracorticale ad intervallo lungo (LICI), facilitazione intracorticale (ICF). Gli outcome sono stati misurati tramite ampiezza del potenziale motorio (MEP) e silenzio corticale (CSP).

Risultati: i pazienti con SAD avevano maggior punteggio di Harm Avoidance (HA) e un minor punteggio di Novelty Seeking (NS) rispetto ai controlli sani. Non erano presenti differenze statisticamente significative nelle misure di eccitabilità corticale tra i gruppi. Comunque, nel gruppo pazienti, è stata evidenziata una correlazione positiva tra la durata del CSP ed i punteggi del NS. La stessa variabile temperamentale era negativamente correlata con LICI. Queste correlazioni tra i NS e i livelli di eccitabilità corticale dei circuiti inibitori nei pazienti con SAD suggeriscono che l'ipotesi della disfunzione dopaminergica possa essere correlata alle caratteristiche del deficit di NS in questa patologia.

Conclusioni: l'ipotesi della compromissione della trasmissione dopaminergica a livello del nucleo caudato di sinistra in pazienti con SAD¹ viene supportata da questa indagine e da dati preliminari che verranno presentati nel corso della lettura su misure di eccitabilità corticale in questa popolazione sotto stimolazione ansiosa. I dati suggeriscono inoltre la candidabilità del nucleo caudato come area target indiretta nel trattamento rTMS del SAD. È stato evidenziato infatti che la stimolazione ad alta frequenza della corteccia prefrontale tramite TMS comporta il rilascio di dopamina a livello del caudato ipsilaterale². Questo effetto è ipotizzato essere indiretto, dovuto alla stimolazione delle afferenze glutamatergiche (AMPA) allo striato piuttosto che ad un potenziamento della trasmissione gabaergica, con un incremento dell'eccitabilità corticale simile alla long term potentiation³.

Bibliografia

- ¹ Sareen J, Campbell DW, Leslie WD, Maliszka KL, Stein MB, Paulus MP, et al. *Striatal function in generalized social phobia: a functional magnetic resonance imaging study*. Biol Psychiatry 2007;61:396-404.
- ² Strafella AP, Paus T, Barrett J. *Repetitive transcranial magnetic stimulation of the human prefrontal cortex induces dopamine release in the caudate nucleus*. J Neurosci 2001;21:RC157.
- ³ Fitzgerald PB, Fountain S, Daskalakis ZJ. *A comprehensive review of the effects of rTMS on motor cortical excitability and inhibition*. Clin Neurophysiol 2006;117:2584-96.

Endofenotipi ed emozioni nelle psicosi

R. Pacifico, A. Splendiani*, G. Lanni*, M. Gallucci*, A. Rossi

*Dipartimento di Medicina Sperimentale, *Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Università dell'Aquila*

Nello studio dei rapporti tra neuroplasticità e psicopatologia la sostanza bianca (SB) sta assumendo un ruolo rilevante. Di particolare interesse è il ruolo che assumono i processi di mielinizzazione nella patofisiologia di alcuni disturbi psichiatrici quali depressione maggiore, disturbo ossessivo compulsivo e schizofrenia.

In questo ambito è di particolare rilievo la correlazione spaziale e temporale tra il completamento del processo di mielinizzazione e l'insorgenza della schizofrenia. La SB è una struttura dinamica e la sua espansione procede linearmente dai 4 ai 20 anni con la crescita assonale e il processo di mielinizzazione. La mielinizzazione delle connessioni cortico-corticali e sub-corticali continua fino all'età adulta con i lobi frontali e temporali che sono gli ultimi a completare tale processo e che rappresentano le regioni critiche per lo sviluppo della sintomatologia schizofrenica.

Dati a favore dell'ipotesi che alterazioni della SB, a livello delle connessioni fronto-temporali, siano implicate nella patofisiologia di tale disturbo, provengono da analisi microscopiche post-mortem che evidenziano anomalie citoarchitetture dei neuroni correlabili a disfunzioni degli oligodendrociti, importanti per la protezione e il metabolismo neuronale e per la funzionalità sinaptica; da studi di neuroimaging: l'MR DTI ha rilevato la riduzione dell'anisotropia frazionata della SB a livello prefrontale, temporo-parietale e parieto-occipitale, dello splenio del corpo calloso e del cingolo. Tali alterazioni potrebbero creare un ostacolo funzionale alle connessioni intra- ed inter-emisferiche spiegando i deficit cognitivi e la sintomatologia negativa della schizofrenia e sottolineando che si possa effettivamente parlare di "sindrome da disconnessione". Ulteriori informazioni provengono da studi di genetica che avvalorano l'ipotesi che disfunzioni degli oligodendrociti, a cui seguono alterazioni nel mantenimento e nella riparazione della mielina, contribuiscono all'insorgenza della schizofrenia.

Verranno discussi i risultati preliminari relativi ad uno studio di MR DTI in persone affette da schizofrenia.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA BORROMINI

S52. La diagnosi in psicoterapia (II)

COORDINATORI

N. Dazzi, P. Petrini

Al di là della diagnosi: la formulazione del “caso clinico” nella terapia cognitivo-comportamentale

S. Borgo, L. Sibilia

Sapienza Università di Roma

Riprendendo il titolo di un libro divenuto ormai un classico nella letteratura cognitivo-comportamentale (Bruch e Bond, 1998), si pone l'accento su una procedura di valutazione clinica che mira a inserire in una cornice di conoscenze teoriche, derivate della ricerca clinica, l'analisi delle singolarità del paziente. Nella psicoterapia cognitivo-comportamentale – per la sua natura strategica – è infatti essenziale poter disporre di una valutazione del “caso clinico” che consenta di individuare gli obiettivi del trattamento. È stata quindi proposta una forma di assessment che combina lo studio nomotetico con quello idiografico, indicata come “formulazione del caso clinico”, che presenti un quadro logico dell'insorgenza dei sintomi e dei problemi lamentati, nonché del loro mantenimento.

Alcuni esempi di formulazione del “caso clinico” (Borgo, 2001) illustrano operativamente le modalità procedurali (Borgo, 1998). Vengono discussi i limiti che talora si riscontrano in questa impostazione: attenzione non sufficiente alla soggettività sia del paziente che del terapeuta, focalizzazione sulle informazioni ottenute nella seduta a discapito dell'analisi del contesto esterno (sede reale dei problemi!), utilizzazione di strumenti psicometrici nomotetici piuttosto che idiografici. Infine, particolarmente poco rappresentativo del percorso terapeutico risulta il report (Camoni e Borgo, 2002) in quanto spesso non basato su materiali originali e poco attento alla dimensione dell'incontro tra paziente e terapeuta, due mondi talora completamente diversi, e alla storia della terapia come co-costruzione (Borgo, 2002) degli eventi. È una realtà il “caso clinico” o soltanto una narrazione del terapeuta?

Bibliografia

- Borgo S. *La supervisione dei casi clinici*. Milano: McGraw-Hill 1998.
- Borgo S, Della Giusta G, Sibilia L. *Dizionario di Psicoterapia Cognitivo-comportamentale*. Milano: McGraw-Hill 2001.
- Borgo S. *Il costruttivismo tra arte e scienza*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2002;8:137-48.
- Bruch M, Bond FW. *Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT*. New York: J. Wiley Ed. 2002.
- Camoni L, Borgo S. *Che informazioni dà il report di un caso clinico?* *Il Pendolo* 2002;1:49-62.

La diagnosi in psicoterapia corporea

P. Moselli

S.I.A.B., Società Italiana di Analisi Bioenergetica

Nel 1958 Alexander Lowen scriveva “Il linguaggio del corpo” (The body language). Se Wilhelm Reich può essere considerato il primo ad utilizzare la realtà somatica dei suoi pazienti come utile strumento di diagnosi in psicoterapia, Lowen è stato l'autore che ha sistematizzato una tipologia caratteriale più articolata e sofisticata e lo ha fatto proprio attraverso la lettura del corpo dei suoi pazienti.

In questa relazione verranno illustrate le cinque tipologie caratteriali e verrà evidenziato come, negli studi del carattere e nel linguaggio del corpo, Lowen non abbia analizzato solo la realtà somatica ma avesse intuito la possibilità di inquadrare la personalità globale dei suoi pazienti e, quindi, verranno evidenziati gli aspetti a tutt'oggi attuali del suo pensiero.

L'Analisi Bioenergetica attuale non guarda ai caratteri come a un sistema di diagnosi chiuso e rigido ma l'essenza profonda della conoscenza caratteriale può essere racchiusa nella frase di Lowen “la conoscenza del carattere è il ponte per arrivare alla problematica profonda dell'altro”, che credo possa evidenziare tutta l'evoluzione relazionale dell'approccio stesso.

La diagnosi e la ricerca in psicoterapia

P. Scilligo

IFREP

La presentazione esamina criticamente gli assunti dell'approccio scientifico nella pratica psicoterapeutica e nella ricerca in genere riguardante la psicoterapia. Sono evidenziati gli assunti naturalistici dominanti oggi nella psicoterapia e vengono proposte letture critiche della tendenza ad adattare con insufficiente riflessione critica l'intervento empirico sulle persona con metodologie di natura materialista e a riconoscere validi solo gli approcci terapeutici che si adeguano alla meccanicità degli interventi sul mondo fisico. Viene espresso l'invito ad esaminare la metafisica sottostante gli interventi e la ricerca in ambito psicoterapeutico e a vagliare creativamente e contestualmente le modalità di intervento, senza perdere di vista le acquisizioni di natura scientifica. Se da un lato viene riconosciuto l'apporto della ricerca scientifica tradizionale per tracciare Linee Guida per

gli interventi con soggetti umani, dall'altro lato sono evidenziate le complessità della situazione umana, che richiede l'uso di paradigmi che superino il riduzionismo positivista senza rigettarlo e si accetti la dialettica tra ricerca quantitativa e qualitativa. Sono discusse alcune posizioni filosofiche dei principali paradigmi di

ricerca: il positivismo, il post-positivismo, il costruttivismo e il paradigma critico-ideologico. Viene esaminato brevemente l'approccio della ricerca qualitativa consensuale, come strategia per promuovere la dialettica tra metodi qualitativi e quantitativi nei modelli misti di ricerca.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA TINTORETTO

S53. I sintomi residui della depressione

COORDINATORI

A. Amati, M. Nardini

I sintomi residui nel disturbo bipolare

F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

In anni recenti la ricerca sui disturbi dell'umore, unipolari e bipolari, ha concentrato la propria attenzione sempre di più sull'episodio intercritico. La disponibilità di trattamenti efficaci per gli episodi di alterazione dell'umore ha infatti notevolmente accresciuto la possibilità di trattare pazienti con depressione maggiore ricorrente o disturbi bipolari. Tuttavia sempre maggiore è la richiesta da parte dei pazienti di trattamenti che determinino una completa restituzione ad integrum dopo un episodio affettivo. La presenza infatti di decorso ad episodi ricorrenti sia per la depressione maggiore che per i disturbi bipolari, infatti, ha sollevato il problema della frequente persistenza di sintomatologia residua nonostante il trattamento in acuto e il mantenimento profilattico con antidepressivi o stabilizzatori dell'umore. Sintomi depressivi residui sono molto frequenti dopo episodi depressivi maggiori, con percentuali che arrivano fino al 60% dei pazienti a seconda del tipo e della durata del trattamento; alcuni studi sembrano indicare la stessa prevalenza di sintomi residui persistenti (di durata superiore a due anni) indipendentemente dal fatto che l'ultimo episodio sia inquadrabile in una diagnosi di depressione maggiore ricorrente o di disturbo bipolare. Al contrario, la presenza di frequenti oscillazioni dell'umore senza che siano soddisfatti i criteri per la presenza di un episodio affettivo (inter-episode mood lability) durante l'intervallo tra episodi sembra essere altamente indicativa per la presenza di una diagnosi di disturbo bipolare di tipo II. Una attenzione crescente è stata inoltre rivolta negli ultimi anni alla presenza di sintomi ansiosi (attacchi di panico, sintomi ossessivo-compulsivi, sintomi dello spettro fobico-sociale) residui nel periodo intercritico del disturbo bipolare (cosiddetto intervallo libero). Tali sintomi appaiono condizionare negativamente la pro-

gnosi e la qualità di vita del disturbo bipolare e necessitano di trattamento adeguato. Il fatto che tali sintomi in alcuni casi rispondano a trattamenti con stabilizzatori dell'umore pone l'interrogativo se rappresentino sintomi nucleari del disturbo bipolare stesso piuttosto che sintomi di un disturbo d'ansia in comorbidità.

L'episodio depressivo come esperienza creatrice di cambiamento

M. Dodet

Università di Siena, Laboratorio di Psicologia Cognitiva Postrazionalista, Roma

Quando ci avviciniamo ad uno scompenso psicologico cerchiamo di stabilirne i confini e le specifiche caratteristiche definendo una diagnosi, tale atto di valutazione ci guida nel decidere l'intervento farmacologico.

L'atto terapeutico appare strettamente legato al riconoscimento di una specifica patologia che deve essere "debellata" per restituire al paziente, attraverso la cura, la condizione di sanità precedente all'insorgere della malattia.

La sofferenza psichica viene così "ridotta" ad evento psicopatologico privo di senso rispetto al dispiegarsi dell'esperienza di vita del soggetto malato.

Irrompere nell'esperienza soggettiva e collocare l'emergere della malattia nella trama esistenziale del malato può permettere di restituirle il senso.

La diagnosi si riempie così di contenuti che non possono prescindere dalla trama esistenziale del soggetto e la malattia diviene espressione di un evento di scompenso emotivo che nasce in uno specifico momento di vita in un soggetto al quale appartiene uno specifico assetto affettivo-cognitivo che chiamiamo identità.

Nella malattia prende forma una crisi che è segnale di un cambiamento che non riesce ad essere integrato ... l'evento psicopatologico acquisendo un senso si trasforma in una risorsa.

Nel modello Cognitivo Costruttivista Postrazionalista l'uomo è considerato un sistema con capacità autoreferenziali e di auto-eco-organizzazione (Morain, 1993) che crea e quindi articola un nucleo invariante (Guidano 1991, 1995) che definisce una specifica modulazione emotiva e specifici temi narrativi che caratterizzano un'identità. L'esperienza umana individuale appare contraddistinta quindi, dalla creazione di un significato che permette lo sviluppo di una identità con caratteri di continuità e coerenza (Organizzazione del Dominio Emotivo). L'emergere di una psicopatologia rappresenterebbe un tentativo nel mantenere tale continuità e coerenza. L'Autore attraverso la presentazione di storie cliniche proporrà delle ipotesi esplicative della depressione che può travolgere un individuo o può rappresentare la porta di entrata in un nucleo fortemente generativo.

Influenza della personalità sui sintomi residui della depressione

A. Medina Leon, M.J. Moreno Diaz

Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina, Università di Cordoba, Spagna

Vengono concettualizzati i sintomi residui del disturbo depressivo nel senso dell'esistenza di segni e sintomi rilevati da una valutazione rigorosa che va oltre la apparente remissione sintomatologia dei quadri clinici. I sintomi residui possono costituire predittori delle possibili ricadute o ricorrenze nonché indicatori di una remissione parziale del quadro depressivo.

L'osservazione di pazienti depressi con sintomi residui implica la valutazione di persone con deficit e deterioramento personale, sociale e lavorativo che contribuisce ad una evidente compromissione della loro qualità di vita. I sintomi residui spesso sono inoltre la base sulla quale poggia l'attribuzione di un decorso di cronicità.

Le varianti della personalità, soprattutto quelle che si costituiscono con determinati tratti, possono essere un condizionamento molto importante, tanto per la generazione dei sintomi residui quanto per la stabilizzazione e la cronicizzazione degli stessi. Sulla base di ciò, ci proponiamo di stabilire una relazione tra i nuclei profondi della personalità o nuclei psicotici di base: Paranoide e Depressivo (E. Pichon-Rivière e J. Bleger) rappresentativi della strutturazione delle primigenie relazioni oggettuali e determinati di una peculiare relazione-legame con la realtà e con gli "altri", che si esprimerà nei tratti di personalità, dalla combinazione dei quali avranno origine le varianti prototipiche nonché la sua influenza sulla patocronia dei diversi quadri depressivi, sulla tendenza alla genesi di sintomi residui e sulle difficoltà di gestione nei trattamenti standardizzati.

L'interesse a stabilire la preponderanza dell'uno o dell'altro nucleo psicotico di base così come delle distinte variabili della personalità contribuirà ad una adeguata ristrutturazione terapeutica sia farmacologica che psicoterapeutica.

Stating depression: development, reliability and validation of the Depression Early Stating Inventory

A. Amati

Cattedra, Scuola di Specializzazione e UO di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Introduzione: lo spettro delle manifestazioni depressive nella clinica appare più ampio rispetto alle categorie contenute del DSM. Numerosi studi dimostrano che le condizioni depressive subsindromiche sono sottodiagnosticate nella popolazione generale ed altri sottolineano l'importanza della sintomatologia residua nelle fasi di remissione. I criteri diagnostici categoriali valutano i sintomi rilevabili essenzialmente in senso quantitativi (numerosità) e ne valutano qualitativamente durata e gravità, attribuendo una generica pariteticità psicopatologica. La valutazione dimensionale è validissima nella clinica ma non sempre organizzata in senso diagnostico. Entrambi gli approcci si rivolgono al disturbo depressivo conclamato e mostrano limiti nella valutazione psicopatologica longitudinale. Il presente studio ha come scopo la validazione preliminare del Depression Early State Inventory (DESI), uno strumento di quantificazione descrittiva, costruito secondo un modello teorico di comparsa sequenziale dei sintomi depressivi con l'intento di studiare la depressione ricostruendo le fasi di presentazione e di remissione della sintomatologia.

La presente ricerca è sostenuta dal Progetto MIUR Internazionalizzazione 2006-2008, Grant n.II04CE4398

Metodi: il DESI è stato costruito osservando la sintomatologia dei pazienti affetti da depressione sin dalle prime fasi del suo sviluppo. Il disegno sperimentale ha previsto la somministrazione del DESI, di HDRS a 21 item, e BDI a 13 item, ad un campione di 292 pazienti affetti da disturbi dell'umore raccolti e valutati in 6 centri universitari italiani e 2 spagnoli, ed un gruppo di 62 controlli corrispondenti.

Risultati: dopo una iniziale revisione, è stato ottenuto un questionario a 30 item strutturato secondo una scala Likert che valuta il livello di severità soggettiva della sintomatologia. La consistenza interna della scala è risultata elevata (alfa di Cronbach = 0,966). L'analisi fattoriale ha evidenziato tre fattori che spiegano il 59,21% della varianza totale. Il confronto con HDRS e BDI ha dimostrato la validità discriminante del DESI, che è in grado di distinguere soggetti depressi da controlli, nonché di determinare il grado di severità psicopatologica.

Conclusioni: lo strumento DESI ha rivelato capacità diagnostiche nell'ambito dei disturbi dell'umore analoghe a quelle delle rating scales di riferimento, ha mostrato inoltre un'elevatissima coerenza interna. Dal punto di vista epidemiologico, ha ottenuto un'altissima specificità ed un'altrettanto valida sensibilità, con un valore predittivo positivo molto significativo.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA PINTURICCHIO

S54. Verso una psicopatologia del lavoro

COORDINATORI

G. Pozzi, A. Siracusano

Le dimensioni psicopatologiche del mobbing (bullying at work)

G. Nolfo, C. Petrella

Struttura Centrale per la Psicopatologia del Lavoro e il Disadattamento Lavorativo, UO di Salute Mentale DS 44, ASL Napoli 1

Introduzione: il rapporto tra disagio lavorativo, di cui il fenomeno del mobbing può essere considerato un utile modello di riferimento, e patologia psichiatrica emerge con sempre maggiore rilevanza.

Metodi: sono stati esaminati i casi relativi ai 1.080 soggetti afferiti alla nostra struttura nel periodo 2000-2007.

Risultati: il 39,7% del campione è costituito da donne, il 60,3% sono maschi. Le fasce di età maggiormente rappresentate sono quelle tra i 41-50 anni (37,0%) e 51-60 (33,4%). I settori lavorativi più coinvolti sono: pubblica amministrazione, commercio e società di servizi, sanità e servizi sociali, industria. Le diagnosi DSM-IV più frequenti sono risultate essere, in ordine crescente, i disturbi d'ansia, quelli dell'adattamento e i disturbi dell'umore.

I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi: il primo ad elevato grado di patogenesi lavorativa ed un secondo in cui il peso eziologico del lavoro era moderato o scarso. Al primo gruppo appartengono più frequentemente soggetti maschi, con maggiore scolarizzazione e più elevati livelli lavorativi. La depressione costituisce la condizione psicopatologica che più significativamente si correla al disagio lavorativo.

Conclusioni: i disturbi sono più diffusi nelle fasi avanzate del ciclo lavorativo e nelle fasce con maggiore scolarità e posizioni professionali più avanzate. Tale osservazione è presumibilmente connessa ad una maggiore percezione dei diritti, sia alla salute che lavorativi, nei contesti sociali più agiati. La depressione costituisce la dimensione psicopatologica più specificamente connessa all'eziologia lavorativa. I disturbi presentano una patogenesi lavorativa più determinante nel sesso maschile mentre tra le donne essi si associano ad una genesi multifattoriale.

Valutazione del cortisolo salivare in soggetti sottoposti a mobbing

A. Tortorella, P. Monteleone, G. Nolfo*, M. Maj

*Dipartimento di Psichiatria - SUN, Napoli; * Struttura Centrale per la Psicopatologia del Lavoro e il Disadattamento Lavorativo, UO di Salute Mentale DS 44, ASL Napoli 1*

Il termine mobbing, coniato agli inizi degli anni settanta dall'etologo Konrad Lorenz¹ per indicare "l'assalto di un gruppo ad un individuo" è stato ridefinito da Leymann e Gustavsson², che lo considera come forma di comunicazione ostile e prolungata di uno o più lavoratori nei confronti di un altro lavoratore che non può difendersi. In maniera più estensiva si riferisce ad una forma di stress psicologico esercitato sul posto di lavoro mediante comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti, da parte di colleghi o superiori determinando sintomi psicosomatici, stati depressivi o ansiosi, tensione continua e incontrollata. Data la condizione di stress cronico degli individui sottoposti a mobbing è lecito attendersi che essi presentino modificazioni a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, principale sistema di regolazione dello stress.

Il nostro studio è stato condotto su 10 soggetti che rispondevano ai criteri per il mobbing e 10 soggetti sani appaiati per sesso, età e scolarità. In entrambi i gruppi i livelli salivari di cortisolo sono stati misurati in 6 intervalli durante la giornata (06:00, 08:00, 12:00, 16:00, 18:00 e 20:00). Il cortisolo salivare è stato misurato utilizzando una metodica immunoenzimatica. Dall'analisi dei risultati ottenuti è risultato che, pur in presenza di una sostanziale integrità del ritmo circadiano, i soggetti sottoposti a mobbing evidenziavano una significativa riduzione dei livelli di cortisolo salivare rispetto ai soggetti sani.

In conclusione, il nostro studio fornisce l'evidenza preliminare di una alterazione neuroendocrina nei soggetti sottoposti a mobbing nel senso di una ipofunzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene caratteristica delle condizioni di stress cronico.

Bibliografia

¹ Lorenz K. *L'aggressività*. Milano: Il Saggiatore 1969.

² Leymann H, Gustavsson B. *Psychological violence at work. Two explorative studies*. Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen 1984.

Problemi di valutazione psichiatrica dei lavoratori

G. Pozzi, A. Frustaci, I. Borrelli*

*Istituto di Psichiatria e Psicologia; * Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica "S. Cuore", Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma*

Trasformazioni nella struttura sociale e nel mercato del lavoro, oltre che specifiche normative, rendono oggi cogente una valutazione sistematica della salute mentale dei lavoratori. Sfortunatamente non solo le patologie psichiatriche in sé ma anche taluni presidi terapeutici possono alimentare cospicui problemi di gestione, tanto per il curante quanto per il medico competente. Considerazioni di natura etico-politica ed economico-pratica ostano peraltro ad un approccio alla valutazione d' idoneità meramente orientato all'esclusione del lavoratore con sintomi psichiatrici dall'attività professionale produttiva, pur dovendosi mantenere alta la guardia su aspetti di prevenzione che non si risolvono nella tutela della salute individuale ma comprendono rischi comportamentali potenzialmente gravi. Inoltre non deve sfuggire come la moderna sensibilità abbia innalzato il livello di garanzia da un piano di prevenzione della patologia al godimento di un benessere esistenziale in luogo e occasione di lavoro. Per questo nella valutazione psichiatrica del lavoratore risulta teoricamente inadeguato limitarsi a una diagnosi "medico-naturalistica" relativamente circoscritta ed oggettivabile (i.e. disturbo clinico) dovendosi procedere verso una diagnosi "semantico-umanistica" i cui canoni risultano più ampi, sfumati e tendenzialmente soggettivi (i.e. turbativa di valori).

In pratica il processo valutativo in psichiatria occupazionale deve essere attuato in senso sia psicopatologico

(sindromico) sia psicologico (funzionale) e contestualmente deve prendere in esame le interazioni ambientali (identificazione degli stressori e dei meccanismi di adattamento). Fra le numerose criticità della prassi valutativa in psichiatria occupazionale, tuttora non facilmente risolvibili in base a risorse scientifiche, occorre ricordare: il riconoscimento della vulnerabilità o resilienza alla psicopatologia in fase pre-morbosa, la misura delle abilità o disabilità in rapporto alle mansioni specifiche, le limitazioni nell'impiego di marcatori biologici per la diagnosi precoce e la gestione dei rischi (e.g. uso di sostanze psicoattive, indici di stress).

A tutto ciò bisogna ancora aggiungere – sul piano concettuale – la sostanziale ineludibilità delle relazioni tra persone e con strutture organizzative, la natura dinamica delle interazioni fra psichismo individuale e meccanismi collettivi, i numerosi fenomeni di pro-azione e retro-azione, la potenziale circolarità dei rapporti fra cause ed effetti, per cui la "nocività psicologica" non si presta ad una lettura unidirezionale esclusivamente diretta dall'ambiente al lavoratore, ma dovrà pure considerarsi il "riverbero patologico" dal singolo lavoratore al gruppo di appartenenza.

In conclusione è bene rammentare che nessun sistema di norme preventive sarà in grado di sterilizzare i conflitti o dissolvere la patologia, semmai la pressione legale dovrebbe promuovere un impiego appropriato di strumenti scientificamente ispirati e di competenze professionali specifiche. E, dal momento che nessuna procedura automatizzata può sostituirsi all'epicrisi interpretativa dei dati raccolti, appare indispensabile una stretta collaborazione fra Medico del lavoro nella funzione di medico competente e Psichiatra esperto di problematiche occupazionali.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA BERNINI

S55. Depersonalizzazione e disturbi affettivi: aspetti clinici ed implicazioni terapeutiche

COORDINATORI

M. Mula, S. Pini

La depersonalizzazione tra psicopatologia, neurobiologia e psicofarmacologia

M. Mula

Clinica Neurologica, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

È definita depersonalizzazione (DP) il sentirsi distaccato o estraneo a se stesso, o il sentirsi un esterno osservatore dei propri processi mentali o del proprio corpo. Durante

l'esperienza di DP il test di realtà deve rimanere intatto e il paziente prova un disagio clinicamente rilevante. Nel DSM-IV-TR il disturbo di DP fa parte dei disturbi dissociativi ed è caratterizzato dalla presenza persistente o ricorrente di sintomi di DP. Sul piano clinico, la caratteristica essenziale dei disturbi dissociativi è rappresentata dall'alterazione delle normali funzioni integrative dell'identità, della memoria e/o della coscienza intesa come "coscienza di sé" (attuale o passata). È opi-

nione condivisa che i disturbi dissociativi riconoscano alla loro origine eventi traumatici e che la comparsa dei sintomi dissociativi abbia una funzione adattativa, rappresentando l'allontanamento dalla coscienza degli eventi traumatici stessi. Tuttavia, la dissociazione è un processo neuropsicologico complesso che si colloca in un continuum di esperienze che vanno dalla normale dissociazione che si può sperimentare nella vita di tutti i giorni (immergersi nella lettura perdendo la cognizione del tempo, fare "sogni ad occhi aperti", perdere una parte di una conversazione perché assorbiti da altri pensieri) alla multiframmentazione dell'identità del disturbo dissociativo dell'identità.

La neurobiologia della DP è strettamente legata a quella dell'elaborazione emozionale delle percezioni che vedono nell'amigdala, il cingolato anteriore e la corteccia prefrontale mediale le strutture cardine. Sulla base di precedenti studi di neurologia del comportamento, Sierra e Berrios hanno postulato l'ipotesi della disconnessione sensori- limbica nella patogenesi della DP e recenti studi di neuroimaging funzionale hanno confermato tale ipotesi. Tuttavia non esistono ancora studi che abbiano dimostrato quali sistemi neurotrasmettitoriali siano maggiormente coinvolti nei pazienti con DP. In letteratura ci sono casi aneddotici di miglioramento della sintomatologia durante trattamento con clomipramina o fluoxetina, mentre la lamotrigina si è dimostrata efficace, soprattutto in terapia combinata con SSRI.

La depersonalizzazione nei disturbi affettivi

S. Pini, M. Mula

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

Nonostante il recente rinnovato interesse nei confronti dei disturbi dissociativi, la depersonalizzazione rimane ancora una condizione scarsamente chiarita e valutata sia in ambito clinico sia di ricerca. La sua esatta prevalenza non è del tutto nota, recenti studi hanno evidenziato che esperienze di depersonalizzazione sono comuni nella popolazione generale con un tasso di prevalenza lifetime superiore al 26% e tra il 31%-66% dopo un evento traumatico, mentre studi condotti su una casistica di pazienti psichiatrici ambulatoriali hanno dimostrato tassi di prevalenza, per disturbo psichiatrico, compresi tra il 30% del disturbo post-traumatico da stress e il 60% della depressione unipolare, fino al 82,6% del disturbo di panico con o senza agorafobia.

Il corteo sintomatologico dei disturbi dissociativi, oltre ai sintomi specifici che individuano i quattro disturbi maggiori dissociativi codificati dal DSM, comprende anche una serie di manifestazioni accessorie che configurano uno spettro che attraversa in modo trasversale molteplici disturbi psichiatrici, da quelli depressivi a

quelli d'ansia, ai disturbi di personalità, ai disturbi somatoformi e psicotici. Inoltre, studi del nostro gruppo stanno evidenziando che la depersonalizzazione possa rappresentare un indice clinico prognostico per quanto riguarda disturbi d'ansia e dell'umore, identificando un gruppo di pazienti con una forma di malattia più grave con resistenza alla terapia farmacologica, maggiore comorbilità e tendenza alla cronicità. Per questo motivo è importante avere a disposizione strumenti di valutazione clinica in grado di esplorarla più dettagliatamente di quanto accada nelle comuni scale per l'ansia o la depressione.

The temporal lobes between neurology and psychiatry

M.R. Trimble

Institute of Neurology, University College London, Queen Square, London, United Kingdom

The 20th century saw a growing division between a localisationist based neurology and an essentially non-brain-based psychiatry, which separation left much sterile debate about such topics as the relationship of the brain to the mind, and how might the brain modulate emotion.

The rediscovery of the limbic system (by amongst other MacLean) changed our perspectives on such matters, ushering in a revolution of thought as profound as that promoted by Darwin a century before. MacLean (1958) and others had shown that the limbic system was not simply a rhinencephalon, related to smell and not of great use to *Homo sapiens*, but was linked to several brain structures that formed circuits for the modulation of emotions. Indeed, some neurological texts would have been bold enough to acknowledge such syndromes, although the term Kluver-Bucy syndrome was still largely recondite.

In the past two or three decades neurologists and psychiatrists have used a common language which relate not only to neuroanatomy (limbic system), neurochemistry (neurotransmitters) and neuroimaging (of function and structure of the brain), but also because of the growing realization that many neurological disorders are linked with behavioural problems, which can be viewed as psychiatric disorders. In fact, many behavioural changes seen more interwoven with the neurological process itself, reflecting on brain-behaviour relationship which years of clinical observation and subsequent research have begun to unravel.

The role played by the limbic system in psychiatric disorders, especially in mood and anxiety disorders, is now widely recognized. Data coming from epilepsy will be presented to corroborate the importance of these structures at the interface between neurology and psychiatry.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA LEONARDO

S56. Affettività e disturbi della condotta alimentare

COORDINATRICE

E. Costa

Emotions and Eating Disorders: is there a place for working with emotions ("such as emotional experiencing") in the therapeutic work with ED patients?

J. Vanderlinden

University Psychiatric Center KULeuven, Campus Kortenberg; Faculty of Psychology, Department of Psychodiagnostics and Psychopathology, Catholic University of Leuven, Belgium

Many studies have been carried out between the relationship of emotions and eating disorders. In this paper an overview of the most important aspects that have been studied regarding this topic will be outlined. Several questions will be addressed: (1) what is the impact of fasting on the mood in general?; (2) how do eating disorder patients and families express and deal with their emotions?; (3) is there a deficit in the way eating disorders feel, identify, tolerate and communicate their emotions?; (4) is there a relationship between eating symptoms and the dealing with emotions?; (5) can the experiencing of negative emotions provoke an eating disorder?; (6) what can we learn from neurobiological studies of emotions in ED patients and most important (7) what can the therapist and clinician learn from all these research data?; (8) is there a place for working with emotions ('such as emotional experiencing') in the therapeutic work with ED patients?

Some personal ideas on this very complex and difficult problem will be shared.

References

- Van Steelandt K, Pieters G, Probst M, Vanderlinden J. *Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: a daily life study*. Behav Res Ther 2007;45:1717-34.
- Vanderlinden J, Buis H, Pieters G, Probst M. *Which elements in the treatment of eating disorders are necessary ingredients in the recovery process? A comparison of the patient's and therapist's view*. Eur Eating Disord Rev 2007;15:357-65.
- Vanderlinden J. *Many Roads lead to Rome: Why does a Cognitive Behavioural Therapeutic Approach remain unsuccessful in many patients*. Eur Eating Disord Rev 2008;16:1-5.

Disturbo del comportamento alimentare e disturbi dell'umore

E. Costa, F. Nazzaro

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

Introduzione: in letteratura è ampiamente documentata la comorbidità tra DCA e disturbi dell'umore: il 50-75% dei pazienti con AN (Halmj, 1991)¹ e BN (Herzog, 1996)² sviluppa depressione maggiore o distimia. Le stime di prevalenza dei disturbi bipolari tra i pazienti con AN o BN si aggirano intorno al 4-6%, ma sono stati riportati anche valori superiori al 13% (Hudson, 1983)³. I risultati dello studio di Mangweth et al. (2003)⁴ e di altri studi dimostrano una forte correlazione tra DCA e familiarità per disturbi dell'umore, probabilmente dovuta ad un substrato genetico comune tra le due patologie.

Obiettivo: obiettivo del nostro studio è valutare la correlazione tra disturbi dell'umore e l'eziopatogenesi, il decorso e la prognosi dei DCA.

Metodi: è stato valutato un campione costituito da 279 pazienti con diagnosi di disturbo della condotta alimentare in cura presso il Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare del Policlinico Umberto I nel periodo ottobre 2002/ottobre 2007. All'ingresso tutte le pazienti sono state monitorate con l'Eating Disorder Inventory II (EDI-II) ed il test MMPI-2. Gli stessi reattivi mentali sono stati somministrati, come follow-up, a distanza di sei mesi.

Risultati: considerando l'intero campione risulta che il 36% dei pazienti presenta una comorbidità con i disturbi dell'umore. Sono emersi disturbi depressivi nel 35,1% e disturbi bipolari nello 0,9% dei pazienti analizzati. Questi ultimi sono stati diagnosticati esclusivamente nelle forme di anoressia e bulimia purging type. I disturbi depressivi sono emersi con maggior frequenza nei pazienti con ANR (9%) e BNP (15%).

Nelle pazienti affette da bulimia nervosa, la comorbidità con disturbi dell'umore è risultata del 43,4%, mentre nelle pazienti affette da anoressia nervosa è risultata del 29%.

Conclusioni: i dati mostrano chiaramente che i disturbi dell'umore si correlano ampiamente con i DCA influenzandone l'insorgenza con tipologia diversificata, come pure il decorso e la prognosi. Fernandez et al. (2007)⁵ hanno studiato la relazione temporale tra disturbi dell'alimentazione e disturbi dell'umore per determinare l'eventuale presenza di differenze nel decorso e nella storia naturale del disturbo dell'umore insorto prima

o dopo rispetto al disturbo della condotta alimentare. Nello studio si afferma che, essendo le due patologie strettamente correlate, nella terapia di un DCA o di un disturbo dell'umore di recente insorgenza, bisogna valutare con attenzione l'eventuale insorgenza di psicopatologie addizionali, soprattutto durante i primi tre anni di trattamento della prima patologia insorta. Spesso tale comorbidità rimane misconosciuta, diagnosticata in ritardo, o trascurata in terapia, assumendo le caratteristiche di patologia residuale alla risoluzione dei sintomi alimentari.

Bibliografia

- 1 Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:712-8.
- 2 Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. *Comorbidity and outcome in eating disorders*. Psychiatr Clin North Am 1996;19:843-59.
- 3 Hudson JL, Pope HG Jr, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. *Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder*. Psychiatry Res 1983;9:345-54.
- 4 Mangweth B, Hudson JL, Pope HG, Hausmann A, De Col C, Laird NM, et al. *Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders*. Psychol Med 2003;33:1319-23.
- 5 Rodríguez S, Mata JL, Moreno S, Fernández MC, Vila J. *Psychophysiological mechanisms involved in the affective regulation and food restriction of women at risk of suffering from bulimia nervosa*. Psicothema 2007;19:30-6.

Studio della presenza di tratti Alessitimici e di altre modelli di relazione disfunzionali nelle famiglie di pazienti con disturbi del comportamento alimentare

C. Loredano, L. Vona, F. Nazzaro

UOC di Psichiatria e Disturbi del Comportamento Alimentare, Sapienza Università di Roma

Background: il termine Alessitimia (dal greco, alpha = assenza, lexis = parole, thymos = emozioni, ossia "assenza di parole per le emozioni") è stato formulato per la prima volta, nel 1973, da Sifneos, durante alcune ricerche sulle caratteristiche cognitive di pazienti affetti da malattie psicosomatiche, per indicare un disturbo affettivo-cognitivo, relativo ad una particolare difficoltà di vivere, identificare, e comunicare le emozioni (Sifneos, 1973). Il costrutto Alessitimia si basa, attualmente su cinque caratteristiche cliniche fondamentali (Taylor et al., 1990):

1. difficoltà di identificare e descrivere le emozioni;
2. difficoltà di distinguere tra stati emotivi soggettivi e le componenti somatiche dell'attivazione emotiva;
3. povertà di processi immaginativi;
4. stile cognitivo orientato verso la realtà esterna;
5. onformismo sociale.

A queste caratteristiche fondamentali del costrutto, evidenze empiriche hanno associato altri sintomi somatici,

quali esplosioni di collera, o di pianto, che i soggetti non sanno spiegare, l'esprimere l'emozione con l'azione, l'oscillare tra incubi arcaici e pensiero razionale, il dare all'esterno una impressione di pseudonormalità, il pedante attenersi a rigidi manuali di istruzione, il non presentare espressività e mimica facciale, l'oscillare tra un comportamento dipendente ed evitante, il mostrare ridotta capacità empatica (Beckendam, 1997) e ridotta capacità di pensare sulle emozioni, il non sapere usare le emozioni per affrontare situazioni stressanti (Parker et al., 1998).

Un fattore di rischio, comunemente citato nell'eziopatogenesi e nel mantenimento dei DCA, è un pattern di dinamiche familiari disfunzionali.

Gli studi sul funzionamento familiare riferiscono dinamiche patologiche in tali famiglie paragonati a controlli sani. Le famiglie di pazienti con anoressia nervosa presenterebbero maggiore evitamento del conflitto e rigidità rispetto ai controlli. Le famiglie dei pazienti affetti da bulimia nervosa riferirebbero elevati livelli di conflitti familiari.

Il nostro studio si propone quindi di indagare sul ruolo che le modalità di espressione dell'affettività potrebbero avere nell'eziopatogenesi e nel mantenimento della patologia del comportamento alimentare.

Materiali e metodi: lo studio si avvale dei seguenti test psicometrici:

- Toronto Alexithymia Scale per la valutazione dell'Alessitimia;
- Symptomchecklist 90, per la misurazione delle caratteristiche psicopatologiche associate;
- Family Assessment Device, per la valutazione del funzionamento familiare.

Campione: il campione clinico è costituito da 20 famiglie per un totale di 60 soggetti, 23 uomini e 37 donne, con un'età media di 44 anni (DS = 16) compresa tra 17 e 68 anni. L'età media dei genitori è di 54,4 anni (DS = 7,1), mentre l'età media dei figli è di 23,2 (DS = 5,8).

Il reperimento del campione è avvenuto presso il Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare del Policlinico "Umberto I" di Roma. La quota dei pazienti nel campione è rappresentato da 12 soggetti affetti da bulimia nervosa con condotte di eliminazione, 5 soggetti affetti da anoressia nervosa e 3 da disturbo del comportamento alimentare NAS.

Risultati: considerando l'intero campione emerge che nelle famiglie dei pazienti i test presentano risultati significativi alla TAS-20, all'SCL-90 e FAD.

Le famiglie del gruppo clinico sono state appaiate per genere, età e status socio-economico ad un gruppo di controllo estratto da un campione non referred di famiglie. Mettendo a confronto i casi clinici con i casi non referred risulta evidente la differenza dei punteggi relativi ai test utilizzati nei due campioni. Le famiglie nei DCA presentano elevati livelli di disfunzionalità al FAD e significativi livelli di Alessitimia alla TAS-20, nonché maggior presenza di psicopatologia all'SCL-90.

Conclusioni: qualora i risultati finora ottenuti venissero

supportati da ulteriori evidenze cliniche, verrebbe confermata l'ipotesi del ruolo che alcune caratteristiche relazionali e di personalità possono svolgere nello sviluppo e nel decorso dei disturbi della condotta alimentare, con interessanti conseguenze sui futuri programmi di ricerca, trattamento e prevenzione di questi disturbi.

Gratificazioni, sovrappeso e obesità

F. Garonna

Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 12 Veneziana, Mestre-Venezia

Il cibo rappresenta la principale e imprescindibile fonte di gratificazione. Rispetto alle altre specie animali, gli umani hanno sviluppato ritmi, rituali e contesti di alimentazione che hanno attribuito al cibo valenze simboliche numerose, complesse, tuttavia essenziali.

Anche se le società economicamente e socialmente più evolute tendono a spostare il desiderio e la sua gratificazione verso oggetti non legati alle necessità alimentari, e anzi a contraddire e ostacolare l'assunzione alimentare in quanto non ritenuta fonte di benessere bensì possibile

nocumento alla salute e all'immagine corporea, l'assunzione di cibo resta una fonte di gratificazione primaria, spesso sostitutiva di altre fonti di piacere. Le conseguenze sul peso e sulla salute sono l'effetto inevitabile di attitudini patologiche che permangono nel tempo, e spesso non sono correttamente valutate nell'approccio terapeutico. Questo deve tener conto delle modalità con cui il soggetto è giunto alle condizioni di sovrappeso e obesità, e deve assicurare obiettivi di soddisfazione facilmente realizzabili e in tempi abbastanza rapidi. Non è solo il concentrarsi sul peso e sull'alimentazione, bensì intervenire sullo stile di vita.

Il cambiamento delle modalità relazionali e di gestione emotiva sono misure efficaci a restituire quel senso di sicurezza e bisogno di autoaffermazione, passi indispensabili verso un equilibrio individuale tra desideri e doveri, necessità e superfluo, fragilità e punti di forza.

Il trattamento deve considerare l'importanza dell'ansia di tratto, del disturbo dell'umore e delle componenti ossessivo-compulsive. La psicofarmacoterapia mirata a curare questi aspetti, seppure possa presentare effetti indesiderati sul peso, costituisce una base importante su cui strutturare l'insieme degli interventi somatici, psicologici e sociorabilitativi.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA RAFFAELLO

S57. Insight e benessere soggettivo nei disturbi bipolari e nella schizofrenia

COORDINATORE

A.C. Altamura

Il Subjective Well-being come indicatore di esito di trattamenti psicofarmacologici nelle psicosi croniche

C.A. Altamura, E. Cattaneo

Clinica Psichiatrica Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: il Subjective Well-being (SWN) indica uno stato psicologico ed emozionale che si differenzia da un più ampio concetto di Qualità della Vita (QoL) che include anche aspetti somatici, cognitivi e funzionali. In letteratura numerosi studi indagano la QoL come strumento di valutazione del trattamento psicofarmacologico in termini di efficacia e di influenza sul funzionamento socio-lavorativo. Recentemente maggiore attenzione è stata rivolta al SWN nei pazienti schizofrenici in terapia con antipsicotici.

Metodi: è stata condotta una revisione della letteratura dal 1995 ad oggi con l'obiettivo di studiare il SWN come fattore di esito dei trattamenti psicofarmacologici in pazienti affetti da schizofrenia.

Risultati: gli aspetti clinici più frequentemente affrontati in letteratura sono i seguenti:

1. confronto del SWN in pazienti in terapia con neurolettici o con antipsicotici atipici: il SWN risulta più elevato nei pazienti in farmacoterapia con atipici, a causa dei minori effetti collaterali agenti nelle aree affettiva, cognitiva e sociale;
2. confronto del SWN in pazienti in terapia con differenti classi di atipici: il SWN nei pazienti in trattamento con olanzapina è significativamente più elevato rispetto a quelli in terapia con clozapina o risperidone;
3. associazione del SWN con la compliance alle terapie: i dati sperimentali evidenziano come un alto SWN correli positivamente con una buona compliance farmacologica;

4. SWN come indicatore di esito clinico: tutti i risultati emersi dalle ricerche internazionali indicano il SWN come fattore predittivo di un positivo outcome clinico, grazie alla migliore percezione emotiva e al miglior funzionamento comportamentale valutato soggettivamente dai pazienti. La variabile maggiormente associata a tali dati è rappresentata dall'assunzione di antipsicotici atipici.

Conclusioni: come evidenziato, il SWN rappresenta un valido indicatore di esito del trattamento psicofarmacologico in pazienti affetti da psicosi croniche. Ne deriva l'utilità clinica della sua applicazione anche in altre categorie nosografiche (disturbi bipolari).

Insight nel disturbo bipolare

L. Dell'Osso

Università di Pisa

L'insight rappresenta, in psichiatria, un concetto clinico multidimensionale complesso con un ruolo importante nel decorso e cura dei disturbi psicotici. La mancanza o riduzione d'insight è stata dimostrata non solo nella schizofrenia ma anche nei disturbi dell'umore ed in particolare nel disturbo bipolare soprattutto nelle forme gravi. Livelli analoghi di riduzione dell'insight sono stati riscontrati in pazienti con disturbo bipolare con sintomi psicotici in fase di remissione rispetto a pazienti schizofrenici (Amador et al., 1994; Pini et al., 2001). Scarsi livelli di insight sono stati descritti come caratteristici in pazienti con disturbo bipolare (Dell'Osso et al., 2002) soprattutto in fase acuta (Swanson et al., 1995; Ghaemi et al., 1995) e la consapevolezza di malattia sembra aumentare solo parzialmente con il miglioramento clinico mentre sembra diminuire progressivamente in relazione al ripetersi degli episodi di malattia (David et al., 1992). In un precedente studio (Pallanti et al., 1999) abbiamo dimostrato come l'insight costituisca un elemento discriminante tra il disturbo bipolare I e II. Infatti, sebbene in entrambi i gruppi fosse riscontrabile una globale riduzione dell'insight, i pazienti con disturbo bipolare II riportavano livelli significativamente minori rispetto ai pazienti con disturbo bipolare I. La globale riduzione dell'insight nei pazienti con disturbo bipolare è in accordo con la letteratura, che evidenzia come la correlazione tra l'insight e la severità del quadro clinico, sebbene presente, non sia lineare come si potrebbe ipotizzare. È interessante ricordare come anche la presenza di altri disturbi in comorbidità con il disturbo bipolare abbia un impatto sulla consapevolezza di malattia. La comorbidità con diversi disturbi d'ansia è infatti risultata correlata a diversi livelli di insight in pazienti con disturbo bipolare con sintomi psicotici, in particolare, pazienti con disturbo ossessivo compulsivo o fobia sociale presentavano livelli di insight significativamente superiori rispetto a pazienti senza tale comorbidità, mentre, la presenza di comorbidità con disturbo di panico risultava associata a minori livelli di insight (Pini et al., 2003).

Obiettivo del presente studio è stato quello di confrontare i livelli d'insight tra pazienti con disturbo bipolare con sintomi psicotici nelle diverse fasi di malattia (mania, stato misto e depressione bipolare) con quelli di pazienti con depressione unipolare con sintomi psicotici. È stato esaminato un campione di pazienti ricoverati presso i reparti di Psichiatria (1° e 2°) del Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa. I pazienti erano affetti da disturbi dell'umore (disturbo bipolare e depressione unipolare entrambi con sintomi psicotici) in accordo con i criteri del DSM-III-R. L'intero campione è stato valutato nella settimana precedente la dimissione usando la Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient Edition (SCID-P), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).

L'insight è risultato significativamente correlato alla polarità del disturbo dell'umore: i pazienti con mania hanno riportato un insight significativamente minore rispetto a quelli con stato misto, depressione bipolare e depressione unipolare. Un'analisi di regressione lineare, che ha utilizzato il punteggio della SUMD come variabile dipendente e il numero totale dei sintomi maniacali come variabile indipendente, ha evidenziato che sintomi maniacali specifici non sono correlati al livello di insight. Risultati analoghi sono stati ottenuti confrontando i punteggi medi nell'insight dei pazienti con e senza deliri di grandezza.

I nostri risultati suggeriscono che i livelli di insight discriminano i pazienti con mania rispetto ai pazienti con altre polarità del disturbo affettivo. La mancata associazione tra i livelli di insight e il numero totale dei sintomi maniacali o sintomi maniacali specifici sembra poter essere correlata al perdurare di sintomi subsindromici in pazienti in remissione da un episodio maniacale. Questo risultato è inoltre in accordo con la letteratura che dimostra come la correlazione tra l'insight e la severità del quadro clinico non sia lineare.

In conclusione, i risultati del presente studio confermano che il disturbo bipolare è caratterizzato dalla presenza di scarsi livelli di insight e che questi differiscono a seconda delle diverse fasi di malattia, con un peggioramento nella fase maniacale.

Bibliografia

- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. *Awareness of illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders*. Arch Gen Psychiatry 1994;51:826-36.
- David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. *The assessment of insight in psychosis*. Br J Psychiatry 1992;161:599-602.
- Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Saettoni M, et al. *Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features*. Bipolar Disord 2002;4:315-22.
- Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG Jr. *Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode*. J Nerv Ment Dis 1995;183:464-7.

Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A, Rossi A, Dell'Osso L, Pini S, et al. *Awareness of illness and subjective experience of cognitive complaints in patients with bipolar I and bipolar II disorder*. Am J Psychiatry 1999;156:1094-6.

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

Pini S, Dell'Osso L, Amador XF, Mastrocinque C, Saettoni M, Cassano GB. *Awareness of illness in patients with bipolar I disorder with or without comorbid anxiety disorders*. Aust N Z J Psychiatry 2003;37:355-61.

Swanson CL Jr, Freudenreich O, McEvoy JP, Nelson L, Kamaraju L, Wilson WH. *Insight in schizophrenia and mania*. J Nerv Ment Dis 1995;183:752-5.

Subjective well-being nella schizofrenia: analisi della capacità predittiva sull'outcome clinico e psicosociale

L. Ferrannini, M. Vaggi

Dipartimento Salute Mentale, ASL 3 Genovese

Sebbene sia nota da tempo la correlazione tra efficacia e collateralità delle terapie antipsicotiche con la qualità della vita dei soggetti schizofrenici in trattamento, solo negli ultimi anni l'attenzione dei ricercatori si è spostata da misurazioni oggettive di tali dimensioni effettuate da clinici, a valutazioni che tengano in debita considerazione il vissuto soggettivo e le opinioni dei pazienti. A tal proposito è stata sviluppata da Naber alcuni anni or sono una scala di valutazione specifica (SWN-K). Le opinioni dei pazienti ed il loro livello di satisfaction riguardanti l'impatto dei trattamenti sulla propria qualità di vita è stata principalmente legata alla adesione al trattamento e al rischio di recidiva.

Lo scopo del nostro contributo è quello di analizzare la correlazione tra valutazione soggettiva del trattamento in un campione rappresentativo di soggetti schizofrenici in trattamento con antipsicotici (analizzato attraverso la SWN-K) e l'outcome clinico e psicosociale (analizzato attraverso scale specifiche), partendo dall'ipotesi per cui un buon impatto del trattamento sul benessere del paziente sia uno degli elementi che si correlano maggiormente a lungo termine con l'effectiveness e l'esito del trattamento stesso.

Bibliografia

Naber D, Karow A, Lambert M. *Subjective well-being under the neuroleptic treatment and its relevance for compliance*. Acta Psych Scand 2005;427:429-34.

Naber D, Moritz S, Lambert M, Pajonk FG, Holzbach R. *Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs*. Schizophr Res 2002;57:125.

Subjective well-being e insight nei pazienti con disturbi bipolari: modificazioni durante il ricovero e correlazioni con le variabili cliniche e soggettive al follow-up

C. Bressi, C.A. Altamura

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: diversi studi hanno evidenziato l'importanza delle componenti soggettive quali l'Insight e il Subjective Well-being come predittori dell'outcome clinico nei soggetti affetti da schizofrenia e da disturbi affettivi.

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente pazienti con diagnosi di disturbo bipolare I e II (DSM-IV-TR) in trattamento con antipsicotici atipici ricoverati presso l'SPDC dell'UOP dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Per la valutazione dell'Insight è stata utilizzata la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD, Amador e Strass, 1990); per il Subject Well-being la scala SWN (Naber, 1995) e per la sintomatologia le seguenti scale: Brief Psychiatric Rating Scale, Mania Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Clinical Global Impression-Bipolar Version (CGI-BP). Le scale psicometriche sono state somministrate all'ammissione in SPDC (T0) ed alla dimissione (T1). La stabilità dei risultati sarà valutata, successivamente, mediante la somministrazione delle medesima batteria testale ogni 6 settimane per 12 mesi.

Risultati: lo studio di associazione tra variabili cliniche e testali al T0 ha evidenziato una correlazione inversa tra numero di ricoveri pregressi e punteggio nella sottoscala controllo emotivo del SWN ($r = -0,822$; $p = 0,012$); lo studio di associazione tra variabili sintomatologiche alla dimissione (variabili dipendenti) e le sottoscale SWN e SUMD (variabili indipendenti) attraverso modelli di regressione lineare (metodica Stepwise) ha evidenziato associazioni statisticamente significative tra le sottoscale funzioni fisiche del SWN ($B = -0,196$; $t = -4,303$; $p = 0,008$) e consapevolezza attuale del SUMD ($B = 1,060$; $t = 7,861$; $p = 0,001$) ed il punteggio CGI-BP alla dimissione.

Conclusioni: l'associazione inversa tra il controllo emotivo e il numero di ricoveri conferma l'influenza negativa delle recidive sul benessere soggettivo dei pazienti affetti da disturbo bipolare. I risultati della regressione lineare, in accordo con la letteratura internazionale, suggeriscono il valore predittivo della consapevolezza e del benessere soggettivo rispetto alla gravità sintomatologica alla dimissione. Infine, verranno illustrati i risultati della successiva valutazione psicometrica a sei settimane dalla dimissione.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA CARAVAGGIO

S58. Ciclo sonno-veglia e umore: dalle basi neurobiologiche alla pratica clinica

COORDINATORE
M. Guazzelli

Correlati genetici dei disturbi dell'umore e del ciclo sonno-veglia

I. Guerrini

Molecular psychiatry laboratory, Department of Mental Health Sciences, University College, London, London (UK)

I disturbi del ciclo-sonno veglia ed i ritmi circadiani sono elementi importanti nella patofisiologia dei disturbi dell'umore. Le basi neurobiologiche della loro interazione rimangono a tutt'oggi parzialmente sconosciute. Studi di familiarità indicano che nei figli di famiglie ad alto rischio per disturbi dell'umore un disturbo del sonno è frequentemente presente ed è un fattore predittivo di sviluppo successivo di un disturbo dell'umore (Duffy et al., 2007). Una suscettibilità genetica è stata ipotizzata ed i geni implicati nella regolazione dei ritmi circadiani e quindi del ritmo sonno-veglia sono stati estensivamente esplorati con metodiche di genetica molecolare. Studi volti a esplorare il ruolo dei clock genes nella patogenesi dei disturbi del sonno in individui affetti da un disturbo bipolare, hanno indicato un'associazione con un gruppo di varianti genetiche nel gene CLOCK sul cromosoma 4 e del gene GSK3B sul cromosoma 3, la cui proteina è il target endogeno del litio in diversi tessuti (Lamont et al., 2007). Studi sull'animale condotti su topi con una delezione omozigota del D-box binding protein (Dbp), appartenente alla famiglia dei clock genes, mostrano una attivazione maggiore se sottoposti a deprivazione di sonno, in analogia a quanto avviene nei pazienti bipolari (Le-Niculescu et al., 2008). Comprendere i correlati neurobiologici dell'interazione dei disturbi del ciclo sonno veglia e dei ritmi circadiani ha notevoli implicazioni non solo sul piano della pura conoscenza scientifica ma anche sul piano terapeutico. Studi di espressione genica hanno infatti mostrato una modulazione funzionale sui clock genes da parte di agenti farmacologici come fluoxetina e i sali di litio.

Bibliografia

Duffy A, Alda M, Crawford L, Milin R, Grof P. *The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents.* Bipolar Disord 2007;9:828-38.

Lamont EW, Legault-Coutu D, Cermakian N, Boivin DB. *The role of circadian clock genes in mental illness.* Dialogues Clin

Neurosci 2007;9:333-42.

Le-Niculescu H, McFarland MJ, Ogden CA, Balaraman Y, Patel S, Tan J, et al. *Phenomic, convergent functional genomic, and biomarker studies in a stress-reactive genetic animal model of bipolar disorder and co-morbid alcoholism.* Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2008;147B:134-66.

Basi neurofisiologiche della relazione sonno-umore

A. Gemignani, M. Guazzelli*

*Dipartimento di Fisiologia Umana "G. Moruzzi", *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Pisa*

L'interesse scientifico e clinico per le relazioni tra sonno e umore ha ricevuto un ulteriore impulso in questi ultimi anni grazie allo sviluppo delle tecniche di biologia molecolare e di esplorazione funzionale in vivo del cervello. Dagli studi che ne sono conseguiti è emerso che l'umore depresso si associa ad una profonda alterazione delle variazioni omeostatiche del metabolismo cerebrale e della funzione sinaptica durante il sonno. Nel 2003, è stato ipotizzato che la funzione del sonno delta (SWS) sarebbe riconducibile ad un fenomeno di riduzione del "peso" sinaptico corticale (down-scaling sinaptico). Sulla base di questa ipotesi la significativa riduzione del SWS presente nei pazienti depressi è da riferire ad una conseguente alterazione del down-scaling sinaptico e quindi delle funzioni corticali. Sul piano fisiopatogenetico, le perturbazioni delle funzioni cognitive presenti nella depressione, parallelamente alle alterazioni del SWS, potrebbero essere proprio ricondotte alla abnorme evoluzione dei livelli sinaptici corticali notturni che si verifica nel paziente depresso.

Per quanto attiene il sonno REM (RS), la breve latenza e la maggiore densità sono state messe in rapporto con un ipertono colinergico centrale che si ritiene parte integrante della fisiopatologia del disturbo dell'umore. Alcune recenti evidenze indicano che le strutture colinergiche pontine che generano il RS sono tonicamente attivate durante il sonno da gruppi neuronali del complesso amigdaloideo (CA). Questa struttura che durante la veglia gioca un ruolo chiave nella modulazione della paura o dello stress, risulta iperattiva nella veglia e nel sonno dei pazienti depressi. La disfunzione del

CA, ritenuta responsabile delle alterazioni della sfera affettiva, potrebbe contribuire a determinare le alterazioni del RS tipiche della patologia depressiva. Le alterazioni del SWS e del RS hanno anche un rilievo diretto nella clinica poiché sono positivamente correlate con i livelli di stress e sono verosimilmente sottese da una vulnerabilità genetica multifattoriale per la depressione.

Modulazione farmacologica del ciclo sonno-veglia. Prospettive per la terapia dei disturbi dell'umore

G. Biggio

Università di Cagliari

Lo stress cronico riduce l'attività basale dei neuroni monoaminergici in specifiche aree cerebrali importanti per la regolazione del tono dell'umore, dei processi cognitivi e del pattern del sonno.

Questi eventi si traducono spesso in alterazioni nella capacità di adattamento dei neuroni in specifiche aree cerebrali quali l'ippocampo.

Queste modificazioni morfologiche e funzionali sono associate a variazioni dei processi di neurogenesi e nella sintesi di alcuni importanti fattori trofici (BDNF). Recenti ricerche hanno evidenziato una riduzione della sintesi di BDNF e del processo di neurogenesi in associazione con la privazione del sonno. Infatti, la privazione di sonno è associata a riduzione della neurogenesi e della capacità di apprendimento.

Uno stress debole ma continuativo riduce il sonno e la capacità di adattamento dei neuroni. Verranno discussi i meccanismi neurobiologici associati alla produzione di nuovi neuroni durante la privazione del sonno.

L'insonnia nella prospettiva della psicopatologia di spettro

M. Guazzelli, C. Gentili

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

L'introduzione e lo sviluppo dell'approccio diagnostico di spettro in psichiatria ha prodotto riflessi importanti sia nella ricerca che nella pratica clinica. Con il superamento della dicotomia "tutto-nulla" dell'impostazione rigidamente categoriale del DSM nelle sue diverse edizioni, la costellazione dei disturbi dell'umore si presenta in una prospettiva nuova, in cui le condizioni cosiddette sottosoglia, paucisintomatiche, minori o residuali confluiscono nella dimensione, appunto, dello spettro dell'umore, i cui domini, isolati dalla ricerca empirica, integrano validamente i raggruppamenti sindromici forniti dalla tassonomia ufficiale, consentendo un inquadramento più aderente alla realtà clinica.

Promettenti sono le prospettive teoriche e pratiche delle applicazioni dell'approccio diagnostico di spettro ai disturbi del sonno ed in particolare all'insonnia, che la nosografia psichiatrica attuale distingue in primaria e "correlata ad altro disturbo mentale". L'approccio di spettro, tuttavia, è recente e non ha ancora trovato applicazione specifica allo studio dei disturbi del sonno in rapporto alle patologie dell'umore per cui al momento attuale lo stato dell'arte su questo argomento non può fare a meno della letteratura fondata sui criteri tassonomici categoriali classici.

Alcune ricadute, potenzialmente rilevanti per la clinica dei disturbi dell'umore, in rapporto con il paradigma di spettro nella valutazione dei disturbi del sonno, possono tuttavia essere già ipotizzate specialmente riguardo alle forme di insonnia, considerate primarie dalla medicina del sonno attuale. Adottando questa prospettiva, a nostro parere, le forme suddette rientrano a buon diritto nell'ambito teorico e operativo della psicopatologia e non rischiano di essere consegnate al rigido inquadramento nella patologia d'organo e conseguentemente destinate ad un trattamento non adeguatamente integrato che è possibile evitare solo se ci si avvale delle conoscenze psicopatologiche, oggi in grado di ricomprendere anche quelle condizioni che la tassonomia categoriale del DSM, con i suoi di rigidi criteri soglia, ha sottratto al suo ambito di studio e di intervento.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MANTEGNA

S59. Valutazione e gestione della violenza in età evolutiva

COORDINATORE

E. Caffo

Adolescenti e giovani adulti autori di reato: quali interventi sono davvero efficaci?

E. Caffo

Università di Modena e Reggio Emilia

I disturbi comportamentali e la devianza minorile ha costi elevatissimi sia in termini di sofferenza individuale, sia in termini di costi sociali per il sistema sociale, educativo nonché giudiziario e penale (Romeo, Knapp, Scott, 2006; Scott, Knapp, Henderson, Maughan, 2001).

La sempre maggiore conoscenza dei fattori di rischio della devianza minorile e della violenza adolescenziale (di cui è un esempio l'essere stati vittima di traumi in età infantile) rende dunque necessario agire non solo per una presa in carico puntuale ed efficace dei soggetti che entrano in contatto con il sistema della giustizia, ma anche preventivamente.

L'Autore si soffermerà dunque sulle buone prassi attualmente esistenti nell'ambito della valutazione e del trattamento degli adolescenti e dei giovani adulti autori di reato.

Un'analisi delle ricerche esistenti, consente di evidenziare che i migliori trattamenti per giovani autori di reato includono tecniche cognitive comportamentali e della terapia familiare e sono focalizzati sulla natura multidimensionale del fenomeno: il trattamento infatti si focalizza sui fattori del contesto di vita dell'adolescente che contribuiscono all'emergere dei comportamenti devianti. I primi obiettivi sono la riduzione del tasso di recidiva e dei problemi clinici migliorando il funzionamento dell'adolescente e del giovane adulto (relazioni familiari e performance scolastica), ma anche ridurre i tempi di detenzione. La famiglia, la scuola e la comunità, invece, vengono aiutate a creare un ambiente più sano mobilitando tutte le risorse a che sono disposizione.

Esordio precoce di comportamenti dirompenti quale modello per studiare la psicopatologia evolutiva dei disturbi cronici

B.L. Leventhal

Institute for Juvenile Research, The University of Illinois College of Medicine, Chicago, IL

Introduction: youth violence has long been a matter of great concern for parents, educators, communities and students of developmental psychopathology. There are many factors that contribute to this phenomenon but a

clear picture of etiology and treatment has been difficult to discern. Ironically, despite assertions to the contrary, in general, there has been a decline in youth violence. One exception to this is the most common form of youth violence, bullying. Using bullying as a model, we will examine etiologic models and evidence for treatment success.

Methods: a systematic review of the scientific literature as well as integration of data from a longitudinal, naturalistic study of bullying in a school age population.

Results: bullying remains the most common form of youth violence. Depending on the sample and country, it affects as many as 25-40% of all youth. The fact that it is so common often leads to the conclusion that it is a "normative" component of child development. Studies suggest that bullying is a complex condition with a multifactorial etiology. There is ample evidence to suggest that bullying may cause developmental psychopathology as well as increased suicidal thoughts and behaviors as well as other aggression, poor school performance and later problems with occupational and social adaptation. There are considerable differences among the three distinct bullying phenotypes: perpetrators, victims and victim-perpetrators, with some evidence that the outcomes for bullies are as bad, or worse, than for victims. And, as with other forms of childhood onset disorders, there are sex differences.

Conclusions: bullying is a common condition that leads to severe adverse outcomes for youth, outcomes that affect later adult development. This preventable phenomenon is a significant public health problem for our youth and serves as a model for studying the causes, consequences and interventions for other forms of youth violence.

Contrastare le condotte aggressive e violente in adolescenza: il ruolo delle convinzioni di autoefficacia

G.V. Caprara, M. Gerbino*

*Facoltà di Psicologia 2, *Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali, Sapienza Università di Roma*

Tra i fattori di rischio che contribuiscono a promuovere e a mantenere le condotte aggressivo-violente dall'infanzia all'adolescenza l'esposizione a modelli familiari aggressivi e le difficoltà di autoregolazione (emotiva e comportamentale) hanno un ruolo importante nel tra-

sformare comportamenti occasionali in modalità elettive di relazione con il proprio contesto. Diventa quindi importante identificare quei fattori che intervengono nel contrastare l'influenza negativa che l'esposizione a tali fattori può avere sui percorsi di sviluppo delle condotte aggressive. A questo proposito diversi studi hanno evidenziato il ruolo delle convinzioni di autoefficacia nella regolazione delle proprie emozioni e nella gestione delle proprie relazioni interpersonali come fattori di promozione dell'adattamento.

Il presente contributo è parte di un progetto di ricerca longitudinale condotto a Genzano di Roma sui precursori e sui percorsi di sviluppo adattivi e disadattivi dall'infanzia alla prima età adulta. Al presente studio hanno partecipato circa 400 adolescenti, seguiti dai 13 ai 18 anni. L'obiettivo è stato esaminare il ruolo delle convinzioni di autoefficacia emotiva e interpersonale nel ridurre nel corso del tempo gli effetti dell'esposizione a modelli familiari aggressivi e delle difficoltà di autoregolazione degli adolescenti sui comportamenti aggressivi. I risultati, pur evidenziando una certa stabilità delle condotte aggressive e confermando gli effetti negativi dei fattori di rischio considerati, attestano il ruolo di protezione svolto dalle convinzioni di autoefficacia nella transizione verso la vita adulta.

Dal momento che esiste un'ampia gamma di strumenti standardizzati per la valutazione delle convinzioni di autoefficacia e che la letteratura scientifica ha fornito chiare Linee Guida per l'adozione di pratiche efficaci per lo sviluppo di tali convinzioni, le indicazioni che emergono dal presente studio forniscono informazioni importanti sia per la valutazione sia per gli interventi con gli adolescenti.

Le emergenze psichiatriche in età giovanile: quale modello organizzativo?

M. Casacchia, R. Pollice, P. Pomero, V. Marola, M. Giannangeli, R. Roncone

Servizio Psichiatrico Universitario Diagnosi e Cura, ASL 4, L'Aquila

Introduzione: i comportamenti aggressivi nell'età giovanile sembrano aumentare di frequenza diventando oggetto di studi scientifici finalizzati a coglierne le motivazioni profonde. Alcuni comportamenti, che a volte presuppongono una diagnosi bene precisa, altre volte sembrano l'epifenomeno di malattie a rischio, raggiungono una tale intensità per la quale si deve ricorrere ad una proposta di ricovero.

Il presente studio riporta i dati dei ricoveri presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Ospedale "S. Salvatore" de L'Aquila di giovani con età inferiore a 18 anni.

Materiale e metodo: nell'ultimo triennio sono stati ricoverati 23 giovani di età inferiore ai 18 anni presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura in quanto il loro quadro clinico caratterizzato da com-

portamenti aggressivi ed impulsivi rendeva necessario il ricovero in un ambiente protetto.

I soggetti, di età media di 16 anni, (range 15-17) sono stati sottoposti ai seguenti strumenti valutativi: BPRS per il quadro psicopatologico, la MOAS per la dimensione aggressiva, le Storie di Teoria della Mente per la cognizione sociale.

Risultati: la valutazione psicopatologica e cognitiva ha dimostrato che alcuni comportamenti aggressivi sembravano correlabili ad un deficit di teoria della mente suggerendo una difficoltà ad instaurare rapporti inter-soggettivi validi. Una revisione della letteratura non ha permesso di identificare con sicurezza un modello organizzativo- assistenziale più opportuno.

Conclusioni: i ricoveri di giovani sotto i 18 anni, pur non frequenti, rappresentano a volte una necessità; è opportuno pertanto che a questo problema si riservi una maggiore attenzione considerato la delicatezza di ricoverare un giovane in un ambiente ospedaliero.

Abuso di sostanze, esordi psicotici e comportamenti aggressivi

P.M. Furlan, R.L. Picci

Università di Torino, Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, AOU "San Luigi Gonzaga", ASL TO3

L'abuso di sostanze è un fenomeno che in Europa sta subendo una trasformazione per caratteristiche e abitudini di consumo, con un trend in crescita nell'incidenza di uso di cocaina come seconda droga maggiormente utilizzata dopo la cannabis (Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, 2007).

Un certo numero di studi ha mostrato una correlazione tra l'abuso di sostanze e l'esordio schizofrenico (Arendt et al., 2005; Mauri et al., 2006; Thirhalli et al., 2006; Barnett et al., 2007), con una concordanza della letteratura per quanto concerne le seguenti caratteristiche dei soggetti schizofrenici con condotte di abuso: precoce età di esordio e più frequente sesso maschile, elevata incidenza di disturbo antisociale di personalità e/o di disturbi della condotta (Cantwell et al., 1999; Cantor-Graae et al., 2001; Salyers and Mueser, 2001; Kavanagh et al., 2004; Mauri et al., 2006), più grave sintomatologia positiva all'esordio e peggiore decorso (Barnett et al., 2007; Hides et al., 2006; Mauri et al. 2006; Kavanagh et al., 2004; Cantor-Graae et al., 2001). La sintomatologia psicotica più frequentemente rilevata è caratterizzata da: comportamenti antisociali, oppositività, non cooperazione (Rabinowitz et al., 1998; Hambrecht e Hafner, 1996; Allebeck et al., 1993). I dati sul decorso della sintomatologia psicotica nel tempo e sulla prognosi dei pazienti positivi per l'utilizzo di sostanze hanno evidenziato un più elevato costo sanitario, un peggiore adattamento sociale con più gravi atteggiamenti ostili, più frequenti disturbi del pensiero e meno gravi sintomi negativi (Mauri et al., 2006; Hambrecht et al., 1996).

Presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

dell'Ospedale "San Luigi Gonzaga" di Orbassano (Torino, Italia) è stato condotto uno studio osservazionale per la valutazione della frequenza di comorbidità tra abuso di sostanze ed esordio schizofrenico e delle caratteristiche sintomatologiche dei soggetti con condotte di abuso. Sono stati inseriti nello studio 130 soggetti al primo ricovero per schizofrenia (dal 1° gennaio 2001 al 1° gennaio 2007): di essi il 53,9% presentava anamnesi positiva per uso di sostanze.

La ricerca ha sostanzialmente confermato i dati della letteratura internazionale circa pazienti al primo episodio schizofrenico con condotte di abuso: in particolare, l'età di esordio del disturbo psicotico e di primo ricovero è sensibilmente inferiore per i substance abusers, che evidenziano, rispetto ai controlli, maggiore gravità dell'espressività psicopatologica, soprattutto per la sintomatologia positiva e i comportamenti aggressivi, e maggiore resistenza iniziale ai trattamenti farmacologici.

Bibliografia

- Allebeck P, Adamsson C, Engstrom A. *Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County*. Acta Psychiatr Scand 1993;88:21-4.
- Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G. *Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases*. Br J Psychiatry 2005;187:510-5.
- Barnett JH, Werners U, Secher BM, Hill K, Brazil R, Masson K, et al. *Substance use in a population-based clinic sam-*

ple of people with first-episode psychosis. Br J Psychiatry 2007;190:515-20.

- Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. *Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden*. Schizophr Res 2001;48:69-82.
- Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, et al. *Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis*. Br J Psychiatry 1999;174:150-3.
- Hambrecht M, Hafner H. *Substance abuse and the onset of schizophrenia*. Biol Psychiatry 1996;9:1-9.
- Hides L, Dawe S, Kavanagh DJ, Young RM. *Psychotic Symptom and Cannabis Relapse in Recent-Onset Psychosis*. Br J Psychiatry 2006;189:137-43.
- Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L, Chant DC, Carr V, Evans M, et al. *Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorder in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample*. Schizophr Res 2004;66:115-24.
- Mauri MC, Volonteri LS, De Gasperi IF, Colasanti A, Brambilla MA, Cerruti L. *Substance abuse in first episode schizophrenic patients: a retrospective study*. Clin Pract Epidemiol Mental Health 2006;2:4.
- Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G, Kovasznay B, Schwartz JE. *Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients*. Psychol Med 1998;28:1411-9.
- Salyers MP, Mueser KT. *Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia*. Schizophr Res 2001;48:109-23.
- Thirthalli J, Benegal V. *Psychosis among substance users*. Curr Opin Psychiatry 2006;19:239-45.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA MASACCIO

S60. Clinica psichiatrica ed abuso di sostanze

COORDINATORI

E. Torre, M. Casacchia

Abuso di sostanze psicotrope e patologia psichiatrica: un'analisi epidemiologica

P. Zeppegno, E. Torre

SCDU Psichiatra ASO Maggiore della Carità di Novara, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: sempre più frequente è il consumo, indipendentemente dall'età o dall'anamnesi psichiatrica, di sostanze stupefacenti. In particolare, in tutti i Paesi vi è un incremento del consumo di cannabinoidi: circa il 20% della popolazione giovanile ne fa uso almeno una volta la settimana. È inoltre più evidente la comorbidità tra patologia psichiatrica e abuso di sostanze: la prevalenza di qualunque tipo di disturbi

dell'umore e disturbi d'ansia, non indotti da intossicazione acuta, è del 30-60% a seconda della specificità diagnostica e della sostanza utilizzata. In relazione al consumo di cannabinoidi sempre maggiori sono le evidenze di un aumentato rischio di disturbi psicotici, al di fuori dell'intossicazione acuta, con effetto dose-dipendente.

Metodi: verranno presentati i dati relativi al consumo di sostanze psicotrope in pazienti ospedalizzati presso SCDU Psichiatra Novara e discussi alla luce di una revisione della letteratura sull'argomento.

Risultati: rispetto alla casistica presentata verrà fatto particolare riferimento alla tipologia di sostanza utilizzata e alle modificazioni del consumo nel tempo, in relazione anche alle specifiche diagnosi. Particolare attenzione verrà prestata al consumo di cannabinoidi ed ai quadri

clinici associati, soprattutto in relazione ai dati epidemiologici che indicano un crescente effetto dannoso di tale sostanza, attribuibile anche ad un incremento della quantità di principio attivo. Secondo obiettivo è quello di descrivere, rispetto ai pazienti con sola diagnosi psichiatrica, le modificazioni dei quadri clinici nei soggetti che usano o abusano di sostanze, rispetto alla “psicopatologia classica”.

Conclusioni: un approfondimento circa le modificazioni del consumo di sostanze psicotrope e delle conseguenze sul piano psichico, sia a breve che a lungo termine, può essere utile al fine di mettere in atto migliori strategie preventive e terapeutiche.

Nuove e vecchie sostanze: l'effetto sulle abilità

L. Varetto

Università di Torino

I problemi medico-legali connessi all'abuso di sostanze d'ogni genere sono disparati. Si inizia dalla stessa identificazione delle sostanze di abuso, che – analogamente a quelle dopanti – sono in continuo aumento sia per quanto riguarda l'entità del consumo sia per la varietà dell'offerta presente sul mercato. Le differenti modalità di consumo (occasionale, continuativo, con o senza vera e propria dipendenza) e le diverse caratteristiche delle sostanze pongono problemi rilevanti per quanto riguarda, per esempio, l'idoneità alla guida o all'uso delle armi. La disponibilità di metodi della tossicologia ormai sensibilissimi (si pensi all'analisi del capello) riduce di molto la possibilità per il consumatore di sfuggire ai controlli ma non costituisce una reale garanzia per la collettività.

Per quanto riguarda gli effetti mortali, più che di nuove droghe si dovrebbe parlare di nuovi consumatori. Lo stereotipo del “drogato” di 20 o 30 anni fa è ormai superato ed è sostituito dalla figura del consumatore più o meno abituale. Questo grazie soprattutto alla riduzione dei costi delle sostanze reperibili sul mercato, che consente al consumatore di mantenere un tenore di vita anche del tutto normale, spesso senza la necessità di delinquere. È così che capita di osservare morti per overdose di persone “insospettabili”, più esposte a questo genere di incidente proprio per l'occasionalità del consumo e la scarsa dimestichezza con i pericoli di queste sostanze (tra le quali l'eroina è ancora prevalente).

Per quanto riguarda il medico, l'insidia insita in ogni nuova patologia si accompagna alle caratteristiche peculiari delle patologie di interesse psichiatriche e di quelle indotte dalle sostanze di abuso o ad esse associate. Un aspetto del tutto peculiare risiede poi nel fatto che vi è ampio abuso di sostanze che vengono anche prescritte a scopo terapeutico. Questo può rendere difficile tracciare un limite tra prescrittore e spacciatore, con riflessi giudiziari assai pesanti per il medico.

Epidemiologia delle dipendenze e dei comportamenti di abuso un quadro interregionale nel contesto europeo attraverso l'analisi di diverse fonti informative

R. Siliquini, S. Chiadò Piat

Dipartimento di Sanità Pubblica e di Microbiologia, Università di Torino

La dipendenza rappresenta una vera e propria patologia che si caratterizza per la multifattorialità eziologica e i numerosi outcome di salute ad essa riferibili.

Se, infatti, esistono indiscutibili differenze tra le diverse sostanze nel loro impatto sociale (ad esempio fumo e alcol), tutte sono responsabili di patologie gravi e numerose che oltre a rappresentare una indubbia perdita di salute individuale, incidono pesantemente, anche dal punto di vista economico, sulla società.

La scarsa conoscenza sui fattori in grado di favorire la dipendenza, poi, spesso non permette la programmazione di campagne preventive mirate a sottopopolazioni particolarmente a rischio.

Ci pare utile, ai fini di indirizzare la futura ricerca oltreché le policies, fornire dati comparativi a livello regionale (micro- e macro-regioni europee e nazionali) in grado quantomeno di evidenziare aree geografiche in cui i problemi legati alle dipendenze sembrano maggiormente rilevanti.

In alcuni casi si tratta di dati derivati da flussi informativi correnti, in altri di informazioni ottenute da indagini ad hoc campionarie.

Laddove possibile sono stati evidenziati degli andamenti temporali che consentono una valutazione di efficacia, seppur indiretta e certamente parziale, di eventuali interventi di prevenzione primaria adottati nelle diverse aree.

Vecchie e nuove droghe: meccanismi patogenetici ed approcci farmacologici della dipendenza

S. Brunelleschi

Dipartimento di Scienze Mediche, Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute di Novara, Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”

Negli ultimi anni, differenti Osservatori Epidemiologici hanno registrato profondi mutamenti nelle modalità di consumo delle molecole di abuso, lanciando un ulteriore allarme riguardo la diffusione delle droghe nella popolazione giovanile. A fronte di un minor utilizzo di eroina, si registrano: a) una forte ascesa del consumo di cocaina ed altri psico-stimolanti; b) un'augmentata tendenza alla poli-assunzione; c) un notevole consumo di alcool (soprattutto, assunto con modalità di uso compulsivo, il “Binge”, spesso in occasione di feste).

Fra le “nuove droghe” a più larga diffusione nelle fasce giovanili, si ricordano il “Popper” (nitrito di amile, vecchio vasodilatatore, di comune vendita nei sexy-

shop), la ketamina (anestetico dissociativo e potente allucinogeno), lo "Shaboo" (superamfetamina o "ice", dall'aspetto di "sale grosso", metamfetamina particolarmente pura), la Salvia Divinorum (allucinogeno, reperibile nelle erboristerie e oggetto di particolare attenzione per l'ampia diffusione su Internet), Kobrett o Cobret (eroina da fumare, di basso valore commerciale), la Ayahuasha (allucinogeno, ritenuto ancor più potente di LSD), la cosiddetta "ecstasy liquida" (in realtà, GHB o acido gamma-idrossibutirrico, tristemente nota anche come droga da stupro), la "droga di Hither" (Ya-Ba, o nazidrug, o ecstasy Thai, considerata tra le più pericolose e già utilizzata nella Seconda Guerra Mondiale) ecc. Ovviamente, non vanno dimenticate le altre, ormai "vecchie", droghe, quali alcool, eroina ed altri oppioidi, cocaina, derivati della cannabis, ecstasy ecc.

I meccanismi cellulari e molecolari coinvolti nell'abuso e dipendenza da sostanze sono stati studiati in maniera approfondita, soprattutto per gli oppioidi e la cocaina; purtroppo, non sono ancora ben apprezzati i processi responsabili del "craving" e della "ricaduta", i due problemi per eccellenza.

In linea generale (e mai contraddetta negli innumerevoli studi finora compiuti con le più svariate sostanze), le sostanze in grado di indurre dipendenza attivano la via del "reward" (gratificazione), ovvero la via dopaminergica mesolimbica che, dall'area tegmentale ventrale, va al nucleo accumbens e alle regioni limbiche, ed aumentano il rilascio di dopamina.

L'effetto "gratificante" delle differenti molecole di abuso dipende dall'attivazione di questa via: saranno discussi i possibili meccanismi molecolari e recettoriali coinvolti.

Riflessi giudiziari penali dell'abuso di sostanze

M. Grandolfo

Procura della Repubblica presso il tribunale di Novara

L'equiparazione normativa dell'uso e dell'abuso.

La scelta legislativa di non punibilità del consumo, a fronte del grave trattamento sanzionatorio previsto per le condotte ricomprese tra la produzione e la cessione a terzi. La giurisprudenza più recente utilizza un concetto di "uso esclusivamente personale" (non punibile) molto ampio, superando le presunzioni quantitative (tipo dose media giornaliera e simili) ed imponendo una valutazione complessiva della condotta del detentore per poterlo condannare (modalità di presentazione della sostanza, peso lordo, confezionamento frazionato ed altre circostanze dell'azione).

L'imputabilità del consumatore rispetto ai reati commessi. In particolare, l'assunzione volontaria di sostanze stupefacenti non incide sulla responsabilità penale ed anzi l'assunzione preordinata al fine di commettere un reato comporta un aumento di pena; tuttavia l'intossicazione cronica ("permanente ed irreversibile") è equiparata al vizio di mente, totale o parziale.

I reati "indirettamente" connessi all'uso (cioè finalizzati a consentire l'acquisto delle sostanze): generalmente reati contro il patrimonio, quali furto e rapina.

Il reato "direttamente" connesso all'uso (guida sotto l'effetto di stupefacenti): recente aggravamento delle sanzioni.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PERUGINO

S61. La neuropsicologia della cognizione sociale

COORDINATORE

C. Blundo

Modelli cognitivi e neurobiologici della cognizione sociale

C. Blundo

Dipartimento di Neuroscienze, AO "S. Camillo Forlanini", LUMSA, Facoltà di Scienze della Formazione Roma

Per cognizione sociale si intende un dominio cognitivo, ampio ed articolato, che comprende abilità empatiche e sintoniche, la capacità di comprendere gli stati mentali altrui e di adottare comportamenti socialmente appropriati al contesto, nel rispetto delle norme etiche

e morali socialmente apprese. Scopo della relazione è di illustrare, alla luce dei recenti contributi delle neuroscienze, i più significativi modelli teorici all'interno dei quali sono stati compiuti gli studi sulla cognizione sociale e di descrivere le basi neurali dei comportamenti sociali e dei relativi deficit secondari a lesioni cerebrali. I substrati neurali della cognizione sociale includono un ampio network di strutture cerebrali costituito dalla corteccia prefrontale orbitoventromediale, dalla giunzione temporoparietale, dalla corteccia cingolata anteriore e da altre regioni. Sul piano morfofunzionale queste specifiche strutture evidenziano una alterazione della loro attività durante l'esecuzione di compiti cognitivi sociali

come ad esempio nel riconoscimento di espressioni facciali emozionali ed in compiti di attribuzione di stati mentali. Vengono inoltre descritte le diverse componenti della cognizione sociale (emozioni prosociali, processi imitativi, riconoscimento delle espressioni emozionali), le modalità di interazione interpersonale che la caratterizzano (empatia, attribuzione agli altri di stati mentali, scelte decisionali morali ed economiche), la natura della sociopatia acquisita in seguito a lesioni della corteccia orbitoventromediale.

Lo sviluppo ontogenetico della cognizione sociale

M. Ceccarelli

Dipartimento di Neuroscienze, AO "S. Camillo Forlanini", Roma

Scopo della relazione è di offrire un contributo sulla cognizione sociale descrivendo questo complesso dominio biopsicosociale nel contesto di un modello gerarchico sistemico relazionale della attività cerebrale considerata espressione della relazione tra il corpo e l'ambiente ed in cui l'attività mentale è costituita da un insieme di funzioni che sono, al medesimo tempo, espressione e strumenti di regolazione di questa relazione. Il modello prototipico di questo tipo di concettualizzazione neurobiologica della mente è rintracciabile nei lavori pionieristici di J. Jackson, nel modello del cervello tripartito di MacLean, e nei lavori di G. Edelman, A. Damasio, Panksepp, ed altri Autori. Recentemente la scoperta dei neuroni specchio ha fornito evidenze di notevole supporto scientifico alla concettualizzazione della attività mentale come frutto della relazione esistente tra cervello ed ambiente. Nella concettualizzazione Edelmaniana di tipo gerarchico-dinamico delle funzioni mentali, la relazione tra l'organismo e l'ambiente è inscritta nella struttura stessa del sistema nervoso, organizzata nelle connessioni tra le aree deputate all'elaborazione degli stimoli interni all'organismo (il "corpo") e le aree deputate all'elaborazione di quelli esterni (l'"ambiente"). Questa concettualizzazione di tipo gerarchico-dinamico delle strutture cerebrali, è a sua volta sostenuta da differenti disposizioni innate all'azione, cioè tendenze innate alla relazione con l'ambiente (motivazioni), che, ereditate filogeneticamente, sostengono, nell'ontogenesi, la progressiva costruzione delle diverse funzioni mentali. In un modello neurobiologico relazionale della mente sono presenti diverse motivazioni alla relazione con l'ambiente sottostanti alle diverse funzioni mentali. La cognizione sociale che comprende abilità empatiche e sintoniche e di comprensione degli stati mentali altrui, riflette una motivazione innata alla cooperazione ed alla affiliazione gruppale che per svilupparsi necessita della maturazione delle aree paralimbiche e neocorticali frontali (il cosiddetto cervello sociale) che si attivano nel corso dello sviluppo ontogenetico (raggiungendo il pieno sviluppo solo al termine della adolescenza) attraverso l'interazione con l'ambiente sociale.

La "cognizione sociale" nei disturbi psichiatrici: una revisione critica

A. Palma

Psichiatra, Roma

L'interesse scientifico degli ultimi anni ha visto una crescente attenzione allo studio della "cognizione sociale" nella ricerca delle componenti psicopatologiche della malattia psichiatrica, ma soprattutto nella definizione dei fattori di rischio e dei processi eziopatogenetici che sono ipotizzati alla base di sintomi e disturbi psichiatrici.

La ricerca sull'uomo sta dando ampio spazio alla valutazione dei meccanismi neurofisiologici e delle variabili neuropsicologiche che sottendono la comprensione di un'azione sulla base della rappresentazione motoria dell'azione stessa e del tipo di attivazione cerebrale che comporta questo fenomeno in pazienti psichiatrici con scarsa capacità nel decodificare le proprie e le altrui emozioni, con evidenti difficoltà nelle interazioni sociali e con scarse abilità nel mettere in atto comportamenti integrati e socialmente vantaggiosi. Aumenta in modo esponenziale l'oggettività clinica su come la gravità di una malattia psichiatrica correli significativamente con modificazioni della funzionalità di alcuni circuiti che connettono aree associative cortico-sottocorticali e modificazioni metaboliche di nuclei e regioni cerebrali (ad esempio: zone deputate all'elaborazione delle emozioni: l'amigdala e corteccia orbito frontale; aree della "rappresentazione condivisa": corteccia premotoria e corteccia parietale) implicate nel riconoscimento delle emozioni e nel controllo dell'azione, quindi con un deficit della "cognizione sociale".

La cognizione sociale costituisce un "dominio" mentale dai confini ancora confusi e le sue componenti neuropsicologiche si mantengono ancora fin troppo aspecifiche rispetto alla definizione di correlazioni dirette ed univoche con determinati disturbi psichiatrici. Lo scopo di questa relazione è fornire una panoramica critica ed aggiornata sui riscontri clinici delle alterazioni, qualitative-quantitative, della "cognizione sociale" in soggetti con comportamenti cosiddetti "sociopatici" e, sugli eventuali correlati anatomofunzionali in disturbi come l'autismo, la schizofrenia, la personalità antisociale e schizotipica e, per quanto possibile, nei disturbi dell'affettività di tipo depressivo, bipolare e nello spettro dei disturbi d'ansia.

La cognizione sociale e morale nella malattia di Alzheimer e nella demenza frontotemporale

M. Arfo, G. Zampaglione, C. Blundo

Dipartimento di Neuroscienze, AO "S. Camillo Forlanini" Roma, LUMSA Facoltà di Scienze della Formazione

Gli studi di cognizione sociale nei pazienti con demenza sono ancora relativamente scarsi. Alle prime ricerche,

concentrate prevalentemente su compiti di cognizione sociale inerenti la Teoria della Mente (ToM), si sono, più recentemente, aggiunte ricerche che valutano il comportamento di questi pazienti in altre abilità sociali quali l'empatia, la conoscenza delle regole sociali, l'adesione alle norme morali/convenzionali. Il riconoscimento delle emozioni facciali, la capacità di risolvere dilemmi morali e di effettuare scelte decisionali in campo economico (ultimatum game). Obiettivo della relazione è quello di esporre i risultati di due ricerche sperimentali da noi condotte su pazienti con demenza di Alzheimer (AD) e demenza frontotemporale (DFT), rispettivamente sottoposti nella prima a compiti di teoria della mente e nella seconda a compiti riguardanti i dilemmi morali e test di ultimatum game. Nella prima ricerca, condotta su 10 pazienti affetti da demenza frontotemporale e 9 affetti da demenza di Alzheimer, le funzioni esecu-

tive nei pazienti con DFT sono risultate relativamente conservate, mentre la performance ai compiti di ToM è risultata significativamente compromessa. Rispetto ai pazienti con DFT quelli con AD hanno evidenziato una minore compromissione nei compiti di ToM. Nella seconda ricerca condotta su 10 pazienti con DFT e 10 con AD, i primi hanno compiuto un numero di errori significativamente superiore nei test sui dilemmi morali e di ultimatum game rispetto ai secondi. I risultati delle due ricerche insieme evidenziano che i deficit di cognizione sociale dipendono da un danno della corteccia frontale ed in misura minore da quello delle aree posteriori e che cognizione sociale e funzioni esecutive sono processi indipendenti. I disturbi della condotta sociale riflettono pertanto un deficit specifico della ToM e di altri domini cognitivo-sociali indipendentemente dal livello delle funzioni esecutive.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA BORROMINI

S62. Integrazione delle tecniche di esplorazione funzionale e neuromodulazione in psichiatria

COORDINATORE
A. De Capua

Il ruolo dell'EEG

L. Leocani, S. Velikova, G. Comi

Neurologia, Neurofisiologia, Neuroriabilitazione, INSPE, IRCCS-Università H. "S. Raffaele", Milano

L'elettroencefalogramma (EEG) in psichiatria ha tuttora un ruolo dibattuto. Sebbene l'EEG standard a scopo diagnostico rimanga confinato a casi selezionati al fine della differenziazione rispetto ad altre patologie organiche, l'applicazione di metodi più sofisticati di analisi ha aiutato nella comprensione della fisiopatologia delle malattie psichiatriche. L'analisi dei diversi ritmi EEG a riposo, che consente di valutare l'integrità funzionale di circuiti cortico-sottocorticali, ha dimostrato un'alterata espressione dei ritmi EEG in diversi disturbi psichiatrici e, in alcuni studi, ha mostrato un certo valore predittivo circa la futura risposta alla terapia farmacologica, ma presenta il limite di una scarsa specificità circa il tipo di patologia. Una migliore specificità è fornita da analisi più sofisticate, quali l'analisi delle sorgenti dei ritmi EEG e l'analisi della coerenza, che consentono rispettivamente di localizzare con maggiore precisione le regioni corticali disfunzionali e di valutare il grado di connettività funzionale fra diverse aree, hanno permesso di identificare

differenti pattern topografici di alterazione. Lo studio delle modificazioni EEG durante particolari compiti cognitivi e motori, mediante i potenziali evento-correlati (ERPs) e la desincronizzazione evento-correlata (ERD), migliora ulteriormente la possibilità di individuare il coinvolgimento di specifiche funzioni a seconda del tipo di patologia. Sempre in quest'ottica va considerata la possibilità di indurre modificazioni EEG mediante stimolazione focale e non invasiva di specifiche aree cerebrali, grazie alla stimolazione magnetica transcranica. Infine, metodi di registrazione e analisi combinata di EEG e risonanza magnetica funzionale (fMRI) consentono di combinare l'ottima risoluzione spaziale della fMRI con l'eccellente risoluzione temporale dell'EEG. Sebbene tutte queste metodiche siano molto promettenti e molto abbiano dato alla comprensione della fisiopatologia di diverse patologie psichiatriche, molto rimane ancora da fare ai fini della standardizzazione e identificazione di parametri dotati di sensibilità e specificità sufficienti a renderli utili anche dal punto di vista della diagnosi e del monitoraggio del singolo paziente.

Il ruolo della stimolazione magnetica transcranica

A. De Capua, S. Rossi*, V. Falzarano, M. Ulivelli*, S. Bartalini*, P. Castrogiovanni

*Sezione Psichiatria, * Sezione Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena*

La neuropsicologia classica basava le proprie ricerche su pazienti affetti da lesioni cerebrali irreversibili i cui deficit cognitivi potevano dare utili informazioni sulla funzionalità del cervello in soggetti sani. La stimolazione magnetica transcranica (SMT) è una metodica non invasiva che consiste nel posizionare un coil elettromagnetico sullo scalpo. L'impulso genera un campo magnetico che passa, attenuato dalla cute e dallo scalpo, attraverso la corteccia cerebrale inducendo una corrente in grado di modulare l'attività neuronale dell'area corticale stimolata. Tale metodica risulta avere una buona risoluzione spaziale e, per il fatto di poter essere anche una tecnica interferenziale, un'ottima risoluzione temporale. Per tale motivo la SMT, essendo in grado di produrre una "lesione virtuale", sembra essere una nuova e promettente metodica di indagine in neuropsichiatria, permettendoci di capire il come il quando e il dove uno specifico task cognitivo abbia luogo. Inoltre la STM, attraverso la tecnica del singolo e del doppio stimolo, ci consente di poter ottenere utili informazioni riguardo all'assessment dell'eccitabilità cortico-spinale di entrambi gli emisferi cerebrali in pazienti affetti da disturbi psichiatrici con particolare riferimento ai livelli di specifici neuro mediatori corticali. In tale ottica la STM si pone come metodica complementare all'utilizzo di strumenti quali i test neuropsicologici, l'EEG e alle moderne tecniche di neuroimaging, essendo queste ultime, rispetto alla STM, dotate di maggior risoluzione spaziale ma di minor risoluzione temporale. Verranno presentati i dati relativi all'inquadramento neurofisiologico di disturbi quali la depressione, il PTSD, l'OCD e la schizofrenia. L'insieme dei dati raccolti attraverso l'utilizzo della STM potrebbe inoltre risultare utile, oltre che per l'assessment neuro-funzionale di tali disturbi, anche per determinare il miglior target anatomo-funzionale per eventuali strategie croniche di neuro-modulazione in pazienti affetti da disturbi farmaco-resistenti.

Il ruolo del neuroimaging

P. Taurisano

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Il numero delle pubblicazioni scientifiche sull'uso delle tecniche di visualizzazione cerebrale (neuroimaging) per lo studio dei correlati anatomo-funzionali dei disturbi psichiatrici è cresciuto esponenzialmente negli ultimi 30 anni. Le ragioni di tale incremento sono da ricercarsi nella innovativa possibilità di visualizzare la struttura e il funzionamento del cervello in vivo, che ha fornito

nuove possibilità di studio dei meccanismi pato-fisiologici alla base delle patologie psichiatriche determinando una vera e propria rivoluzione metodologica.

L'analisi funzionale è quella che ha avuto un maggior sviluppo in psichiatria consentendo analisi sia a livello di network funzionali che di sistemi neurotrasmettitoriali. Tra i metodi di brain imaging funzionale, la risonanza magnetica funzionale (fMRI) e in particolare la BOLD (Blood-Oxygen-Level-Dependent) fMRI è tra le più diffuse e utilizzate. La BOLD fMRI sfruttando le proprietà magnetiche della emoglobina ossigenata come mezzo di contrasto permette di ottenere non invasivamente immagini di funzionamento cerebrale in vivo con una risoluzione spaziale di gran lunga superiore rispetto a quella di altre tecniche. La fMRI permette di caratterizzare con buona precisione i circuiti cerebrali coinvolti nel processamento di informazioni sia emotive che cognitive e di poter valutare come variabili diagnostiche, cliniche, genetiche, ecc. possano influenzare il funzionamento di tali network.

Tra le tecniche di studio dei sistemi neurorecettoriali *in vivo*, la tomografia ad emissione di singolo fotone (SPECT) si è affermata da un po' di tempo, ormai. Questa metodica si basa sulla somministrazione di traccianti o ligandi marcati con radioisotopi (radiotraccianti/radioligandi) con affinità per strutture target (neurorecettori ed enzimi). I radioisotopi decadono ad uno stato più stabile emettendo raggi gamma consentendo la misurazione dell'affinità e della densità recettoriale di diversi sistemi neurotrasmettitoriali che svolgono un ruolo importante nella patogenesi delle malattie psichiatriche, ad esempio il sistema dopaminergico (recettori D1, D2 e trasportatore della dopamina).

Con la decodificazione del genoma umano abbiamo ora la possibilità di sfruttare il neuroimaging come fenotipo da correlare al corredo genetico.

L'utilizzo dell'imaging cerebrale come fenotipo intermedio più sensibile alle variazioni genetiche nel percorso che dai geni porta al sintomo attraverso alterazioni neuronali e poi regionali e di network cerebrali ha portato allo sviluppo di una strategia di associazione genetica chiamata Imaging Genetics. Le potenzialità di questo approccio insite nell'alto potere statistico dell'imaging cerebrale e l'aumentata possibilità di identificazione di varianti genetiche conseguente alla decodificazione del genoma umano sono aspetti promettenti che aiuteranno nella identificazione della componente genetica alla base del funzionamento fisiologico dell'individuo e di come questa contribuisca alla patogenesi delle malattie mentali.

Metodiche di neuromodulazione

S. Rossi

Sezione Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze, Siena

Le metodiche di neuromodulazione consentono di variare lo stato funzionale di determinati circuiti cerebrali,

provocando delle modificazioni comportamentali che si traducono in benefici di tipo clinico.

Tali metodiche possono essere:

1. non invasive, come la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) o la stimolazione transcranica in corrente continua (tDCS);
2. minimamente invasive, come la stimolazione del nervo vago (VNS);
3. invasive, applicabili tramite procedure neurochirurgiche stereotassiche, come la stimolazione cerebrale profonda (DBS) per il trattamento della malattia di Parkinson in fase avanzata, o la stimolazione epidurale della corteccia sensori-motoria (MCS) per il trattamento del dolore cronico.

Recentemente tali metodiche hanno trovato applicazione anche in psichiatria: la rTMS (o la tDCS) per il trattamento della depressione farmaco-resistente, del disturbo ossessivo-compulsivo, delle allucinazioni uditive in pazienti schizofrenici; la DBS per alcune forme di depres-

sione farmaco-resistente e per la sindrome di Tourette.

Il concetto alla base della neuromodulazione è il tentativo di ripristino funzionale di circuiti cerebrali che, attraverso metodiche di neuroimaging o elettrofisiologiche, risultano malfunzionanti. A livello neurale, i meccanismi di azione delle metodiche di neuromodulazione non sono ancora del tutto chiariti: la rTMS, in rapporto alla frequenza di stimolazione utilizzata, può indurre modificazioni dell'efficacia sinaptica a lungo termine e/o il rilascio di mediatori specifici (principalmente dopaminergici). La DBS provoca invece un blocco funzionale, reversibile, dell'iperfunzione patologica della struttura anatomica (e del circuito) stimolato cronicamente.

Nella presentazione verranno trattati i seguenti aspetti: il razionale di applicazione delle diverse metodiche in psichiatria, la scelta del "target" anatomico da stimolare in cronico, i possibili rischi connessi alle metodiche e le prospettive di tipo clinico.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA TINTORETTO

S63. Psichiatria e religione: un rapporto non trascurabile

COORDINATORE

V. Rapisarda

I clinici usano consapevolmente o inconsapevolmente tematiche religiose nel trattamento dei pazienti?

C. Maffei

Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Il trattamento dei pazienti con disturbi psichici è oggi fondato su premesse il più possibile scientifiche, intendendo con questo termine la possibilità di organizzare il trattamento stesso alla luce di teorie verificabili, capaci inoltre di descriverlo nelle sue caratteristiche, nei suoi risultati e nella sua generalizzabilità. Partendo dal presupposto che la sofferenza psichica, che spesso ha andamento cronico, induce il soggetto a porsi domande, implicite o esplicite, sul "senso" (di sé, della vita, e simili) ed a coinvolgere in qualche misura il clinico nella formulazione delle risposte, è possibile che quest'ultimo varchi il confine della "scientificità" per entrare nell'ambito di concezioni filosofiche e religiose. Come dimostrato da uno studio pubblicato da Curlin et al. sull'*American Journal of Psychiatry* nel 2007, gli psichiatri sono tra i medici i più sensibili a tali tematiche, non apparendo inoltre alieni alla possibilità di trattare direttamente questioni religiose con i pazienti. Questo dato tuttavia induce a porsi una domanda sul modo e

sullo scopo di ciò: una possibile risposta evoca l'eventualità di alcuni rischi professionali, riguardanti soprattutto la confusione di ruolo dello psichiatra stesso, che si improvvisa consigliere spirituale e l'inserimento nella relazione con il paziente delle proprie convinzioni in maniera suggestiva. L'argomento appare quindi estremamente delicato, sia da un punto di vista clinico che etico.

Quale psichiatria per quale religione?

G.G. Rovera

Università di Torino

Tra religione e psichiatria, vi sono stati e vi sono, implicitamente, esplicitamente e storicamente presumibili ed importanti rapporti.

È pertanto utile una preliminare configurazione concettuale sulle più comuni accezioni che riguardano la religione: a) come complesso di credenze e di riti, storicamente e teologicamente determinati; b) quale sentimento profondo di deferenza e di devozione per qualcosa o qualcuno e conseguenti riferimenti di rispettosa temperanza.

Articolandosi a questi presupposti di base la psichiatria

(grazie ad un modello interattivo e pragmatico bio-psico-socioculturale) si pone almeno a tre livelli: a) quello dell'emergere della psichiatria "pre-moderna" attraverso lo studio della follia e della demonologia ("Il tramonto del diavolo"); b) quello delle sette parareligiose che contaminano attualmente i rapporti tra psichiatria e religione ("Neo-primavera del diavolo"); c) quello delle tematiche riguardanti l'uso sacramentale dell'esorcismo, la posizione di discernimento e l'articolazione eventuale con la teoria e la prassi psichiatriche. Il contributo clinico personale riguarda una ricerca, durata per alcuni anni, effettuata in un contesto che da un lato ha offerto un accoglimento religioso spirituale per casi difficili e dall'altro un servizio specialistico per le rilevanze psicopatologico-cliniche.

Le diverse prospettive tra religione e psichiatria debbono altresì venire colte attraverso gli studi della psichiatria transculturale che può utilizzare: a) sia gli elementi di comparazione; b) sia le prospettive di testimonianze di psichiatri appartenenti a religioni diverse (vedi il Convegno Internazionale di Psichiatria Transculturale a Narni, fra esponenti islamici, cattolici e laici).

Nelle considerazioni conclusive si discutono gli elementi di tale complesso tema sottolineando la necessità di dialogo e di rispetto reciproco verso i molteplici sistemi di valori e di credenze religiose. Tali studi devono inoltre essere compatibili sia con il pensiero scientifico, sia con le attuali posizioni della metodologia interculturale, sia con i diritti universali dell'individuo umano.

Sciamani, guaritori, taumaturghi, psicoterapeuti

L.S. Filippi

Sapienza Università di Roma

Lo sciamano, nelle culture primitive che attribuiscono agli spiriti buoni o cattivi gli eventi della vita, è la persona capace di mediare tra il mondo degli spiriti e il mondo degli umani. L'iniziazione comporta isolamento dalla comunità, digiuni e intenso lavoro interiore per controllare la sua labilità psichica e acquisire la capacità di entrare e uscire da uno stato alterato di coscienza (trance). Con il suono monotono del suo tamburo e altri rituali indurrà la trance anche nel malato; assumendo su di sé e mimando i disturbi del paziente, in presenza della comunità – la malattia di una persona è un fatto comunitario – egli ne supera le resistenze e le altre difese, provocando una salutare abreazione individuale e collettiva.

Guaritore è un individuo che intende curare i malati con pratiche non mediche. Appartengono a questa categoria molti maghi e ciarlatani, fino a pericolosi imbroglioni, come i "guaritori" filippini che affermavano di asportare tumori senza incisioni e mostravano pezzi di organi, ma si trattava di frattaglie di pollo fatte comparire con l'abilità del prestigiatore.

Le "guarigioni" dei guaritori sono quelle ottenibili per suggestione: qualunque pratica "terapeutica", per es.

l'imposizione delle mani (pranoterapia), nell'ambito di una relazione interpersonale soddisfacente, produce un certo beneficio. Il pericolo è che qualche paziente grave eviti di rivolgersi al medico, aggravandosi o morendo.

Taumaturgo (dal greco *thāuma* = prodigio, miracolo e *èrgon* = azione) è colui che opera miracoli in nome di Dio. I Vangeli descrivono diverse guarigioni miracolose operate da Cristo. Alcuni Santi cristiani sono stati dotati di potere taumaturgico, per es. Cosma e Damiano (III sec. d.C.), Antonio da Padova ("il santo dei miracoli", XIII sec.), fino a Pio da Pietrelcina dei nostri giorni. Caratteristica comune è la consapevolezza che il potere taumaturgico proviene da Dio, non dall'uomo.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, partendo dall'inscindibile unità psicosomatica dell'essere umano, cura mediante la psiche del paziente e propria (emozioni, ragionamenti, insight ecc.), secondo una teoria scientifica delle attività psichiche, una tecnica e una teoria della tecnica. Elemento comune è la relazione interpersonale, la cui qualità è il fondamento per una risistemazione del mondo interiore del soggetto, l'attuazione della sua sofferenza e un suo migliore adattamento della/alla realtà.

Bibliografia

- De Martino E. (1948) *Il mondo magico*. Torino: Boringhieri 1981.
- Eliade M. (1951) *Lo sciamanismo. Tecnica dell'estasi*. Trad. it., Ed. Roma: Mediterranee 1983.
- Filippi L.S. *Introduzione alla psicologia clinica*. Roma: Borla 1991.
- Lévi-Strauss C. (1958) *Antropologia strutturale*. Trad. it., Milano: Il Saggiatore 1966.

Psichiatria e religione: un rapporto non trascurabile

V. Rapisarda

Psichiatria, Università di Catania

Il campionario della patologia psichiatrica con riferimento alla scrupolosità, alla religiosità in autentica, o per converso alla assenza di moralità che induce a comportamenti delittuosi, a perversioni sessuali, ad abuso di alcol e all'uso di droghe è assai vasto.

Se pur di dimensioni minori, le sette sataniche e le possessioni demoniache, devono essere pure oggetto di studio da parte degli psichiatri e i contributi di Mastronardi, di Fizzotti, di Balducci, di Boschetti e di Kilpatrick, possono essere utili al riguardo.

Ma ai fini della salute mentale e della prevenzione delle turbe psichiche, occorre riflettere sulla educazione religiosa e su una religiosità autentica che certamente allontana i giovani da comportamenti devianti e dall'uso di droghe.

A tal fine da qualche anno abbiamo condotto diverse indagini in centri delle province di Catania, Enna, Messina, Siracusa e Ragusa al fine di indagare come le

credenze religiose, l'educazione religiosa e i comportamenti moralmente coerenti possono ridurre il disagio giovanile e allontanarli dalle attrazioni delle droghe, dal gambling e garantire quell'impegno nello studio necessaria premessa per un futuro produttivo, malgrado la grave crisi occupazionale del meridione che spinge molti a cercare lavoro al nord Italia o all'Estero.

Diversità sono state così incontrate a Bronte, Viagrande, Cesarò, Giardini-Naxos, Nicosia, Palazzolo-Acreide, Pachino e Comiso, da attribuire, ovviamente, non solo alla maggiore o minore religiosità, ma anche alle radici storiche e culturali per le diverse influenze delle domi-

nazioni: dalle più antiche (greche, romane, arabe) alle più recenti (francesi e spagnole).

Considerazioni finali saranno esposte sulla prevenzione che richiede una particolare ed intensa collaborazione con gli insegnanti e con i religiosi, utilizzando i suggerimenti di Jung, Frankl, Fromm ed in campo più direttamente pedagogico: don Bosco, Montessori, Gemelli, Robert Powell con lo scoutismo. Tutto ciò richiama la necessità di considerare che la psichiatria, pur essendo una specialità medica, non può assolutamente trascurare la componente antropologica nel senso più ampio di cui la religiosità è parte essenziale.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 11.10-13.10

SALA PINTURICCHIO

S64. Condotte suicidarie: identificazione e gestione del rischio

COORDINATORI

L. Pavan, G.F. Placidi

Insorgenza di ideazione suicidaria nel trattamento della depressione in fase acuta con psicoterapia interpersonale breve e farmacoterapia

P. Rucci

Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA; Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia, Biotecnologie, Università di Pisa

L'insorgenza di ideazione suicidaria (IS) nel trattamento della depressione è stata indagata negli ultimi anni soprattutto negli adolescenti, in risposta alla segnalazione da parte della Food and Drug Administration della potenziale pericolosità degli antidepressivi in questa fascia d'età. Negli adulti, le poche evidenze che derivano da studi clinici controllati sono limitate al confronto farmaco-placebo e non riguardano le psicoterapie.

Lo studio clinico randomizzato "Depressione: ricerca dei fenotipi rilevanti per il trattamento", condotto a Pisa e Pittsburgh su pazienti ambulatoriali adulti con depressione maggiore, costituisce una preziosa fonte d'informazione sull'IS in corso di trattamento.

Lo studio prevedeva randomizzazione a farmaco (SSRI) o psicoterapia interpersonale (IPT), passaggio a terapia combinata (IPT + SSRI) a 6 settimane in caso di non risposta e valutazioni settimanali dell'andamento della sintomatologia depressiva (inclusa la suicidalità) per tutta la fase acuta, della durata di 12 settimane o più.

L'IS è stata definita come un punteggio di 2 o 3 all'item della suicidalità della scala di Hamilton in qualunque visita dopo l'inizio del trattamento nei 298 soggetti che al baseline avevano un punteggio di 0 o 1.

Nel corso dello studio non c'è stato nessun tentativo di suicidio. 40 pazienti (13,4%) hanno manifestato IS, transitoria nel 65% dei casi e clinicamente rilevante in 5 pazienti per i quali si è reso necessario il ricovero. Il rischio relativo di IS nei pazienti trattati esclusivamente con IPT rispetto a quelli trattati con il farmaco o la combinazione è stato di 2,38, IC 95% 1,34-4,24, $p = 0,002$. Questo rapporto si è mantenuto inalterato anche correggendo per l'effetto della suicidalità pregressa (2,67, IC 95% 1,34-5,32, $p = 0,005$).

I risultati indicano che nell'ambito di uno studio controllato su pazienti con depressione lieve-moderata e monitoraggio frequente della sintomatologia il rischio suicidario è contenuto e l'ideazione è più pronunciata nel trattamento psicoterapico.

Restriction of access to means for suicide: an important suicide prevention strategy

K. Hawton

Centre for Suicide Research, Oxford University, UK

In recent years many countries around the world have developed national suicide prevention programmes or are in the process of doing so. Such initiatives should include a range of specific strategies. One of the most important is restricting access to dangerous methods of suicidal behaviour. In this presentation the rationale for this will be explored, including the often impulsive nature of suicidal behaviour and the role that access to specific means may have in facilitating acts of self-harm. The transient nature of suicidal impulses is another fac-

tor that makes restricting access to means for suicide all the more important.

Probably the most dramatic example of how effective changing availability of a popular means of suicide can be was the result of the changeover in the domestic gas supply in the UK during the late 1960s and early 1970s when toxic coal gas was gradually replaced by non-toxic North Sea gas. Whereas previously domestic gas poisoning had been the most common method of suicide in the UK, the suicide rate following the change in the gas supply fell dramatically, reflecting a major decline in deaths by gas poisoning with little substitution by other dangerous methods.

Specific recent examples of such an approach will be presented. Restricting access to analgesics that are dangerous in overdose has proved to be relatively effective. For example, in the UK in 1998 pack sizes of analgesics (paracetamol and aspirin) sold over the counter (i.e. without prescription) were restricted. This resulted in a reduction in sizes of overdoses, presentations to specialist liver units due to paracetamol-induced liver damage, and deaths. More recently the UK Committee on Safety of Medicines decided to withdraw co-proxamol, an analgesic combination of dextropropoxyphene and paracetamol, because it was the single most frequent drug used for suicide and there was poor evidence of its efficacy as an analgesic. Data will be presented showing the large beneficial effect this has had in terms of reduced deaths by this means, with little evidence of substitution of method. Further examples that will be discussed include the impact of restrictions of barriers on bridges that are popular suicide by jumping sites and recent pilot work to attempt to reduce the huge global burden of suicide by ingestion of toxic pesticides in rural areas of developing countries through provision of storage devices.

Finally, the position of this type of initiative will be discussed in the context of other important approaches to suicide prevention.

Fattori di rischio di condotte suicidarie nei pazienti con disturbi dell'umore

G.F. Placidi, F. Turchi

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università Firenze

Introduzione: le condotte suicidarie (CS) sono la più grave complicanza dei disturbi dell'umore (DUM), tuttavia la presenza di un DUM rappresenta una caratteristica necessaria ma non sufficiente per la messa in atto di condotte autolesive. L'analisi delle dimensioni psicopatologiche sembra fornire elementi predittivi più utili e quindi di maggior importanza per la prevenzione degli agiti suicidari.

Scopo dello studio: valutare i fattori di rischio di suicidio e identificare un modello predittivo delle CS.

Metodi: abbiamo valutato le caratteristiche cliniche e

psicopatologiche di 94 soggetti depressi (in regime ordinario o di day-hospital) con e senza storia di suicidio. I soggetti sono stati valutati utilizzando la SCID I, SCID II, la SSI, SIS e la scala per la storia dei tentativi di suicidio, HDRS, BDI, BHI, SANS, SAPS, BIS, BGAS.

Risultati: non è stata evidenziata nessuna correlazione significativa tra variabili socio-demografiche, e storia di TS nei soggetti. Il disturbo bipolare era significativamente associato ad una storia di pregressi TS rispetto alla depressione non bipolare. La comorbilità con la bulimia nervosa, il PTSD e il disturbo borderline di personalità è significativamente associato a storia di condotte suicidarie. La presenza e la gravità dell'ideazione suicidaria e dell'intento suicidario, devono essere considerati come forti predittori di condotte suicidarie. L'impulsività e l'aggressività sembrano dimensioni psicopatologiche che giocano un ruolo diverso a seconda delle diverse tipologie diagnostiche, così come la presenza di sintomi psicotici, infatti non è stata riscontrata nessuna differenza valutando i punteggi della BIS, BGAS, BPRS, SANS e SAPS.

Conclusioni: questo studio sottolinea l'importanza di una valutazione clinica, e soprattutto psicopatologica accurata allo scopo di identificare i soggetti a rischio di suicidio, e prevenire eventuali condotte autolesive.

Manifestazioni suicidarie negli ospiti delle strutture residenziali per anziani

P. Scocco

Università di Padova

Nella popolazione anziana il rischio di suicidio permane elevato in gran parte dei Paesi del mondo. Tra i fattori di rischio di suicidio per gli anziani sono riconosciute delle variabili sociali come l'isolamento, i lutti, perdite e rapidi cambiamenti in genere. La difficoltà ad affrontare le transizioni aumenta se la persona soffre di decadimento cognitivo e/o una malattia somatica. Il fattore di rischio più importante è la patologia psichiatrica, in particolare quella depressiva. Il ruolo della patologia dementigena appare invece ancora controverso. Se un grave decadimento cognitivo è un fattore "protettivo" in quanto probabilmente ostacola l'evoluzione dall'ideazione, alla progettualità suicidaria e alla successiva messa in atto di tali propositi, una perdita di performance cognitive lieve sembra costituire un rischio sia per ideazione che per i comportamenti suicidari.

I cambiamenti dell'organizzazione sociale e familiare a cui sono andati incontro i Paesi industrializzati hanno portato ad una progressiva erosione del supporto sociale "spontaneo" che garantiva a molti anziani una continuità di vita presso la propria abitazione. Questo ha portato negli anni ad un aumento del ricorso all'istituzionalizzazione. Nei suddetti Paesi, la percentuale di anziani che vive in casa di riposo oscilla va dal 2 al 15%.

Nonostante l'elevato rischio di suicidio negli anziani, i dati in letteratura sulla frequenza di tali manifestazioni

tra i residenti delle case di riposo (CdR) sono molto scarsi. Alcuni Autori hanno sostenuto che tra questi utenti i suicidi e i tentativi di suicidio siano più rari, rispetto ai loro coetanei che vivono a domicilio. È stato ipotizzato che la difficile accessibilità a metodi suicidari violenti (es. armi da fuoco), l'elevata numerosità di anziani con un grave decadimento cognitivo e la presenza nelle CdR di un'assistenza medica e della sorveglianza del personale rappresentino dei fattori protettivi in grado di limitare il numero di suicidi all'interno di queste strutture. Tuttavia, in un recente studio effettuato in Veneto è emerso che i tassi di suicidio e tentativo di suicidio (rispettivamente di 18,6 e di 29,6/100.000) e la frequenza di ideazione di morte e suicidaria (20,9%) dei residenti delle CdR erano paragonabili a quelli dei loro coetanei della popolazione generale. Questi dati sottolineano che la programmazione dell'assistenza all'interno delle strutture residenziali per anziani dovrebbe considerare anche la prevenzione suicidaria.

Oltre i fattori di rischio per la prevenzione del suicidio nella schizofrenia

R. Tatarelli, M. Pompili

Cattedra di Psichiatria, Il Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma

Il suicidio è una delle principali cause di morte tra i pazienti affetti da schizofrenia. Numerosi studi hanno evidenziato un gran numero di fattori di rischio per il suicidio. Tuttavia, l'affidarsi a questi elementi spesso non produce un concreto intervento bensì porta ad identificare troppi falsi positivi. I fattori di rischio poi sono poco agevoli ad essere ricordati dai clinici che si confrontano con le situazioni delle cure quotidiane. Un contributo importante per la prevenzione del rischio di suicidio nella schizofrenia può derivare dal considerare strategie alternative ai fattori di rischio. Tra queste un ruolo importante riguarda l'attitudine dei curanti nei confronti dei pazienti schizofrenici a rischio di suicidio. Infatti, lo staff medico può notevolmente influenzare il rischio di suicidio a seconda se i rapporti tra i membri sono privi di conflitti e se ciascuno di essi ha ricevuto un training specifico per confrontarsi con il rischio di suicidio e per riconoscere conflitti nei confronti del tema del suicidio. I pazienti schizofrenici possono essere ambivalenti nei confronti del suicidio e a volte particolarmente esigenti. Si è visto che questo può creare sentimenti di rifiuto tra i curanti tanto da emarginare questi soggetti. Ne deriva che essi si sentono demoralizzati e sfiduciati meditando il suicidio come risultato. Un altro fattore di grande rilievo è la programmazione delle dimissioni e l'affrontare il ritorno nell'ambiente extra-ospedaliero. Molti suicidi si verificano subito dopo l'uscita dal reparto e il

rischio permane in tutto il mese successivo alle dimissioni. Interventi diretti ad implementare le risorse nella comunità dovrebbero essere considerati per accogliere adeguatamente questi soggetti. L'aderenza alla terapia farmacologica rappresenta un momento di grande significato per la prevenzione del suicidio. Purtroppo la ridotta aderenza preclude un'adeguata protezione farmacologica. Si ha motivo di ritenere che sia l'aderenza che l'outcome della terapia e dunque anche la prevenzione del suicidio possano essere migliorati con interventi di psicoeducazione e psicosociali.

Depressione, burnout e ideazione suicidaria in un campione di medici italiani e svedesi

M. Marini, L. Pavan

Università di Padova

Introduzione: depressione e burnout sono considerati problemi comuni tra il personale sanitario e sembrano correlati all'ideazione suicidaria e a sintomi di stress. La depressione è tanto comune nei medici quanto nella popolazione generale (Center, 2003), mentre il rischio suicidario sembra maggiore tra i medici, soprattutto rispetto al genere femminile (Lindeman, 1996; Frank, 2000). Diversi studi hanno rilevato oltre ai disturbi dell'umore, diversi fattori predisponenti quali: problemi personali e finanziari, insoddisfazione rispetto alla carriera lavorativa, adeguata disponibilità di mezzi e risorse e tratti di personalità (Tyssen, 2004). I costrutti di burnout e depressione si complementano a vicenda sovrapponendosi parzialmente.

Obiettivi: lo scopo dello studio è quello di indagare il rischio depressivo, di burnout e di ideazione suicidaria tra i medici Italiani e Svedesi e il loro rapporto con altri fattori stressanti.

Materiali e metodi: sono stati valutati il rischio depressivo (GHQ - 12, General Health Questionnaire), di burnout (Mini OLB, Oldenburg Burnout Inventory) e il rischio di ideazione suicidaria in un campione di medici del Karolinska University Hospital, Stockholm e dell'Università - Azienda di Padova (n = 1174).

Risultati: i risultati evidenziano un alto livello di distress psicologico tra i medici con elevati livelli di rischio depressivo e di burnout, emergono pure aspetti differenziali di cultura e genere tra i due Paesi.

Conclusioni: in accordo con altri studi, sembra che la depressione sia correlata all'ideazione suicidaria e ad elevati livelli di distress psicologico tra i medici, suggerendo una marcata sovrapposizione tra depressione e burnout come una specifica sindrome collegata al lavoro. Lo studio propone una rivalutazione rispetto al rischio clinico di elevati livelli di burnout depressione e ideazione suicidaria tra i medici.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA LEONARDO

S65. Aggressività e violenza

COORDINATORI

I.A. Rubino, A. Troisi

L'esplorazione metabolica del cervello in vivo nello studio dell'aggressività normale e patologica

C. Gentili, M. Guazzelli

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

La ricerca sul comportamento violento coinvolge differenti branche del sapere. Il pensiero filosofico, psicologico ed etiologico si sono ad esempio interrogati sulla natura dell'aggressività, in che misura sia una "pulsione" naturale e sulle dinamiche che conducono ai conflitti violenti tra le persone. L'interesse dello psichiatra d'altro canto è soprattutto volto alla comprensione e al trattamento del comportamento aggressivo che in alcune condizioni psicopatologiche conduce agli estremi della violenza auto e eterosoppressiva. La ricerca nell'ambito delle neuroscienze ha aperto nuove prospettive per la comprensione del comportamento aggressivo, fornendo la base per affermare una sostanziale continuità tra la "normale" reazione aggressiva e il comportamento violento presente talvolta in alcuni disturbi mentali. Uno studio del nostro gruppo ha, per esempio, evidenziato che nel comportamento violento, ancorché immaginato, l'attività delle aree orbitofrontali è fortemente inibita rispetto alla condizione non aggressiva di controllo. Questo risultato, ottenuto nei soggetti sani, è perfettamente compatibile con i dati provenienti dalla neuropsicologia che suggeriscono come una lesione delle stesse regioni induca ad un comportamento violento e, più in generale, disinibito. Anche studi PET, condotti su assassini e su pazienti psichiatrici violenti ed impulsivi, evidenziando una riduzione del metabolismo cerebrale a riposo di queste stesse regioni, forniscono un ulteriore tassello della correlazione tra comportamento e attività di network cerebrali. Inoltre nella modulazione dell'attività di questa regione sembra giocare un ruolo molto importante il sistema serotonergico. Diversi studi arrivano al risultato concorde che una minore disponibilità recettoriale serotoninergica (in particolare il recettore 5HT1A) nella corteccia prefrontale-orbitomediale si associa ad una maggiore tendenza all'aggressività e ai tentativi di suicidio.

L'insieme di questi dati inizia a rendere concreta la possibilità di delineare un modello biologico per la psicopatologia che auspicabilmente potrà non solo contribuire alla conoscenza del funzionamento psicologico, ma anche avere effetti positivi sulle possibilità di intervento terapeutico sul paziente.

Il paziente psichiatrico non autore ma vittima di violenza

D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Si parla molto sui media della presunta pericolosità dei pazienti con gravi malattie mentali. Al contrario sarebbe importante iniziare ad affrontare il tema del paziente psichiatrico non autore ma vittima di violenza, come chiaramente sottolineano recenti papers (Choe et al., *Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns, Psychiatric Services*, 2008).

Ogni 1.000 pazienti con gravi patologie psichiatriche vengono riportati 168 episodi di vittimizzazione violenta all'anno, oltre quattro volte il tasso della popolazione generale. Ancora Brekke et al. (2001) hanno evidenziato che fra le persone con schizofrenia solo il 6% hanno avuto contatti con la polizia per "aggressioni verso gli altri" e il 34% hanno riportato di essere stati oggetto di violenza. Brunette and Drake (1997) avevano ottenuto simili risultati: solo il 6,4% dei loro pazienti erano stati aggressivi verso altre persone nell'ultimo anno, mentre il 19,8% erano stati vittime di violenze.

Nella relazione che presenterò in questo Congresso, vorrei lanciare le basi per uno studio multicentrico italiano sul paziente con gravi malattie mentali non autore ma vittima di violenza. Verranno presentati i metodi della ricerca e le unità italiane già attive.

Trauma e aggressività

C. Niolu

Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Tor Vergata" di Roma

Intendendo per aggressività un aspetto naturale all'essere umano, evolutivamente fondamentale per la sua sopravvivenza, e per violenza una delle sue possibili manifestazioni comportamentali, devianti, nel nostro lavoro abbiamo focalizzato l'attenzione sulle possibili correlazioni tra aggressività, trauma e violenza. In particolare modo abbiamo analizzato, nei dati della letteratura e in quelli della nostra esperienza clinica, le diverse pathways evolutive che, a partire da eventi traumatici, possono condurre a disturbi psicopatologici di vario tipo, nei quali la violenza costituisca una delle caratteristiche cliniche di maggior rilievo. Sono state prese in

considerazione le modalità di sviluppo psicopatologico a partire da abusi (fisici e sessuali), traumi (familiari, ambientali, bellici) in età evolutiva e depressione con ideazione suicidaria, comportamenti autolesionistici, discontrollo degli impulsi, disturbo post-traumatico da stress, comportamenti devianti e delinquenti nell'età adulta.

Il processamento subliminale dell'aggressività nella schizofrenia

I.A. Rubino, G. Rociola, A. Siracusanò

Clinica Psichiatrica, Università "Tor Vergata" di Roma

Nel classico paradigma dell'ffective priming, secondo Murphy e Zajonc, è presentato uno stimolo visivo (4 msec) consistente in un viso (con espressione contenta, irata o neutra), seguito da uno stimolo neutro (un ideogramma cinese).

L'ideogramma svolge insieme le funzioni di backward mask e di target, impedendo l'identificazione del viso (che svolge la funzione di prime). Il paradigma consente l'esplorazione delle fasi precoci di processamento dello stimolo affettivo e ha consentito di dimostrare che l'informazione affettiva è processata a livello automatico, senza contributi dell'attenzione cosciente.

I dati concernenti la schizofrenia sono ancora frammentari, ma prevalentemente indicano una maggiore attivazione nella schizofrenia dell'informazione affettiva negativa (volto rabbioso), rispetto alla popolazione generale.

Sono qui presentati i risultati preliminari di una nostra ricerca, che ha confrontato schizofrenici e controlli con un paradigma derivato da quello originale di Murphy e Zajonc, ma con rilevanti perfezionamenti metodologici e con particolare attenzione all'impatto delle differenze di intervallo fra prime e target (SOA) sull'efficacia del priming subliminale stesso.

Traumi precoci e comportamento violento in età adulta: il ruolo dell'attaccamento insicuro

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università "Tor Vergata" di Roma

Le cause del comportamento aggressivo sono argomento di dibattito da quando, nella storia del pensiero scientifico, si sono delineate le posizioni innatiste e quelle ambientaliste. La ricerca attuale ha superato questa rigida contrapposizione e sottolinea l'importanza di modelli eziologici multifattoriali che comprendano l'interazione geni-ambiente. A tale riguardo, crescente attenzione viene rivolta all'ambiente di sviluppo e al sistema psicobiologico dell'attaccamento.

In questa relazione vengono presentati i risultati di uno studio condotto su un campione composto da soggetti normali di controllo e pazienti psichiatrici con disturbi non psicotici con differente propensione a mettere in atto comportamenti violenti.

L'eventuale presenza di traumi in età precoce è stata valutata mediante un'intervista strutturata denominata Early Traumatic Life Events (Bandelow et al., 2003) e lo stile di attaccamento è stato valutato mediante l'Attachment Style Questionnaire (ASQ).

La frequenza di comportamenti violenti in età adulta è stata misurata mediante la scala Physical Aggression dell'Aggression Questionnaire (AQ). Scopo dello studio era la verifica dell'ipotesi che la maggiore propensione ad attuare comportamenti violenti in età adulta è caratteristica delle persone che hanno esperito traumi precoci nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza tali da determinare uno stile di attaccamento insicuro.

I dati dello studio hanno confermato l'ipotesi di lavoro indicando che sia uno stile di attaccamento ansioso che uno stile di attaccamento evitante sono significativamente correlati con una maggiore propensione ad attuare comportamenti violenti in età adulta. Queste correlazioni erano presenti sia nei soggetti normali di controllo che nei pazienti psichiatrici con disturbi non psicotici.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA RAFFAELLO

S66. L'evoluzione della psicoterapia: L'impegno personale del terapeuta tra autenticità e strategia

COORDINATORE

C. Lorio

Al di là del circuito transfert-controtransfert nella relazione terapeutica psicoanalitica

I. Carta

Università "Bicocca" di Milano

La personalità del terapeuta quale fattore terapeutico aspecifico nel processo psicoterapeutico psicoanaliticamente orientato è un argomento ampiamente trattato nella letteratura specialistica. Anche la riduzione del processo psicoterapeutico alle vicende e allo sviluppo della relazione transferale e controtransferale è stato ed è oggetto, anche solamente implicito, di ampia trattazione nella letteratura psicanalitica. Ma al di là di quel che accade all'interno del circuito transfert-controtransfert la persona del terapeuta e quella del paziente costituiscono due riferimenti la cui consistenza non è riducibile alle vicende che connotano lo sviluppo del transfert e del controtransfert. L'impegno personale del terapeuta è rivelatore ed è anche una messa alla prova non solamente della preparazione professionale e della capacità di leggere dentro di sé quel che accade nella relazione ma anche di qualità e di doti personali che nel loro insieme costituiscono la cifra. In particolare l'impegno non è riducibile nei termini che definiscono l'adesione a regole deontologiche ma è espressione di movimenti interni la cui matrice, sempre molto complessa è riferibile alla individualità storicamente costruita del terapeuta. Contribuiscono a questa costruzione molteplici fattori la cui attivazione non si annulla per effetto dell'adesione ad una presunta neutralità per quanto temperata dal riconoscimento dei movimenti controtransferali. Questi fattori si pongono, per l'appunto, in un "al di là" del circuito transfert-controtransfert e sono fondativi della autenticità del terapeuta nella relazione con il suo paziente. L'impegno nel senso normativo del termine è qualcosa di prescritto deontologicamente e per il fatto di iscriversi dentro una normatività generica non chiama in causa l'autenticità individuale del terapeuta. L'impegno dunque si declina in una gamma molto variata di atti la cui valenza terapeutica non è riducibile entro gli schemi della tecnica e del paradigma teorico di riferimento a cui il terapeuta aderisce e a cui si mantiene fedele anche se il suo agire terapeutico non è contenuto totalmente in esso pur essendone teoricamente giustificato.

I fattori terapeutici in psicoterapia, tra teorie, modelli tecnica e arte: l'importanza della personalità del terapeuta

D. La Barbera, C. La Cascia, L. Sideli

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Lo sviluppo di una metodologia scientifica per lo studio della psicoterapia ormai da parecchi anni si è utilmente ampliato soprattutto nell'ambito delle ricerche della valutazione degli esiti e nella direzione di individuare e comprendere i fattori terapeutici. Lo studio di tali fattori si è più volte orientato alla messa a fuoco degli aspetti relativi alla personalità del terapeuta, individuando in essi degli elementi trasversali ai differenti modelli, ma anche delle possibili specificità legate a una particolare risonanza tra le peculiari teorie di riferimento e le relative prassi da un lato, e l'equazione personale del terapeuta, il suo personale stile di lavoro e il suo caratteristico assetto cognitivo-affettivo dall'altro.

Nell'ambito di tali aspetti, verranno messi a fuoco le dimensioni della autenticità, coerenza, congruenza ed empatia, come funzioni indispensabili dell'agire terapeutico e come elementi nucleari della relazione di cura in ambito psicoterapeutico capaci di determinarsi come organizzatori di processo. La tematica verrà anche approfondita utilizzando in particolare i criteri degli approcci antropo-fenomenologico e psicodinamico.

L'autenticità come strategia: come la persona del terapeuta può contribuire ad una psicoterapia efficace

C. Lorio, M. Grasso

UOC di Psichiatria e Disturbi del Comportamento Alimentare, Sapienza Università di Roma

Autentico è etimologicamente ciò che "risponde" di "se stesso", tale termine viene comunemente usato per indicare "ciò che è di autore certo". La coppia autenticità-inautenticità fu introdotta da Jaspers per indicare ciò che vi è di più proprio nel fondo dell'esistenza rispetto ai suoi aspetti superficiali o acquisiti per imitazione o acquiescenza. Autentico è tutto quello che è cresciuto e si è sviluppato con l'essere umano in contrapposizione a quello che la persona ha accettato passivamente o imitato, ossia l'inautentico. Heidegger sottolineò tale

polarità nella differenza tra le due particelle dell'Esserci ed Esser-si, ove il *Ci* rappresenta il progetto proprio di chi lo attua nella propria esistenza, quindi autentico in quanto autore del proprio essere al mondo. Il *Si* è il vivere un progetto di un "altro autore" che è il modo comune che l'uomo ha appreso nel mondo in cui si è trovato, inautentico in quanto non di creazione propria di chi vive quel modo d'essere. La fenomenologia ha assunto principalmente da questi due Autori le categorie di autenticità-inautenticità ponendole come oggetto centrale di riflessione nell'origine della sofferenza psichica. All'interno del modello sistemico, Laing ricavò dallo studio delle famiglie di schizofrenici come la caratteristica predominante fosse "la mutilazione senza tregua dell'autenticità" del paziente. In effetti, anche se in patologie meno gravi, la perdita o la riduzione della possibilità di essere autori della propria esistenza sembra accomunare le persone che richiedono una psicoterapia. Il terapeuta attraverso le proprie cure, a prescindere dal modello di riferimento, ha

come obiettivo principale e generalmente condiviso la maturazione dell'individuo, che implica il raggiungimento di un'autonomia, ossia la possibilità di vivere secondo "le proprie leggi". In questa prospettiva il concetto di autenticità ed autonomia si incontrano fino a diventare assimilabili nel processo di individuazione e nel raggiungimento dell'indipendenza auspicabili in psicoterapia. Dall'altra parte il terapeuta è necessariamente autentico in quanto "autore" del suo intervento e "co-autore", con il paziente, della relazione all'interno della quale ogni atto terapeutico accade. La sua figura si identifica con l'essere autentico, in quanto, secondo Whitaker, ciò che lo rende un terapeuta è la possibilità di avere accesso alla vita fantastica del paziente e di essere in grado di condividere con lui questo aspetto di sé. In tale contesto, l'uso delle emozioni del terapeuta come strumento di comprensione e cura e della self-disclosure quale espressione del mondo reale proprio del terapeuta, fondano l'autenticità di questo e la rendono qualità imprescindibile della psicoterapia.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA CARAVAGGIO

S67. Eventi traumatici nell'infanzia e nell'adolescenza: efficacia degli interventi di comunità nella prevenzione delle reazioni post-traumatiche

COORDINATORE

E. Caffo

Bambini e adolescenti vittime di disastri naturali: il modello di intervento del "Cohen Harris" Center for Trauma and Disaster Intervention di Tel Aviv

N. Laor

University of Tel Aviv, "Cohen Harris" Center for Trauma and Disaster Intervention

I disastri di massa costituiscono una seria minaccia all'esistenza come pure all'identità di individui e comunità, che si esprime in uno stato di confusione generale, disorganizzazione sociale, conflitti, competizione per le limitate risorse a disposizione.

Questa presentazione si focalizzerà su alcuni processi psico-sociali che caratterizzano le comunità colpite da disastri, e più in particolare sui possibili interventi volti a promuovere la salute mentale dei bambini e degli adulti presenti in questi contesti. Descriveremo l'importante ruolo svolto dai professionisti della salute mentale nelle varie fasi del disastro, evidenziando come possono lavorare con bambini e famiglie, all'interno delle scuole e della comunità.

Descriveremo anche come il sistema sociale può affrontare in modo adattivo la minaccia e le conseguenze di un disastro di massa. Saranno presentati alcuni principi di base che possono orientare e guidare un lavoro integrato tra esperti della salute mentale e attori della comunità; sarà anche sottolineata l'importanza dei processi di empowerment utili a valorizzare il ruolo svolto dai membri stessi della comunità, che in qualità di "mediatori" possono contribuire alla promozione della salute mentale.

Infine, sarà presentato un modello di intervento clinico nelle scuole realizzato grazie alla mediazione degli insegnanti, che si focalizza sulla "riattivazione psicologica" dei bambini, degli insegnanti e della scuola.

Questo intervento realizzato dopo il terremoto della Turchia del 1999 è stato efficace non solo nel produrre una riduzione della sintomatologia nei bambini coinvolti nel percorso di formazione, ma anche nel promuovere un miglioramento di questi bambini a livello accademico, relazionale e comportamentale.

Eventi stressanti: quale ruolo nel modulare il quadro clinico di presentazione e l'esito ad un anno nei pazienti psicotici all'esordio? Evidenze dal Progetto PICOS-Veneto

A. Lasalvia, F. Fronterre, M. Bertani, S. Bissoli, C. Bonetto, D. Cristofalo, K. De Santi, L. Lazzarotto, G. Marrella, R. Mazzoncini, N. Pellegrini, S. Tosato, M. Tansella, M. Ruggeri, per il Gruppo PICOS-Veneto

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Obiettivo: il presente studio ha l'obiettivo, in un campione di pazienti psicotici agli esordi di malattia, di: 1) esaminare la frequenza e la tipologia di eventi stressanti (ES) occorsi nei sei mesi precedenti l'insorgenza del disturbo, 2) indagare la possibile relazione tra ES e caratteristiche cliniche di presentazione, 3) esplorare il valore predittivo degli ES riguardo all'esito clinico e sociale ad un anno.

Metodi: indagine condotta all'interno del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico regionale che ha l'obiettivo di caratterizzare le psicosi all'esordio e di sviluppare un modello predittivo dell'esito. Lo studio ha reclutato tutti i pazienti psicotici all'esordio che nell'arco di tre anni (2005-2008) sono giunti in contatto con i servizi psichiatrici del Veneto. Gli ES sono stati rilevati mediante la *Scala degli Eventi Stressanti Psicologici ed Ambientali*, sviluppata a partire dall'asse IV del DSM-IV; sono inoltre state utilizzate la PANSS per la psicopatologia, la DAS-II per la disabilità, la MANSa per la qualità di vita e la CAN per i bisogni di cura.

Risultati: sono stati valutati al baseline 350 pazienti (56% maschi; età media 31,7, d.s. 9,5) con diagnosi ICD-10 di schizofrenia (24%), psicosi non affettiva non schizofrenica (55%) e psicosi affettiva (21%). Il 26% dei pazienti ha riportato la presenza di almeno un evento stressante nei 6 mesi precedenti, rappresentati in misura più frequente da conflitti in famiglia (24%), perdita del lavoro (18%), stress in ambito lavorativo (18%), difficoltà finanziarie (18%). Non sono state riscontrate correlazioni significative né con la gravità del quadro clinico al baseline, né rispetto al profilo psicopatologico di presentazione; tuttavia, i pazienti con un più alto carico di ES nei 6 mesi precedenti l'esordio presentavano una qualità della vita più bassa ed un livello più elevato di bisogni di cura al baseline.

Conclusioni: i nostri dati sembrano confermare un ruolo importante da parte dagli ES nelle persone che manifestano una psicosi e sottolineano la necessità di sviluppare politiche di prevenzione e promozione della salute che passino anche attraverso la tutela delle condizioni sociali e di welfare della popolazione a rischio.

Esperienze avverse precoci nella schizofrenia e nella depressione unipolare

A. Siracusano

Clinica Psichiatrica, Università "Tor Vergata" di Roma

Lo studio è stato rivolto a verificare l'ipotesi che le avversità precoci siano associate con un aumento del rischio di depressione unipolare e di schizofrenia nell'età adulta. Si è inoltre voluto accertare se l'associazione con gli eventi avversi infantili e adolescenziali sia più alta nella schizofrenia rispetto alla depressione.

Due gruppi di pazienti ricoverati consecutivamente, con diagnosi DSM-IV di schizofrenia (n = 173) e di disturbo depressivo maggiore (n = 305), con esordio in età adulta, sono stati confrontati con un gruppo di controllo di popolazione generale, composto da volontari non pagati (n = 310), sulla frequenza di quattro tipi di abuso infantile e di altre avversità precoci (discordia dei genitori, separazione dei genitori, morte di un genitore, evidenza di disturbo psichiatrico di un genitore).

Nei confronti col gruppo di controllo, tutti i tipi di avversità precoce sono risultati significativamente associati con la schizofrenia (eccetto l'abuso sessuale e il lutto di un genitore) e con la depressione unipolare (eccetto l'abuso fisico, l'abuso sessuale, il lutto di un genitore e la discordia fra i genitori). I confronti diretti fra i due gruppi clinici hanno evidenziato associazioni significativamente maggiori della schizofrenia con tutte le avversità precoci, eccetto l'abuso sessuale e il lutto di un genitore. La presenza in anamnesi di un abuso sessuale (di qualsiasi tipo) è risultata associata con un rischio 3 volte maggiore di schizofrenia rispetto alla depressione. L'*odds ratio* più ampia è stata registrata per l'abuso psicologico. Sia la frequenza degli abusi, sia il numero di tipi di abuso aumentavano il rischio di schizofrenia con una modalità dose-risposta.

Sia la depressione unipolare che la schizofrenia sembrano associate ad una frequenza più elevata di avversità infantili e adolescenziali. La grandezza delle associazioni con le avversità precoci è consistentemente maggiore nella schizofrenia che nella depressione. Il dato conferma alcune recenti ricerche prospettiche sulla popolazione generale ed è congruo con l'ipotesi di un significativo contributo evolutivo sociale all'eziologia della schizofrenia.

Recenti sviluppi nella comprensione e nel trattamento del trauma in età evolutiva

E. Caffo, B. Forresi

Università di Modena e Reggio Emilia

Il trauma in età evolutiva rappresenta attualmente uno dei temi di maggiore interesse nell'ambito della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché un tema ampiamente dibattuto a livello internazionale. Il numero di studi in questo settore è notevolmente cresciuto negli

ultimi 25 anni, consentendo una maggiore comprensione delle conseguenze psico-biologiche dell'esposizione ad eventi traumatici precoci.

Nonostante i progressi raggiunti, però, permangono numerose questioni aperte. In particolare la comunità scientifica è attualmente impegnata in un interessante dibattito che riguarda sia i criteri diagnostici del PTSD (oggetto di revisione in vista del prossimo DSM-V), sia i fattori di rischio del PTSD e il ruolo svolto dalle memorie traumatiche nella persistenza del disturbo, sia le componenti del trattamento realmente efficaci in età evolutiva.

Gli Autori si soffermeranno dunque sulle questioni aperte e sulle buone prassi attualmente esistenti nell'ambito della valutazione e del trattamento di bambini e adolescenti esposti ad eventi traumatici. Particolare attenzio-

ne sarà rivolta al maltrattamento e all'abuso all'infanzia, ambito in cui gli studi sono numerosi e presentano un buon rigore metodologico.

Le conoscenze acquisite nell'ambito dell'abuso all'infanzia costituiscono un valido punto di partenza per la ricerca di trattamenti efficaci da adottare in diverse situazioni traumatiche e nel trattamento del PTSD in età evolutiva. Le evidenze sulla CBT sono superiori a quelle relative ad altre forme di trattamento. Tuttavia le evidenze a disposizione non sono abbastanza forti da precludere l'utilizzo di altri tipi di trattamento: in particolare non è chiaro quali siano le componenti trattamentali realmente efficaci nella cura del PTSD e degli altri disturbi che possono emergere in bambini e adolescenti esposti ad eventi traumatici.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA MANTEGNA

S68. La valutazione della pericolosità sociale delle persone con disturbi mentali

COORDINATORE
V. Volterra

Accertamento della pericolosità sociale: metodi e limiti

S. Ferracuti

Cattedra di Psichiatria, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma

La valutazione di pericolosità sociale comporta diversi profili a seconda del contesto. Una prima differenziazione fa riferimento alla valutazione del possibile rischio di un atto violento, etero- o autodiretto, di un paziente nell'immediato, ovvero nelle 24-48 h successive alla visita psichiatrica. L'altro profilo è relativo, invece, alla valutazione di pericolosità sociale di un prosciolti per infermità di mente ai sensi dell'art. 88 e 89 cp. In questo secondo caso la prognosi di pericolosità è molto più problematica, poiché quello che è richiesto è una valutazione prospettica in un futuro ipotetico, che può avere come span anche tutta la vita della persona. Sul primo tipo di valutazione esiste una discreta mole di ricerca che consente di effettuare previsioni dotate di un discreto grado di attendibilità, mentre sul secondo tipo di giudizio non si è in grado di effettuare valutazioni cliniche che siano dotate di effettiva attendibilità scientifica. I metodi di valutazione della pericolosità sono essenzialmente di tre tipi: attuariali, clinici e misti. I metodi attuariali sono dotati di una discreta capacità predittiva, ma mancano di strumenti di controllo per la simulazione e producono falsi positivi, mentre i metodi clinici sono spesso sogget-

ti al pregiudizio e hanno scarse conferme dalla ricerca. Allo stato probabilmente la soluzione più idonea per la valutazione di questo secondo tipo di giudizi deve tener conto dei limiti dei criteri di valutazione, cercando di sviluppare nuovi criteri dimensionali di valutazione, come il livello di consapevolezza di malattia. Infine, il fatto che allo stato anche i disturbi di personalità possano essere valutati come non imputabili e perciò prosciolti, pone serie difficoltà per la dimostrazione della mancanza di pericolosità sociale in questi soggetti.

Pericolosità sociale

R. Catanesi

Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Bari

Le sentenze della Corte Costituzionale 253/03 e 367/04 hanno sensibilmente ampliato le possibilità di trattamento territoriale di pazienti giudicati socialmente pericolosi che altrimenti sarebbero stati internati in OPG. Questa importante modifica ha tuttavia aperto nuove problematiche operative, che ricadono tanto sul perito chiamato ad esprimersi sulla pericolosità quanto gli operatori dei DSM che potrebbero essere chiamati in causa nella gestione del paziente.

La possibilità di ricorso allo strumento della libertà vigilata deve muoversi nella direzione di assicurare "ade-

guate cure all'infermo di mente" ma contestualmente "far fronte alla sua pericolosità". La possibilità di utilizzo del momento valutativo della sociale pericolosità quale "aggancio" terapeutico o come strumento trattamentale impone dunque ampi livelli di collaborazione fra lo psichiatra-forense e lo psichiatra dei servizi, se si vuole che questa opportunità non resti solo teorica.

Si tratta, in pratica, di costruire un progetto trattamentale per l'infermo di mente, che da un lato risponda alle sue specifiche esigenze terapeutiche e dall'altro, consentendogli un migliore assetto psicopatologico attraverso le cure proposte, ne riduca le probabilità di messa in atto di nuovi comportamenti violenti. Sempre che, naturalmente, sia possibile, nel singolo caso, ottenere contestualmente i due risultati.

Alla luce della evoluzione giurisprudenziale sembra del tutto riaperta la questione della possibilità di prevedere comportamenti violenti e di poterli prevenire attraverso trattamenti medici, mentre sullo sfondo si staglia il rischio di cambiamento della figura professionale dello psichiatra e del trasferimento, su di esso, di istanze di difesa sociale, con ricadute anche in tema di responsabilità professionale.

Pericolosità sociale in soggetti dediti ad abuso di sostanze ed alcool

V. Volterra

Università di Bologna

L'abuso di sostanze ed alcool, tranne nei casi di cronicità o d'intossicazione acuta occasionale, è considerato, per gli autori di reato, un aggravante di responsabilità nel nostro codice penale. L'altissima frequenza, se non la costanza, di comorbilità in tali soggetti, ed in particolare il riscontro di disturbi di personalità, rendono però molto complessa la valutazione della loro imputabilità, e ancor più quella della loro pericolosità sociale, soprattutto dopo la recente sentenza della Corte di Cassazione.

Vengono a tal proposito riportati e discussi quattro casi esemplificativi di:

- a. omicidio in corso di diverbio per futili motivi;
- b. omicidio per investimento d'auto;
- c. incendio ed esplosione accidentalmente provocati;
- d. contagio d'infezione HIV.

Infine si prospettano gli interventi che sarebbe opportuno prendere per tali persone, onde prevenire, attenuare e, se possibile, eliminare i rischi di pericolosità sociale.

Criteri di valutazione della pericolosità sociale in età evolutiva

G.B. Camerini

Neuropsichiatra infantile, Bologna

La pericolosità sociale appare come un concetto di scarsa pregnanza tecnica e scientifica, per la cui valutazione

il parere dello psichiatra si basa in larga misura su parametri analoghi a quelli che il magistrato utilizza per il giudizio di pericolosità sulla generalità dei cittadini sottoposti a procedimento penale. Essa dovrebbe divenire un'ipotesi giudiziaria da confermare o negare, formulata in termini pragmatici quali la probabilità di recidiva in comportamenti criminali specifici.

In un ambito preventivo-prognostico, più che considerare la pericolosità individuale, una corretta valutazione psichiatrico-forense riguarda i fattori di rischio che possono condurre un soggetto ad una evoluzione in senso delinquenziale (antisociale e violento) dei suoi comportamenti antisociali (Bailey, 1996). A tale scopo possono essere utilizzati protocolli di assessment strutturati e validati in campo internazionale come il SAVRY (Borum et al., 2000) ed il McArthur Risk Assessment. Largamente utilizzati nei Paesi nordeuropei e nel mondo anglosassone, essi consentono una rapida presa in considerazione di elementi importanti per pervenire ad una valutazione del "rischio psicosociale" di un minore autore di reato.

Il McArthur Risk Assessment prevede la analisi di alcune precise variabili: fattori disposizionali, storici, contestuali e clinici.

Il SAVRY è un questionario semi-strutturato in grado di consentire una valutazione dei bisogni del soggetto e del rischio psicosociale di recidiva. Esso si basa in primo luogo su una analisi dei fattori storici di rischio; vengono poi presi in esame i fattori di rischio contestuali e sociali ed i fattori di rischio individuali/clinici. La valutazione va completata con l'analisi dei fattori protettivi.

Per quanto riguarda la valutazione clinica dell'assetto di personalità, risulta opportuno avvalersi di specifici strumenti diagnostici per identificare tratti che possano configurare un disturbo sociopatico. Un protocollo sufficientemente validato è rappresentato dalla Hare Psychopathic Checklist, una rating scale clinica composta da 20 item a ciascuno dei quali può essere assegnato il punteggio secondo quanto emerge dalle informazioni ricevute e da una intervista semi-strutturata.

Dall'analisi della letteratura sappiamo (Sabatello, 2002) che sono diverse le possibili evoluzioni del profilo comportamentale in relazione al contesto di sviluppo, alla gravità del comportamento espresso, alla risposta ambientale. L'interazione di queste variabili influenza significativamente il percorso criminale intrapreso dal giovane autore di un reato di natura violenta ovvero la costruzione della sua carriera deviante (Patrizi, 1996). Sappiamo anche (Rutter, 1996) che se individui ad alto rischio incontrano fattori ambientali positivi, possono raggiungere un punto di svolta tale da produrre un reale cambiamento.

Alla luce di queste premesse, emerge chiaramente la necessità di focalizzare l'attenzione su uno stadio più precoce di sviluppo, con strumenti adeguati atti all'identificazione di comportamenti devianti, al fine di individuare il grado di rischio evolutivo di questi profili di sviluppo verso personalità antisociali e di intervenire

precocemente con risposte immediate ed efficaci. Solo a queste condizioni risulta possibile fornire ai soggetti devianti una risposta autorevole secondo una doppia assunzione di responsabilità: da parte del giovane e da parte degli adulti. La gestione di un caso di grave disagio richiede diverse professionalità e diversi livelli di intervento, tarati sulle specifiche esigenze del soggetto coinvolto. Solo l'azione sinergica tra gli attori di questa

rete e la definizione di modelli e procedure di presa in carico condivise rendono possibile intervenire tempestivamente ed efficacemente in una prospettiva di *prevenzione secondaria*, fornendo al minore la possibilità di fruire in modo differenziato di servizi polifunzionali che lo accompagneranno per tutto il corso del suo viaggio all'interno del contesto giudiziario penale (Cuzzocrea, 2004).

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30
SALA MASACCIO

S69. Disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) e comorbidità nel ciclo di vita

COORDINATORI
A. Pasini, P. Curatolo

ADHD e comorbidità in età evolutiva

G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci, S. Berloff, C. Pfanner

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

Almeno i 2/3 dei bambini con ADHD presentano un disturbo psicopatologico associato. Tale comorbidità può condizionare la fenomenologia, la gravità, la prognosi ed il trattamento. Inoltre la comorbidità consente di definire alcuni sottotipi di ADHD dotati di relativa specificità, in termini di percorsi evolutivi e di suscettibilità a difficoltà di adattamento successive. Scopo di questa presentazione è quello di descrivere le implicazioni cliniche delle comorbidità più frequenti e rilevanti. Le associazioni di più frequente riscontro sono quelle tra l'ADHD ed 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 manifestazioni di tipo antisociale, in particolare nelle forme a più precoce insorgenza e con le condizioni psicosociali più svantaggiate. Anche la associazione tra ADHD ed i disturbi d'ansia presenta possibili implicazioni sulla prognosi (minore rischio antisociale) e sul trattamento (maggiore sensibilità ad interventi non farmacologici). 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 frequente demoralizzazione dei bambini con ADHD. La associazione con il disturbo bipolare, così come il problema della diagnosi differenziale tra le due condizioni, è particolarmente complesso, a causa della fenomenologia frequentemente atipica

del disturbo bipolare in età evolutiva. È stata infine studiata più recentemente la associazione tra ADHD, tics di Tourette e disturbo ossessivo-compulsivo, più frequente di quanto ritenuto in passato. Una più accurata valutazione dei soggetti con ADHD, che non consenta al disturbo di mascherare altre affezioni in associazione, potrà consentire la definizione dei più importanti fattori di rischio, dei più significativi mediatori prognostici, e soprattutto l'adozione di interventi, farmacologici e non farmacologici, più precoci e mirati.

Eterogeneità neurobiologica dell'ADHD e nuove evidenze per un possibile modello fisiopatologico unitario

S. Carucci, N. Adamo, A. Zuddas

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

L'ipotesi che le manifestazioni cliniche dell'ADHD siano causate principalmente da specifiche alterazioni delle funzioni esecutive (es. capacità di inibizione, di pianificazione, memoria di lavoro, fluenza ecc.) ha stimolato numerosi studi sperimentali ed è stata considerata una sorta di "dogma" per oltre un decennio. Negli ultimi anni, una serie di evidenze ha però messo in discussione la specificità e lo stesso ruolo di tali alterazioni nella fisiopatologia del disturbo: è stato infatti evidenziato il ruolo fondamentale che meccanismi di gratificazione ed di percezione del tempo possono svolgere nella variabilità dell'espressione clinica dell'ADHD. Più recentemente, numerose evidenze mostrano come l'aumentata variabilità nei tempi di risposta agli stimoli (RT-ISV response

time intra-subject variability) possa costituire uno dei parametri più costantemente rilevabili in bambini ed adolescenti con ADHD.

I correlati neurobiologici dell'aumentata RT-ISV permettono di riconciliare i diversi modelli neuropsicologici, proponendo una alterazione combinata di funzioni esecutive "fredde" (inibizione, pianificazione, memoria di lavoro, ecc.) e funzioni esecutive "calde" (gratificazione, percezione del tempo) quale base fisiopatologica per l'ADHD di cui l'aumentata RT-ISV potrebbe essere un marker affidabile.

Per valutare tale ipotesi, RT-ISV e la sua struttura temporale è stata studiata in un gruppo di bambini con ADHD (età 7-13 anni) e comparata con un gruppo di bambini con sviluppo normale mediante Eriksen Flanker Task (6 minuti: 3 s inter-stimulus interval). Le oscillazioni di tali variazioni sono state misurate mediante Morlet-wavelet analyses. Le oscillazioni a bassa frequenza (0,027-0,07 Hz) del tempo medio di reazione appaiono significativamente aumentate nei soggetti con ADHD rispetto ai controlli. Tali risultati saranno confrontati con i dati della letteratura e discussi alla luce delle recenti acquisizioni sulla connettività funzionale del sistema nervoso centrale e delle implicazioni per approcci terapeutici innovativi per l'ADHD.

Trattamento psicofarmacologico a breve e a lungo termine dell'ADHD in comorbidità con il disturbo oppositivo provocatorio

A. Pasini, C. Paloscia, M.B. Pitzianti, L. Casarelli, C. Rosa, R. Alessandrelli, P. Curatolo

UOC Neuropsichiatria Infantile, AFA Neuroscienze Cliniche, Policlinico di Tor Vergata, Roma

Introduzione: la disattenzione e l'iperattività rappresentano i principali sintomi bersaglio del trattamento con il MPH. Il MPH si è dimostrato agire anche sulla sintomatologia oppositivo-provocatoria frequentemente associata all'ADHD. Dalla letteratura sta emergendo l'importanza del trattamento farmacologico, anche per migliorare le disfunzioni neurocognitive che caratterizzano il disturbo da deficit dell'attenzione con o senza iperattività (ADHD). Le loro eventuali variazioni nel corso del trattamento psicofarmacologico e la loro associazione con il miglioramento della sintomatologia dell'ADHD, sono state, finora, poco studiate. Inoltre, non esistono studi scientifici che hanno misurato le funzioni neurocognitive dell'ADHD durante la cosiddetta "vacanza terapeutica", il periodo in cui, per alcuni pazienti, viene sospeso il trattamento con MPH, periodo che coincide con la sospensione estiva della frequenza scolastica.

Metodi: è stato studiato un campione di 40 pazienti (6-13 anni), di sesso maschile, con ADHD, in trattamento con metilfenidato (MPH). È stata valutata la risposta clinica e neurocognitiva a 4 settimane, a 24 settimane e dopo 8 settimane di sospensione ("vacanza terapeutica").

Per la valutazione clinica sono state utilizzate la K-SADS-PL, la SNAP-IV e le scale CRS-R, la MASC e la CDI. Per la valutazione neuropsicologica sono stati utilizzati lo Stroop Test, il CPT, l'n-Back e la Figura di Rey. I valori rilevati all'inizio del trattamento sono stati messi a confronto con quelli di un gruppo di controllo di 45 ragazzi senza disturbi mentali.

Risultati: i risultati hanno rivelato un miglioramento della sintomatologia clinica (disattenzione, iperattività e oppositività) misurata con le CRS-R ($p < 0,001$) e della working memory e del deficit di inibizione dopo le prime 4 settimane di trattamento con MPH ($p < 0,001$). Il miglioramento è rimasto costante fino a 24 settimane. La rivalutazione dopo 8 settimane di sospensione del MPH ha evidenziato un peggioramento di alcune funzioni neurocognitive, prima tra tutte il controllo dell'inibizione ($p < 0,001$). L'effetto sull'attenzione appariva, anche se ridotto, mantenersi dopo la sospensione del trattamento.

Discussione: la ricerca ha posto in evidenza l'esistenza di un profilo di disfunzioni neurocognitive sensibile al trattamento con MPH, articolato su alcuni aspetti del deficit dell'inibizione e della memoria di lavoro. Il miglioramento era evidente già dopo le prime 4 settimane di terapia e rimaneva costante fino a 24 settimane, indicando il mantenimento dell'effetto terapeutico durante la terapia a lungo termine. Il miglioramento clinico e del deficit di inibizione mostravano un andamento solo parzialmente sovrapponibile.

Disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) e comorbidità nel ciclo di vita

P. Panei, R. Arcieri

Istituto Superiore di Sanità, Roma

La sindrome da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) è stata finora considerata tipica dell'età evolutiva e, almeno nel nostro Paese, si è misconosciuta l'importanza di questo disturbo per la vita dell'adulto. In realtà da tempo è noto che almeno il 30% dei soggetti affetti da ADHD durante l'infanzia e l'adolescenza continuano a manifestare il disturbo anche in età adulta. La prevalenza di ADHD nell'adulto, peraltro, tende ad essere ancora più alta se la sindrome non è trattata nell'infanzia: in questo caso oltretutto si associano spesso altre patologie psichiatriche già presenti nell'età evolutiva o di nuova insorgenza. La concomitanza di altre malattie psichiatriche rappresenta la condizione potenzialmente a più alto impatto per la sanità pubblica nel prossimo decennio. Infatti l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) stima che la salute mentale rappresenterà nel 2020 il secondo problema sanitario nei Paesi sviluppati con importanti ricadute sull'organizzazione sociale e sull'attività lavorativa degli individui affetti da queste patologie. L'associazione frequente di ADHD e disturbo oppositivo-provocatorio, ad esempio, può rappresentare un mix altamente dirompente sulle relazioni sociali della popolazione adulta. È importante, perciò, ricono-

scere e trattare il più precocemente possibile l'ADHD e le eventuali comorbidità per attutire l'impatto di queste

patologie sulla vita dell'individuo e della collettività di appartenenza.

SABATO 14 FEBBRAIO 2009 – ORE 15.30-17.30

SALA PERUGINO

S70. La dimensione ossessivo-compulsiva in Psichiatria

COORDINATORE

L. Ravizza

OCD and the link with schizophrenia

J. Zohar, M. Poyurovsky

Department of Psychiatry, Chaim Sheba Medical Center, Israel

Phenomenologically, "schizo-obsessive" patients represent both typical presentation of schizophrenia and typical presentation of OC symptoms. Overall, reports from research groups around the globe, including more than 2000 patients altogether (with OCD or OC symptoms in schizophrenic patients) provide compelling evidence that the odds of OCD in schizophrenic patients are considerably higher than expected. Since the comorbidity of schizophrenia and OCD is much higher than expected, it might suggest a common underlying pathophysiological linkage between the two disorders. The course of the illness in "schizo-obsessive" patients is distinctly different – poorer – to that of schizophrenia. When morbid risk for OCD, Obsessive compulsive personality disorder (OCPD) and "schizo-obsessive" were grouped together, the significance of between-group differences became stronger ($p = 0.0002$). These findings are in line with the hypothesis that "schizo-obsessive" disorders might be familial. Brain circuitry suggests that there is a combination of the relevant circuitry in individuals with "schizo-obsessive" disorder. Neurocognitive tests that were carried out in "schizo-obsessive" and schizophrenic patients without OCD suggest that the best fit of the "schizo-obsessive" patients' results is of a simple combination of schizophrenia and OCD. Pharmacologic or psychological interventions are also in line with the above findings; probably a combination of antipsychotic and antiobsessional medications is better than either alone. Looking at the emerging data, the possibility of recognizing "schizo-obsessive" as a schizophrenia subtype will be presented and discussed.

La dimensione ossessivo-compulsiva nel disturbo bipolare

U. Albert, G. Maina, F. Bogetto

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

Numerosi studi clinici ed epidemiologici recenti hanno sottolineato l'importanza della comorbidità tra disturbo bipolare, da un lato, e disturbi d'ansia, dall'altro. In particolare, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), il disturbo di panico e la fobia sociale sembrano essere quelli di più frequente riscontro in campioni di pazienti con disturbo bipolare. I disturbi d'ansia sono tra l'altro i disturbi di asse I maggiormente rappresentati tra pazienti bipolari.

La relazione temporale tra DOC e disturbo bipolare vede spesso esordire prima i sintomi ossessivo-compulsivi, il cui esordio è in genere in età adolescenziale, e successivamente manifestarsi pienamente il disturbo bipolare. Sintomi ossessivo-compulsivi possono essere presenti durante l'episodio depressivo maggiore, durante (meno frequentemente) l'episodio euforico, ma soprattutto sembrano caratterizzare l'intervallo libero. La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi, o di altri sintomi d'ansia (ad esempio attacchi di panico o sintomi fobico-sociali), durante l'intervallo libero condiziona pesantemente la qualità di vita dei pazienti bipolari, espone tali soggetti ad un rischio notevolmente aumentato di abuso/dipendenza da sostanze, e aumenta il rischio di suicidio. Spesso, inoltre, il trattamento dei sintomi ossessivo-compulsivi durante l'intervallo libero è complicato da una mancata risposta alle terapie classiche antiobsessive con SSRI e da una risposta apparentemente paradossa all'aggiunta di un secondo stabilizzatore. L'entità del fenomeno comorbidità e tali indicazioni terapeutiche hanno recentemente sollevato il dubbio che in realtà sintomi ossessivo-compulsivi o altri sintomi d'ansia rappresentino una dimensione centrale e nucleare del disturbo bipolare stesso e non possano essere considerati una comorbidità nel senso medico del termine.

Sindrome metabolica nel disturbo bipolare e nel DOC

V. Salvi

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

I pazienti affetti da disturbo bipolare hanno una mortalità doppia rispetto alla popolazione generale. Tale incremento della mortalità è legato oltre che agli elevati tassi di suicidio, all'elevata incidenza di patologia cardiovascolare. In particolare, maschi e femmine con disturbo bipolare hanno un rischio di morte per infarto del miocardio e altre patologie CV pari a 2,1 e 1,9 rispetto ai maschi e femmine della popolazione generale.

L'incremento della mortalità cardiovascolare è legato all'elevata frequenza di obesità, diabete e sindrome metabolica nei pazienti con disturbo bipolare. I pazienti con disturbo bipolare hanno infatti una prevalenza di tali condizioni doppia rispetto alla popolazione generale, indipendentemente del Paese di appartenenza.

Le cause dell'aumento di sindrome metabolica nel disturbo bipolare sono tre. Il trattamento farmacologico, in particolare con farmaci antipsicotici atipici e con alcuni stabilizzatori dell'umore, si associa ad aumento di peso, alterazioni di glicemia e pattern lipidico che conducono ad aumento del rischio complessivo di sindrome metabolica. Altri fattori di rischio per la sindrome metabolica sono l'adozione di stili di vita erronei, come l'abitudine al fumo e la scarsa attività fisica; durante gli episodi acuti, specie quelli depressivi, si possono inoltre associare iperfagia, abuso di sostanze e scarsa cura di sé, che contribuiscono all'aumento del rischio. Infine, la presenza di basi biologiche comuni quali ad esempio la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, potrebbe contribuire ad aumentare il rischio di obesità addominale e sindrome metabolica nei pazienti con disturbo bipolare.

Per quanto riguarda i pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, l'apparente assenza di anomalie dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e la frequente comorbidità con anoressia nervosa potrebbero limitare il rischio di sindrome metabolica. In effetti uno studio recente ha sottolineato come i pazienti con DOC non esposti a trattamenti farmacologici siano maggiormente sottopeso rispetto ai pazienti con disturbo bipolare. L'impatto del trattamento farmacologico con antipsicotici atipici nel DOC resistente nonché dell'elevata comorbidità con depressione maggiore, che potrebbero essere responsabili di aumento del rischio cardiovascolare anche in pazienti con DOC, deve essere valutato attraverso ulteriori studi.

Nuove prospettive terapeutiche nel DOC

B. Dell'Osso

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

Sebbene esistano trattamenti efficaci, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e i disturbi correlati sono spesso scarsamente riconosciuti e, conseguentemente, non trattati. Composti ad azione inibitoria sul reuptake della serotonina (SRI), somministrati in dosi e tempi differenti rispetto ai disturbi depressivi, così come la Psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale, rappresentano la prima linea di trattamento per i pazienti con DOC, in base a quanto raccomandato dalle Linee Guida internazionali¹. Il trattamento con un singolo SRI generalmente produce un miglioramento nel 40-60% dei pazienti con DOC² e, tuttavia, raramente porta alla remissione dei sintomi. Tra gli interventi di secondo livello, la combinazione tra SRI e antipsicotici – atipici, in particolare – sembrerebbe essere tra le più efficaci secondo le più recenti metanalisi³. Per quanto riguarda l'utilizzo di tecniche di brain stimulation nei casi resistenti, allo stato attuale i risultati più incoraggianti sono a favore della Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS), procedura invasiva che, per quanto reversibile e modulabile, presuppone un intervento chirurgico ed è da considerarsi sperimentale. Negli ultimi anni l'efficacia di nuovi agenti farmacologici, quali i composti ad azione modulatoria sul sistema glutammatergico, è stata valutata e i risultati ottenuti, seppur positivi, richiedono conferme in studi più ampi e controllati. Lo sviluppo di nuovi ed efficaci trattamenti farmacologici, infatti, la precisa identificazione dei target anatomici da stimolare (es. nucleo sub-talamico, capsula interna) e, infine, la scelta dell'intervento psicoterapico ottimale da associarsi al trattamento rappresentano allo stato attuale gli obiettivi prioritari della ricerca nel campo del DOC e, in particolar modo, delle forme resistenti.

Bibliografia

- Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 2007;164(Suppl 7):5-53.
- Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, Koran L, Leckman J, Marazziti D, et al. *Treatment non response in OCD: methodological issues and operational definitions*. Int J Neuropsychopharmacol 2002;5:181-91.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. *A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder*. Mol Psychiatry 2006;11:622-32.

POSTERS



MERCLEDÌ 11 FEBBRAIO 2008 – ORE 13,20-15,20

SALA: POSTERS SESSION

PRIMO GRUPPO

Schizofrenia e Disturbo Bipolare

P1. Subjective Well-being in pazienti bipolari: modificazioni durante il ricovero

A.C. Altamura, P. Marinaccio, M. Porcellana, M. Ciabatti, E. Lapertosa, C. Bressi

Clinica Psichiatrica Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: numerosi studi in letteratura sottolineano l'utilità clinica del Subjective Well-being come indicatore di esito dei trattamenti psicofarmacologici nei pazienti schizofrenici. Il nostro studio si propone di valutare le modificazioni di questa variabile soggettiva nei pazienti affetti da disturbo bipolare durante il ricovero in SPDC.

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente 20 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare tipo I e II (DSM-IV-TR) in trattamento con antipsicotici atipici ricoverati presso l'SPDC dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Ciascun paziente ha compilato la Subjective Well-being under Neuroleptic treatment (SWN) all'ingresso (T0) ed alla dimissione (T1). I punteggi medi al T0 e al T1 sono stati confrontati mediante paired samples T-test.

Risultati: i nostri dati evidenziano un aumento al T1 dei valori medi del punteggio totale SWN e delle sottoscale autocontrollo, funzioni fisiche, controllo emotivo, integrazione sociale. Si rileva invece una riduzione dei punteggi medi della sottoscala funzioni mentali dell'SWN.

Conclusioni: il nostro studio rileva un miglioramento della percezione soggettiva di benessere durante il ricovero; tale dato rispecchia verosimilmente l'efficacia delle terapie farmacologiche assunte. L'andamento dei punteggi medi nella sottoscala funzioni mentali sembra riflettere la tipologia del campione, in cui l'85% dei pazienti reclutati presenta un episodio maniacale in atto all'ingresso in SPDC.

Bibliografia

Karow A, Naber D. *Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment.* *Psychopharmacology* 2002;162:3-10.

Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D, Scacht A, Karow A, Wagner T, et al. *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.

P2. Profili neuropsicologici nei pazienti schizofrenici con variabile declino intellettivo

M. Altamura, M. De Salvia¹, A. Petito², M. La Salandra³, S. Iuso³, A. Bertolino⁴, A. Bellomo

Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; 1 Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Bari; 2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Foggia; 3 Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, 4 Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Numerosi studi hanno dimostrato che i pazienti schizofrenici presentano un deterioramento intellettivo di grado variabile dopo l'esordio di malattia. Lo scopo dello studio è stato quello di indagare il funzionamento cognitivo in pazienti con schizofrenia in relazione alla variabilità del declino intellettivo. Il funzionamento cognitivo dei pazienti e dei controlli è stato valutato con una batteria neuropsicologica per la valutazione dell'attenzione, memoria, funzioni esecutive (N-Back) e fluency verbale. Per la valutazione del QI attuale è stata utilizzata la WAIS, per quello premorbo il Test di Intelligenza Breve. Sono stati individuati tre gruppi: a) deteriorati (differenza maggiore di 10 punti tra QI premorbo e quello attuale); b) compromessi (QI premorbo < di 90); c) pazienti con intelligenza preservata (QI premorbo > di 90; differenza minore di 10 punti tra QI premorbo e quello attuale). Rispetto ai controlli i pazienti deteriorati manifestano deficit delle funzioni esecutive, della memoria, dell'attenzione e del linguaggio; i pazienti compromessi oltre ai deficit manifestati dal gruppo di pazienti deteriorati mostrano anche un deficit nei tempi di reazione semplice (0-back); i pazienti con QI preservato manifestano alterazioni delle funzioni esecutive e dell'attenzione. I risultati suggeriscono che i deficit delle funzioni esecutive e dell'attenzione sono caratteristiche stabili della schizofrenia, indipendenti dalle variazioni del deterioramento intellettivo.

P3. Analisi epidemiologica dell'ospedalizzazione di pazienti affetti da psicosi affettive. Utilizzo in psichiatria dei database amministrativi

E. Apicella*, A. Ventriglio*, A. D'Onghia*, I. Ciannone*, A. Pace*, A. R. Mastromatteo*, L. Mendolicchio**, A. Bellomo*

**Cattedra di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; ** Consorzio di Ricerca Biomedica "Mario Negri Sud"*

Obiettivo: attraverso l'analisi dei dati presenti nei database amministrativi della regione Puglia e mediante

l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera recanti i codici ICD9CM di disturbo dell'umore (296.xx), si vogliono calcolare: 1) coorte di pazienti incidenti nel 2002 affetti da disturbo dell'umore (n. 933); 2) tasso di ospedalizzazione per l'anno 2002; 3) ricorrenza dei ricoveri nel periodo compreso fra il 2002 e il 2005.

Risultati: la suddivisione della coorte per sesso mostra una prevalenza di ricoveri per il sesso femminile (57,23%). La suddivisione della coorte per età evidenzia un maggior tasso di ospedalizzazione nei soggetti con un'età compresa fra i 41-65 anni. La sottotipizzazione delle diagnosi ha permesso di valutare quale sia l'incidenza, nella coorte di pazienti analizzata, delle diverse tipologie di disturbi dell'umore: delle 933 SDO analizzate, il 30,44% recava una diagnosi di disturbo bipolare I più recente episodio maniacale. È stata inoltre valutata la comorbilità dei disturbi dell'umore con patologie organiche; le patologie somatiche più frequentemente associate risultano essere: l'ipertensione arteriosa e i disturbi del metabolismo. Infine è stata valutata la ricorrenza dei ricoveri nel periodo compreso fra il 2002 e il 2005 in pazienti affetti da disturbo bipolare I e disturbo depressivo maggiore.

Conclusioni: i dati ricavati dimostrano l'utilità dell'impiego dei database amministrativi regionali al fine di ottenere studi epidemiologici validi in ambito psichiatrico.

P4. Associazione tra varianti genetiche del recettore D3 nella modulazione di performance a test di memoria di lavoro

M. Attrotto, R. Romano, G. Caforio, M. Rizzo, A. Rampino, B. Gelao, A. Porcelli, L. Fazio, I. Andriola, G. Ursini, R. Masellis, G. De Simeis, C. Castellana, L. Lo Bianco, M. Nardini, W. Sadè*, A. Bertolino

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; * Program in Pharmacogenomics, Department of Pharmacology, College of Medicine, and Division of Biostatistics, College of Public Health, The Ohio State University, Columbus, OH, USA*

La famiglia di recettori dopaminergici D2 (D2, D3, D4) sembra essere implicata nella patofisiologia della schizofrenia. Il *signaling* dopaminergico sembra modulare le performance a compiti cognitivi, in particolare di memoria di lavoro (WM) e di attenzione. Il gene che codifica per il recettore D3 presenta dei siti polimorfici tipo SNP (*single nucleotide polymorphism*), alcuni dei quali associati al miglioramento dei sintomi positivi, alla risposta alla terapia farmacologica e alle funzioni esecutive in pazienti affetti da schizofrenia.

Scopo del presente studio è valutare l'eventuale associazione tra un blocco alplotipico contenente 4 SNP (rs2134655, rs226082, rs6280, rs963468) e le performance, in termini di accuratezza e tempo di reazione, ad un compito di WM (N-back) in 100 pazienti

(73 M; 27 F; età media 33,62 ± 10,12) con diagnosi di schizofrenia (DSM-IV-TR). I soggetti sono paragonabili per età, livello socioculturale di origine e QI premorboso.

L'analisi alplotipica ha mostrato frequenze massime, in accordo ad Hardy-Weinberg equilibrium, per i 3 alplotipi GTTA (32%), ATTG (27%) e GCCG (25%). Un'analisi di regressione ha dimostrato che l'aplotipo GCCG presenta un effetto favorevole e statisticamente significativo sull'accuratezza alle performance dell'N-back: 1-back (p = 0,025) e 2-back (p = 0,029). Questi risultati suggeriscono che la modulazione della trasmissione dopaminergica geneticamente determinata potrebbe influire sulla performance ad un compito di memoria di lavoro.

P5. Precedenti neuropsichiatriche infantili in pazienti afferenti ai CSM di Udine e dell'Alto Friuli

M. Baiano¹, F. Fabbro², M. Balestrieri¹, V. Pera¹, S. Cremaschi⁴, M. Novello⁴, T. Gon³, R. Bon⁴, A. Bertoni⁴, M. Pascolo¹, P. Brambilla^{1,2}

¹ Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione di Psichiatria, Università di Udine; ² IRCSS "E. Medea", Piasan di Prato, Udine; ³ DSM ASL 3 "Alto Friuli", Regione Friuli Venezia-Giulia; ⁴ DSM ASL 4 "Medio Friuli", Regione Friuli Venezia-Giulia

Scopo: indagare la presenza di precedenti neuropsichiatriche in giovani adulti affetti da patologia psichiatrica seguiti dai Centri di Salute Mentale (CSM) della Regione Friuli, analizzandone le caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Metodi: abbiamo identificato tutti i pazienti adulti nati tra 1970-1985 con diagnosi DSM-IV di disturbo psichiatrico afferenti ai CSM di Udine Nord, Udine Sud, Gemona del Friuli e Tolmezzo. La lista di questi pazienti è stata comparata con quella ottenuta mediante ricerca manuale dagli archivi delle Neuropsichiatriche Infantili (NPI) di Udine.

Risultati: ventisei soggetti su 589 pazienti psichiatrici adulti vennero seguiti dai Servizi di NPI in età evolutiva. Nel campione, è stata rilevata la presenza di familiarità per psicopatologia (57,7% dei casi), di eventi traumatici perinatali (26,9%), di disturbi sfinterici (26,8%), del linguaggio (30,8%), dell'apprendimento (53,8%) e di deficit delle abilità sociali (53,8%). Non sono emerse differenze socio-demografiche e cliniche significative tra i pazienti maschi e le pazienti femmine.

Conclusioni: l'esiguità presenza di Servizi di NPI in Alto Friuli e/o la sottostima della psicopatologia dello sviluppo possono condurre ad una ridotta registrazione di patologie mentali durante l'età evolutiva. Una formazione più attenta dei medici e pediatri di base rispetto alla rilevazione precoce dei sintomi potrebbe incrementare l'accesso dei casi a rischio ai servizi competenti.

P6. I deficit cognitivi nella schizofrenia: quali correlazioni con il funzionamento sociale

V. Bandieri, V. Visani Bianchini, B. Sangiorgi, P.V. Bandieri

SPDC-RTI, Azienda USL Rimini

In un precedente lavoro abbiamo evidenziato come alcuni deficit cognitivi siano maggiormente presenti nei pazienti schizofrenici a sintomatologia prevalentemente negativa valutati alla PANSS. Lo stesso risultato lo si è ottenuto una volta definiti due gruppi di pazienti come schizofrenia positiva e schizofrenia negativa (diagnosi effettuata in collaborazione con due psichiatri e due psicologi secondo i criteri dell'Andreasen). In questo lavoro abbiamo correlato 40 pazienti affetti da schizofrenia, con sintomatologia sia positiva che negativa, con la scala per il funzionamento globale, VGF; e in un secondo tempo schizofrenici positivi e negativi con la medesima scala VGF. Entrambe le correlazioni studiate non hanno dato risultati significativi, confermando in questo alcuni dati presenti in letteratura, che non vi sono differenze significative fra schizofrenia con sintomatologia prevalentemente di tipo positivo o negativo quando vengono correlate al funzionamento sociale, né tra schizofrenia negativa e positiva associate al funzionamento sociale valutato con la stessa scala VGF.

È invece emersa, con tutti i 40 pazienti schizofrenici definiti a sintomatologia positiva e negativa alla PANSS, una correlazione significativa tra la scala di funzionamento sociale VGF e l'età dei pazienti studiati. Si è visto che soggetti al di sotto dei 36 anni di età avevano un funzionamento psicologico, sociale e lavorativo migliore dei pazienti al di sopra dei 36 anni.

Conclusioni: questi dati potrebbero essere utili per estrapolare alcune considerazioni:

1. negli schizofrenici sia a sintomatologia positiva e quelli a sintomatologia negativa non vi è associazione fra deficit cognitivo e funzionamento sociale;
2. il funzionamento sociale è migliore nei pazienti schizofrenici al di sotto dei 36 anni di età;
3. infine si può concludere, ai fini della riabilitazione, che in periodi in cui le risorse sono sempre più limitate, è prioritario allocare queste ultime e rivolgere il maggior impegno dei servizi ai giovani schizofrenici, al di là dei deficit cognitivi;
4. i deficit cognitivi evidenziati possono e devono essere la base di partenza per definire programmi o progetti terapeutici mirati.

Bibliografia

- Perlick DA. Association of symptomatology and cognitive deficits to functional capacity in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;99:192-9.
- Savilla K, Kettler L, Galletly C. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:496-504.

P7. Variabili correlate tra punteggi GAF e BPRS IN e OUT in una popolazione di pazienti ricoverati in SPDC

P.L. Bandinelli, S. Ingretolli*, D. Panfili, G. Ducci

SPDC ACO "S. Filippo Neri" (DSM ASL Roma E); * Il Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma, c/o SPDC AO "S. Andrea"

Introduzione: questo lavoro si propone di verificare se due scale psicopatologiche comunemente usate nella pratica clinica (GAF e BPRS) possano essere utilizzate per valutare in modo oggettivo i criteri di dimissibilità di pazienti psichiatrici acuti ricoverati in un SPDC, indipendentemente da aspetti diagnostico-nosografici. Un ulteriore scopo è quello di analizzare quali siano le correlazioni significative tra i decrementi dei singoli item (o eventuali clusters di item) della BPRS, e gli incrementi medi dei punteggi GAF ottenuti al momento della dimissione.

Materiali e metodi: sono stati valutati retrospettivamente i punteggi delle scale BPRS e GAF al momento del ricovero (IN) e della dimissione (OUT) di 381 pazienti ricoverati presso il SPDC dell'ACO "S. Filippo Neri" di Roma. Sono state calcolate le medie totali e le medie dei singoli item IN e OUT, rispettivamente della GAF e della BPRS. Successivamente sono stati calcolati l'incremento medio e la percentuale di incremento tra la GAF IN e OUT, e il decremento medio e la percentuale di decremento tra la BPRS IN e OUT sia globale che per i singoli item.

Risultati e conclusioni: la media del punteggio GAF IN è risultata di 34,85, mentre la media del punteggio complessivo della BPRS IN è risultata di 56,85. All'OUT i valori si sono rispettivamente modificati in 56,74 e 37,68. Nel primo caso l'incremento è stato del 62,79%, e nel secondo caso il decremento è del 33,70%. Per quanto riguarda i singoli item della BPRS, i decrementi più significativi sono risultati quelli relativi ai disturbi comportamentali del paziente. Questo aspetto è interessante perché sembra rimandare, nella percezione di miglioramento di un paziente acuto, ad aspetti di controllo sociale più che di tipo psicopatologico.

P8. Lo studio osservazionale EPHAR: descrizione di una popolazione di 650 pazienti affetti da disturbo bipolare

A. Barraco, F. Mancini, A. Rossi, G. Biggio*, G. Cassano**

Direzione Medica, Eli Lilly Italia S.p.A.; * Dipartimento di Biologia Sperimentale, Sezione Neuroscienze, Università di Cagliari; ** Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

EPHAR è uno studio longitudinale, osservazionale di 12 mesi, che ha lo scopo di valutare le variabili che influenzano l'aderenza alla terapia in pazienti adulti affetti da disturbo bipolare.

Tra gennaio 2006 e febbraio 2007, in 42 Centri italiani, sono stati inclusi nello studio 686 pazienti che dovevano iniziare o cambiare la terapia per disturbo bipolare, di cui 650 valutabili (268 uomini, 382 donne).

Il 77,1% erano ambulatoriali. L'età media \pm SD era maggiore nelle donne ($49,4 \pm 12,7$ vs. $44,6 \pm 13,1$ anni). Più donne erano coniugate ($61,5$ vs. $44,8\%$); gli uomini lavoravano di più (tempo pieno $30,6\%$ vs. $15,7\%$). La maggior parte era sovrappeso (BMI 25-30 $41,8\%$) oppure obeso (BMI > 30 $28,7\%$). Il 9,7% consumava alcool in eccesso, il 47,2% erano fumatori, l'11,7% faceva uso di stupefacenti. La diagnosi era disturbo bipolare di tipo I nel 67,4%, di tipo II nel 32,5%. Il 40,6% dei pazienti presentava sintomi depressivi, il 26,2% misti, il 18,9% ipomaniacali ed il 10,2% maniacali; il 26,8% mostrava anche sintomi psicotici. Il 3,4% dei pazienti era al primo episodio. L'età alla diagnosi era $31,5 \pm 11,7$ anni. L'intervallo dall'ultimo episodio era $10,4 \pm 11,6$ mesi. La maggior parte dei pazienti aveva già avuto 2-3 episodi (47,0%) o 1 episodio (42,1%).

L'ampia popolazione inclusa nello studio EPHAR rappresenta una importante fonte di informazioni per determinare i fattori che determinano l'aderenza e gli outcome della terapia nei pazienti affetti da disturbo bipolare in Italia.

P9. Lo studio EPHAR: fattori predittivi di miglioramento sintomatologico in 12 mesi di osservazione

A. Barraco, F. Mancini, A. Rossi, G. Biggio*, G. Cassano**

*Direzione Medica, Eli Lilly Italia S.p.A.; * Dipartimento di Biologia Sperimentale, Sezione Neuroscienze, Università di Cagliari; ** Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa*

EPHAR è uno studio longitudinale, osservazionale di 12 mesi, che ha lo scopo di valutare le variabili che influenzano l'aderenza alla terapia in pazienti adulti affetti da disturbo bipolare.

Sono stati inclusi nello studio 686 pazienti che dovevano iniziare o cambiare la terapia per disturbo bipolare, di cui 650 valutabili dal punto di vista clinico.

L'analisi multivariata ha identificato i fattori predittivi di miglioramento clinico, valutato con le scale MADRS e CGI-BD, YMRS e di qualità della vita (scala EQ-5D) osservati nel corso dello studio. Questi vengono presentati in ordine di correlazione, intesa come probabilità statistica. Il punteggio MADRS totale è progressivamente passato da 19,6 a 9,7 dopo 12 mesi; il tipo di terapia, le variazioni della CGI-BD (depressione), della EQ-5D e della YMRS sono risultati correlati con questo miglioramento, così come il punteggio CGI-BD (malattia bipolare), il tipo di sintomi, l'uso di alcool, l'aderenza alla terapia.

Il punteggio YMRS totale è progressivamente passato da 11,7 a 5,6 dopo 12 mesi; l'aderenza alla terapia, i punteggi CGI-BD (mania e malattia bipolare), sono risultati correlati con questo miglioramento, così come il tipo di

sintomi, la presenza di sintomi psicotici, il tipo di terapia, la presenza di episodi depressivi e il fumo. Nella popolazione inclusa nello studio EPHAR, il tipo e l'aderenza alla terapia sono risultati importanti fattori predittivi di miglioramento clinico dei pazienti.

P10. Fattori predittivi di aderenza alla terapia per il disturbo bipolare: i risultati dello studio osservazionale EPHAR

A. Barraco, F. Mancini, A. Rossi, G. Biggio*, G. Cassano**

*Direzione Medica, Eli Lilly Italia S.p.A.; * Dipartimento di Biologia Sperimentale, Sezione Neuroscienze, Università di Cagliari; ** Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa*

EPHAR è uno studio longitudinale, osservazionale di 12 mesi, che ha lo scopo di valutare le variabili che influenzano l'aderenza alla terapia in pazienti adulti affetti da disturbo bipolare.

Sono stati inclusi nello studio 686 pazienti che dovevano iniziare o cambiare la terapia per disturbo bipolare, di cui 650 valutabili ai fini dell'aderenza misurata tramite il questionario semplificato per la valutazione dell'aderenza a terapia farmacologica (SMAQ).

L'analisi multivariata ha identificato associazioni tra livelli di aderenza e trattamento, caratteristiche dei pazienti e della patologia. Viene descritta la significatività dei diversi fattori identificati come predittivi di scarsa o buona aderenza nel periodo precedente la somministrazione della SMAQ.

Il 57,6% dei pazienti è risultato aderente alla terapia a 3 mesi, il 62,5% a 6 mesi, il 68,7% a 9 mesi, il 67,0% a 12 mesi.

Sono stati identificati come fattori predittivi di scarsa aderenza alla terapia (valori di $p < 0,05$): consumo di alcool, valori più alti della CGI-BD, della YMRS e della MADRS, mentre sono stati identificati come fattori di miglior aderenza l'età all'inizio della terapia e l'atteggiamento positivo verso la terapia.

Nella popolazione inclusa nello studio EPHAR, la sintomatologia bipolare più grave ed il consumo di alcool sono risultati predittivi di peggior aderenza mentre l'età più alta di inizio della terapia e la miglior attitudine sono risultate predittive di miglior aderenza alla terapia.

P11. Profilo cognitivo in pazienti con disturbo bipolare: valutazione nelle fasi di malattia ed in eutimia

C. Bellavia, A. Di Caro, C. Farinella, P. Audino*, S. La Grutta*, R. Lo Baido, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, * Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo*

Introduzione: la recente letteratura ha mostrato un crescente interesse verso lo studio del profilo cognitivo in

soggetti affetti da disturbo bipolare, approfondendo gli eventuali deficit presenti nelle diverse fasi della malattia e in condizioni di eutimismo.

Obiettivo: l'ipotesi di questo lavoro è che nei soggetti bipolari possano risultare compromesse alcune facoltà cognitive in maniera persistente. Tale condizione, non riguarderebbe unicamente i periodi di alternanza delle fasi depressive e maniacali, ma si verificherebbe anche in condizioni di eutimia.

Metodi: 25 soggetti bipolari (14 F e 11 M; età 49,3 ± 7,6) trattati con strumenti quali SCID I-II finalizzata alla formulazione della diagnosi e WAIS-R per evidenziare il funzionamento cognitivo presente durante una fase di malattia. La fase di re-test, in condizioni di eutimia, ha previsto l'uso dei Cubi di Koss per valutare la persistenza dei deficit cognitivi.

Risultati: lo studio, al momento ancora in corso, sembra suggerire l'ipotesi di una persistente compromissione cognitiva dei soggetti in esame: le funzioni psichiche maggiormente compromesse sono: l'orientamento spazio temporale e la capacità di concentrazione, e una imponente rigidità cognitiva che impedisce di adattare il loro pensiero nelle semplici situazioni della vita quotidiana.

Bibliografia

- Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell PB, Vieta E, Sachdev P. *Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia*. *Bipolar Disord* 2007;9:114-25.
- Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Reinares M, et al. *Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome*. *Bipolar Disord* 2004;6:224-32.

P12. Pazienti acuti con diagnosi di disturbo bipolare: studio preliminare sulle modificazioni dell'Insight durante il ricovero

C. Bressi, M. Porcellana, C. Manoussakis, P. Marinaccio, V. Vitali, A.C. Altamura

Clinica Psichiatrica Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: solo recentemente la letteratura internazionale ha rivolto la propria attenzione allo studio dell'Insight nei pazienti affetti da disturbi affettivi. Scopo del nostro studio è valutare le modificazioni dell'Insight nei pazienti affetti da disturbo bipolare durante la degenza in un reparto per acuti.

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente 20 pazienti ricoverati presso il reparto dell'UOP dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con diagnosi di disturbo bipolare (DSM-IV-TR). A ciascun paziente è stata somministrata la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) all'ingresso (T0) ed alla dimissione (T1).

Risultati: il confronto mediante paired samples t-test dei punteggi medi al T0 e al T1 ha evidenziato una riduzione statisticamente significativa nei seguenti item: consapevolezza di disturbo mentale ($t = 2,294$, $p = 0,049$) e della sintomatologia ($t = 2,237$, $p = 0,049$), delle conseguenze sociali della patologia psichica ($t = 3,051$, $p = 0,016$) e degli effetti positivi ottenuti con la farmacoterapia ($t = 2,000$, $p = 0,049$).

Conclusioni: i risultati preliminari del nostro studio suggeriscono che nel corso del ricovero i pazienti hanno acquisito un maggior livello di insight nelle sue diverse componenti. Oltre ad una maggior consapevolezza di malattia, viene riconosciuta l'efficacia della terapia farmacologica e la sua utilità preventiva rispetto alla sintomatologia.

Bibliografia

- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM, Endicott J. *Assessment of insight in psychosis*. *Am J Psychiatry* 1993;150:873-9.
- Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. *Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features*. *Am J Psychiatry* 2001;158:122-5.

P13. Indagine epidemiologica sull'aderenza alle linee guida per il trattamento della schizofrenia in 6 SPDC campani

M. Buonocore, S. Ammendola, A. Calento, C. Mazza, M. Piantadosi, M.G. Ravel, M. Morlino
Area Funzionale di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione: abbiamo analizzato l'aderenza alle principali linee guida per il trattamento della schizofrenia e verificato la sua influenza sull'outcome.

Metodi: sono stati rilevati dati socio-demografici, clinici e trattamenti di 153 pazienti psicotici presso 6 SPDC campani. Sono state somministrate: BPRS, CGI, GAF e OAS. I trattamenti sono stati confrontati con le linee guida sulla base di indicatori ad hoc.

Risultati: l'aderenza tot. (rapporto tra trattamento effettuato/suggerito) è bassa per il 54,9%, media per il 34,0%, alta per l'11%. Il valore medio di aderenza è 42,5%. L'aderenza è più bassa per il "trattamento in emergenza" (bassa = 83,8%; alta = 6,8%), ancora scarsa a 24 ore (bassa = 47,1%; alta = 16,3%), migliora in dimissione (bassa = 38,6%; alta = 23,5%). C'è maggior aderenza tra i pazienti "al primo ricovero" ($p = 0,002$), non in cura precedentemente ($p = 0,006$) e non in TSO, in particolare relativamente al trattamento in emergenza ($p < 0,001$). C'è associazione tra alta aderenza e valori elevati di GAF ($p = 0,001$). Una più alta aderenza determina un migliore outcome a BPRS e CGI ($p \leq 0,001$). All'analisi multivariata risultano predittive di maggiore aderenza: GAF elevata, BPRS inferiore all'ammissione, pazienti al primo ricovero.

Conclusioni: l'aderenza alle linee guida migliora l'outcome dei pazienti psicotici. I tassi di conformità sono piuttosto bassi; i pazienti cronici, più gravi e con più scarso "funzionamento sociale" sono più a rischio di essere trattati con bassa aderenza alle linee guida.

P14. Augmentation con duloxetina vs. placebo in un campione di schizofrenici partial responders in trattamento stabilizzato con antipsicotici atipici

M. Cacciola, M.R.A. Muscatello, D. Campolo, G. Pandolfo, U. Micò, A. Bruno, E. Abenavoli, T. Bagnato, D. La Torre C., D'Arrigo, E. Spina, R. Zoccali

UOC Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: trial clinici su modelli animali hanno dimostrato che l'augmentation con un inibitore selettivo del reuptake della NA, somministrato contemporaneamente ad un farmaco dopamino-antagonista, determina il potenziamento degli effetti di basse dosi di antipsicotici (Linner et al., 2002). Sulla base di tali evidenze, il presente studio ha lo scopo di valutare l'efficacia sulla sintomatologia clinica e sul funzionamento neurocognitivo dell'augmentation con la duloxetina, inibitore del reuptake della NA, in soggetti affetti da schizofrenia residua secondo i criteri del DSM-IV-TR, in trattamento stabilizzato con antipsicotici atipici (risperidone, olanzapina, clozapina).

Metodi: secondo una metodica randomizzata a doppio cieco vs. placebo a 60 pazienti schizofrenici partial responders in trattamento antipsicotico stabilizzato è stata somministrata duloxetina alla dose di 30 mg/die fino a 60 mg/die (T2) o placebo. Tutti i soggetti sono stati valutati al tempo 0, a 12 e 24 settimane mediante una batteria di test per l'assessment della sintomatologia positiva, negativa e delle funzioni cognitive (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS; Scala per la valutazione dei sintomi positivi, SAPS; Scala per la valutazione dei sintomi negativi, SANS; Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Fluenza verbale; Stroop test; Winsconsin Card Sorting Test, WCST).

Risultati: l'aggiunta di duloxetina ha migliorato significativamente lo scoring relativo ai sintomi negativi e la psicopatologia generale.

Conclusioni: l'augmentation con duloxetina in aggiunta al trattamento antipsicotico sembra essere una strategia potenzialmente utile nel miglioramento della sintomatologia negativa e generale nei soggetti schizofrenici che mostrano una risposta parziale.

P15. Valutazione del possibile effetto di mirtazapina in aggiunta ad olanzapina sui sintomi negativi e sulla working memory di pazienti con schizofrenia

G. Caforio*, M. Rizzo*, A. Rampino*, R. Romano*, P. Taurisano*, G. De Simeis*, G. Ursini*, L. Sinibaldi***, B. Dallapiccola****, M. Nardini*, A. Bertolino*

** Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria e Medicina Comportamentale, Università di Bari; ** IRCCS-CSS Mendel, Roma; *** Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Sapienza Università di Roma*

Gli AP atipici, che aumentano il rilascio di dopamina (DA) nella corteccia prefrontale (PFC), dimostrano (nonostante i casi resistenti) maggiore efficacia nel trattamento dei sintomi negativi e cognitivi. La mirtazapina (MIRT), antidepressivo NaSSA, tramite blocco α_2 presinaptico, che determina un'inibizione tonica delle proiezioni dopaminergiche prefrontali, incrementerebbe il rilascio di DA in PFC. Si è valutata l'efficacia di MIRT in aggiunta ad olanzapina (OLZ) nel trattamento dei sintomi negativi e cognitivi, in pazienti con schizofrenia, verificando anche l'eventuale effetto del genotipo COMT. 26 pazienti (età media: $29,7 \pm 7,2$, 19 maschi) sono stati arruolati in uno studio della durata di 56 giorni in doppio cieco con MIRT (30 mg), controllato con placebo, in add-on ad OLZ somministrata in monoterapia nei 56 giorni precedenti (dose media: $17,8 \pm 7$ mg). La sintomatologia è stata valutata con PANSS al tempo 0, 7, 14, 28, 56, 84 e 112 giorni di trattamento prima solo con OLZ e poi con MIRT/placebo e OLZ; le funzioni cognitive con N-Back, CPT e WCST. L'ANOVA a misure ripetute ha riscontrato un effetto significativo di MIRT sui sintomi negativi [$F(1, 21) = 4,5682, p = 0,044$], ma non sui punteggi delle altre scale PANSS e sulle funzioni cognitive esaminate. Non sussistono differenze tra i 2 gruppi in termini di genotipo COMT ($p > 0,2$). I risultati indicano che l'associazione di MIRT ad OLZ può costituire una valida strategia terapeutica per il miglioramento dei sintomi negativi.

Bibliografia

- Bertolino A, Caforio G, Blasi G, Rampino A, Sinibaldi L, Douzgou S, et al. *COMT Val(158)Met polymorphism predicts negative symptoms response to treatment with olanzapine in schizophrenia*. Schizophr Res 2007;95:253-5.
- Bertolino A, Caforio G, Blasi G, De Candia M, Latorre V, Petruzzella V, et al. *Interaction of COMT (Val(108/158)Met) genotype and olanzapine treatment on prefrontal cortical function in patients with schizophrenia*. Am J Psychiatry 2004;161:1798-80.

P16. Istituzione, organizzazione e avvio della prima Struttura Residenziale ad Alta Intensità Terapeutica (SRAIT) dedicata a pazienti giovani con stati mentali a rischio e disturbi gravi non stabilizzati

M.G. Capulli, I. Mazzotti, M. Scandurra, G. Sagù, E. Carella

UO Semplice Autonoma "Ripa Grande", Roma

Istituita ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale del Lazio, n. 424 del 14 luglio 2006, riconosciuta come Unità Operativa Semplice Autonoma del DSM dalla ASL RmA nel luglio 2008, la Struttura Residenziale ad Alta Intensità Terapeutica (SRAIT) "Ripa Grande" è una struttura sanitaria di tipo comunitario per il trattamento intensivo globale – psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale – per pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie e di post-acuzie che richiedono volontariamente interventi intensivi, non trattabili a domicilio e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Attraverso la mediazione della relazione terapeutica si aiuta i pazienti e le loro famiglie a superare la fase scompenso e si favorisce l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. L'assistenza è garantita 24 ore/24 e la permanenza nella Struttura è orientativamente di 60 giorni. Ha 13 posti letto e può accogliere pazienti tra i 18 e i 35 anni di tutte le ASL di Roma e del Lazio in regime residenziale e semi-residenziale.

L'obiettivo del nostro intervento in SRAIT è l'adesione al trattamento e la compliance al progetto terapeutico dei pazienti segnalati dai Medici di Medicina Generale (riduzione del Duration of Untreated Psychosis), dai colleghi dell'Unità Operativa Semplice Giovani Adulti del nostro DSM, dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e dai Servizi Territoriali (Centri di Salute Mentale, Centri Diurni).

Il nostro intervento inizia con l'analisi dei problemi personali, familiari e contestuali e formulare con il paziente, insieme alla sua famiglia e al curante territoriale, il progetto terapeutico che meglio si adatta alle esigenze psicopatologiche.

La Segnalazione arriva al Servizio e in tempi brevi il nostro Referente per quel per quel Distretto si reca alla struttura territoriale o al SPDC che ha segnalato il paziente e inizia la Valutazione. Il paziente e i suoi familiari sono invitati a conoscere "Ripa Grande" e viene loro illustrato il programma del percorso e le regole della Struttura; vengono individuati, condivisi e concordati gli obiettivi



FIGURA 1.

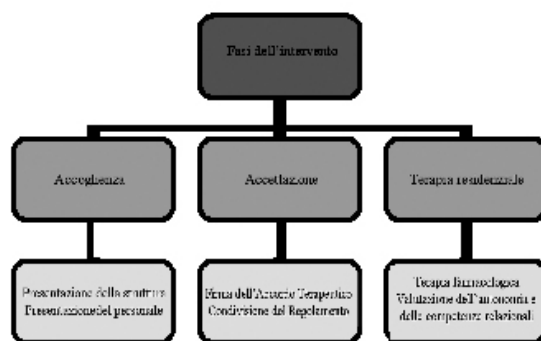


FIGURA 2.

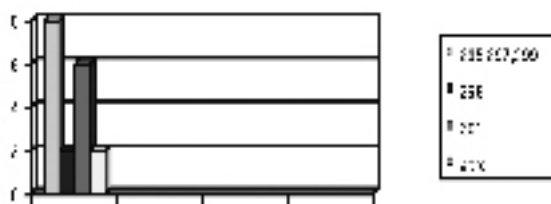


FIGURA 3.

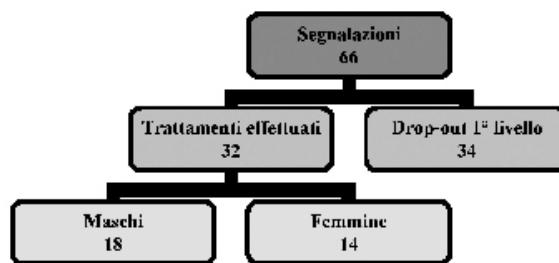


FIGURA 4.

realisticamente raggiungibili durante il percorso comunitario.

Nei primi 6 mesi della nostra attività abbiamo raccolto i dati riguardanti il numero delle segnalazioni e il numero dei casi trattati.

Le categorie diagnostiche sono in prevalenza rappresentate dalle psicosi e dai disturbi di personalità che alcuni Autori mettono in relazione con gli stati mentali a rischio.

La maggior parte dei pazienti ha un'età non superiore ai 24 anni; questo dato ci suggerisce l'importanza di avere un luogo dedicato che favorisca le atmosfere emotive adeguate alla giovane età

Conclusioni: ad una prima ricognizione emergono: un'equa distribuzione tra maschi e femmine ed una prevalenza della fascia di età tra i 18 e i 24 anni. La continuazione di questo studio permetterà di valutare la capacità di questa Struttura di incidere positivamente sulla riduzione del numero di drop-out tra il primo contatto con i Servizi ed una presa in carico efficace.

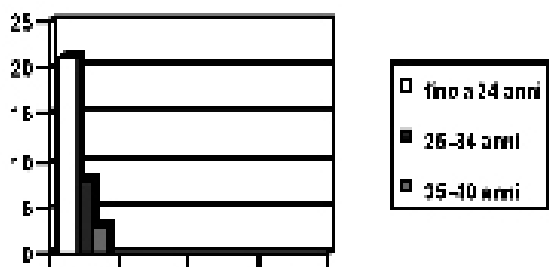


FIGURA 5.

Bibliografia

- Ferruta A, Galli T, Loiacono N. *Uno spazio condiviso*. Roma: Borla 1994.
- Cocchi A, Meneghelli A. *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*. Torino: Centro Scient. Ed. 2004.
- Popolo R, Balbi A, Vinci G. *Early Psychosis: dalla valutazione al trattamento*. Roma: Alpes Italia 2007.

P17. Stile di attaccamento e interferenza sulla qualità di vita in pazienti con depressione unipolare e bipolare

A. Cardini, L. Lari, C. Gesi, M. Muti, M. Abelli, G.B. Cassano, S. Pini

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

Introduzione: ad oggi non risulta esplorato se gli stili di attaccamento siano diversamente rappresentati in pazienti con disturbi dell'umore e che impatto abbiano sui loro livelli di funzionamento.

Metodo: 256 pazienti ambulatoriali con diagnosi di disturbo depressivo maggiore (DDM), disturbo bipolare I o II (BD I, BD II) e disturbi d'ansia sono stati valutati tramite SCID-I, Sheehan Disability Scale (SDS), Attachment Style Questionnaire (ASQ) e Relationship Questionnaire (RQ).

Risultati: i pazienti con BD II mostrano punteggi inferiori all'item relativo all'attaccamento sicuro della RQ ($p = 0,02$) e alla dimensione "fiducia" della ASQ ($p = 0,04$) e punteggi più alti nella dimensione "bisogno di approvazione" della ASQ ($p = 0,02$).

L'indagine sulla qualità di vita mostra che le dimensioni "fiducia" e "relazioni come secondarie" della ASQ si associano a una minore interferenza sulla vita sociale ($p = 0,00$; $p = 0,01$) mentre la dimensione "bisogno di approvazione" si associa a maggiore interferenza ($p = 0,05$). La diagnosi di DDM e la dimensione "bisogno di approvazione" si associano ad una maggiore compromissione della vita familiare ($p = 0,02$; $p = 0,01$).

Conclusioni: i diversi stili di attaccamento non appaiono diversamente rappresentati nelle classi diagnostiche considerate. Tuttavia i pazienti con BD II presentano un pattern di attaccamento meno sicuro rispetto agli altri.

Infine, le dimensioni relative ad un attaccamento insicuro, piuttosto che la diagnosi principale, sembrano associarsi alla compromissione del funzionamento sociale.

P18. Lo spettro dell'umore sottosoglia: differenze di genere

M. Carlini, F. Golia, P. Rucci, J. V. Bizzarri*, I. Di Noi, L. Amendola, A. Maremmani, L. Bevilacqua, D. Marazziti, L. Dell'Osso

*Dipartimento di Psichiatria, Farmacologia, Neurobiologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Servizio per le Dipendenze, ASL Bolzano*

Esiste un'ampia letteratura riguardante le differenze di genere nei tassi di prevalenza di specifici disturbi mentali, come nel caso dei disturbi dell'umore. Minor attenzione è stata posta alle differenze di genere nella sintomatologia sottosoglia dell'umore. Lo scopo dello studio consiste nel valutare le differenze nello spettro dell'umore in rapporto al genere.

Il campione di studio è costituito da un gruppo di 102 pazienti bipolari, un gruppo di 117 pazienti con depressione ricorrente, entrambi in fase di remissione ed un gruppo di controllo costituito da 114 soggetti affetti da patologia gastroenterica. Tutti i soggetti sono stati valutati con la MINI e lo SCI-MOODS.

Il punteggio totale medio dei controlli di sesso femminile è superiore rispetto a quelli di sesso maschile in modo significativo ($p < 0,05$). La media del punteggio per la componente depressiva è maggiore nelle donne, sia nei bipolari ($p = 0,05$) che nei controlli ($p < 0,01$). Nel dominio ritmicità e funzioni vegetative sono state rilevate differenze significative nelle donne di tutti e tre i gruppi. I dati ottenuti da questo studio dimostrano che nei controlli la presenza di spettro dell'umore è condizionata in modo significativo dal genere, con una chiara prevalenza per il sesso femminile. Ciò non si verifica in modo così netto nei due campioni affetti da patologia di asse I. Questo indica che la presenza di una psicopatologia potrebbe ridurre l'impatto del genere sul quadro sintomatologico.

P19. Riduzione del rapporto sierico proBDNF/BDNF in pazienti schizofrenici cronici

D. Carlino, E. Leone*, R. Marin, E. Tongiorgi*, M. De Vanna

*U.C.O. di Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, * BRAIN, Centro Interdipartimentale per le Neuroscienze, Università di Trieste*

Obiettivi: il Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), membro della famiglia delle neurotrofine (NT), svolge un ruolo centrale in molte funzioni del SNC, dalla differenziazione e dalla sopravvivenza neuronale alla sinaptogenesi e a forme attività-dipendenti di plasticità sinaptica.

Non esistono studi in letteratura sul possibile ruolo della forma immatura del BDNF (proBDNF) nell'uomo. Infatti, il proBDNF svolge un ruolo cruciale nelle vie di traduzione del segnale interagendo con il recettore per le NT p75 (p75^{NTR}) con effetti opposti a quelli della forma matura. Sulla base di queste evidenze, abbiamo confrontato il rapporto proBDNF/BDNF tra pazienti schizofrenici cronici e controlli sani.

Metodi: i livelli totali di BDNF sono stati misurati utilizzando uno specifico kit ELISA in 40 soggetti affetti da schizofrenia e 40 controlli sani. Per valutare il rapporto proBDNF/BDNF è stato predisposto un apposito western blot. Per rilevare differenze tra i due gruppi in termini di livelli sierici totali di BDNF e proBDNF/BDNF è stato utilizzato il test one-way ANOVA ($p < 0,05$).

Risultati: non sono emerse differenze significative pazienti e controlli per quanto riguarda i livelli sierici totali di BDNF. Al contrario, un ridotto proBDNF/BDNF è stato osservato nei pazienti.

Conclusioni: questo studio dimostra che il proBDNF può essere misurato nel siero umano e che il rapporto proBDNF/BDNF è alterato in pazienti schizofrenici cronici, modificando i processi di plasticità neuronale.

P20. Spettro bipolare lifetime e suicidalità in pazienti con lutto complicato

C. Carmassi, S. Tonini, F. Mundo, R. Paggini, D. Cesari, C. Vizzaccaro, P. Landi, A. Maremmiani, D. Marazziti, L. Dell'Osso

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

Obiettivo: i pazienti con lutto complicato (LC) sono caratterizzati da elevata suicidalità e quest'ultima risulta maggiore quando sia presente una comorbidità per disturbo bipolare (DB). Studi nella popolazione generale hanno rilevato un'associazione significativa tra i sintomi maniacali/ipomaniacali e maggiori livelli di suicidalità in pazienti senza DB. Scopo del presente studio è di indagare la presenza di un'associazione tra il numero di sintomi di spettro maniacale/ipomaniacale e la suicidalità in pazienti con LC. 50 pazienti con diagnosi di LC (Inventory of Complicated Grief ≥ 25), sono stati valutati mediante SCID-P (DSM-IV-TR, 2000) e Mood Spectrum-SR versione lifetime (MOODS-SR), questionario per lo spettro dell'umore. Nove pazienti presentavano diagnosi di DB (N = 1 tipo I; N = 8 tipo II).

Risultati: è emersa un'associazione significativa tra il numero di sintomi maniacali/ipomaniacali, depressivi e ritmicità/funzioni vegetative del MOODS-SR e la presenza di ideazione o tentativi di suicidio. L'associazione tra ideazione suicidaria e sintomi maniacali/ipomaniacali, o ritmicità/funzioni vegetative, è rimasta significativa anche dopo aver introdotto, nel modello statistico, una variabile dicotomica per la presenza di depressione maggiore in comorbidità.

Conclusioni: in conclusione, una maggiore attenzione andrebbe posta alla valutazione lifetime dei sintomi maniacali/ipomaniacali e ritmicità/funzioni vegetative nei pazienti con LC, indipendentemente dai sintomi depressivi, in quanto associati a maggiore suicidalità.

P21. Comorbidità bipolare sottosoglia e suicidalità in pazienti con disturbo post-traumatico da stress

C. Carmassi, R. Paggini, F. Mundo, S. Tonini, C. Vizzaccaro, D. Cesari, L. Amendola, P. Landi, A. Maremmiani, D. Marazziti, L. Dell'Osso

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

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è caratterizzato da un elevato rischio suicidario, con tassi maggiori in presenza di comorbidità con disturbo bipolare (DB). Parallelamente, studi clinici nella popolazione generale hanno evidenziato un'associazione tra suicidalità e sintomi maniacali/ipomaniacali in soggetti senza diagnosi di asse I di DB. Scopo del presente studio è stato quello di determinare la frequenza dei sintomi di spettro bipolare, e la loro correlazione con la suicidalità, in pazienti con PTSD cronico senza DB.

65 pazienti con PTSD sono stati valutati mediante SCID-P (DSM-IV-TR, 2000) e Mood Spectrum-SR versione lifetime (MOODS-SR), questionario per la valutazione dello spettro dell'umore.

Applicando un modello di regressione logistica è emersa un'associazione statisticamente significativa tra il numero di sintomi delle componenti depressiva e maniacale del MOODS-SR e l'ideazione suicidaria o i piani di suicidio (componente depressiva: OR = 1,11, 95% IC: 1,08-1,24; componente maniacale: OR = 1,09, 95% IC: 1,04-1,15). Valutando l'impatto della presenza di depressione maggiore in comorbidità sulla correlazione tra la componente maniacale del MOODS-SR e l'ideazione suicidaria o i piani di suicidio, non sono emerse differenze.

I nostri risultati suggeriscono come la valutazione lifetime dei sintomi di spettro maniacali possa risultare clinicamente utile per identificare i pazienti con PTSD a maggiore rischio suicidario.

P22. Schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo bipolare: differenze nelle abilità di percezione emotiva o continuum di prestazioni?

F. Castagna, T. Mongini, C. Montemagni, M. Sigaudò, S. Zappia, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: sono state riportate in letteratura diverse evidenze su comuni pattern sintomatologici, neurobiologici, genetici ed epidemiologici tra la schizofrenia (SZ), il disturbo schizoaffettivo (SA) e il disturbo bipo-

lare (BP). Le differenze che si riscontrano tra queste categorie diagnostiche sembrano soprattutto quantitative, come è stato dimostrato per le disfunzioni cognitive e sono limitate le evidenze disturbo-specifiche come quelle riguardanti i fattori di rischio o il funzionamento premorboso. Un ambito di confronto poco esplorato è lo studio del riconoscimento dell'espressione facciale e quello dell'espressione vocale (prosodia). L'obiettivo di questo lavoro è indagare le capacità di percezione affettiva in tre gruppi di pazienti affetti da SZ, SA e BP per indagare se rispetto a questa abilità si pongano lungo un continuum di prestazioni o se vi siano delle differenze significative.

Metodi: sono stati al momento reclutati 31 pazienti con SZ, 15 con SA e 23 con BP, afferenti alla SCDU Psichiatria 1, AOU "San Giovanni Battista" di Torino, in fase stabile di malattia. I pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione psichiatrica che ha incluso un'intervista semi-strutturata per le caratteristiche demografiche e cliniche, la somministrazione di una serie di scale e questionari per analizzare la gravità del disturbo, e della sintomatologia, la valutazione della percezione delle emozioni facciali e vocali mediante il Comprehensive Affect Testing System, CATS, precedentemente tradotto in italiano dal nostro gruppo di ricerca.

Risultati: non emergono differenze significative tra le tre categorie diagnostiche e le prove di percezione emotiva (emozioni facciali e vocali), eccetto che per il compito "Three faces", che valuta la capacità di riconoscere, confrontare e abbinare espressioni facciali emotive identiche, tra i pazienti con SZ e quelli con BP. Le prestazioni dei pazienti si distribuiscono lungo un continuum (SZ < SA < BP).

Conclusioni: i risultati ottenuti sulle prestazioni di percezione emotiva nei soggetti con SZ, SA e BP sono compatibili con la nozione di continuum psicotico.

Bibliografia

- Allardyce J, Gaebel W, Zielaske J, van Os J. *Deconstructing psychosis conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis*. Schizophr Bull 2007;33:863-7.
- Thaker GK. *Neurophysiological endophenotypes across bipolar and schizophrenia psychosis*. Schizophr Bull 2008;34:760-73.
- Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK, et al. *Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders*. Schizophr Bull 2008;20.
- Maier W. *Common risk genes for affective and schizophrenic psychoses*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258(Suppl 2):37-40.

P23. Potenziale ereditarietà di schizotipia e deficit di working memory in fratelli sani di pazienti con schizofrenia

C. Castellana, L. Lo Bianco, B. Gelao, A. Porcelli, R. Romano, M. Rizzo, G. Blasi, G. Caforio, M. Nardini, A. Bertolino

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

L'utilizzo dei fenotipi intermedi può permettere di comprendere il rapporto tra genetica della schizofrenia e le manifestazioni fisiopatologiche e comportamentali correlate. Diversi studi hanno rilevato in fratelli sani di pazienti schizofrenici la presenza di deficit cognitivi e di tratti schizotipici intermedi fra soggetti sani e pazienti. Si può ipotizzare, pertanto, che i fratelli non affetti "performino" peggio in compiti neurocognitivi e che riportino la presenza di tratti schizotipici rispetto a soggetti sani. Scopo dello studio è valutare le performance in compiti neurocognitivi di fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia rispetto ad un gruppo di controllo. 20 fratelli non affetti e 25 soggetti sani, comparabili per una serie di variabili sociodemografiche, sono stati sottoposti ad una batteria di test cognitivi. Inoltre, un sottocampione composto da 20 controlli sani e 10 fratelli non affetti ha compilato lo Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ). I risultati mostrano che i fratelli non affetti di pazienti presentano performance di working memory peggiori e punteggi maggiori all'SPQ rispetto ai soggetti sani ($p < 0,05$). Non si sono riscontrate differenze in compiti che valutano l'attenzione e le funzioni esecutive ($p > 0,05$). Tali risultati, pertanto, sembrano suggerire l'ereditarietà di questi fenotipi che potrebbero essere utilizzati come fenotipi intermedi per studiare la vulnerabilità genetica alla schizofrenia.

P24. QTc ed antipsicotici. Uno studio osservazionale su 119 pazienti ricoverati presso SPDC AUSL Valle d'Aosta

C.I. Cattaneo, G. Castignoli*, F. Ressico, A. Raballo**, A. Verde***, A. Colotto

*Dipartimento di Salute Mentale, AUSL 1 Valle d'Aosta; * CSM Borgomanero, DSM Nord ASL 13 Novara; ** University of Copenhagen, Centre for Subjectivity Research; *** Ospedale Niguarda Cà Granda Milano*

Introduzione: alcuni farmaci del SNC sembrano correlate con l'allungamento dell'intervallo QT, aumentato rischio di aritmie ed aumentata incidenza di sudden death. Recentemente l'attenzione della farmacovigilanza si è concentrata sulla categoria degli antipsicotici, tipici ed atipici.

Metodi: 119 pazienti ricoverati presso lo SPDC dell'AUSL 1 VDA per un disturbo di area schizofrenica (gennaio 2007-agosto 2008) in terapia da almeno 1 anno con antipsicotici tipici (aloperidolo) ed atipici (risperidone, olanzapina, aripiprazolo) hanno eseguito un ECG basa-

le; è stato calcolato il QTc di ogni tracciato (verificato da 3 cardiologi differenti) ed i dati inseriti in un database SPSS. I pazienti erano stati precedentemente selezionati e stratificati per sesso, età e molecola assunta.

Risultati: i valori medi di QTc non sono risultati statisticamente differenti tra i gruppi che assumevano molecole differenti (390 ± 18 maschi, 410 ± 15 femmine); una sola paziente ha dovuto interrompere la terapia antipsicotica con risperidone poiché mostrava un QTc borderline (462 ms). Nel periodo analizzato non si sono repertati eventi cardiaci gravi in nessuno dei pazienti osservati.

Conclusioni: i dati del campione analizzato non hanno mostrato alcun allungamento del QTc oltre la soglia di rischio (430 ms M, 450 ms F), tranne per una sola paziente che, peraltro, lo ha mantenuto anche dopo la sospensione del trattamento psicofarmacologico. Nessuna differenza significativa è quindi osservabile tra le differenti molecole antipsicotiche.

Bibliografia

- 1 Schwartz PJ. *Management of long QT syndrome*. Nat Clin Pract Cardiovasc Med 2005;2:346-51.
- 2 Tisdale JE, Kovacs R, Sharma N, Rosman H. *Accuracy of uncorrected vs. corrected QT interval for prediction of torsade de pointes associated with intravenous haloperidol*. Pharmacotherapy 2007;27:175-82.

P25. Aspetti di collateralità neuroendocrina di risperidone orale, long acting iniettivo e paliperidone

C.I. Cattaneo, N. Barucci, G. Castignoli*, S. Manfrinati, A. Colotto

D.S.M. AUSL 1, Valle d'Aosta; * D.S.M. Nord ASL 13 Novara, CSM Borgomanero (NO)

Introduzione: dalla letteratura si evince come il risperidone aumenti i livelli plasmatici di prolattina, in modo significativo. A ciò conseguono effetti collaterali quali amenorrea, galattorrea, ginecomastia e disturbi della sfera sessuale e riproduttiva.

Metodi: 36 pazienti ambulatoriali (19 maschi, 17 femmine) con diagnosi di disturbo schizofrenico sono stati randomizzati in 3 gruppi (risperidone orale, risperidone iniettivo, paliperidone). Il dosaggio medio era rispettivamente 5,8 mg/die, 37,5 mg/14 gg and 6,8 mg/die. I livelli di prolattina sono stati dosati alla baseline, dopo 1 mese e dopo 3 mesi. I pazienti sono stati intervistati sugli effetti collaterali soggettivi.

Risultati: i livelli di prolattina si sono elevati in tutti e 3 i gruppi. Dopo un mese il gruppo risperidone orale ha mostrato la prolattinemia più elevata, in modo non significativo; questa osservazione diviene statisticamente significativa ($p < 0,05$) al terzo mese. La formulazione long acting iniettivo sembrerebbe incidere meno sull'aspetto neuroendocrino, sebbene questo dato non raggiunga mai la significatività.

Conclusioni: le tre molecole si sono rivelate similmente

efficaci sui sintomi di area schizofrenica e globalmente ben tollerate. Gli effetti collaterali endocrini sono risultati sovrapponibili, con un profilo lievemente più vantaggioso per la formulazione iniettiva e per il paliperidone.

A26. Epidemiologia del disturbo bipolare: due quinquenni a confronto

V. Caudullo, G. Crisafulli, A. Ciancio, C. Guglielmino, V. Messina, L. Pop, G. Prossimo, M. Vazzano, C. Calandra

AOU Policlinico di Catania, Clinica Psichiatrica

Introduzione: la prevalenza del disturbo bipolare varia dall'1 al 4% della popolazione adulta. Il 70% dei pazienti bipolari può sfuggire alla diagnosi ed essere classificato come depressione unipolare: la differenziazione fra i due disturbi è fondamentale, in quanto le due condizioni differiscono nella fisiopatologia, nel decorso, nella prognosi e nel trattamento farmacologico.

Obiettivi: verificare se l'incidenza del disturbo bipolare è recentemente più frequente e se emerge una prescrizione terapeutica inappropriata.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su 2000 cartelle cliniche di pazienti assistiti in DH dal 1995 al 2000 e dal 2003-2008. È stata valutata la prevalenza dei disturbi dell'umore, l'incidenza del disturbo bipolare, con attenzione ai dati epidemiologici (età, sesso, familiarità e comorbidità) ed ai diversi approcci terapeutici.

Risultati: è emersa una maggior incidenza della diagnosi di disturbo bipolare nel quinquennio 2003-2008, al quale corrisponde un maggior utilizzo di SSRI e stabilizzanti dell'umore e che questa diagnosi è più frequente nel sesso maschile.

Conclusioni: l'ipotesi secondo cui la diagnosi di disturbo bipolare sia cresciuta negli ultimi anni è stata dimostrata. Ciò probabilmente è dovuto ad una maggiore maneggevolezza dei nuovi antidepressivi che ha incoraggiato una prescrizione inappropriata, in quanto sarebbero stati prescritti in casi che avrebbero richiesto una più attenta analisi, prima dell'approccio farmacologico ed un accurato monitoraggio.

P27. Cell density is reduced and correlation between magnopyramidal neurons and callosal axon number is lost in Planum Temporale in schizophrenia

S.A. Chance, R. Simper**, M. Walker**, G. Black**, E. Di Rosa*, T.J. Crow**

Schizophrenia Research, Neuropathology, West Wing, John Radcliffe Hospital, Headington, Oxford, UK; * Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina, Messina Italy; ** SANE-POWIC, Warneford Hospital, Oxford, Headington, UK

The Planum Temporale is part of the posterior surface

of the temporal lobe. It supports auditory language processing and is functionally connected with Heschl's gyrus and the superior temporal sulcus. It projects to the contralateral hemisphere via the isthmus of the corpus callosum. Hemispheric asymmetry of planum temporale (PT) is altered in schizophrenia and it is activated during auditory hallucinations. Cytoarchitectural changes suggest impaired Layer III feedforward projection neurons.

Method: we measured layer III cell density and pyramidal neuron size in PT of both hemispheres of schizophrenic (n = 16) and control (n = 16) subjects.

Results: cell density of the planum temporale was decreased in layer III in schizophrenia, particularly for pyramidal cells.

Pyramidal cell size did not show any asymmetry or difference by diagnosis or sex.

Magnopyramidal neurons were normally larger in the left hemisphere but not in schizophrenia. This was significant even after taking brain weight as covariate.

There was a trend of L > R asymmetry in magnopyramidal cell density which was reversed in schizophrenia. This was lost when brain weight was included as a covariate.

There was a significant relationship between the frequency of magnopyramidal cells and the number of axons in the connecting regions of the corpus callosum in controls which was lost in schizophrenia.

Conclusions: the findings offer a cytoarchitectural basis for PT and white matter abnormalities in schizophrenia.

P28. Differente profilo di risposta alla TEC nei pazienti con depressione unipolare, bipolare I e bipolare II

M. Ciuffa, G. Perugi, P. Medda, S. Zanella, G.B. Cassano

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

Obiettivo: lo scopo di questo studio è quello di valutare la differente risposta alla TEC in pazienti con depressione unipolare, bipolare II e bipolare I resistenti al trattamento farmacologico.

Metodi: 130 pazienti con depressione farmacoresistente, di cui 17 con diagnosi di depressione maggiore (UP), 67 con disturbo bipolare II (BP II) e 46 con disturbo bipolare I (BP I), sono stati sottoposti ad un ciclo di TEC bisettimanale e valutati attraverso l'uso di varie scale sintomatologiche [Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Young Mania, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e Clinical Global Improvement (CGI)], prima e dopo il ciclo di trattamento con TEC.

Risultati: veniva registrato un miglioramento significativo in tutte le scale per tutti i tre gruppi. Gli UP presentavano la migliore risposta al trattamento, mentre il gruppo con BPI mostrava i risultati meno buoni. I pazienti BPI mostravano infatti un minor grado di remissione e

punteggi più elevati nel totale della Young Mania e nella BPRS psychotic cluster alla valutazione finale.

Conclusioni: la TEC risulta essere una opzione terapeutica efficace per il trattamento di forme depressive resistenti sia unipolari che bipolari. Tuttavia, una migliore risposta sia in termini quantitativi che qualitativi si osserva negli UP mentre i BPI tendono a mostrare sintomi residui di tipo maniacale e psicotico.

P29. Differente profilo di risposta alla TEC in pazienti bipolari I con depressione e stato misto farmacoresistenti

M. Ciuffa, G. Perugi, P. Medda, S. Zanella, G.B. Cassano

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

Obiettivo: l'efficacia della terapia elettroconvulsivante (TEC) nel disturbo bipolare, sia sulle fasi depressive che maniacali è ben documentata, sono invece disponibili pochi dati sullo stato misto (MS). Lo scopo di questo studio è stato quello di confrontare l'efficacia della TEC su pazienti affetti da disturbo bipolare I in fase depressiva e in Stato Misto.

Metodi: 96 pazienti affetti da disturbo bipolare I farmacoresistente (46 in fase depressiva e 50 in stato misto) sono stati sottoposti ad un ciclo bisettimanale di TEC tra gennaio 2006 e febbraio 2008 valutando i punteggi ottenuti in varie scale di valutazione prima e dopo il trattamento. La valutazione iniziale e finale dei pazienti veniva effettuata attraverso l'uso di scale quali l'Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), la Young Mania (YM), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e la Clinical Global Improvement (CGI).

Risultati: i punteggi ottenuti sia nella CGI che nella HAM-D risultavano simili nei due gruppi, con percentuali di risposta e remissione sovrapponibili. Tuttavia, i punteggi finali del totale Young Mania, del totale BPRS total e del BPRS psychotic cluster risultavano significativamente più alti nel gruppo con MS.

Conclusioni: i risultati ottenuti suggeriscono l'uso della TEC come una valida e sicura alternativa anche nel trattamento dello MS, in particolar modo nei casi resistenti alla farmacoterapia. I pazienti con stato misto, tuttavia, presentano una quota residua di agitazione e di sintomi psicotici rispetto ai pazienti con depressione "pura".

P30. Disturbi dello spettro schizofrenico ed eccesso ponderale

E. Corda, R. Maccioni, F. Pinna, B. Carpiello

Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: l'obesità è correlata ad un significativo incremento di rischio per diabete mellito non insulino-dipendente, patologie cardiovascolari e alcuni tipi di neo-

plasie, condizioni che contribuiscono all'aumento della mortalità in questa categoria di pazienti. Dai dati di letteratura emerge, nel complesso, un'elevata incidenza di sovrappeso e obesità tra i pazienti schizofrenici, risultata, a seconda degli studi, uguale o superiore rispetto a quella della popolazione generale. L'incremento ponderale può rappresentare un motivo di interruzione o scarsa compliance alla terapia, con conseguenti ricadute e cronicizzazione del disturbo. Lo scopo dello studio è quello di rilevare la prevalenza di obesità e sovrappeso in termini di BMI e distribuzione del grasso corporeo (circonferenza addominale) in pazienti ambulatoriali non selezionati affetti da schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Materiali e metodi: il campione è costituito da una serie consecutiva di 126 pazienti ambulatoriali, 75 maschi e 51 femmine, di età compresa tra i 19 e i 77 anni. Per quanto concerne la distribuzione per classi diagnostiche, n = 44 pazienti soddisfano i criteri del DSM-IV per una diagnosi di disturbo schizofrenico, n = 68 per disturbo schizoaffettivo, n = 9 per disturbo delirante e n = 5 per psicosi NAS. Il rilevamento dei dati è stato effettuato utilizzando una scheda di sintesi individuale dei dati socio-anagrafici e dei dati clinico-anamnestici del paziente, appositamente predisposta. È stata valutata la distribuzione dei pazienti in base alle variabili socio-anagrafiche, età di esordio della patologia, età del primo trattamento farmacologico e tipo di farmacoterapia attualmente praticata. I risultati relativi al BMI e alla circonferenza addominale sono stati confrontati con i dati ISTAT 2005 riguardanti la popolazione generale italiana e sarda e con i dati dell'Osservatorio Cardiovascolare Italiano.

Risultati: il BMI medio dei pazienti del campione è pari a 27 kg/m², indicativo di eccesso ponderale. Il 26,2% dei pazienti psicotici vs. il 9,8% della popolazione generale italiana, vs. il 9,4% della popolazione generale sarda presenta una condizione di obesità; il 37,3% dei pazienti psicotici vs. il 34,2% della popolazione generale italiana e il 31,9% della popolazione generale sarda, secondo i dati ISTAT 2005, presenta una condizione di sovrappeso. Relativamente alla circonferenza addominale, il 37% dei maschi e il 61% delle femmine del nostro campione, vs. il 24% dei maschi e il 37% delle femmine della popolazione generale italiana, si colloca oltre il limite superiore indicativo di aumentato rischio cardiometabolico.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano, nel complesso, con i dati di letteratura sull'aumentata prevalenza di eccesso ponderale nei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico. Si conferma, inoltre, la relazione esistente fra uso di antipsicotici atipici e aumento rischio di obesità addominale. Tali dati sottolineano la necessità di adottare strategie per la riduzione del rischio di incremento ponderale nei pazienti psicotici.

Bibliografia

Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR, Hancock E, Taylor DM. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophr Bull* 2007 May 4.

Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J. *Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study*. *Schizophr Res* 2007;90:162-73.

Suvisaari JM, Saarni SI, Perälä J, Suvisaari JV, Härkänen T, Lönnqvist J, et al. *Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey*. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1045-55.

P31. Schizofrenia: percorsi ed esiti. 30 anni di osservazione nel distretto di Copparo, Ferrara

G. Cremante, A. Galuppi, P. Mazzoni, M.G. Nanni, M.C. Turola

Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL Ferrara

A 30 anni dall'introduzione del modello di assistenza territoriale vengono studiati i percorsi individuali di tutti i 201 casi con diagnosi di schizofrenia venuti a contatto con il Servizio Psichiatrico Territoriale di Copparo (FE) dal 1978 a oggi.

Fonti dei dati: database informatico aziendale e cartelle cliniche.

Parametri rilevati: data e luogo del I contatto con il DSM (T0), età al T0, n./durata dei ricoveri, tempo totale di degenza, frequenza a centri diurni, n. interventi territoriali/anno, eventuali decessi.

Per i 115 soggetti in carico nel 2008, indicatori di esito sono:

- livello di sintomatologia à BPRS versione 4.0;
- funzionamento globale à scala FPS del VADO;
- qualità di vita percepita à scala WHOQOL autosomministrata.

È possibile identificare gruppi di soggetti con differenti percorsi ed esiti, in 2.424 anni totali di osservazione (media 12 aa./caso), con età media al T0 36,5 ± 14,3. Nel 59% dei casi la sintomatologia attuale è assente o molto lieve e il 53% dei soggetti ha un funzionamento normale o con moderate difficoltà; il 27% invece manifesta gravi difficoltà nel funzionamento personale e sociale.

I dati naturalistici osservati sono in linea con la letteratura internazionale e mostrano la possibilità di un andamento favorevole della schizofrenia; questo sottolinea l'importanza di informazione, psicoeducazione del paziente e delle famiglie, necessità di ricercare la compliance al trattamento e di prevenire la disabilità, evitando lo stigma.

P32. Correlati socio-demografici e clinici della sindrome metabolica nel disturbo bipolare

V. D'Ambrosio, V. Salvi, U. Albert, G. Maina

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

Introduzione: per sindrome metabolica (SM) si intende la compresenza di fattori di rischio cardiovascolare (obe-

sità addominale, iperglicemia, dislipidemia, ipertensione). La prevalenza di tali fattori di rischio è elevata nei pazienti con DB. Alcuni studi condotti sia in America che in Europa, hanno evidenziato una prevalenza di SM in pazienti con DB che varia tra il 18 e il 49%^{1,2}. Scopo del presente studio è stimare la prevalenza di SM in un campione di pazienti italiani con DB e di determinarne l'associazione con le caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Materiali e metodi: il campione è costituito da pazienti con DB consecutivamente afferiti al Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia dell'Università di Torino dall'aprile 2006 all'agosto 2008. A tutti i pazienti è stata somministrata un'intervista semistrutturata per rilevare: 1) caratteristiche socio-demografiche e cliniche; 2) terapie psicofarmacologiche; 3) informazioni sullo stile di vita (abitudine al fumo, consumo di alcolici, attività fisica). Per tutti i pazienti sono stati rilevati peso, altezza, BMI, circonferenza addominale, pressione arteriosa ed è stato effettuato un prelievo di sangue venoso per conoscere i livelli di glicemia, trigliceridi e HDL. Per la definizione di SM sono stati utilizzati i criteri NHLBI³.

Risultati: il campione è costituito da 161 pazienti affetti da DB (tipo I, II, NAS e schizoaffective bipolare). Il 22,6% del campione totale soddisfa la diagnosi di SM senza differenze nelle caratteristiche socio-demografiche, fatta eccezione per l'età media dei pazienti, significativamente più elevata nel gruppo con SM. Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche, i pazienti con SM hanno una durata di malattia maggiore, un BMI più elevato, obesità addominale, livelli di pressione arteriosa, glicemia, trigliceridi e HDL più elevati rispetto ai pazienti con DB non affetti da SM. La presenza di SM è inoltre correlata ad una minore attività fisica.

Conclusioni: il nostro campione di pazienti con DB presenta una prevalenza di SM pari al 22,6%, superiore a quella della popolazione generale italiana e sovrapponibile a quella riscontrata in studi precedenti condotti nell'area mediterranea europea. I pazienti con DB e SM sono mediamente più vecchi e hanno una maggior durata di malattia.

Bibliografia

- 1 Cardenas J, Frye MA, Marusak SL, Levander EM. *Modal sub-components of metabolic syndrome in patients with bipolar disorder*. J Affect Disord 2007;106:91-7.
- 2 Van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M. *Prevalence of diabetes and the metabolic syndrome in a sample of patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord 2008;10:342-8.
- 3 Grundy SM. *Definition of the metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on scientific issues related to definition*. Circulation 2005;112:2735-52.

P33. Valutazione dei livelli plasmatici di antiossidanti durante differenti fasi di malattia in pazienti con disturbo bipolare

D. De Berardis^{**}, A. Carano^{***}, D. Campanella^{**}, A. Pizzorno^{**}, N. Serroni^{**}, F.S. Moschetta^{**}, I. Potena^{**}, G. Rapini^{**}, M. Caltabiano^{**}, B. Di Giuseppe^{**}, F. Gambi^{*}, G. Sepede^{*}, R.M. Salerno^{*}, F.M. Ferro^{*}

^{*} Dipartimento Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; ^{**} Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Teramo; ^{***} Dipartimento di Salute Mentale ASUR Zona 8, Civitanova Marche

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare il ruolo degli antiossidanti ematici (albumina, bilirubina e acido urico) in pazienti affetti da disturbo bipolare I (BD-I) durante differenti fasi della malattia: mania acuta, eutimia e depressione bipolare. Le cartelle cliniche di 110 pazienti consecutive con BD-I (38 in fase maniacale acuta, 35 in eutimia e 37 in fase depressiva) sono state revisionate per valutare i livelli plasmatici di antiossidanti. I dati di 40 controlli sani sono stati utilizzati come gruppo di controllo. Sono state impiegate per la valutazione le seguenti scale: Young Mania Rating Scale (YMRS), Bech-Rafaelsen Manic Rating Scale (BRMRS) e Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). I livelli di acido urico sono risultati più elevati in fase maniacale acuta rispetto alle altre fasi della malattia e ai controlli sani. I livelli di acido urico, inoltre, correlavano positivamente con i punteggi alla BRMRS e alla YMRS. Nessuna differenza tra gruppi è emersa per quanto riguarda i livelli di albumina e bilirubina. In conclusione, i risultati del presente studio supportano l'evidenza che i livelli di acido urico possono essere elevati nei pazienti con BP-I (specialmente durante la mania acuta), fatto che può suggerire la presenza di una disregolazione del sistema purinergico nei pazienti con DB-I. Comunque, le limitazioni del presente studio devono essere considerate così come il dato che tale elevazione dell'acido urico possa essere dovuta all'aumento dell'attività motoria durante le fasi maniacali.

P34. Meta-analisi degli studi sui livelli plasmatici di acido glutammico nella schizofrenia

V. De Luca, E. Viggiano, G. Messina, A. Viggiano, G. Muscettola, A. Viggiano, M. Monda

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli "Federico II"

Il glutammato è un aminoacido non essenziale nella dieta ed è anche il più importante aminoacido eccitatorio nel sistema nervoso centrale. L'ipotesi glutamatergica della schizofrenia postula che i livelli di glutammato sono più bassi nel sistema nervoso centrale dei pazienti schizofrenici e che gli antipsicotici operano come un agente che potenzia la trasmissione glutamatergica.

Studi precedenti hanno riportato valori anomali di glutammato nella schizofrenia. L'obiettivo della presente meta-analisi è quello di chiarificare se c'è un effetto significativo nei livelli di glutammato nella schizofrenia rispetto ai controlli.

Tutti gli studi dove i livelli periferici di glutammato sono stati valutati in pazienti schizofrenici e controlli sono stati inclusi nella meta-analisi, tuttavia gli studi dove i livelli di glutammato sono stati considerati in relazione all'uso di antipsicotici non sono stati inclusi.

La presente meta-analisi conferma che alti livelli di glutammato sono stati trovati associati alla diagnosi di schizofrenia ($p < 0,05$) per cui questo biomarker può essere considerato come un trait marker nella schizofrenia. Questa meta-analisi sottolinea anche l'eterogeneità tra i vari studi che hanno investigato i livelli periferici di glutammato nella schizofrenia.

Tuttavia non sembra che ci sia una diretta correlazione tra i livelli centrali e periferici di glutammato.

P35. La comorbidità psichiatrica nel disturbo bipolare: quali associazioni prevalgono nelle diverse fasce di età

B. Dell'Osso, M. Buoli, G. Colombini, I. Balossi, M.C. Palazzo, L. Oldani, G. Camuri, A.C. Altamura
Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico "Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: diversi studi indicano che il decorso clinico del disturbo bipolare è spesso complicato da condizioni psichiatriche in comorbidità¹. Scopo del presente studio è stato individuare differenze nei patterns di comorbidità psichiatrica tra pazienti bipolari (PB) giovani, adulti e "senior".

Metodi: 508 PB sia di tipo I che II secondo i criteri del DSM-IV-TR, consecutivamente afferenti presso l'Unità Operativa di Psichiatria della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano, sono stati intervistati mediante la SCID e sono stati divisi in tre gruppi di età: ≤ 30 anni ($n = 52$), > 30 e ≤ 45 anni ($n = 186$) e > 45 anni ($n = 270$). La comorbidità psichiatrica è stata confrontata tra i gruppi usando il χ^2 .

Risultati: considerando l'intero campione, il disturbo di panico è risultato essere la diagnosi più frequente in comorbidità. Il disturbo ossessivo-compulsivo è apparso più frequente nei PB adulti, mentre l'anoressia nei due gruppi di minore età ($\chi^2 = 39.931$, $df = 18$, $p = 0,004$). I PB giovani presentavano una più frequente comorbidità con un secondo disturbo psichiatrico ($\chi^2 = 8.102$, $df = 2$, $p = 0,017$) e abuso di sostanze ($\chi^2 = 13.907$, $df = 2$, $p = 0,002$). I PB giovani sono risultati maggiori abusatori di cannabis, mentre i senior di benzodiazepine ($\chi^2 = 85.865$, $df = 16$, $p = 0,0001$).

Conclusioni: i risultati di questo studio suggerirebbero diversi profili di comorbidità psichiatrica nei PB di differenti classi di età da tenersi in considerazione per una migliore gestione clinica di questi pazienti².

Bibliografia

¹ El-Mallakh RS, Hollifield M. *Comorbid anxiety in bipolar disorder alters treatment and prognosis*. *Psychiatr Q* 2008;79:139-50.

² Gentil V. *Introduction to bipolar disorder and comorbid conditions*. *J Clin Psychiatry* 2008;69:e1.

P36. Misurazione della soddisfazione dei pazienti come indicatore primario dell'efficienza in un SPDC

R. Delle Chiaie, I. Marini, G. Cerminara, M. Salviati, M. Marino, C. De Rose, S. Campi, M. Biondi

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

Obiettivo: la Responsiveness, secondo la WHO, è la capacità di un Sistema Sanitario di rispondere alle legittime aspettative dell'utente relativamente ad aspetti non medici della cura erogata per il trattamento della malattia mentale (attenzione, dignità, capacità di ascolto, ecc.). Questo parametro andrebbe considerato una variabile indipendente rispetto ad altri elementi non medici della prestazione sanitaria (buona salute, spesa equilibrata, responsiveness). In questo studio sono stati misurati i livelli di soddisfazione di pazienti ricoverati presso un SPDC (Policlinico "Umberto I", Roma).

Metodo: prima della dimissione 264 pazienti consecutivi ricoverati presso l'SPDC della nostra struttura tra novembre 2006 ed ottobre 2008 hanno compilato un questionario di auto-valutazione sulla qualità dell'assistenza ricevuta. I dati così raccolti sono stati correlati con alcune variabili demografiche, con dati clinici e con la tipologia di ricovero.

Risultati: l'82% dei pazienti con diagnosi di schizofrenia o altri disturbi psicotici (38,5% del campione), consiglierebbe il ricovero nella stessa struttura ad un proprio familiare, qualora ne avesse bisogno. La percentuale sale all'89% tra i pazienti affetti da disturbi dell'umore (45,9% del campione). Il 15,4% dei pazienti è stato ricoverato in regime di TSO. Tra questi, il 63% ha espresso un giudizio positivo sulla propria degenza. L'83% dei pazienti che ritornavano alla struttura per la seconda volta ha dichiarato che si rivolgerebbe nuovamente allo stesso SPDC. Tale percentuale risultava pari al 86% tra i pazienti al primo ricovero. Si è rilevato inoltre che i livelli di soddisfazione dichiarata dai pazienti si correlano con il livello di funzionamento iniziale, con la diagnosi e con i risultati del trattamento.

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 permette di avvicinare la qualità della prestazione erogata alle reali aspettative degli utenti del servizio.

P37. Presentazioni cliniche sub-sindromiche dello "spettro bipolare". Valutazione di tre strumenti per l'individuazione di quadri paucisintomatici

R. Delle Chiaie, G. Cerminara, I. Marini, M. Salviati, M. Marino, C. De Rose, S. Campi, M. Biondi

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

Obiettivo: l'attuale sistema nosografico categoriale di riferimento (DSM-IV, ICD-9) non consente di individuare in modo adeguato alcune presentazioni subcliniche, atipiche e attenuate riferibili allo Spettro Bipolare. Il mancato riconoscimento della natura bipolare della sintomatologia presentata da questi pazienti presenta implicazioni cliniche, terapeutiche e prognostiche. L'obiettivo di questo studio è stato quello di individuare questi quadri attraverso la somministrazione di 3 test validati: Hypomania Checklist-32 (HCL-32), Mood Disorder Questionnaire (MDQ) e Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS). Attraverso la somministrazione della TEMPS-A si è cercato di verificare se i risultati di questi test presentassero o meno eventuali correlazioni con sottostanti configurazioni temperamentali specifiche. I dati ricavati dalla somministrazione di questi test sono stati anche utilizzati per verificare la validità della terapia farmacologica precedentemente prescritta ai pazienti.

Metodo: mediante la somministrazione dei questionari autovalutati sono stati testati 150 pazienti ambulatoriali consecutivi precedentemente diagnosticati in base ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR.

Risultati: il 22,7% dei pazienti valutati è risultato positivo (bip+) all'indagine testologica per presenza di spettro bipolare; nell'ambito dei 34 pazienti "bip+", 20 avevano ricevuto diagnosi di disturbo bipolare mentre per 14 era stata formulata una diagnosi diversa (disturbi depressivi, d'ansia ecc.). 10 pazienti che avevano ricevuto diagnosi di disturbo bipolare (I o II) sono invece risultati negativi (bip-) all'indagine testologica. Dei 14 pazienti risultati positivi ai test e con diagnosi "bip-" solo 4 avevano ricevuto congrua terapia mentre nei 9 soggetti negativi ai test e con diagnosi "bip+" questa risultava incongrua per 5 pazienti. Nei pazienti "bip+" la valutazione con TEMPS-A ha consentito di individuare il temperamento premorbo di tipo "ansioso" come il più frequente.

Conclusioni: l'utilizzo della batteria testologica descritta individua con sensibilità e specificità elevate i quadri clinici riferibili allo spettro bipolare, configurandosi come strumento di valutazione molto efficace per integrare l'intervista clinica, nell'obiettivo di ridurre la percentuale di errori diagnostici, terapeutici e prognostici.

P38. Schizofrenia e uso di sostanze: confronto tra due popolazioni di pazienti schizofrenici

S. Elisei, M. Piselli, C. Martorelli, L. Ferranti, S. Biscontini*

*Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica, Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia; * Dipartimento per le Dipendenze, ASL 3, Regione Umbria*

Introduzione: circa l'80% degli schizofrenici incarcerati presenta una comorbilità con uso di droghe. Dato questo maggiore rispetto a quello relativo ai pazienti schizofrenici non carcerati^{1,2}. Anche tra tossicodipendenti afferenti al SerT la prevalenza della schizofrenia risulta inferiore rispetto a quella nelle carceri.

Obiettivo principale dello studio è stato quello di confrontare la prevalenza di comorbilità tra uso di sostanze e schizofrenia in due popolazioni, quella carceraria e quella afferente al SerT.

Metodi: sono stati valutati con ASI-X e SCID-I due gruppi di pazienti psicotici selezionati rispettivamente presso il carcere di Perugia (n = 8) e presso il SerT di Foligno (n = 7).

Risultati: i pazienti affetti da schizofrenia in carcere erano il 2,6% dei detenuti e il 12,7% di quelli con doppia diagnosi. I pazienti afferenti al SerT affetti da schizofrenia erano il 2,6% del totale e il 5,6% di quelli con doppia diagnosi.

Conclusioni: si conferma quanto riportato in letteratura e si evince la necessità di produrre interventi terapeutici mirati a ridurre gli outcome negativi correlati alla presenza di doppia diagnosi.

Bibliografia

- 1 Prince J. *Incarceration and hospital care*. J Nerv Ment Dis 2006;194:34-9.
- 2 White M, Chafetz L, Collins-Bride G, Nickens J. *History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill*. J Community Health 2006;31:123-35.

P39. Indagine osservazionale COMETA: aderenza, persistenza, costi e qualità di vita in soggetti italiani trattati con antipsicotici

L. Ferrannini¹, C. Mencacci², E. Pirfo³, P. Berto⁴, M.C.J.M. Sturkenboom⁵, L. Scalone^{6,7}, P. Cortesi⁶, L. Mantovani^{7,8}, M.M. Bernareggi⁹, M.G. Giustra⁹, per conto degli sperimentatori dei centri partecipanti all'indagine COMETA

¹ Mental Health Department ASL 3, Genova; ² Mental Health Department, Milano; ³ Mental Health Department "G. Maccacaro", Torino; ⁴ Contract Professor University of Padova, PBE Consulting, Verona; ⁵ Department of Epidemiology & Biostatistics and Medical Informatics, Rotterdam; ⁶ Center of Pharmacoeconomics, University of Milano, Milano; ⁷ CHARTA Foundation (member of COPERA); ⁸ CIRFF-Center of Pharmacoeconomics, University "Federico II" of Napoli; ⁹ Medical Affairs, Janssen-Cilag S.p.A., Cologno Monzese, Milano

Introduzione: l'efficacia del trattamento con farmaci antipsicotici può dipendere dall'aderenza e persistenza alla terapia prescritta ¹.

Metodi: studio naturalistico, prospettico di 52 settimane in 637 soggetti (età media 30,9 ± 5,5, 65,0% M) con diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo da ≤ 10 anni. Raccolta di dati socio-demografici, clinici, aderenza al trattamento, qualità di vita, costi diretti (farmaci, ospedalizzazioni, visite specialistiche, esami diagnostici, accessi a strutture residenziali) e indiretti (giorni persi dal soggetto e/o dal caregiver).

Risultati: a fine studio sono migliorati in modo significativo rispetto al basale ($p < 0,0001$) i punteggi PANSS totale ($\Delta = 15,6 \pm 19,8$), CGI-S ($\Delta = 0,5 \pm 1,0$) e GAF ($\Delta = 7,8 \pm 11,6$). Analogo significativo miglioramento ($p < 0,0001$) si è osservato nella qualità di vita valutata con SF-36 (ogni dominio) e con EQ-VAS ($\Delta = 7,3 \pm 17,3$), anche l'atteggiamento del soggetto verso la terapia (DAI-30) è migliorato significativamente ($p = 0,013$). I giorni persi dai soggetti/caregivers sono diminuiti in media da 3,50 giorni/paziente-mese a 0,66 giorni/paziente-mese ($p < 0,0001$) con una variazione dei costi medi diretti da 390 €/paziente-mese al basale a 403 €/paziente-mese alla visita finale ($p = 0,808$).

Conclusione: a fine studio le condizioni cliniche dei soggetti, la qualità di vita e l'atteggiamento verso il trattamento sono migliorati associandosi ad una riduzione di costi indiretti e ad una variazione non significativa dei costi medi diretti.

Bibliografia

¹ Valenstein M. Schizophr Bull 2004;30:439-46.

P40. Alterazioni cognitive in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia e disturbo bipolare/schizoaffettivo provenienti da una popolazione isolata come possibili marker endofenotipici

G. Ferri*, C. Ficco*, S. Rampinelli**, L. Borgia***, G. Perini****

* Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; ** Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 14, Chioggia (VE); *** Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)

Introduzione: in un campione di soggetti affetti da patologie dello spettro schizofrenico e bipolare/schizoaffettivo, provenienti da una popolazione isolata, sono state studiate: 1) l'entità della sintomatologia psichiatrica mediante scale psicometriche; 2) la presenza di alterazioni cognitive in particolare delle funzioni frontali; 3) le eventuali correlazioni tra quadro clinico e deficit neuropsicologici.

Metodi: 33 pazienti afferenti al CSM dell'ULSS 14 di Chioggia, coinvolti in uno studio genetico di linkage, sono stati suddivisi in due gruppi sulla base della diagnosi: "bipolari" (10) e "schizofrenici" (23). Sono state somministrate le scale HAMD, YMRS, SANS e SAPS e test neurocognitivi estratti dalla batteria E.N.B. e il test FABIT.

Risultati: il gruppo "bipolari" ha presentato più sintomi depressivi ed ipomaniacali rispetto al gruppo "schizofrenici", con maggiori sintomi positivi e negativi. In entrambi i gruppi sono emersi deficit cognitivi rilevanti rispetto alla norma, nei test Digit Span Backward, Stime Cognitive, Symbol Digit, FABIT. Il profilo cognitivo è risultato sovrapponibile nei due gruppi. Non è emersa correlazione lineare tra test cognitivi e punteggi delle scale psicometriche, né con le variabili demografiche.

Conclusioni: nei due gruppi diagnostici a ridotta variabilità genetica, l'omogeneità dei deficit cognitivi e l'indipendenza di questi dal quadro clinico permette di rafforzare l'ipotesi che possano costituire un tratto endofenotipico correlabile con il substrato genetico comune.

P41. Are eating disorders more frequent among bipolar diagnosed? Does such a comorbidity influence bipolar illness outcome? An italian longitudinal study

M. Fornaro, D. Prestia, V. Vinciguerra, C. Mattei, P. Fornaro

Department of Neuroscience, Ophthalmology and Genetics (DINOG), Section of Psychiatry, University of Genova

Objectives: the objectives of the ongoing study will be to evaluate the lifetime prevalence of eating disorders among bipolar spectrum subjects and to investigate the burden of such comorbidity.

Method: 100 bipolar spectrum outpatients with a lifetime

history of eating disorders, as defined by DSM-IV or with a clinically significant eating disorder, will be compared with 100 bipolar outpatients with no psychiatric comorbidity. Statistical analysis will be performed comparing the expected differences in total score for all the rating scales and subscales used for both the groups. Literature data will help defining both clinical and statistical significant differences. A "Fisher-test" or χ^2 analysis will be performed at the end of the study depending on the completers number. Expected study statistical probability will be $\leq p = 0.005$.

Hypothesis: the aim of our study is to investigate the prevalence of EDs among BP patients. EDs prevalence, as showed by current literatures data, is expected to be higher for BP patients rather than general population. Also we expect EDs comorbidity to influence BP illness burden, again as showed by current literature.

P42. Attività di laboratorio neuropsicologico: risultati dell'applicazione di un protocollo relativo all'attività di riordino di sequenze temporali

A. Francomano, G. Cardinale, M. Samperi, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Introduzione: scopo di quest'esperienza è dimostrare che la partecipazione ad un laboratorio neuropsicologico associato all'uso di presidi antipsicotici atipici può stabilizzare, se non migliorare, le funzioni cognitive, apportando maggiore autonomia al paziente favorendo partecipazione ai percorsi di inclusione sociale.

Metodi: si è ideato un laboratorio neuropsicologico volto a migliorare le abilità cognitive con l'uso di esercizi di riordino di "sequenze temporali". Il saper disporre in ordine logico e temporale situazioni ed eventi è, infatti, considerata abilità importante, soggiacente a molte altre abilità cognitive, come quelle spaziali, organizzative e linguistiche.

Per verificare la validità dell'esperienza laboratoriale, si sono monitorate per otto mesi con l'uso di una batteria di test e re-test (test di intelligenza non verbale, TINV; matrici attenzionali; BPRS), due popolazioni di utenti con disturbi dell'area cognitiva in costanza di terapia farmacologica antipsicotica atipica: n. 10 pazienti residenti presso una struttura riabilitativa, partecipanti al laboratorio neuropsicologico e n. 10 pazienti non residenti, seguiti in assetto ambulatoriale ed inclusi negli stessi progetti riabilitativi psico-sociali

Risultati e conclusioni: i risultati ottenuti indicano un progresso in entrambe le popolazioni, con riduzione degli switch farmacoterapici e assenza di drop-out, ma le performances migliori si sono registrate nei soggetti residenti e partecipanti al laboratorio neuropsicologico.

Bibliografia

¹ Francomano A, Lesto S, Samperi M. *Dal gruppo "Creativamente" al laboratorio neuropsicologico sulle sequenze tem-*

porali. In: *Cento fior nel giardino*. Roma: Franco Angeli Ed. 2007, pp. 222-226.

² Salmaso L. *Sequenze Temporali schede operative per imparare a ordinare*. Trento: Erikson 2000.

³ Stratta P, Rossi A. *Rimedio delle funzioni esecutive nella schizofrenia: strategie possibili e metodiche di intervento*. In: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2004, pp. 55-64.

P43. Esperienze di riabilitazione di precoce a favore di un gruppo di giovani adulti nella fase di passaggio assistenziale dalla NPI

A. Francomano, V. Giardina, D. Mangiapane, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Negli ultimi anni il disagio psichico grave sembra manifestarsi con sempre maggiore incidenza tra la popolazione giovanile-adulta, soprattutto nelle forme dei disturbi di personalità e delle psicosi affettive. Il contesto sociale sembra sempre meno attrezzato a contenere i fenomeni di disagio e si assiste, piuttosto, a processi di esclusione e marginalizzazione. Si rendono necessari, dunque, interventi specifici pluri-dimensionali e tarati sulle peculiarità che il disagio psichico assume in età giovanile, che pongano, inoltre, attenzione al delicato e non fluido passaggio dalla Neuropsichiatria infantile alla Psichiatria per adulti, al fine di evitare processi di cronicizzazione e marginalizzazione. Con tale obiettivo, presso l'UO di Psichiatria del Policlinico "P. Giaccone" di Palermo, nasce l'idea progettuale che si propone come canale per la costruzione di continuità terapeutica ed assistenziale per i giovani pazienti psichiatrici e come intervento mirato alla realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati (farmacoterapia, psicoterapia, attività riabilitative, terapie di tipo espressivo-supportivo in assetto gruppale, interventi psicoeducativi con i familiari), concepiti e condivisi in équipe multiprofessionale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione), con finalità di autonomizzazione e reinserimento sociale. Gli Steps del progetto: 1. creazione della rete dei Servizi (collegamento con la NPI); 2. creazione del gruppo di lavoro integrato; 3. selezione dei pazienti e disegno congiunto dei progetti individualizzati.

Bibliografia

¹ Novelletto A, Masina E, a cura di. *I disturbi di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici*. Franco Angeli 2003.

² Pissocroia M. *Trattato di psicopatologia della adolescenza*. Piccin-Nuova Libreria 1998.

³ *La tutela della salute mentale*. In: Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*, p. 74.

P44. Riabilitazione neurocognitiva nella schizofrenia: risultati d'efficacia di uno studio controllato

F. Fresi*, S. Piras, G. Cauli**, F. Pinna, B. Carpiello
*Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; * Dipartimento Scienze Neuropsichiche, Ospedale Universitario "San Raffaele", Milano; ** Centro "Ippocrate", Struttura Sanitaria Cura e Riabilitazione Disturbi Psicici, Cagliari*

Introduzione: la schizofrenia è il disturbo mentale più complesso in termini eziopatogenetici e clinici e quello di maggiore gravità in termini di decorso ed esito. Viene tradizionalmente descritta come il principale disturbo psicotico, caratterizzato da sintomi cosiddetti positivi, negativi ma anche da deficit cognitivi, con alterazioni più o meno marcate dei processi di selezione, codificazione ed elaborazione delle informazioni, consistenti in deficit dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive. Questi deficit sono di particolare importanza sia per le difficoltà ad essi direttamente collegate sia per le ricadute sul funzionamento quotidiano. Di conseguenza vi è un crescente interesse per le terapie volte alla riduzione di questi deficit. Scopo di questo studio è di valutare l'efficacia della Cognitive Remediation in termini di miglioramento delle funzioni cognitive e sul funzionamento personale, sociale e lavorativo, con un programma di riabilitazione neuropsicologica basato sull'identificazione e sul trattamento specifico delle disfunzioni neuropsicologiche.

Materiali e metodi: il campione esaminato comprende 31 pazienti (n 17 Gruppo Controllo, n 14 Gruppo Sperimentale) con diagnosi di schizofrenia subacuta o cronica, secondo i criteri del DSM-IV-TR.

Sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: QI di almeno 80, stabilizzazione sintomatologica e farmacologica da almeno 3 mesi, ionoterapia, inserimento in un programma riabilitativo cognitivo-comportamentale da almeno 3 mesi con 2-3 sedute settimanali di 3 ore. Tutti i soggetti sono stati sottoposti, al tempo T₀ e al T₁ (dopo 3 mesi), a valutazione neurocognitiva (tramite la BACS, volta a identificare deficit specifici, la WCST, per la misurazione delle funzioni esecutive, la CPT), a valutazione del funzionamento personale (attraverso la SASS e la WHOQOL-Bref, test per la qualità della vita), ed a valutazione clinica (tramite la PANSS).

Risultati: nell'ambito delle funzioni neurocognitive, è stato ottenuto un miglioramento significativo ai test per la valutazione della memoria verbale, di lavoro, attenzione selettiva, flessibilità cognitiva (Torre di Londra), pianificazione (WCST) e attenzione sostenuta (CPT). Per ciò che concerne la valutazione clinica, sono state ottenute, al tempo T₁, differenze significative tra il gruppo sperimentale e il gruppo controllo nelle variabili Fisica, Psicica e Ambientale del WHOQOL-Bref.

Conclusioni: lo studio sembra confermare che la Cognitive Remediation sia una promettente risorsa aggiuntiva nel trattamento della schizofrenia.

Bibliografia

Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler BE. *Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. Effects on neuropsychological performance.* Arch Gen Psychiatry 2001;58:763-8.

Hogarty GE, Flesher S. *Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia.* Schizophr Bull 1999;25.

A45. Percorsi di cura, durata di psicosi non trattata e durata di malattia non trattata in Italia: un'indagine retrospettiva

D. Giacco, V. Vinci, A. Fiorillo, F. Catapano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Questo studio si propone di indagare i percorsi di cura, la durata di psicosi non trattata (DUP) e la durata di malattia non trattata (DUI) in un campione di persone di età tra i 14 e i 35 anni che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo psicotico in assenza di un disturbo dell'umore primario.

Il campione è composto da 22 pazienti, di sesso maschile nel 64% dei casi, con un'età media di 27,3 (± 4,3) anni. L'esordio della sintomatologia, avvenuto in media a 20,3 (± 4,1) anni, era caratterizzato – in più della metà dei pazienti – da sintomi negativi, comportamenti bizzarri e ideazione delirante di tipo persecutorio. Nei primi anni dall'esordio del disturbo, il 36% dei pazienti ha tentato il suicidio, il 26% è stato ricoverato, il 45% faceva uso di cannabis.

La DUI e la DUP erano di 205,7 (± 171,6) e di 60,5 settimane (± 84,8) rispettivamente, risultando più lunghe rispetto a quanto riportato in letteratura. Il primo contatto medico è avvenuto con neurologi nel 45% dei casi, con psichiatri e con medici di medicina generale nel 27% dei casi. L'82% dei pazienti è stato trattato con farmaci antipsicotici, il 64% con antidepressivi, il 54% con ansiolitici, il 36% con stabilizzatori dell'umore, da soli o in associazione farmacologica; il 9% dei pazienti non ha ricevuto alcun trattamento farmacologico.

I dati del nostro studio, sebbene ancora preliminari, evidenziano la necessità di formare gli operatori psichiatrici al riconoscimento, la diagnosi e i trattamenti del primo episodio psicotico. Per ridurre la DUI e la DUP sarebbe utile condurre campagne informative rivolte alle popolazioni a rischio sui principali aspetti dei disturbi mentali gravi, nonché corsi di aggiornamento per altre figure sanitarie coinvolte, come i medici di medicina generale, i neurologi e gli psicologi.

P46. Le manifestazioni sottosoglia dei disturbi bipolari come strumento di prevenzione

D. Harnic, M. Mazza, G. Marano, V. Catalano, L. Janiri, P. Bria

Day Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenze, Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma

Introduzione: il nostro studio rappresenta una valutazione "pilota" di come lo strumento MOOD-SR colga le manifestazioni sottosoglia che possono accompagnare la sintomatologia clinica in un gruppo di pazienti bipolari.

Metodi: al Day Hospital di Psichiatria del Policlinico "A. Gemelli", nell'Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, è stato condotto uno studio sperimentale su un campione eterogeneo di 24 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare. I pazienti sono stati valutati con la MOOD-SR, un'intervista clinica autosomministrata, specifica per gli spettri di patologia sottosoglia, e con la Quality of Life (QoL), che indaga la qualità della vita del paziente.

Risultati: in seguito alla somministrazione dei tests è risultato che 16 pazienti su 24 hanno un punteggio superiore a 60 (68,4%). Di questi, 10 pazienti di sesso femminile su 15 hanno un punteggio totale superiore a 61 (68,75%) mentre 6 pazienti su 9 di sesso maschile hanno un punteggio totale superiore a 60 (62,5%). Questi rappresentano solo risultati preliminari a cui seguiranno altre, più approfondite valutazioni.

Conclusioni: le manifestazioni di spettro sono sia indicatori di decorso e di risposta al trattamento sia predittori di ricaduta. Ciò rappresenterebbe un importante fattore preventivo per la ricaduta maniacale nei pazienti con disturbo bipolare, disturbo spesso misconosciuto o scambiato per depressione unipolare. Riconoscendo adeguatamente il problema saremmo in grado di raffinare la diagnosi e personalizzare la terapia.

Bibliografia

- Castrogiovanni A, Goracci A, Di Simplicio MC, Fagnoli F, Pellegrini F, Castrogiovanni P. *Temperamenti affettivi e spettri di psicopatologia sottosoglia in un campione di popolazione clinica*. Giornale di Psicopatologia 2005;11:295-305.
- Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Corretti G, et al. *Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments*. Compr Psychiatry 2002;43:69-73.
- Cassano GB, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear MK, et al. *The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach*. Am J Psychiatry 2004;161:1264-9.

P47. Impatto degli eventi stressanti e dei fattori psicosociali in pazienti con disturbo bipolare

D. Harnic, M. Mazza, V. Postorino, G. Marano, V. Catalano, M. Di Nicola, A. Frustaci, G. Pozzi, L. Janiri, P. Bria

Day Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenze, Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma

Introduzione: gli eventi stressanti e i fattori psicosociali rappresentano un fattore di rischio rilevante per il disturbo bipolare. Questo studio si propone di approfondire la correlazione tra eventi stressanti e fattori psicosociali in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare.

Metodi: presso il Day Hospital di Psichiatria e Tossicodipendenze del Policlinico "Gemelli" è stato condotto uno studio sperimentale su 20 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare. I pazienti sono stati valutati con Scala di Paykel per gli eventi stressanti, Global Assessment of Functioning (GAF) e Social Adaption Self-Evaluation Scale (SASS).

Risultati: in questo studio non risulta una correlazione tra il numero degli eventi stressanti ed i punteggi riportati alla GAF e alla SASS. Nel nostro campione i soggetti con disturbo bipolare tipo I sembrano avere un miglior funzionamento globale rispetto ai soggetti con disturbo bipolare tipo II ed ai soggetti ciclotimici. Inoltre, lo studio mostra che i pazienti con sintomi depressivi presentano un funzionamento globale migliore rispetto ai soggetti in fase eutimica o maniacale.

Conclusioni: le scale utilizzate (Scala di Paykel, Global Assessment of Functioning e Social Adaption Self-Evaluation Scale) hanno il vantaggio di esaminare il comportamento riportato rispetto ad una situazione piuttosto che l'opinione soggettiva dei pazienti. Ulteriori studi sono necessari per confermare questi risultati.

Bibliografia

- Malkoff-Schwartz F, Anderson S, Siegel P. *Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episode: a preliminary investigation*. Arch Gen Psychiatry 1998;55:702-7.
- Jhonsons M, Winett S. *Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania*. J Affect Disord 2000;58:79-86.
- Paykel E. *Which depressions are related to life stress?* Acta Neuropsychiatrica 2002;14:167-72.

P48. Il DUP (Duration of Untreated Psychosis) ha capacità predittiva dell'esito clinico e funzionale? Studio di una coorte (n. 424) di pazienti ricoverati in SPDC

S. Ingretolli, P.L. Bandinelli, G. Scifoni, P. Andreassi, G. Ducci

UOC SPDC "San Filippo Neri", DSM ASL Roma E

Introduzione: esistono evidenze che sostengono che il

DUP è moderatamente correlato con gli esiti sintomatici e funzionali a breve termine degli esordi psicotici e che questa associazione sia indipendente da fattori potenzialmente confondenti come il funzionamento premorbo, il sesso, la diagnosi e l'età all'esordio dei sintomi. Questi studi, inoltre, sembrano suggerire che l'influenza predittiva del DUP non diminuisce nel lungo termine. I dati indicherebbero che un allungamento del DUP è associato con aumentato rischio di ricadute, declino psicosociale, prolungamento della morbilità, aumento dei costi, peggioramento del decorso e della prognosi, aumento della durata della fase acuta.

Metodi: questo studio esamina se il DUP prevede l'esito clinico e funzionale, indipendentemente da variabili confondenti, in una grande coorte di pazienti (n. 424) al primo ricovero psichiatrico. Sono stati inseriti nel campione tutti i pazienti di età 14-30 anni ricoverati nel SPDC "San Filippo Neri" di Roma dall'1.1.2002 al 31.8.2008, con diagnosi di psicosi schizofrenica, stati paranoidi e altre psicosi non organiche. Per tutti questi pazienti è stato misurato il DUP e la presenza di ricadute negli anni successivi al primo ricovero.

Risultati: sono state individuate due sottopopolazioni in base al DUP: > 1 anno e < 1 anno. Nella sottopopolazione con DUP più breve la percentuale di ricadute a 1 anno è stato significativamente minore, mentre il dato tende a perdere significatività con un follow-up più lungo.

Conclusioni: un DUP breve sembrerebbe essere predittivo di un miglior esito a breve-medio termine, mentre sembra perdere valore nel lungo termine, dove invece la qualità dell'intervento territoriale avrebbe più peso nel determinare un *outcome* positivo.

P49. Valutazione delle funzioni cognitive nei pazienti bipolari: implicazioni in clinica

D. La Torre, L. Cortese, M. Tricoli, V. Carlotta, N. Leonardi, R. Cambria, C.M.R. Magistro, M. Meduri

Dipartimento Neuroscienze Scienze Psichiatriche e Anestesologiche, Università di Messina

Le alterazioni delle funzioni cognitive sono una caratteristica degli schizofrenici, negli ultimi anni la ricerca è stata indirizzata allo studio delle disfunzioni neurocognitive anche in pazienti bipolari. Alcuni Autori hanno evidenziato che la presenza di deterioramento di determinate funzioni esecutive nei pazienti bipolari potrebbe essere il primo indicatore della malattia. Il presente studio si prefigge di analizzare e valutare con test neurocognitivi, le differenze delle alterazioni delle funzioni neurocognitive in soggetti bipolari in fase depressiva, maniacale ed eutimica, e in che misura, queste conoscenze, possano trovare un giusto impiego in clinica.

Metodo: 24 pazienti con disturbo bipolare (età: 18-65

aa), di cui 8 in fase depressiva, 8 in fase maniacale ed 8 in fase eutimica, vs. un gruppo di controllo sano. Valutazione clinica: SCID-I; HAM-D; Yung Mania Rating Scale (YMRS). Valutazione neurocognitiva: Span di cifre della WAIS; Trail Making test part A-B, Stroop test, test di Fluency verbale, WCST.

Risultati: i risultati sottoposti ad analisi statistica hanno in parte confermato quanto già evidenziato in letteratura circa la presenza di specifiche disfunzioni neurocognitive nelle diverse fasi del disturbo bipolare.

Bibliografia

Gruber SA, et al. 2008.

P50. Buprenorfina nel trattamento di pazienti bipolari II con pregresso uso di eroina

F. Lamanna, B. Capovani, D. Paffi, I. Maremmanni

Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole". Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Scopo: la buprenorfina, agonista parziale Mu ed antagonista Kappa dei recettori oppioidi, è stato recentemente proposto per il trattamento di vari sintomi psicopatologici nei pazienti con doppia diagnosi. In questo poster riportiamo l'efficacia della buprenorfina in cinque pazienti con disturbo bipolare II con anamnesi positiva per abuso di eroina.

Metodi: abbiamo utilizzato l'SCL-90 per determinare la gravità dei sintomi psicopatologici. Abbiamo testato l'adattamento psicosociale con il DSM-IV-TR GAF e il craving per le sostanze d'abuso mediante la Visual Analogue Scale (VAS). Le urine sono state saggiate per la presenza di eroina, cocaina, THC e metaboliti delle BDZ. Il periodo di osservazionale è stato di 3 mesi con valutazioni settimanali.

Risultati: il dosaggio di stabilizzazione con buprenorfina era di 8 mg/die in 4 pazienti e 16 mg/die in un paziente. Questi dosaggi sono stati raggiunti in due settimane, iniziando con dosaggio di 2 mg/die nei primi 4 pazienti e 4 mg/die per il quinto paziente. Tutti i pazienti hanno completato il periodo osservazionale di 3 mesi. Il paziente attivo nella pratica tossicomaniaca ha interrotto l'uso di eroina. Le urine sono risultate negative per uso di eroina in tutti i pazienti, ma anche 85% di campioni urinari sono risultati negativi per cocaina, THC e metaboliti BDZ. I punteggi del GAF sono migliorati da 35 a 66; il totale dell'SCL-90 è migliorato da 2 a 0,25. Il craving per eroina è scomparso, e si è ridotto in modo significativo per altre sostanze. La buprenorfina è stata ben tollerata; non abbiamo osservato significativi effetti collaterali durante il periodo osservazionale.

Conclusioni: la buprenorfina sembra efficace anche per sintomi psicopatologici di eroinodipendenti con bassa o assente tolleranza agli oppiacei.

P51. Studio del sistema dei neuroni specchio in pazienti con schizofrenia

V. Latorre^{1,2,5}, V. Mazzola², L. Tomasevic², A. Petito³, G. Blasi¹, A. Di Giorgio¹, A. Bellomo³, T. Popolizio⁴, M. Nardini¹, G. Arciero², A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione delle Malattie Mentali, Università di Bari; ² Istituto di Psicoterapia Post-Razionalista – IPRA - Roma; ³ Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Foggia; ⁴ Dipartimento di Neuroradiologia, IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza”, San Giovanni Rotondo (FG)

La schizofrenia è caratterizzata da deficit in ambito cognitivo-sociale, distorsione ed errata attribuzione di stati mentali all'altro. Recenti teorie in ambito di cognizione sociale hanno suggerito che la comprensione delle azioni altrui, delle emozioni e delle intenzioni coinvolge il sistema dei neuroni specchio. È stato infatti dimostrato che tali neuroni, presenti in alcune aree cerebrali, si attivano sia durante lo svolgimento sia durante la sola osservazione di un'azione o emozione, come se fosse l'osservatore stesso ad effettuare quell'azione o a sentire l'emozione.

Questo studio di fMRI ha l'obiettivo di valutare in un campione di almeno 15 pazienti con schizofrenia l'integrità del sistema dei neuroni specchio. Per fare ciò abbiamo testato con fMRI pazienti con schizofrenia e controlli sani simili ai pazienti dal punto di vista socio-demografico durante la visione di brevi video che proponevano azioni di presa o di precisione e quindi in grado di elicitare l'attivazione del sistema dei neuroni specchio.

Tutti i dati sono stati elaborati con SPM5.

I risultati preliminari dello studio hanno dimostrato una differente attivazione del circuito dei neuroni specchio nei soggetti con schizofrenia rispetto a soggetti sani suggerendo che una disfunzione di tale sistema possa essere coinvolta in qualche modo nella patofisiologia della schizofrenia.

P52. Ereditarietà della risposta dell'amigdala a stimoli facciali emotivi nella schizofrenia

L. Lo Bianco, G. Blasi, G. Caforio, B. Gelao, C. Castellana, A. Di Giorgio, P. Taurisano, L. Fazio, R. Romano, M. Nardini, A. Bertolino

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

Circa l'80% della varianza associata alla diagnosi di schizofrenia sembra essere spiegata da fattori genetici. Coerentemente a questa premessa, studi precedenti in ambito cognitivo in fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia hanno evidenziato un pattern comportamentale e di attività cerebrale intermedio fra quello espresso dai soggetti affetti e quelli di controllo. D'altro

canto, la schizofrenia è anche caratterizzata da importanti deficit emotivi e da abnorme attività di aree cerebrali associate all'elaborazione di stimoli emotigeni, inclusa l'amigdala. Scopo di questo studio è valutare con risonanza magnetica funzionale la fisiologia associata all'elaborazione di stimoli emotivamente salienti in pazienti con schizofrenia e in fratelli non affetti di soggetti con questo disturbo. 12 pazienti con schizofrenia, 12 fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia, e 12 soggetti di controllo, comparabili per una serie di variabili sociodemografiche e neuropsicologiche, sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale a 3 Tesla durante elaborazione implicita di espressioni facciali con valenza emotiva negativa. Un'ANOVA multifattoriale ($p < 0,005$) ha mostrato nei fratelli non affetti un pattern di attività amigdaloidale intermedia fra quella dei pazienti e quella dei controlli. Tali risultati suggeriscono la rilevanza di fattori genetici alla base delle alterazioni emotive associate all'attività in amigdala presenti nella schizofrenia.

P53. Attività territoriale integrata: percorsi e applicazioni

L. Luongo, V. Checchinato, M. Martucci, C. Pastorelli, S. Zanone, E. Toniolo

Dipartimento di Salute Mentale, CSM, Azienda ULSS 18, Rovigo

Con l'affinamento delle attività cliniche farmacologiche e riabilitative relative ai disturbi mentali, si affacciano importanti interrogativi sul “fare” e sul “come” fare piani riabilitativi complessi utilizzando un sistema metodologicamente efficace e passibile di verifiche.

Da molti anni il nostro Dipartimento è impegnato a livello territoriale con progetti di prevenzione, cura e riabilitazione sia intra- che extra-ospedalieri. Nel corso degli ultimi tre anni si sono attivate alcune procedure e metodi di verifica relativi ad una serie articolata di percorsi assistenziali e riabilitativi concernenti l'inserimento in Comunità residenziali e semi/residenziali, nei Centri Diurni, nei Centri di Lavoro guidato, nell'SPDC.

Materiali e metodi: si sono analizzati i dati relativi a pazienti transitati nel suddetto percorso dal 2005 al 2007, valutati per età, diagnosi, supporti familiari, trattamenti individualizzati, inserimenti in struttura, ricoveri in SPDC.

Ogni paziente è stato sottoposto ad un *assessment* di base, con verifiche semestrali in termini di *problem solving*, pianificazione operative, abilità manuali e psichiche, con discussione da parte dell'équipe, del piano assistenziale e riabilitativo, oltre che sociale. Di 214 pazienti esaminati, i più anziani sono rimasti all'interno delle strutture residenziali. La restante parte, i casi più complessi per psicopatologia e disfunzione familiare e relazionale, sono stati inseriti in questo progetto integrato multidisciplinare territoriale, in cui il confronto e la verifica continua da parte dell'équipe, hanno indotto un mutamento anche nello

stile operativo. 37 casi inseriti in Comunità protetta (età media 44 anni) con *turn-over* variabile, 116 casi inseriti ai Centri Diurni con progetti individualizzati e modulabili nel percorso di cura (età media 41 anni); 30 casi inseriti ai Centri di Lavoro Guidato con inserimenti successivi nel mondo lavorativo (età media 40 anni).

Si è osservato che pazienti ritenuti molto gravi per patologia e disabilità specifica, sottoposti a progetti terapeutici mirati e sottoposti a verifiche e validazioni periodiche, coinvolgenti la presa in carico in diverse strutture, presentavano una riduzione della disabilità psichica e relazionale oltre che una riduzione del numero dei ricoveri in SPDC.

P54. Validazione italiana del sistema di valutazione e documentazione psicopatologica AMDP: risultati preliminari

D. Manfredini*, F. Mazzi, S. Grandi*

*Facoltà di Medicina, Università di Modena e Reggio Emilia; * Facoltà di Psicologia, Università di Bologna*

Il sistema di valutazione e documentazione psicopatologica AMDP è ampiamente utilizzato in Paesi di lingua tedesca. La sua struttura deriva dalla psicopatologia classica di lingua tedesca. Gli Autori presentano dati preliminari sulla validazione italiana di questo strumento diagnostico. Lo strumento è stato confrontato con la BPRS, scala psicopatologica largamente utilizzata in paesi di lingua anglosassone. Il nostro studio di validazione prevede le seguenti analisi: comparazione della validità intergiudici delle scale e delle sottoscale di entrambi gli strumenti, valutazione delle sottoscale AMDP e correlazione con le sottoscale analoghe BPRS, valutazione del potere discriminante di entrambe le scale relativamente a diversi gruppi di pazienti. Risultati preliminari evidenziano per entrambe le scale una alta validità intergiudici; K di Cohen > a 0,7 di tutte le sottoscale una buona correlazione tra i due strumenti e un buon potere discriminante. In particolare AMDP sembra in grado di discriminare in modo più accurato i pazienti nevrotici dai pazienti psicotici, permettendo una più accurata classificazione dei pazienti psichiatrici. Gli Autori discutono le implicazioni dell'uso dell'AMDP in ambito clinico.

P55. Alterazioni serotoninergiche in cellule ematiche di pazienti psicotici

D. Marazziti, S. Baroni, G. Consoli, S. Silvestri, G. Giannaccini, L. Betti, M. Picchetti, M. Catena Dell'Osso*, L. Dell'Osso

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze*

Dal momento che ci sono molti dati contrastanti sul ruolo del trasportatore della serotonina (5-HT, SERT) nel-

le psicosi, lo scopo del nostro studio è stato quello di esplorare questa struttura per mezzo delle misurazioni della cinetica del re-uptake della 5-HT e della densità del SERT, sia nelle piastrine che nei linfociti di 25 pazienti ricoverati e ambulatoriali con diversi disturbi psicotici.

Le diagnosi, in base ai criteri del DSM-IV, erano le seguenti: 14 pazienti con disturbo bipolare di tipo 1 e sintomi psicotici incongrui, 7 con stato misto e 4 con schizofrenia. Venticinque individui sani sono stati selezionati come gruppo di controllo. Le membrane piastriniche e linfocitarie sono state preparate secondo i protocolli standard, così come il re-uptake della [³H] 5-HT e il binding della [³H]-paroxetina.

I risultati di questo studio hanno evidenziato una densità ridotta dei siti di binding della [³H]-paroxetina insieme a una velocità più bassa del re-uptake della [³H] 5-HT sia nelle piastrine che nei linfociti dei pazienti psicotici, in confronto ai soggetti sani di controllo.

Questi risultati sono indicativi di una generale alterazione del sistema serotoninergico nei pazienti psicotici, probabilmente non limitato soltanto al cervello.

P56. Trattamento a lungo termine dei disturbi psicotici: studio di sopravvivenza dei pazienti in terapia con aloperidolo o antipsicotici atipici

M.C. Mauri, G.M. Giobbio, M. Buoli, F. Dragogna, D. Moliterno, M. Maffini, G. Colombini, A.C. Altamura

Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli e Regina Elena", Milano

Introduzione: l'obiettivo dello studio, di tipo naturalistico, è stato quello di valutare le differenze in termini di tollerabilità e prevenzione delle ricorrenze tra pazienti trattati con aloperidolo vs. antipsicotici atipici¹.

Metodi: 93 pazienti psicotici sono stati divisi in due gruppi secondo il trattamento effettuato: aloperidolo (n = 37) o antipsicotici atipici (n = 56). Tutti i pazienti in monoterapia con antipsicotico, afferenti ai servizi territoriali del Policlinico di Milano, sono stati selezionati e valutati per un periodo di 4 anni. Le variabili cliniche e demografiche sono state confrontate tra i due gruppi usando test del χ^2 per le variabili dicotomiche e t test per le variabili continue. È stata effettuata un'analisi di sopravvivenza del periodo di osservazione (4 anni) considerando come "evento morte" il cambio di antipsicotico dovuto a effetti collaterali, l'ospedalizzazione o la recidiva sintomatologica.

Risultati: i due gruppi sono risultati omogenei in termini clinici e demografici. L'analisi di sopravvivenza non ha mostrato differenze tra i due gruppi (Log Rank: $\chi^2 = 8,532$, p = 0,683; Breslow: $\chi^2 = 8,532$, p = 0,852). Gli effetti collaterali erano più frequenti nel gruppo trattato con aloperidolo ($\chi^2 = 17,342$, df = 8, p = 0,005).

Conclusioni: benché non vi siano differenze significative in termini di sopravvivenza, i pazienti trattati con

aloperidolo hanno presentato effetti collaterali associati a un peggioramento della qualità di vita del paziente ².

Bibliografia

- Altamura AC, Bobo WV, Meltzer HY. *Factors affecting outcome in schizophrenia and their relevance for psychopharmacological treatment*. *Int Clin Psychopharmacol* 2007;22:249-67.
- Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. *Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission*. *Bipolar Disord* 2008;10:617-24.

P57. Cognizione sociale e schizofrenia: nuovi approcci nell'interpretazione della mente altrui in soggetti con schizofrenia

M. Mazza, M. Ballerini*, R. Pollice, F. Pacitti, R. Roncone

*Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila; *MOM Psichiatria Q3, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Firenze*

Introduzione: obiettivo del nostro studio è stato quello di esaminare le diverse risposte dei soggetti con schizofrenia in compiti di cognizione sociale ed operare un'analisi qualitativa degli errori commessi dai soggetti nei compiti di riconoscimento delle emozioni e nei compiti di Theory of Mind (ToM).

Metodi: sono stati reclutati 210 soggetti con diagnosi di schizofrenia (DSM-IV-R) (154 uomini e 56 donne; età media 34,26 ± 8,5) utenti della Clinica Psichiatrica dell'Università dell'Aquila al momento della valutazione.

Per la valutazione clinica e sintomatologia del disturbo schizofrenico sono stati utilizzati i seguenti strumenti: BPRS 24 item e VGF. La valutazione neurocognitiva ha testato: attenzione, memoria, funzioni esecutive, cognizione sociale (ToM, riconoscimento delle emozioni e riconoscimento di situazioni sociali). È stato applicato un modello di equazione strutturale (SEM-Lisrel) per esaminare le relazioni tra le variabili studiate.

Risultati e conclusioni: i pazienti schizofrenici hanno mostrato punteggi significativamente più bassi, errori di perspective taking, non riuscendo cioè a valutare correttamente la prospettiva dell'altro ($p < 0,001$), errori nella attribuzione delle emozioni ($p = 0,001$). L'applicazione del modello di equazione strutturale evidenzia che gli errori non vengono spiegati dai sintomi, dalla durata della malattia o dai deficit neurocognitivi.

I nostri risultati sono in linea con precedenti studi (Brüne, 2005) e suggeriscono la necessità di utilizzare paradigmi valutativi che permettano un'analisi qualitativa della tipologia di errore che i soggetti commettono nell'attribuire stati mentali ad altri individui.

Bibliografia

- Montag C, Heinz A, Kunz D, Gallinat J. *Self-reported empathic abilities in schizophrenia*. *Schizophr Res* 2007;92:85-9.
- Stanghellini G, Ballerini M. *Values in persons with schizophrenia*. *Schizophr Bull* 2007;33:131-41.
- Casacchia M, Mazza M, Roncone R. *Theory of mind, social development, and psychosis*. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:183-9.

P58. Deficit di riconoscimento delle emozioni in soggetti al primo episodio di un disturbo psicotico e in soggetti con ansia: correlati neurofisiologici

M. Mazza, G. Lucci*, F. Pacitti, R. Pollice, R. Roncone

*Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila; *Dipartimento di Psicologia, Università "G. D'Annunzio", Chieti*

Introduzione: scopo del presente studio è stato esaminare il processo di riconoscimento delle emozioni facciali da un punto di vista elettrofisiologico in soggetti con schizofrenia al primo episodio e in giovani soggetti con disturbo d'ansia.

Metodi: hanno partecipato allo studio 15 soggetti affetti da schizofrenia al primo episodio, 15 soggetti affetti da disturbo d'ansia di pari età e scolarità ed una popolazione equivalente di controlli sani.

Tutti i pazienti sono stati reclutati dal servizio psichiatrico "SMILE" del nostro ospedale. I soggetti, oltre ad aver partecipato ad una registrazione EEG, sono stati sottoposti a valutazione della cognizione sociale attraverso compiti di comprensione della Teoria della Mente ed una scala clinica, BPRS a 24 item.

Ai soggetti sono stati presentati stimoli consistenti in 420 volti che esprimevano 6 emozioni diverse: rabbia, paura, felicità, tristezza, disgusto o neutralità ed è stato chiesto loro di osservare con attenzione i volti sullo schermo del computer in modo da poter rispondere ad alcune domande al termine dell'esperimento ("Hai visto qualche immagine femminile?", "Le facce erano tutte neutre?") e, qualora la risposta sia negativa, si chiede di elencare quali emozioni sono state mostrate. I tre gruppi sono stati confrontati con un vising oddball design.

Risultati: i dati elettrofisiologici, registrati utilizzando un 8-Channel Contact Precision Instrument, hanno evidenziato differenze significative nei tre gruppi alla N100; P170 e N 250 nel riconoscimento delle emozioni sui volti umani. I soggetti con schizofrenia hanno mostrato una marcata riduzione dell'ampiezza delle tre componenti studiate rispetto ai soggetti con disturbo d'ansia e ai soggetti sani.

Conclusioni: è possibile ipotizzare che soggetti al primo episodio psicotico mostrino specifici modelli di alterazione dello sforzo cognitivo nella percezione di stimoli emozionali differenti rispetto a soggetti normali di controllo ed a soggetti affetti da disturbi d'ansia.

Bibliografia

Lynn SK, Salisbury DF. *Attenuated modulation of the N170 ERP by facial expressions in schizophrenia*. Clin EEG Neurosci 2008;39:108-11.

Turetsky BI, Kohler CG, Indersmitten T, Bhati MT, Charbonnier D, Gur RC. *Facial emotion recognition in schizophrenia: when and why does it go awry?* Schizophr Res 2007;94:253-63.

P59. Risposte emotive anomale a stimoli visivi piacevoli e spiacevoli nel primo episodio di schizofrenia: indagine fMRI

M. Mazza, A. Catalucci*, R. Pollice, M. Gallucci**, R. Roncone

*Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila; * UO di Neuroradiologia, Ospedale "S. Salvatore", L'Aquila; ** Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila*

Introduzione: tra i più importanti sintomi associati al disturbo schizofrenico sono l'appiattimento affettivo, una diminuita espressione delle emozioni, anedonia, e l'isolamento sociale.

Alcuni Autori sostengono che l'anedonia in particolare, rappresenti un segno "quasi-patognomonico" della schizofrenia in particolare in soggetti con prevalente sintomatologia negativa. Alcuni studi hanno dimostrato che il deficit di empatia nella schizofrenia sembra sia in correlazione con i sintomi negativi. La base neurale dell'empatia sembra essere l'attivazione di un circuito in cui la struttura principale è l'insula. Il ruolo cruciale dell'insula nell'esperienza associata al riconoscimento dell'emozione, suggerisce che il substrato neurale delle emozioni non è solo sensoriale. I pazienti schizofrenici con prevalenti sintomi negativi evidenziano una riduzione del volume dell'insula.

L'ipotesi del presente studio è di indagare la risposta neuronale a stimoli piacevoli e disgustosi in soggetti affetti da schizofrenia al primo episodio.

Metodi: sono stati selezionati, dal servizio psichiatrico "SMILE" dell'Ospedale San Salvatore, 15 soggetti al primo episodio di schizofrenia (DSM-IV-R, APA, 2000) con un normale QI e 15 volontari sani selezionati per età e istruzione e sono stati seguiti durante l'osservazione di stimoli visivi piacevoli e spiacevoli. Le immagini funzionali sono state acquisite con un 1.5T scanner MRI (Signa Horizon, General Electric). Il livello di ossigenazione del sangue dipendente (*bold*) contrasto è stato ottenuto utilizzando EPI T2'

Risultati: i nostri risultati hanno evidenziato che una assente attivazione dell'insula, in particolare a destra in soggetti con schizofrenia esposizione a stimoli piacevoli e spiacevoli rispetto a soggetti sani di equivalenti per età e scolarità.

Conclusioni: i nostri dati seppur preliminari confermano la presenza di un deficit di attivazione delle aree neuronali responsabili della risposta emozionale nella

schizofrenia confermano l'ipotesi di un alterazione dei correlati neurali responsabili del processo mento delle emozioni.

La natura di tali deficit suggerisce l'importanza di esaminare tali disturbi in maniera più approfondita sia per la programmazione di interventi riabilitativi sia per la diagnosi precoce di schizofrenia

Bibliografia

Jabbi M, Bastiaansen J, Keysers C. *A common anterior insula representation of disgust observation, experience and imagination shows divergent functional connectivity pathways*. PLoS ONE 2008;13:3.

Chakrabarti B, Bullmore E, Baron-Cohen S. *Empathizing with basic emotions: common and discrete neural substrates*. Soc Neurosci 2006;1:364-84.

P60. Risposta emozionale a stimoli piacevoli e spiacevoli in soggetti al primo episodio di schizofrenia e in soggetti con schizofrenia cronica: analisi dei tempi di reazione

M. Mazza, R. Pollice, V. Guadagni, F. Pacitti, R. Roncone

Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: da molteplici studi in letteratura emerge come l'anedonia sia un sintomo sempre presente e associato alla sintomatologia negativa della schizofrenia. L'incapacità di provare piacere ed, in secondo luogo, di comprendere e riconoscere il piacere altrui è strettamente legata all'incapacità di provare disgusto in prima persona e riconoscerlo negli altri, spiegata probabilmente con un deficit dell'attivazione del circuito limbico e, in particolar modo, dell'insula.

Scopo del presente studio è stato verificare la risposta comportamentale alla presentazione di stimoli visivi piacevoli e spiacevoli in soggetti affetti da schizofrenia con esordio psicotico e in soggetti con schizofrenia cronica.

Metodi: hanno partecipato allo studio un gruppo di 15 soggetti con schizofrenia (età media 24,4 e scolarità media di 14,1 aa) al primo episodio reclutati dal servizio psichiatrico "SMILE" dell'Ospedale "San Salvatore" de L'Aquila; 10 soggetti con schizofrenia cronica utenti del SPDC a direzione universitaria dello stesso ospedale; una popolazione di soggetti sani comparabili per età e scolarità.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un compito computerizzato per la valutazione della risposta a stimoli piacevoli e disgustosi. Ai soggetti venivano presentati 20 stimoli piacevoli (prevalentemente immagini di cibi comunemente considerati buoni, es. gelato, pizza, ecc.) e 20 stimoli spiacevoli (immagini di insetti, incidenti, ferite). Ai soggetti veniva richiesta una valutazione di piacevolezza o spiacevolezza, da esprimere con un

punteggio su una scala Likert (1 = piacevole; 7 = disgustoso). Sono state poi analizzate le risposte fornite ed i tempi di reazione.

Risultati e conclusioni: i risultati hanno evidenziato che la capacità di riconoscere ed esprimere un giudizio su stimoli piacevoli o spiacevoli è deficitaria nei soggetti con schizofrenia cronica e nei soggetti con esordio psicotico rispetto ai soggetti sani. Infatti i soggetti con schizofrenia cronica ed i soggetti con schizofrenia al primo episodio presentano assenza di risposte intermedie nella valutazione di immagini piacevoli e spiacevoli, rispetto ai controlli sani.

Nell'analisi dei tempi di reazione i soggetti sani presentano tempi di reazione più lunghi nelle immagini più intense (in particolari spiacevoli) rispetto ai soggetti con schizofrenia.

Bibliografia

Monk ES, Green MJ, Barrett JA, Robinson JL, Velligan DI, Glahn DC. *A social cognitive approach to emotional intensity judgment deficits in schizophrenia*. Schizophr Res 2007;94:245-52.

Krolak-Salmon P, Henaff MA, Isnard J, Tallon-Baudry C, Guenot M, Vighetto A, et al. *An attention modulated response to disgust in human ventral anterior insula*. Ann Neurol 2003;53:446-53.

Charash M, McKay D. *Attention bias for disgust*. J Anxiety Disord 2002;16:529-41.

P61. Disturbo bipolare con e senza comorbidità con abuso di sostanze: risposta al trattamento e outcome dopo 1 anno di follow-up

M. Mazza, L. Mandelli*, M. Di Nicola, D. Harnic, V. Catalano, D. Tedeschi, G. Martinotti, R. Colombo**, P. Bria, A. Serretti*, L. Janiri

*Istituto di Psichiatria e Psicologia, Ambulatorio per i Disturbi Bipolari, Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma; * Dipartimento di Psichiatria, Università di Bologna; ** Istituto di Biochimica, Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma e Laboratorio di Biologia Molecolare e Genetica, Università Cattolica di Milano*

Introduzione: i pazienti bipolari con doppia diagnosi presentano caratteristiche cliniche che tendono a compromettere l'outcome a lungo termine e l'aderenza al trattamento farmacologico. Lo scopo di questo studio è esaminare le caratteristiche cliniche e psicopatologiche di pazienti bipolari con e senza comorbidità con abuso di sostanze.

Metodi: il campione è composto da 131 pazienti, 65 con disturbo bipolare I (BP-I, 49,2%), 29 con disturbo bipolare II (BP-II, 22,3%) e 37 con disturbo ciclotimico (CtD, 28,5%) secondo i criteri del DSM-IV. Inoltre 66 pazienti hanno una diagnosi di abuso di sostanze (SUD) in comorbidità. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicometrica con: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale

(HARS), Young Mania Rating Scale (YMRS), Global Assessment Scale (GAS), Social Adjustment Self-reported Scale (SASS), Quality of Life Scale (QoL), al baseline e dopo follow-up ripetuti (1, 3, 6, 12 mesi).

Risultati: i pazienti bipolari con SUD in comorbidità hanno con più frequenza una diagnosi di BP-II e CtD ed hanno una minore probabilità di sviluppare una sintomatologia maniacale di grado moderato o severo. I disturbi di personalità sono più frequenti nei pazienti bipolari con doppia diagnosi. I pazienti bipolari con SUD in comorbidità non sono differenti a quelli senza SUD per quanto riguarda l'outcome (punteggi alla HDRS, HARS, YMRS, GAS); tuttavia, i pazienti con doppia diagnosi presentano una compromissione significativa del funzionamento sociale (SASS) a tutti i follow-up.

Conclusioni: i pazienti con doppia diagnosi risultano fortemente compromessi nel funzionamento sociale. Inoltre questi pazienti meno frequentemente hanno una diagnosi di BP-I e solitamente non presentano una marcata tendenza alla maniacalità. Infine nel nostro campione la percentuale di drop-out sembra essere soprattutto condizionata dalla giovane età, dal trattamento farmacologico a basse dosi e dalla diagnosi di BP-I, ma non dalla dipendenza da sostanze.

Bibliografia

¹ Farren CK, McElroy S. *Treatment response of bipolar and unipolar alcoholics to an inpatient dual diagnosis program*. J Affect Disord 2008;106:265-72.

² Mitchell JD, Brown ES, Rush AJ. *Comorbid disorders in patients with bipolar disorder and concomitant substance dependence*. J Affect Disord 2007;102:281-7.

³ Merikangas KR, Herrell R, Swendsen J, Rossler W, Ajdacic-Gross V, Angst J. *Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders. Results from the Zurich Cohort Study*. Arch Gen Psychiatry 2008;65:47-52.

P62. Effetti dei farmaci antipsicotici di seconda generazione sui potenziali evento-correlati

E. Merlotti, A. Mucci, U. Volpe, F. Centanaro, M. Piccirillo, A. Vignapiano, P. Romano, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, II Università di Napoli - SUN

Numerosi studi hanno riportato un effetto favorevole degli antipsicotici di seconda generazione sulle funzioni cognitive, ma solo pochi hanno investigato gli effetti di tali farmaci sui potenziali evento-correlati (ERPs). Lo scopo di questo studio è stato quello di caratterizzare le modificazioni degli ERPs indotte da aloperidolo, risperidone e placebo in soggetti sani. Nel presente esperimento, 11 soggetti sani maschi sono stati sottoposti ad un paradigma oddball uditivo a tre toni (target, standard e distrattori), prima e dopo 6 ore dalla somministrazione di placebo o di aloperidolo o di risperidone. L'ordine di somministra-

zione del placebo e dei due farmaci attivi è stato stabilito mediante randomizzazione in tre successive sessioni. Le misure di latenza e ampiezza delle componenti degli ERPs P3b (elicitata dagli stimoli target) e P3a (elicitata dagli stimoli distrattori) sono state identificate a livello delle derivazioni Cz e Pz. È stato osservato un aumento dell'ampiezza della P3a sulle derivazioni mediane e centroparietali di destra, elicitata durante l'elaborazione degli stimoli distrattori, solo nei soggetti che hanno assunto il risperidone. Questi risultati evidenziano che l'ampiezza della P3a, che rappresenta un indice dei processi di allocazione automatica dell'attenzione, è incrementata solo dal risperidone, suggerendo un effetto favorevole degli antipsicotici di seconda generazione su tali processi.

P63. Correlazioni tra variabili cliniche, sociodemografiche, miglioramento e durata del ricovero in un gruppo di pazienti ospedalizzati

C. Montemagni, N. Birindelli, T. Mongini, C. Mingrone, L. Pulvirenti, S. Zappia, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: negli ultimi anni in diversi paesi europei si è verificata una riduzione della durata delle ospedalizzazioni in psichiatria. Diversi studi hanno indagato se la durata di ospedalizzazione sia correlata al miglioramento del paziente e se sia influenzata da variabili cliniche o sociodemografiche. Nel presente studio ci siamo proposti di valutare le relazioni tra durata del ricovero, variabili demografiche/cliniche e miglioramento in un gruppo di pazienti ricoverati.

Metodi: sono stati reclutati 413 pazienti consecutivi ricoverati presso SCU Psichiatria 1, AOU "San Giovanni Battista" di Torino, nel corso del triennio 2004-2006. La durata del ricovero è stata correlata tramite test di Pearson con: età, scolarità, anni di diagnosi, età di esordio e miglioramento clinico (misurato tramite BPRS). Sono state valutate possibili differenze di lunghezza di ricovero rispetto al sesso, alla situazione lavorativa e alla diagnosi (One Way ANOVA).

Risultati: i pazienti (n = 413, M = 63%) erano affetti da disturbo depressivo (45%), disturbo bipolare (28%), disturbo psicotico (12%), altro (15%).

La durata del ricovero è risultata correlata negativamente con scolarità (p = 0,035) e positivamente con età (p = 0,001), anni di malattia (p = 0,049), età di esordio (p = 0,042), punteggio della BPRS all'ingresso (p = 0,000), differenza della BPRS tra ingresso ed uscita (p = 0,001). Le pazienti di sesso femminile avevano più lunga durata di ricovero (p = 0,000), mentre non sono emerse differenze rispetto alla diagnosi e alla situazione lavorativa.

Conclusioni: diverse variabili cliniche e sociodemografiche sembrano influenzare la decisione del medico rispetto alla durata del ricovero. Un più alto numero di giorni di ricovero è correlato ad un maggiore miglioramento clinico.

Bibliografia

Lieberman PB, Wiitala SA, Elliott B, McCormick S, Goyette SB. *Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization?* Am J Psychiatry 1998;155:905-9.

Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. *Length of hospitalisation for people with severe mental illness.* Cochrane Database Syst Rev 2008.

P64. Potenziali evento-correlati nella schizofrenia

A. Mucci, P. Bucci, U. Volpe, E. Merlotti, D. Russo, D. Corominas, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

In pazienti con schizofrenia, numerosi studi hanno riportato la presenza di anomalie dei potenziali evento-correlati (ERPs) che si ritiene possano riflettere una compromissione delle funzioni integrative. Resta da chiarire l'influenza di diverse caratteristiche cliniche su tali anomalie.

Nel presente lavoro è stata indagata l'ipotesi che i pazienti con schizofrenia deficitaria (SD) possano differire da quelli con schizofrenia non deficitaria (SND) rispetto a diverse componenti degli ERPs.

In un gruppo di pazienti con SD, uno di pazienti con SND e uno di controlli sani (CS) sono stati valutati ampiezza e generatori corticali delle componenti N1 e P3, nonché ampiezza e latenza della mismatch negativity (MMN) e della processing negativity (PN).

Per la N1, solo nei pazienti con SD è stata osservata una riduzione dell'ampiezza e dell'attività dei generatori corticali. Per la P3, solo i pazienti con SND hanno mostrato una riduzione lateralizzata dell'ampiezza e dell'attività dei generatori corticali. La PN è risultata ridotta negli SD rispetto ai CS. Nei due gruppi di pazienti si sono osservate differenze nell'ampiezza della N1 e della PN, nella topografia della N1, nonché nell'ampiezza e nei generatori corticali della P3.

I nostri dati sono a favore dell'ipotesi secondo cui la SD e la SND rappresentino due entità distinte di malattia e suggeriscono che nella SD siano compromessi i processi attentivi precoci, mentre nella SND quelli tardivi, correlati alla P3.

P65. Source monitoring e allucinazioni in pazienti affetti da schizofrenia

R. Pacifico, F. Struglia, I. Riccardi, P. Stratta, A. Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

Introduzione: i pazienti affetti da schizofrenia, in particolare quelli con specifici sintomi positivi quali le allucinazioni verbali uditive (AVU), mostrano un deficit del Source Monitoring. Ciò sfocia nell'errata conclusione

che i pensieri auto-generati non vengano riconosciuti come propri ma derivino da una fonte esterna. L'obiettivo del nostro studio è valutare l'ipotesi che le AVU siano associate ad una peggiore performance nel Source Monitoring.

Metodo: sono stati valutati 19 pazienti affetti da schizofrenia. Sulla base della storia clinica e dei sintomi attuali sono stati suddivisi in 2 gruppi: uno costituito da 14 pazienti con AVU attuali (AVU-A) e l'altro costituito da 5 pazienti con storia di AVU (AVU-S) ma non presenti al momento della valutazione. La valutazione clinica è stata condotta con PANSS.

Per valutare la capacità nel Source Monitoring è stato utilizzato una versione modificata del Reality Monitoring Task di Larøi et al.¹.

Risultati: i nostri dati confermano un deficit nel Source Monitoring nei pazienti affetti da schizofrenia, in particolare nei pazienti con AVU-A. Essi sono più proni, rispetto ai pazienti con AVU-S, ad attribuire, in maniera errata, le parole prodotte da loro stessi ad una fonte esterna.

Conclusioni: la peggior performance dei pazienti con AVU-A potrebbe dipendere da una peggior risposta al trattamento farmacologico rispetto ai pazienti con AVU-S. Se così fosse, test simili a questo potrebbero essere utilizzati per monitorare il quadro sintomatologico in relazione al trattamento medico².

Bibliografia

¹ Larøi F, et al. *Br J Clin Psychol* 2004;43.

² Keefe RSE, et al. *Psychopharmacology* 2003;169.

P66. Falsi ricordi in schizofrenia? Uno studio sull'inflazione immaginativa

F.A. Padalino, M. Altamura, N. Mammarella*, B. Fairfield*, A. Bellomo

*Department of Biomedical Sciences, Psychiatry Unit, University of Foggia; * Department of Biomedical Sciences, University of Chieti and Online University "L. Da Vinci", Chieti*

Introduzione: la schizofrenia è caratterizzata da deficit cognitivi che includono la comparsa di falsi ricordi (errori di attribuzione della fonte di una memoria). Lo scopo dello studio è stato quello di indagare se immaginare di svolgere un compito in maniera ripetuta nel tempo (inflazione immaginativa) possa condurre ad un aumento di falsi ricordi nei pazienti con schizofrenia.

Metodo: 26 pazienti con schizofrenia sono stati confrontati con 26 soggetti di controllo. Ai partecipanti è stato chiesto di eseguire o immaginare di eseguire alcune azioni, una sola volta o più volte, utilizzando oggetti diversi. Dopo 24 ore i partecipanti dovevano ricordare quali azioni avevano eseguito, quali avevano immaginato e quali erano quelle nuove.

Risultati: l'analisi dei risultati non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi: all'aumentare del numero delle atti immaginativi aumentava il numero dei falsi ricordi (riportare come già eseguita un'azione solamente immaginata). Tuttavia, i pazienti hanno manifestato un numero maggiore di errori di attribuzione "falsi negativi" (riportare come nuova un'azione che era stata immaginata).

Conclusioni: i risultati suggeriscono che nei pazienti esiste una sostanziale differenza nei processi cognitivi attivati nei compiti relativi all'attribuzione della fonte dei ricordi. Il gran numero di errori "falsi negativi" potrebbe aver ridotto il numero dei falsi ricordi e quindi gli effetti dell'inflazione immaginativa.

Bibliografia

Johnson MK, Raye CL. *Reality monitoring*. *Psychol Rev* 1981;88:67-85.

Goff LM, Roediger HL. *Imagination inflation for action events: repeated imaginings lead to illusory recollections*. *Memory Cognition* 1998;26:20-33.

Moritz S, Woodward TS, Cuttler C, Whitman JC. *False memories in schizophrenia*. *Neuropsychology* 2004;18:276-83.

P67. L'applicazione delle arti terapie all'interno di una comunità riabilitativa ad alta assistenza: valutazione degli esiti dell'intervento

R. Paleari, R. Magnotti, G. Spagnolo, R. Truzoli, C. Viganò, G. Ba

Cattedra di Psichiatria Dipartimento di Scienze Cliniche "Luigi Sacco", Università di Milano; UO Psichiatria 2, Ospedale "L. Sacco", Milano

L'applicazione delle arti terapie all'interno di un trattamento volto al reinserimento di pazienti psichiatriche nel loro contesto sociale è ormai riconosciuto come essenziale nel recupero delle abilità di base e delle competenze emotivo affettive e relazionali.

Lo studio valuta i risultati ottenuti dalla applicazione di attività riabilitative cosiddette di secondo livello (gruppo discussione, arteterapia, musicoterapia) in una comunità riabilitativa ad alta assistenza, all'interno della quale in precedenza erano state condotte solo attività riabilitative di terapia occupazionale in gruppi non strutturati (ludoterapia, attività manuali e pratiche).

Sono stati inseriti nello studio 17 pazienti con diagnosi di psicosi. La valutazione è stata effettuata all'ingresso nel gruppo, a 6 e 12 mesi con una batteria di test atti a monitorare funzionamento psicopatologico, relazione e recupero di abilità sociali (VADO, LSP, BPRS). I dati psicopatologici e l'indice di funzionamento sono confrontati con quelli relativi agli stessi pazienti nei 6 mesi precedenti l'inserimento nel gruppo e con quelli di pazienti residenti che non hanno aderito a gruppi espressivi.

I risultati ottenuti evidenziano che le attività espres-

sive in aggiunta a quelle occupazionali, a parità di altre variabili considerate, stimolano modificazioni sostanziali sia dal punto di vista sintomatologico che relazionale, attraverso un aumento della capacità di insight ed un deciso miglioramento nella compliance al trattamento.

Le osservazioni che emergono da questo studio preliminare sostengono l'importanza in riabilitazione di sostenere il paziente non solo nel fare (terapia occupazionale) ma anche nel migliorare la consapevolezza di sé e delle proprie potenzialità attraverso un lavoro volto al recupero delle proprie risorse creative.

P68. Carico familiare nelle malattie a decorso cronico: dati preliminari di uno studio comparativo tra disturbi dello spettro schizofrenico ed insufficienza renale cronica in trattamento dialitico

M.F. Pantusa, L. Feraco, L. Tucci*, C. Sposato*, E. Siciliano*, R. Musacchio*

Centro di Salute Mentale, Rogliano, ASP, Cosenza; * UOC di Dialisi territoriale ASP, Cosenza

Per "carico familiare" si intende l'impatto negativo che la patologia mentale può avere sulla famiglia. La misura del carico familiare si scompone in due sottodimensioni: 1) carico oggettivo (conseguenze economiche, perdita di autonomia e problemi concreti conseguenti all'accudimento del paziente), 2) carico soggettivo (disagio percepito dai familiari e da essi attribuito all'assistenza quotidiana da prestare al paziente).

Obiettivi: valutare i livelli di carico familiare in un campione di familiari di pazienti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico o da insufficienza renale cronica in trattamento dialitico trisettimanale; esaminare la relazione tra carico familiare e: 1) caratteristiche socio-anagrafiche dei familiari, 2) caratteristiche cliniche dei pazienti.

Materiali e metodi: un totale di 84 familiari di pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico e di 90 familiari di pazienti in trattamento dialitico trisettimanale sono stati reclutati presso il CSM di Rogliano (CS) e presso l'UO di Dialisi territoriale dell'ASP di Cosenza. Il carico familiare è stato valutato con il "Questionario per i Problemi dei Familiari" (QPF, QPF-O, Roma 1991).

Risultati: il 38,1% (n = 32) dei caregiver dei pazienti psichiatrici è rappresentato dai genitori, soprattutto madri (n = 30), e il 31% dai fratelli. I caregiver dei pazienti in trattamento dialitico sono rappresentati in maggioranza dal coniuge (55,6%, n = 50) o dai figli (33,3%, n = 30). I caregiver di pazienti schizofrenici presentano valori significativamente più elevati di carico oggettivo ($26,5 \pm 9,4$ vs. $21,9 \pm 7,7$, $p = 0,001$) e di carico soggettivo ($15,4 \pm 4,7$ vs. $13,6 \pm 4,2$, $p = 0,000$). I livelli di aiuto ricevuto sono invece inferiori ($17,9 \pm 2,8$ vs. $21,9 \pm 9,4$, $p = 0,000$). Per quel che concerne la stima degli atteggiamenti familiari di criticismo e di

coinvolgimento affettivo i punteggi sono sovrapponibili nei due gruppi. Nel campione di pazienti schizofrenici, ma non in quello dei pazienti dializzati, la durata di malattia correla positivamente con gli atteggiamenti positivi ($r = 0,333$, $p = 0,001$).

Conclusioni: le malattie croniche comportano elevati livelli di carico nei familiari impegnati nell'assistenza, ma le psicosi schizofreniche, probabilmente per lo stigma personale e familiare che le accompagna, comportano livelli di carico più elevati e un minore supporto sociale e professionale.

P69. Remissione sintomatologica della schizofrenia nella pratica clinica

M.F. Pantusa, A. Salerno, S. Paparo

CSM, Rogliano, ASP Cosenza

Recentemente sono stati presentati nuovi criteri standard di *outcome* per valutare la remissione sintomatologica nella schizofrenia, in analogia con quanto accade per altre patologie, psichiatriche e non, nelle quali il trattamento terapeutico è orientato alla "remissione-recupero".

Obiettivi: valutare la remissione sintomatologica in un campione di pazienti ambulatoriali, affetti da schizofrenia, secondo i criteri del DSM-IV; correlare la condizione di remissione con le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.

Materiali e metodi: n. 70 pazienti (M/F: 44/26, età media $47,8 \pm 13,6$, r 24-86 aa) sono stati valutati con: questionario socio-demografico, PANSS versione ridotta e la scala per la valutazione del funzionamento globale (VGF). Il confronto statistico delle variabili è stato condotto con il Mann-Whitney Test e con il metodo Monte Carlo.

Risultati: il 30% dei pazienti (n = 21, M/F: 10/11) soddisfa i criteri di remissione. Rispetto ai pazienti con punteggi alla PANSS > 24, i pazienti in remissione si caratterizzano per un'età media significativamente più giovane ($39,8 \pm 11,0$ vs. $51,2 \pm 13,3$, $p = 0,001$), un migliore funzionamento globale (VGF $66,65 \pm 10,6$ vs. $47,3 \pm 6,04$, $p = 0,000$) e una minore durata di malattia ($13,6 \pm 9,6$ vs. $24,4 \pm 12,1$, $p = 0,001$). Anche Durata di psicosi non trattata (DUP) nei pazienti in remissione è più breve rispetto all'altro gruppo ($22,7 \pm 77,8$ mesi vs. $41,9 \pm 87,8$, $p = 0,033$). Non sono emerse differenze significative in rapporto al trattamento farmacologico (antipsicotici tipici, atipici, sia tipici che atipici). Relativamente alle caratteristiche socio-demografiche i pazienti in remissione si caratterizzano per una migliore scolarità ($12,2 \pm 4,5$ vs. $9,7 \pm 9,3$, $p = 0,003$).

Conclusioni: i risultati dello studio indicano una stretta correlazione tra condizione di remissione e migliore funzionamento globale del paziente schizofrenico, confermando l'utilità di tale concetto nella pratica clinica dei servizi.

P70. Training individualizzato delle abilità neurocognitive e sociali (SSANIT) in pazienti psicotici cronici

G. Piegari, S. Galderisi, A. Mucci, A. Acerra*, L. Luciano**, F. Santucci**, M. Volpe**, A. Valente**, A.F. Rabasca*, P. Mastantuono**, M. Maj

*Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN; *Dipartimento di Salute Mentale, ASL AV1; **Dipartimento di Salute Mentale, ASL BN1*

Numerosi studi hanno evidenziato che la relazione tra i deficit delle funzioni cognitive ed il funzionamento sociale è più forte rispetto a quella con la psicopatologia. Uno studio condotto dal nostro gruppo su 88 pazienti psicotici cronici ha evidenziato che gli indici di memoria verbale, funzioni esecutive e attenzione sostenuta spiegavano il 19,9% della varianza della disabilità globale, mentre i sintomi negativi ne spiegavano il 4,4%.

Sulla scorta di questi dati il nostro gruppo ha implementato un programma riabilitativo individualizzato che include la pratica sia del training cognitivo computerizzato che del social skills training.

Nel presente studio l'efficacia del programma riabilitativo individualizzato (SSANIT) è stata confrontata con quella delle attività riabilitative strutturate (ARS) abitualmente svolte in tre Centri Diurni della Regione Campania. I 60 pazienti reclutati sono stati assegnati a due gruppi: uno ha partecipato per sei mesi al SSANIT e l'altro ha svolto le ARS del Centro Diurno per lo stesso periodo e numero di ore. L'efficacia dei due interventi è stata valutata rispetto alla psicopatologia e a diversi indici di disabilità sociale.

Il programma SSANIT ha mostrato un'efficacia maggiore nel migliorare la disabilità globale rispetto alle ARS, suggerendo l'opportunità di includere programmi riabilitativi strutturati ed individualizzati nell'ambito delle pratiche riabilitative dei Dipartimenti di Salute Mentale.

P71. Schizofrenia e disturbi d'ansia

F. Pinna, G. Carta, M. Pitzalis, M. Aleffi, S. Pirarba, L. Lai, G. Mellino, S. Piras, E. Sarritzu, L. Zanolì, B. Carpinello

Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: diversi studi epidemiologici riportano un'alta prevalenza di sintomi e di disturbi d'ansia nella schizofrenia, nonostante sia a tutt'oggi sottostimata la loro rilevanza clinica e il conseguente impatto sulla qualità della vita. I sintomi d'ansia lamentati dai pazienti schizofrenici sono tradizionalmente interpretati quali epifenomeno della malattia, escludendo l'eventualità che essi possano configurarsi come disturbo d'ansia distinto associato alla schizofrenia, senza pertanto ricevere adeguata attenzione clinica e specifico trattamento.

Obiettivo primario dello studio è di valutare la prevalenza dei disturbi d'ansia in un campione di pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico. Obiettivo secondario è valutare le eventuali caratteristiche differenziali di tipo socio-demografico, clinico e psicosociale dei suddetti disturbi in base alla presenza/assenza di comorbidità con i disturbi d'ansia.

Materiali e metodi: è stato selezionato un campione consecutivo di 60 pazienti, 35 maschi e 25 femmine, di età media pari a $42,57 \pm 12,2$ anni, affetti da disturbi dello spettro schizofrenico, afferenti a un CSM Universitario. Per il rilevamento dei dati è stata utilizzata una scheda di sintesi individuale dei dati socio-demografici e clinico-terapeutici. L'inquadramento diagnostico di asse I è stato effettuato tramite la SCID I. Il quadro psicopatologico, l'adattamento sociale, l'adattamento premorbo, la qualità della vita, la gravità del quadro clinico e il funzionamento globale sono stati valutati utilizzando le seguenti scale: PANSS, SAS II, PAS, WHO-QoL, CGI e GAF.

Risultati: il 45% (n = 27) dei pazienti esaminati ha almeno un disturbo d'ansia in comorbidità. Il 23% dei soggetti ha una diagnosi lifetime di fobia sociale, il 16,7% di disturbo da attacchi di panico, il 13,3% di disturbo ossessivo compulsivo, l'1,7% di fobia specifica, l'1,7% di disturbo d'ansia generalizzato. Dall'analisi dei due gruppi di pazienti, con e senza diagnosi lifetime di disturbo d'ansia in comorbidità, sono state riscontrate differenze significative sul piano statistico nei punteggi medi all'area dell'adattamento generale della SAS-II e alla scala PAS, con punteggi indicativi rispettivamente di un peggiore adattamento generale e di un peggiore adattamento premorbo nei soggetti con un disturbo d'ansia in comorbidità. Non sono state riscontrate differenze tra i due gruppi significative sul piano statistico nei punteggi medi alla PANSS, WHO-QoL, CGI e GAF.

Conclusioni: i risultati del nostro studio confermano i dati della letteratura sull'elevata associazione tra disturbi dello spettro schizofrenico e disturbi d'Ansia. Si tratta di disturbi sottostimati e frequentemente non diagnosticati, che frequentemente si associano ad un peggiore adattamento premorbo e adattamento generale, oltre ad un peggiore decorso e ad una peggiore qualità di vita. Viene confermata la necessità di una maggiore attenzione alle suddette problematiche, oltre ad interventi specifici di tipo psicofarmacologico.

Bibliografia

- Bermanzohn PC, Pollack S, Siris SG. *Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes*. Schizophr Bull 2000;26:517-25.
- Braga RJ, Mendlowicz MV, Figueira IL. *Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life*. J Psychiatr Res 2005;39:409-14.
- Canon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. *Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia*. Schizophr Bull 1982;8:470-84.

P72. Strategie di prevenzione della collateralità metabolica degli antipsicotici

R. Poli, E. Agrimi

AO "Istituti Ospitalieri di Cremona", UOP Cremona

Gli antipsicotici sono risultati indurre, in soggetti predisposti, effetti collaterali di tipo metabolico che vanno dall'incremento ponderale all'insulino-resistenza, sino a determinare una sindrome metabolica nei pazienti con cattive abitudini di vita.

Per prevenire o limitare tale collateralità abbiamo adottato il programma del "Progetto Benessere" ideato dalla Littrel nelle nostre strutture residenziali ed abbiamo misurato l'efficacia sui parametri metabolici e sulla qualità della vita.

Il disegno dello studio prevedeva 32 incontri di gruppo ad orientamento cognitivo comportamentale e la pianificazione di una attività fisica strutturata. Abbiamo arruolato in modo randomizzato 21 pazienti affetti da schizofrenia in fase di compenso ($CGI \leq 3$): 10 assegnati al gruppo sperimentale e 11 al gruppo di controllo.

Al tempo T0 e alla fine dell'intervento sono stati rilevati: peso, BMI, circonferenza addominale, glicemia, emoglobina glicata, colesterolo totale, LDL e HDL, trigliceridi e insulina. Sono state somministrate la GAF e la EquOl-5-D. I risultati ottenuti hanno mostrato l'efficacia sulla riduzione del peso corporeo e del BMI. I parametri metabolici hanno evidenziato una stabilizzazione del gruppo sperimentale contro un aumento dei valori nel gruppo di controllo. Pur nella limitatezza del campione osservato i dati confermano che una dieta appropriata associata ad una regolare attività fisica aiuta a prevenire il rischio metabolico nel paziente psicotico.

P73. Impulsività e spettro panico agorafobico nel disturbo bipolare

M. Preve*, S. Pini*, M. Mula***, I. Giovannini*, M. Masini*, E. Maltinti*, L. Di Paolo*, G.B. Cassano*

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; ** Dipartimento di Neurologia, Università di Novara

Introduzione: L'impulsività è una caratteristica centrale nel disturbo bipolare (BD), dati epidemiologici suggeriscono alti tassi di comorbidità tra disturbi di ansia e da discontrollo degli impulsi¹. Lo scopo dello studio è investigare la relazione tra impulsività, comorbidità per disturbo di panico e sintomi dello spettro panico agorafobico nei pazienti con BD.

Metodi: 247 pazienti eutimici ($HAMD < 8$; $YMRS < 6$) sono valutati con SCID-P, Structured Clinical Interview for Mood Spectrum Self-Related (MOOD-SR) e Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum Self-Related (PAS-SR). La dimensione impulsività è stata estrapolata dal MOOD-SR sulla base della Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).

Risultati: i pazienti bipolari con spettro panico *lifetime* presentano punteggi più elevati di impulsività (pas +6,09 vs. pas -3,88 $p < 0,001$). La differenza rimane significativa stratificando il campione per tipo di disturbo bipolare. Nel modello di regressione lineare i punteggi dell'impulsività, corretti per età e per sesso, correlano con il punteggio totale del PAS ($\beta = 0,418$). Il modello di regressione logistica dimostra una associazione tra punteggi dell'impulsività e spettro panico (definito sulla soglia PAS 35) ($OR = 1,210$)

Conclusioni: L'impulsività correla nel BD con i sintomi atipici dello spettro panico, più che con la diagnosi di panico. I risultati indicano la presenza di endofenotipi specifici all'interno del BD. Ulteriori studi neurobiologici sono necessari per delucidare questa associazione.

Bibliografia

- ¹ Taylor CT, Keely SJ. *The autonomic nervous system and inflammatory bowel disease*. *Auton Neurosci* 2007;133:104-14.

P74. Disturbo bipolare: profili genici in sottotipi patologici

G. Prossimo, R. Furnari, S. Forte*

Clinica Psichiatrica, Policlinico Universitario di Catania;
* *Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Catania*

Nella patogenesi del disturbo bipolare ha un peso rilevante la componente genetica. Nelle forme più lievi sembrano essere coinvolti diversi fattori, fisici e ambientali, ma nelle forme più gravi il carico genetico potrebbe da solo determinare l'insorgenza della patologia. Con l'avvento delle tecnologie per la caratterizzazione dell'espressione genica si è fatta maggiore chiarezza sui meccanismi biologici coinvolti. L'analisi statistica classica non sempre è in grado di evidenziare differenze tra i profili di espressione genica di gruppi fenotipici distinti a causa della dinamicità dei sistemi di regolazione genica. Nel presente studio, attraverso un approccio analitico alternativo, sono stati individuati moduli genici, costituiti da piccoli gruppi di geni coregolati in piccoli sottogruppi di pazienti, correlabili con fenotipo clinico in pazienti affetti da disturbo bipolare e in individui controllo. Dati di espressione genica provenienti dal database pubblico NCBI GEO e relativi ad esperimenti di *microarray* su corteccia dorsolaterale prefrontale, ottenuta post mortem da 30 pazienti affetti da DB e 31 individui sani sono stati analizzati attraverso *biclustering*, per l'estrazione di moduli genici. I moduli ottenuti sono stati analizzati attraverso procedure di *data mining* per l'estrazione di associazioni frequenti con parametri qualitativi estratti dalle cartelle cliniche. I risultati ottenuti evidenziano nuove associazioni di gruppi di geni frequenti in sottotipi patologici.

P75. Disfunzioni nella teoria della mente e nell'empatia come possibili endofenotipi per la schizofrenia

I. Riccardi, M. D'Arcangelo, P.R. Di Cosimo, A. Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

L'abilità di teoria della mente (TOM) permette di attribuire stati mentali agli altri, l'empatia di inferire le esperienze emozionali: entrambe sono processi fondamentali per la cognitività sociale e l'adattamento alla vita quotidiana. Studi recenti di *neuroimaging* hanno evidenziato una base neurale per entrambe le funzioni.

Tali funzioni sono spesso compromesse in individui affetti da schizofrenia.

Venti soggetti con schizofrenia e 30 genitori non affetti sono stati sottoposti a:

- valutazione sintomatologia: Positive and Negative Symptoms Scale per il campione clinico e Symtoms Check List-90 e Temperament and Character Inventory per i genitori;
- valutazione TOM: vignette umoristiche secondo il paradigma di Marjoram et al. (2005) in una versione da noi ridotta ed adattata;
- valutazione dell'empatia: versione breve dell'Empaty Quotient da noi adattata in italiano;
- valutazione REF: versione ridotta e computerizzata di 36 fotografie, tratte dal Pictures of Facial Affect di Ekman & Friesen (1976);
- Valutazione delle funzioni esecutive: Wisconsin Card Sorting Test in una versione computerizzata di 64 carte.

Il nostro studio ha indagato la relazione esistente tra i costrutti TOM/empatia in e ha rilevato dati a favore di disfunzioni delle abilità di TOM, empatia, REF nella schizofrenia e in parte nei relativi genitori non affetti. I nostri risultati permettono di considerare l'ipotesi che tali disfunzioni possano costituire possibili endofenotipi per i disturbi schizofrenico.

Bibliografia

Bediou B, Franck N, Saoud M, Baudouin JY, Tiberghien G, Dalery J, et al. *Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia*. *Psychiatry Res* 2005a;133:149-57.

Stratta P, Riccardi I, Mirabilio D, Tomassini A, Di Tommaso S, Rossi A. *Exploration of irony appreciation in schizophrenia: a replication study on an Italian sample*. *Eur Arch Clin Neuosci* 2007;257:337-9.

P76. Associazione di varianti genetiche del recettore dopaminergico d3 con sintomi positivi nella schizofrenia

M. Rizzo, G. Caforio, A. Rampino, M. Attrotto, I. Andriola, R. Masellis, G. Ursini, A. Di Giorgio, G. De Simeis, C. Castellana, L. Fazio, G. Blasi, W. Sadée*, M. Nardini, A. Bertolino

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; * Program in Pharmacogenomics, Department of Pharmacology, College of Medicine, and Division of Biostatistics, College of Public Health, The Ohio State University, Columbus, OH, USA*

Le componenti molecolari del sistema dopaminergico sembrano rivestire un ruolo nella patofisiologia della schizofrenia. La distribuzione anatomica e il profilo farmacologico del recettore D3 suggeriscono un coinvolgimento nel meccanismo d'azione degli antipsicotici. Alcuni polimorfismi tipo SNP (Single Nucleotide Polymorphism) del gene DRD3 sono stati associati al miglioramento dei sintomi positivi e alla risposta alla terapia con antipsicotici atipici in pazienti affetti da schizofrenia.

Scopo dello studio è valutare l'associazione tra un blocco aplotipico contenente 4 SNP di DRD3 (rs2134655, 226082, 6280, 963468) e le manifestazioni sintomatologiche, in particolare la presenza e gravità di sintomi positivi.

112 pazienti (87 M; età $33 \pm 10,05$) con diagnosi di schizofrenia (DSM-IV-TR), in terapia stabile per 56 giorni con antipsicotici di prima e seconda generazione, sono stati sottoposti a valutazione sintomatologica tramite PANSS e genotipizzati per i 4 SNP di DR3.

L'analisi aplotipica ha mostrato frequenze massime per i 3 aplotipi GTTA (29%), ATTG (29%) e GCCG (27%). L'aplotipo GCCG presenta un effetto protettivo statisticamente significativo ($p: 0,003$; $z\text{-st: } -2,9626$) sulla gravità della sintomatologia positiva espressa come punteggio PANSS. Questi risultati suggeriscono che la modulazione della trasmissione dopaminergica geneticamente determinata potrebbe influire sulla gravità della sintomatologia della sottoscala dei sintomi positivi della PANSS.

P77. Studio italiano R-LAI con risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP): dati di remissione sintomatologica a 52 settimane

A. Rossi, M.M. Bernareggi*, M.G. Giustra* per conto degli Sperimentatori dei centri partecipanti allo studio clinico R-LAI

*Centro coordinatore, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila; * Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)*

Introduzione: la schizofrenia richiede un trattamento a lungo termine per raggiungere e mantenere la remissione¹.

Metodi: applicare in modo prospettico i criteri di remis-

sione di Andreasen ² in soggetti schizofrenici/schizoaffettivi sintomatologicamente stabili trattati per 52 settimane in aperto con RRP.

Risultati: la percentuale dei 243 soggetti (PP population) in remissione secondo il criterio di gravità è passata dal 14% al basale al 45% dopo 52 settimane. Il 63% dei soggetti già in remissione al basale lo era anche a 52 settimane. La percentuale di soggetti che soddisfaceva entrambi i criteri (gravità e durata) è aumentata dal 9% a 26 settimane al 32% a 52 settimane. Il 42% dei 208 soggetti non in remissione secondo il criterio di gravità al basale lo era a 52 settimane con un 26% che ha raggiunto entrambi i criteri alla fine dello studio. Al basale i soggetti in remissione avevano punteggi PANSS totale, sottoscale e fattori cognitivi significativamente inferiori ($p \leq 0,001$) rispetto ai soggetti non in remissione. In un modello di regressione logistica, i punteggi basali PANSS positiva e negativa sono risultati i più forti predittori di remissione (18 e 14% della varianza spiegata, $p \leq 0,001$). Le differenze dei punteggi basali CGI-S e GAF tra soggetti che hanno raggiunto la remissione e gli altri erano significative ($p \leq 0,001$).

Conclusioni: il trattamento con RRP per 52 settimane permette a una percentuale significativa di soggetti di raggiungere e mantenere la remissione sintomatologica.

Bibliografia

- 1 Llorca PM, Sacchetti E, Lloyd K, Kissling W, Medori R. *Long-term remission in schizophrenia and related psychoses with long-acting risperidone: Results obtained in an open-label study with an observation period of 18 months.* Int J Clin Pharmacol Ther 2008;46:14-22.
- 2 Andreasen, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus.* Am J Psychiatry 2005;162:441-9.

P78. Psicopatologia e genere: analisi, valutazione e monitoraggio delle differenze

G. Salomone, F. Basile¹, M. Ferrillo², V. Cioffi³, W. Di Munzio⁴

Dirigente medico, Direttore Fondazione CeRPS; ¹ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; ² Psicologo; ³ Sociologo; ⁴ Direttore DSM, Direttore Scientifico Fondazione CeRPS, DSM ASL Salerno 1 e Fondazione CeRPS, Nocera Inferiore, Regione Campania

Solo nella letteratura recente sono presenti riferimenti più specifici alle differenze di genere in psichiatria. In riferimento alla schizofrenia è accertato che nelle donne vi è un esordio più tardivo; un decorso, una prognosi ed un esito migliori; un andamento clinico, il funzionamento premorboso e la risposta alla terapia differenti con importanti risvolti pratici. Alla luce di quanto premesso, nel nostro DSM abbiamo iniziato a rilevare i dati psicopatologici divisi per genere in modo da predisporre linee guida per il trattamento in-

tegrato, farmacologico, psicologico e riabilitativo specifici per sesso. Abbiamo: 1) rilevati i pazienti afferenti al DSM nel biennio 2006-2007, attraverso il sistema informatico Psynfo, che risultano essere 19759 pazienti in totale (tutte le diagnosi), di cui 10701 donne e 9058 uomini; 2) rilevati i pazienti con diagnosi di Psicosi Schizofrenica, che risultano in totale 499 pazienti, di cui 181 donne e 318 uomini; 3) elaborata la scheda per rilevare i dati di ciascun paziente selezionato (socio-demografici, clinici, farmacologici, riabilitativi); 4) somministrazione delle scale di valutazione, di funzionamento personale e sociale; 5) elaborazione dei dati. Finora i dati esaminati per quanto riguarda l'esordio, il decorso, la sintomatologia, la comorbidità, la risposta farmacologica sono in linea con i dati della letteratura.

Sono in corso di analisi i dati riferiti alla depressione e l'elaborazione dei dati riguardanti le scale somministrate.

P79. Qualità della vita e sindrome metabolica nel disturbo bipolare

V. Salvi, V. D'Ambrosio, L.S. Candiloro, U. Albert, G. Maina

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

Introduzione: la sindrome metabolica (SM) è una condizione multisistemica caratterizzata dalla compresenza di obesità addominale, dislipidemia, iperglicemia e ipertensione. Tale condizione è responsabile dell'aumento di morbilità e mortalità cardiovascolare. Un recente studio ha evidenziato che la presenza di SM peggiora la qualità di vita (qualità della vita, QoL) indipendentemente da altri fattori¹. I pazienti con disturbo bipolare (DB) sono affetti da SM più spesso della popolazione generale^{2,3}, tuttavia nessuno studio ha indagato l'impatto della sindrome metabolica sulla QoL in pazienti con disturbo bipolare.

Metodi: in questo studio preliminare sono stati inclusi pazienti con DB in fase di eutimia afferiti presso il nostro servizio. Sono state somministrate un'intervista semistrutturata per la rilevazione delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche e la Short Form-36 per la valutazione della QoL. Ai pazienti sono stati quindi rilevati i parametri per diagnosticare la SM (circonferenza addominale, pressione arteriosa, trigliceridemia, glicemia, HDL) secondo i criteri NHLBI⁴. La presenza di SM è stata correlata alle variabili socio-demografiche e ai punteggi di Short Form-36 attraverso chi quadrato in caso di variabili categoriali e t-test per campioni indipendenti in caso di variabili continue.

Risultati: il campione è costituito da 46 pazienti affetti da DB (tipo I, II, NAS e schizoaffettivo bipolare). Il 19,6% del campione totale soddisfa la diagnosi di SM senza differenze nelle caratteristiche socio-demografiche e cliniche rispetto ai pazienti senza SM. I punteggi

medi ai diversi item della SF-36 non differiscono significativamente tra i due gruppi di pazienti.

Conclusioni: 10 pazienti su 46 (19,6%) soddisfano i criteri per la diagnosi di SM. Nel nostro campione la QoL nei pazienti con SM non mostra differenze significative per i diversi item della SF-36 rispetto ai pazienti senza SM. Nel nostro campione la presenza di SM non sembra interferire con la percezione della qualità di vita nei pazienti con DB, tuttavia i risultati devono essere interpretati anche alla luce dell'esiguità del campione scelto per l'analisi, in corso di ampliamento.

Bibliografia

- 1 Ford ES, Li C. *Metabolic syndrome and health-related quality of life among U.S. adults*. Ann Epidemiol. 2008;18:165-71.
- 2 Fagiolini A, Frank E, Scott JA. *Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians*. Bipolar Disord 2005;7:424-30.
- 3 Salvi V. *Metabolic syndrome in Italian patients with bipolar disorder*. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:218-23.
- 4 Grundy SM, Brewer HB, Cleeman II, Smith Jr SC, Lenfant C, for the Conference Participants. *Definition of the Metabolic Syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition*. Circulation 2005;112:2735-52.

P80. Atteggiamento verso la terapia psicofarmacologica in pazienti psicotici ospedalizzati

G. Santone, P. Natalini, C. Bellantuono

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

Introduzione: l'aderenza del paziente psicotico alla terapia farmacologica rappresenta un fattore prognostico altamente positivo. Riveste quindi una particolare importanza, anche dal punto di vista della pratica quotidiana, l'individuazione dei fattori correlati all'atteggiamento dei pazienti stessi verso la psicofarmacoterapia (Santone et al., 2008).

Metodi: sono stati considerati 51 pazienti affetti da schizofrenia ammessi in un reparto per acuti. Al momento dell'ingresso sono stati rilevati: 1) dati sociodemografici e relativi alla patologia ed al trattamento (età, sesso, durata dell'episodio attuale, eventuale resistenza al trattamento, precedenti ricoveri in ambito psichiatrico); 2) aspetti sociali e di funzionamento del paziente (attività produttiva, punteggio VGF, punteggio CGI-S). Ogni paziente è stato valutato attraverso la scala di valutazione della partecipazione al trattamento farmacologico Rating Of Medications Influences (ROMI), ed inoltre con la Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) e con la World Health Organization Quality Of Life Scale (WHOQOL). Al momento della dimissione sono stati rilevati per ogni soggetto durata del ricovero e dati relativi

al trattamento in atto (antipsicotico tipico, antipsicotico atipico, combinazione delle due classi).

Risultati: la ROMI è stata accettata da 34 soggetti (23 maschi e 11 femmine), con un'età media di 38,3 anni (ds 12,8). Il punteggio ROMI per le motivazioni alla compliance risultava in correlazione significativa: 1) diretta con: a) soddisfazione dei bisogni (CANSAS); 2) inversa con: a) presenza di allucinazioni o deliri (HoNOS); b) soddisfazione per i rapporti sociali (WHOQOL). Le motivazioni alla non-compliance risultavano in relazione: 1) diretta con: a) rilievo di bisogni insoddisfatti (CANSAS); b) problemi nelle attività della vita quotidiana (HoNOS); c) problemi nelle condizioni di vita (HoNOS); 2) inversa con: a) soddisfazione per le condizioni psicologiche (WHOQOL); b) soddisfazione per i rapporti sociali (WHOQOL); c) soddisfazione per le condizioni ambientali (WHOQOL); d) problemi cognitivi (HoNOS).

Conclusioni: i risultati, ottenuti in un campione di pazienti ospedalizzati, non possono essere estesi alla generalità della popolazione psichiatrica. Anche la natura delle analisi statistiche, basate essenzialmente su metodiche di correlazione, non permette di stabilire relazioni di causa effetto. Appare interessante rilevare come specifici aspetti dell'atteggiamento del soggetto verso la psicofarmacoterapia siano ricollegabili in maniera sostanziale alla percezione che il soggetto ha della propria condizione psicosociale, oltre che agli aspetti psicopatologici. Ciò è importante quando si consideri come la ricerca, ma anche la pratica clinica, pongano spesso attenzione quasi esclusiva al beneficio che la terapia comporta sulla sintomatologia psicotica. Un ulteriore approfondimento (e validazione dei risultati) potrebbe venire dalla verifica della possibilità che specifici interventi di natura socio-ambientale influiscano sull'atteggiamento dei pazienti verso la terapia farmacologica.

Bibliografia

- Santone G, Rucci P, Lazzarotto Muratori M, Monaci A, Ciaroni C, Borsetti G. *Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: a cluster analytic approach*. Psychiatry Res 2008;158:324-34.

P81. Polifarmacoterapia in pazienti ricoverati affetti da schizofrenia

G. Santone, G. Di Massimo, C. Bellantuono

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

Introduzione: la polifarmacoterapia antipsicotica (PFA) rappresenta una pratica che, secondo gli studi di farmacoepidemiologia, si va sempre più affermando in particolare nei soggetti affetti da schizofrenia. Scopo di questo studio è quello di indagare due aspetti fondamentali: quali siano i fattori che si associano alla PFA in

un campione di pazienti affetti da schizofrenia in regime di ospedalizzazione, e se la PFA si associ ad un miglioramento dell'efficacia.

Metodi: in 98 soggetti affetti da schizofrenia, ricoverati consecutivamente, si sono considerati: sesso, età, stato civile, occupazione, durata dell'episodio che ha portato al ricovero, eventualità di prima ammissione, sistemazione sociale (da solo o in ambiente in grado di fornire sostegno: famiglia, struttura residenziale, ovvero con supporto dei servizi psichiatrici). Ad ogni soggetto venivano somministrate scale di valutazione: HoNOS, VGF, CGI-S e CANSAS. Al momento della dimissione veniva nuovamente somministrata la HoNOS, insieme alla CGI-I, e si registrava la durata della degenza, così come la presenza o meno di PFA, intesa come prescrizione di due o più differenti molecole antipsicotiche.

Risultati: il campione risultava composto da 66 maschi (67,34%) e 32 femmine (32,65%), con un'età media (DS) di 38,8 (12,7) anni. Ventisette soggetti (27,6%) risultavano in PFA. Una analisi discriminante individua come significative due variabili, fra quelle considerate, per la corretta classificazione dei soggetti nel gruppo PFA o non-PFA: la sistemazione sociale [vivevano da soli, senza sostegno psicosociale, 4 soggetti PFA (4,2%) e 5 soggetti non-PFA (18,5%)] ed il punteggio per i bisogni soddisfatti alla CANSAS ($6,6 \pm 3,0$ per i soggetti non-PFA e $8,3 \pm 3,3$ per i PFA). È stato classificato correttamente il 69,4% dei casi. Confrontando i sottogruppi PFA e non-PFA, i punteggi CGI-I e per la differenza (ammissione-dimissione) ai punteggi HoNOS risultavano comparabili.

Conclusioni: i risultati, confermando sostanzialmente quanto rilevato da altri studi, non permettono di tracciare un chiaro quadro dei fattori determinanti il ricorso alla PFA. In particolare, non sono state selezionate variabili legate alla psicopatologia e/o al funzionamento psicosociale. Il rilievo di vita indipendente e di maggior soddisfazione dei bisogni si associa a PFA; un buon grado di soddisfazione dei bisogni potrebbe indicare un buon rapporto con un sistema di riferimento, fra cui probabilmente i servizi psichiatrici territoriali, che possa garantire la regolare assunzione di terapie complesse. L'associazione con una vita autonoma suggerisce che il ricorso ad una PFA avvenga quando si percepisce la possibilità da parte del soggetto di una soddisfacente capacità di autogestione della terapia. L'assenza di differenze significative nella variazione dei punteggi HoNOS e CGI-I fra soggetti PFA e non PFA permette di ipotizzare che il clinico, indipendentemente dal tipo di terapia attuata, persegua sempre una ottimizzazione della stessa.

Bibliografia

Davids E, Bunk C, Specka M, Gastpar M. *Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital in Germany*. *Progr Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:1109-16.

P82. Riconoscimento delle espressioni facciali triste e allegro in una popolazione di pazienti affetti da schizofrenia

T. Sciarma, A. Mauro, C. Santilli, M. Piselli, P. Cotichelli, P. Moretti, M. Piccirilli

Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: i pazienti schizofrenici hanno difficoltà nell'attribuire la corretta emozione ad una data espressione facciale, ciò è in stretta relazione con il loro scarso funzionamento sociale e interpersonale¹.

In letteratura emerge un sostanziale accordo circa la prevalenza del deficit per espressioni negative, l'influenza della durata della malattia e della cronicità, dell'età dei pazienti e della durata dell'ospedalizzazione². Non esiste attualmente accordo tra fase di malattia e il riconoscimento delle emozioni, né sull'analisi delle asimmetrie funzionali nel riconoscimento delle espressioni emotive.

Metodi: sono stati valutati 11 pazienti schizofrenici con: PANSS, MMSE, Test di Riconoscimento di Volti Ignoti di Benton, Test Monna Lisa.

Risultati: i pazienti schizofrenici mostrano prestazioni significativamente inferiori ai valori normali, alcuni mostrano una selettiva compromissione del riconoscimento della tristezza. Le facce chimeriche hanno consentito di valutare le asimmetrie funzionali nel riconoscimento delle espressioni emotive. I risultati sono stati analizzati in relazione alle caratteristiche demografiche, cliniche e neuropsicologiche.

Bibliografia

Bediou B, Franck N, Saoud M, Baudouin JY, Tiberghien G, Daléry J, et al. *Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia*. *Psychiatry Res* 2005;133:149-57.

Kucharska-Pietura K, David A, Masiak M, Phillips M. *Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness*. *Br J Psychiatry* 2005;187:523-8.

P83. Symptomatologic remission of schizophrenia: a study of related factors

C. Segura García, M. Golia, R. Ferrari*, M. Puca*, B. Costa**, P. De Fazio

*Cattedra, Scuola di Specializzazione ed UO di Psichiatria, Università "Magna Graecia" di Catanzaro; *Casa di Cura "Villa Puca", Catanzaro; **SPDC ASP Catanzaro*

Background: the concept of symptomatologic remission of schizophrenia entered recently the literature (Andreasen, 2005), although it had been well known in clinical practice. Defining clinical remission according to explicit diagnostic criteria has become one of the primary objectives of the treatment, while a relevant

	Remission		No Remission		t	Sig (2-tailed)
	Media	SD	Media	SD		
Età	47.67	7.5	46.70	10.1	0.211	NS
Età esor.	20	0.0	23.00	5.7	-3.583	< 0.001
Latenza	5	1.7	25.79	36.2	-3.865	< 0.001
TSO num	0.33	0.6	1.38	2.4	-2.175	NS
RIC num	11.33	4.0	11.19	9.5	0.052	NS
PANSS	55.33	2.3	96.70	22.3	-11.748	< 0.001
VGF	55	1.7	38.34	13.5	7.538	< 0.001
CGI I	4	0.0	4.60	0.8	-4.950	< 0.001
CGI II	1.67	0.6	2.98	1.1	-3.563	< 0.05
CGI III	1.67	0.3	1.62	0.7	0.251	NS
Equiv TIP	150	86.6	393.41	693.1	-2.158	< 0.05
Equiv AT	.366.67	57.7	241.13	245.9	2.564	< 0.05

debate involves the construct of remission itself, mostly about the difference between improvement and recovery. Therefore, attempts to detect factors which may interfere with the symptomatologic remission are still worthwhile, in a naturalistic perspective. For this purpose it has been postulated that the remission of schizophrenia may be related to a number of clinical variables (sex, age, age at onset, diagnosis, cultural level, latency, number of admissions and number of mandatory treatments, therapy).

Subjects and methods: 50 stabilized inpatients with DSM-IV-R diagnosis of schizophrenia, have been transversely evaluated through personal and clinical schedule, general PANSS, PANSS remission, VGF and CGI.

Results: subjects (27 M, 23 F), were aged 46.76 ± 9.85 , had clinical onset at 22.82 ± 5.6 . Most of them had received diagnosis of paranoid schizophrenia, with latency of the first therapeutic intervention within 24.54 ± 35.46 months. 94% of the sample had been at least once admitted to hospital, and 44% had previously undergone Mandatory Treatment.

Current medication: 18% depot therapy, 26% typical antipsychotics, 32% atypical antipsychotics and 42% combined therapy (typical + atypical antipsychotics). Daily average regimen of antipsychotic medication (chlorpromazine equivalent mg) was 650.17 mg/die.

Only 6% of the sample fulfilled criteria for symptomatologic remission.

A significant correlation has been found between remission and lower PANSS score, higher VGF score, lower CGI-II score and combined antipsychotic therapy (typical + atypical drugs) (Table I). Remission was not associated to latency to first psychiatric treatment neither to other clinical or socio-demographic data.

Conclusions: present data demonstrate that a low percentage of schizophrenics reached symptomatologic remission. This goal was reached by those patients with a moderate overall impairment in symptoms and social functioning, who received a combined pharmacotherapy with typical and atypical antipsychotics.

Bibliografia

- Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. Am J Psychiatry 2005;162:441-9.
- van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, et al. *Standardized remission criteria in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand 2006;113:91-5.

P84. Attenzione sostenuta, pianificazione strategica e flessibilità cognitiva nei disturbi dell'umore

L. Sideli, L. Barrale, G. Grillo, D. Mangiapane, A.M. Marinaro, C. Mistretta, C. Sartorio, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Introduzione: le funzioni esecutive sono tra le funzioni cognitive maggiormente compromesse dai disturbi dell'umore; tale compromissione persiste spesso anche nelle fasi di remissione ed è associata a deterioramento del funzionamento lavorativo e sociale.

Metodi: il campione comprende 30 pazienti ambulatoriali affetti da disturbo depressivo maggiore (n = 10), disturbo bipolare I (n = 10) e disturbo bipolare II (n = 10),

diagnosticati mediante SCID I e II, e 20 controlli sani. La valutazione è effettuata mediante la Brown Attention Deficit Disorder Scale, la Barratt Impulsiveness Scale, il Wisconsin Card Sorting Test ed il Trail Making Test. Le analisi statistiche sono condotte mediante Kruskal Wallis per la differenza tra medie e con il test di Spearman per le correlazioni.

Risultati: i risultati preliminari suggeriscono che i pazienti con DDM presentino un maggior grado di compromissione dell'attenzione sostenuta, della pianificazione strategica e della capacità di modificare il focus attentivo rispetto a quelli con DB I e questi rispetto a quelli con DB II e ai controlli sani. Nell'ambito dei disturbi bipolari, i pazienti con DB I impiegano un maggior numero di prove per completare la 1^a categoria al WCST e commettono un maggior numero di errori perseverativi rispetto a quelli con DB II; questi ultimi presentano punteggi superiori alla BIS, tempi più lunghi al TMT-B e maggior numero di errori non perseverativi e fallimenti nel mantenere la serie al WCST.

Conclusioni: i pazienti con DDM sembrano presentare una compromissione delle funzioni cognitive superiore a quella dei pazienti con DB, questi a loro volta presentano un quadro eterogeneo di alterazioni dell'attenzione e del controllo esecutivo.

Bibliografia

Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. *A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patient with bipolar disorders.* J Aff Disord 2006;93:105-15.

P85. Valutazione clinica e neurocognitiva di un campione di soggetti schizofrenici

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

*Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, * Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila; ** Dipartimento di Salute Mentale, ASL 04, L'Aquila*

Il termine decision-making viene utilizzato per indicare gli aspetti delle funzioni esecutive legati alla capacità decisionale ed all'abilità nel modulare la percezione della ricompensa e della punizione al fine di effettuare scelte vantaggiose¹. Soggetti che presentano un danno a livello della corteccia orbito-frontale (COF) mostrano notevoli deficit nella capacità di decision-making in situazioni di vita reale². Sono stati valutati 27 soggetti con diagnosi DSM-IV di schizofrenia, afferenti consecutivamente ad una struttura assistenziale.

Per la valutazione clinica e neurocognitiva sono stati utilizzati, rispettivamente, la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e l'Iowa Gambling Task (IGT).

Un campione di controllo costituito da 15 soggetti è stato reclutato dalla popolazione generale e valutato solo con IGT.

Il campione clinico e quello di controllo differiscono significativamente nella loro performance all'IGT, in quanto gli schizofrenici operano scelte meno vantaggiose ottenendo punteggi più bassi.

È stata evidenziata una correlazione negativa statisticamente significativa ($r = -0,73$; $p < 0,01$) tra il net score dell'IGT e la scala positiva della PANSS nel senso che una più grave sintomatologia positiva si associa a scelte meno vantaggiose.

I nostri risultati supportano l'ipotesi di un deficit di decision making in soggetti con schizofrenia ed indicano che una tale disfunzione potrebbe essere verosimilmente associata alla sintomatologia positiva.

Bibliografia

¹ Tomassini A, Struglia F, Stratta P, Pacifico P, Gianfelice D, Spaziani D, et al. *Il decision making: neuroanatomia, esplorazioni funzionali e disturbi mentali.* Rivista di psichiatria 2008;43(in press).

² Damasio AR. *The somatic marker hypothesis and possible functions of the prefrontal cortex.* Philos Trans R Soc Lond 1996;B351:1413-20.

P86. Traslazione nella terapia antipsicotica dell'interazione dopamino-gluttammatergica: ruolo di Homer

C. Tomasetti, F. Iasevoli, F. Marmo, L. Buonaguro, S. Giordano, G. Muscettola, A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Psicofarmacoterapia, Dipartimento di Neuroscienze, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Federico II" di Napoli

Un'interazione disfunzionale dopamino-gluttammatergica a livello post-sinaptico è stata ritenuta rilevante nella fisiopatologia delle psicosi, soprattutto della schizofrenia. I geni Homer codificano per proteine che sono costituenti fondamentali della densità post-sinaptica glutammatergica e sono coinvolte nella plasticità sinaptica. Essi sono stati implicati nella patogenesi dei disturbi comportamentali, quali la schizofrenia, ed indicati quali geni candidati per tale patologia. Homer 1a, forma inducibile di Homer, è indotto in maniera differenziale dagli antipsicotici tipici ed atipici, in stretta correlazione con il loro impatto sulla neurotrasmissione dopaminergica. Nei nostri studi abbiamo valutato l'espressione di Homer 1a in seguito a somministrazione acuta e cronica di antipsicotici con differente profilo recettoriale D2: aoperidolo, olanzapina, quetiapina, sulpiride, amisulpiride, risperidone, clozapina, aripiprazolo. L'elaborazione topografica e statistica di tali dati dimostra un'induzione dinamica e regione-specifica di Homer 1a in peculiari subregioni corticali e subcorticali (caudato-putamen, n. accumbens) direttamente correlata al grado di antagonismo D2 esercitato da ogni antipsicotico. Tali risultati suggeriscono:

1) un coinvolgimento di Homer 1a nel meccanismo d'azione degli antipsicotici, strettamente connesso al profilo recettoriale D2 di tali farmaci; 2) un ruolo chiave di Homer nell'interazione dopamino-gluttammatergica transinaptica alla base delle psicosi.

P87. Uso di cannabis e rischio psicopatologico negli esordi psicotici

A. Tomassini, M. Malavolta, R. Ortenzi*, G. Di Melchiorre*, R. Roncone*, R. Pollice*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, *Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: scopo dello studio è stato quello di valutare l'influenza dell'uso di cannabis sul quadro psicopatologico di soggetti all'esordio di un disturbo psicotico (schizofrenico o affettivo) o con uno stato mentale a rischio.

Metodi: sono stati valutati 67 soggetti (40 maschi e 27 femmine) afferenti consecutivamente presso l'ambulatorio SMILE, con esordio dello spettro bipolare nel 72,3% (n = 47) e dello spettro schizofrenico nel 7,7% (n = 5) e con stato mentale a rischio nel 19,4% (n = 13) dei casi. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: SCL-90; VGF; CGI-S. È stato, inoltre, indagato l'uso di cannabis nell'ultimo mese.

Risultati: il campione totale è stato suddiviso in due gruppi in base all'uso di cannabinoidi nell'ultimo mese: G1 formato da 30 soggetti con uso di cannabinoidi e G2 di 37 soggetti che non avevano mai utilizzato la sostanza. I due gruppi non differivano significativamente in relazione alle caratteristiche socio-demografiche. Rispetto al G2, nel G1, sono state evidenziate differenze statisticamente con punteggi medi più elevati alle dimensioni della SCL-90 "aggressività", "paranoia" e "psicoticismo". Il G1, inoltre, mostrava, rispetto al G2, un punteggio medio significativamente maggiore alla CGI-S. Non sono state osservate differenze significative tra i due gruppi relativamente al funzionamento globale valutato con la VGF.

Conclusioni: i risultati del nostro studio supportano i dati della letteratura che evidenziano differenze nella presentazione clinica ed una maggior gravità del disturbo all'esordio psicotico dei soggetti che utilizzano cannabis rispetto a coloro che non la utilizzano.

Bibliografia

Addington J, Addington D. *Patterns, predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study.* Acta Psychiatr Scand 2007;115:304-9.

Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H. *The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis.* Acta Psychiatr Scand 2005;112:141-8.

P88. Insight e awareness in psichiatria: studio trasversale, confronto fra gruppi

M. Trevisi*, A. Talamo***, P.L. Bandinelli***, G. Ducci***, R. Tatarelli*, P. Girardi*

Department of Psychiatry, Sapienza University of Rome, "S. Andrea" Hospital, Rome; **Department of Psychiatry and Neuroscience Program, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; * Department of Psychiatry, Sapienza University of Rome, "S. Filippo Neri" Hospital, Rome*

Introduzione: awareness e insight spesso usati come sinonimi di consapevolezza di malattia.

Metodo: valutazione della correlazione tra insight/awareness aspetti socio-demografici, quadro sintomatologico e livello cognitivo attraverso confronto trasversale tra popolazioni di pazienti ambulatoriali (n = 27; 42% donne; età media 49 SD ± 14), in SPDC (n = 27; 25% donne; età media 42 SD ± 12), e in casa di cura (n = 27; 33% donne; età media 47 SD ± 13). Rilevate caratteristiche demografiche, di consapevolezza (SUMD-consapevolezza-malattia/attribuzione-sintomo alla malattia, IS), diagnostiche (MINI), cliniche (BPRS, HAM-D, YMRS) e di capacità cognitive (WCST) per gruppo.

Risultati: pazienti in SPDC presentavano più frequentemente diagnosi di disturbo bipolare (44%), ambulatoriali di disturbo depressivo maggiore (78%) e in casa di cura di schizofrenia (41%) (p < 0,0001). Pazienti in SPDC presentavano minor consapevolezza di malattia psichiatrica rispetto ai pazienti in casa di cura e in ambulatorio (p < 0,0001) e minor attribuzione (p = 0,04). Si è evidenziata una relazione direttamente proporzionale tra l'aumento dei livelli di psicopatologia e il livello di consapevolezza (p = 0,05). Una correlazione diretta tra l'aumento dei livelli di consapevolezza e depressione (p = 0,001) e una correlazione direttamente proporzionale con l'aumento dei sintomi maniacali e la non-consapevolezza (p < 0,0001) ed non-attribuzione (p = 0,0006).

Conclusioni: pazienti in SPDC presentavano minor consapevolezza di malattia psichiatrica e la depressione era maggiormente correlata alla consapevolezza rispetto alla mania.

Bibliografia

Amador XF, Strass DH. *The scale to assess unawareness of mental disorder (SUMD).* New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University 1990.

David AS. *Insight and psychosis.* Br J Psychiatry 1990;156:798.

Markova IS. *Insight in psychiatry.* New York: Cambridge University Press 2005.

P89. La recovery nel paziente schizofrenico: effetto di interventi riabilitativi integrati

A. Troiani, Scripierrì*

Psichiatra, * Psicologa, Strutture Riabilitative EPASSS, Monopoli (Bari)

Introduzione: il funzionamento globale di soggetti affetti da schizofrenia cronica rappresenta uno degli obiettivi più complessi nei programmi riabilitativi. Tuttavia l'approccio con antipsicotici atipici e tecniche riabilitative individuali sembra facilitare il raggiungimento della recovery.

Metodi: sono stati valutati nel triennio 2006-08 10 pazienti (6 maschi, 4 femmine) di età tra 30-50 anni affetti da schizofrenia cronica (secondo DEM-IV) ospiti presso strutture riabilitative della rete EPASSS. Il campione selezionato all'ingresso nelle strutture ha sospeso la precedente politerapia antipsicotica adottando quetiapina come unico antipsicotico (dose 600-900 mg/die) unitamente a programmi riabilitativi, psicosociali e psicoeducazionali. Gli effetti di tale approccio integrato sono stati valutati tramite la valutazione annuale (V0, V1, V2) delle scale VADO, SF-36, GAF, Q-LES-Q.

Risultati: nessuno dei pazienti ha riportato ricadute psicotiche e/o ospedalizzazioni, inoltre sono stati registrati incrementi significativi dei punteggi del funzionamento personale e sociale del VADO. La variazione dei punteggi medi di SF-36 e Q-LES-Q mostrano rispettivamente miglioramenti nel funzionamento globale e nel grado di soddisfazione dell'utente nei diversi settori della vita.

Conclusioni: questo studio mostra come i programmi riabilitativi individuali associati al trattamento con quetiapina possano influire sul decorso della schizofrenia, prevenendo le ricadute e contribuendo al recupero funzionale del paziente.

P90. Sensibilità alla luce e schizofrenia: valutazione di un possibile coinvolgimento del sistema dopaminergico

M. Valdagno MD, L. Padula MD, A. Tanini MD, L. Bossini MD, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Divisione di Psichiatria, Università di Siena

Introduzione: questo studio si propone di confrontare la sensibilità alla luce di pazienti affetti da schizofrenia, nonché dei loro familiari di primo grado, con quella di soggetti della popolazione generale al fine di rilevarne eventuali differenze nell'ottica di un coinvolgimento del sistema dopaminergico nel rapporto tra fotosensibilità e sintomatologia psichiatrica.

Metodi: sono stati reclutati 20 pazienti (22-56 anni) con diagnosi di schizofrenia secondo i criteri del DSM-IV-TR e 20 familiari di primo grado dei pazienti (29-78 anni). Abbiamo somministrato sia al gruppo dei pazienti che

al gruppo dei familiari una scheda anagrafica, la MINI, lo SCI-PAS, il QVF.

Risultati: nel campione totale dei pazienti i punteggi medi al QVF rispetto alla popolazione generale risultano significativamente diversi sia per i valori di fotofobia (FO) sia di fotofilia (FI) in termini di eccessiva fotofobia e ridotta fotofilia.

Anche nel gruppo dei familiari le differenze con la popolazione generale sono altamente significative sia per la FO che per la FI.

Alla luce di questi risultati, sembra quindi emergere che sia i pazienti sia i familiari dei pazienti schizofrenici hanno una tendenza alla FO ben definita; potremmo dunque ipotizzare che la fotosensibilità possa essere considerata come caratteristica di tratto, magari associata a dei punteggi più alti relativi al sottosoglia di patologie ad essa correlate (i.e. disturbo di panico).

P91. Validazione della versione italiana della Markova and Berrios Insight Scale

I. Vanelli, P.M. Maffei*, M. Di Fiorino**

Facoltà di Medicina e Chirurgia "Amedeo Avogadro", Novara; * Clinica Privata "Il Viarretto", Lugano; ** Dipartimento di Psichiatria "Ospedale della Versilia", Lido di Camaiore

Introduzione: lo scopo dello studio è stato validare la versione Italiana della Markova and Berrios Insight Scale (per la valutazione dell'insight in corso di psicosi), valutandone la validità e affidabilità in un campione di pazienti psicotici.

Metodi: dopo opera di traduzione e retroversione, la scala è stata applicata a un campione di 65 pazienti psicotici in fase attiva (presenza di sintomi psicotici). Criteri di inclusione sono stati: età compresa tra i 18 e 65 anni, presenza di sintomi psicotici con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo o schizofreniforme, psicosi (anche indotta da sostanze), disturbo bipolare in fase maniacale. Sono stati esclusi pazienti con malattia organica concomitante o storia di trauma cranico. Per valutare l'affidabilità della scala è stato eseguito un test-retest, a distanza di un giorno dalla prima valutazione, a un sottogruppo di 12 dei 65 pazienti.

Risultati: l'analisi statistica ha evidenziato buona consistenza interna, ottenendo un valore di alpha di Cronbach standardizzato di 0,79. Una correlazione significativa (Pearson) è stata riscontrata tra i punteggi totali di insight in entrambe le occasioni ($r = 0,643$; $p < 0,05$). La media dei punteggi ottenuti è stata di 16 con DS di 5,32 (range di punteggi 0-30).

Conclusioni: la Markova and Berrios Insight Scale si è dimostrata un affidabile e valido strumento per la valutazione dell'insight in corso di psicosi.

P92. Validazione della versione italiana della scala MARS (Medication Adherence Rating Scale)

I. Vanelli, P.M. Maffei*, M. Di Fiorino**

Facoltà di Medicina e Chirurgia "Amedeo Avogadro", Novara; * Clinica Privata "Il Viarnetto", Lugano; ** Dipartimento di Psichiatria "Ospedale della Versilia", Lido di Camaiore,

Introduzione: lo scopo dello studio è stato valicare la versione italiana della scala MARS (scala per la valutazione della compliance al trattamento in corso di psicosi), valutandone la validità e affidabilità in un campione di pazienti psicotici.

Metodi: dopo opera di traduzione e retroversione, la scala è stata applicata a un campione di 65 pazienti psicotici in fase attiva (presenza di sintomi psicotici). Criteri di inclusione sono stati: età compresa tra i 18 e 65 anni, presenza di sintomi psicotici con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo o schizofreniforme, psicosi (anche indotta da sostanze), disturbo bipolare in fase maniacale. Sono stati esclusi pazienti con malattia organica concomitante o storia di trauma cranico. Per valutare l'affidabilità della scala è stato eseguito un test-retest, a distanza di un giorno dalla prima valutazione, a un sottogruppo di 12 dei 65 pazienti.

Risultati: l'analisi statistica ha evidenziato buona consistenza interna, ottenendo un valore di alpha di Cronbach standardizzato di 0,71. Una correlazione significativa (Pearson) è stata riscontrata tra i punteggi totali di insight in entrambe le occasioni ($r = 0,581$; $p < 0,05$). La media dei punteggi ottenuti è stata di 5,51 con DS di 2,3.

Conclusioni: la scala MARS si è dimostrata uno strumento discretamente affidabile e valido per la valutazione della compliance alla terapia in corso di psicosi.

P93. L'Add-on therapy con piridossina cloridrato (vitamina B6) in pazienti affetti da disturbi bipolari in trattamento con acido valproico

A. Ventriglio*, E. Apicella*, A. D'Onghia*, I. Ciannameo*, L. Mendolicchio**, A. Bellomo*

* Cattedra di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; ** Consorzio di ricerche Biomediche "Mario Negri Sud"

Introduzione: l'acido γ -amino butirrico (GABA) è il neurotrasmettitore inibitorio più rappresentato nel sistema nervoso centrale ed è sintetizzato a partire dal precursore glutammato grazie all'azione dell'enzima acido glutammico decarbossilasi (GAD)¹. La piridossina (vitamina B6) funge da coenzima di tale enzima nella sua forma attiva (piridossale-5'-fosfato)². L'acido valproico a sua volta inibisce la funzione dei canali del sodio e/o del calcio potenziando l'azione inibitoria del GABA e riducendo l'azione eccitatoria del glutammato¹. L'azione della vitamina B6 potenzia, pertanto, il circuito GABAergico target dei trattamenti anticonvulsivanti.

Obiettivo: valutare se l'add-on therapy parenterale con piridossina cloridrato in pazienti affetti da disturbi bipolari, più recente episodio maniacale o misto e trattati in setting ospedaliero con Acido Valproico, potenzia l'azione di quest'ultimo in termini di efficacia e di tempi terapeutici.

Metodi: vengono inclusi nello studio pazienti affetti da disturbi bipolari, più recente episodio maniacale o misto, in trattamento con acido valproico in setting ospedaliero. Si procede al confronto fra due gruppi di pazienti rispettivamente trattati in add-on con piridossina cloridrato e acido valproico e in monoterapia con acido valproico. Entrambi i gruppi possono presentare in associazione una terapia antipsicotica o benzodiazepinica. Si valuta l'efficacia clinica dei due trattamenti sulla base del numero di giorni di ricovero effettuati, delle variazioni ammissione/dimissione dei punteggi alla BPRS e alla CGI.

Risultati: dati in corso di elaborazione.

P94. Il "Gruppo Salute e benessere" nel progetto riabilitativo di pazienti psicotici residenziali e semiresidenziali. Valutazione della ricaduta clinica del programma

C. Viganò, G. Luce, R. Truzoli, G. Valentini, N. Ferrario, M. Bosi, G. Ba

Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Scienze cliniche "L. Sacco", Università di Milano, UO Psichiatria 2, Ospedale "L. Sacco"

Il concetto di salute in psichiatria è da tempo oggetto di attenzione nella sua accezione più ampia di benessere psicofisico e sociale, di equilibrio e soddisfazione dei principali bisogni dell'individuo. Gli effetti negativi diretti ed indiretti della psicosi sulle abitudini alimentari dei pazienti (apatia, abulia, disorganizzazione del pensiero, riduzione delle abilità di cura di sé, scarsa o nulla attività fisica), agendo in sinergia con alcuni farmaci antipsicotici, si trasformano spesso in aumento ponderale (Gentile, 2006; Wehmeie, 2007). Partendo da queste premesse è stato attivato presso il CRA-CD dell'Ospedale "Sacco" il Gruppo "Salute e Benessere" che integra la metodologia educativa del "Progetto Benessere" con un approccio riabilitativo. I partecipanti vengono inoltre stimolati a partecipare al Gruppo Ginnastica ed avvalersi della palestra di cui il centro è dotato.

L'obiettivo di questo studio è verificare la ricaduta clinica di un protocollo di intervento psicoeducativo finalizzato a migliorare il comportamento alimentare nei pazienti psicotici.

Nello studio sono coinvolti pazienti in trattamento residenziale e semiresidenziale, con diagnosi di psicosi (affettiva o schizofrenica) in fase di compenso clinico stabile.

Il protocollo di valutazione comprende prevede la somministrazione a t0 ed in follow-up a 4, 6, 12 mesi, di una batteria testale (BPRS, VFG, LSP, SF36, intervista sulle

abitudini alimentari), il monitoraggio del BMI ed alcuni esami ematologici per monitorare il profilo metabolico. Da una preliminare analisi dei dati si registra una riduzione media del BMI, un miglioramento delle abitudini alimentari ed una maggior motivazione ad un regime alimentare più controllato.

Bibliografia

- 1 Stahl SM. *Psicofarmacologia essenziale*. Centro Scientifico Editore 2002.
- 2 Fenalti G, Law RH, Buckle AM, Langendorf C, Tuck K, Rosado CJ, et al. *GABA production by glutamic acid decarboxylase is regulated by a dynamic catalytic loop*. *Nat Struct Mol Biol* 2007;14:280-6.

P95. La valutazione neuropsicologica nei disturbi schizofrenici. Correlazioni con i sintomi positivi e negativi

V. Visani Bianchini, V. Bandieri, B. Sangiorgi, P. V. Bandieri

SPDC-RTI Azienda Rimini

Introduzione: sono ormai molti gli studi che considerano le disfunzioni cognitive come caratteristiche centrali e persistenti del disturbo schizofrenico. Alcuni Autori (Keefe, 2008) propongono di inserire i deficit cognitivi come criteri di inclusione nella diagnosi di schizofrenia. Gli Autori si propongono di valutare i deficit cognitivi, e di correlarli alla sintomatologia positiva e negativa.

Metodi: sono stati arruolati 40 pazienti schizofrenici a cui è stata somministrata una batteria neuropsicologica (BNP), composta da una serie di test standardizzati e validati dal gruppo italiano per lo studio neuropsicologico a cui fanno capo Spinnler e Tognoni.

Tali test tendono a valutare le funzioni cognitive quali apprendimento e memoria verbale a breve e lungo termine, apprendimento e memoria visiva, controllo dell'Information Processing (attenzione selettiva, ragionamento logico verbale e logico operativo), linguaggio, prassia costruttiva e prassia ideomotoria. Per quel che concerne la scala psicopatologica è stata somministrata la PANSS. I dati ottenuti sono stati elaborati con procedure statistiche (correlazione di Spearman e Pearson) prendendo in considerazione anche età e sesso dei pazienti.

Risultati: i dati sono attualmente in fase di elaborazione.

I primi risultati che hanno raggiunto una significatività pari a $p < 0,01$ riguardano i test delle matrici attentive e della fluenza verbale fonologica. La presenza di deficit cognitivi, come rilevati dai predetti test, tende a diminuire con il crescere della sintomatologia di tipo positivo.

Conclusioni: questi dati mostrano come nei pazienti con sintomatologia prevalentemente negativa siano più presenti difficoltà di pianificazione e organizzazione di

informazioni, nonché di attenzione di tipo selettivo. I primi risultati in linea con i dati della letteratura evidenziano come i deficit cognitivi siano maggiori nei pazienti con una sintomatologia prevalentemente negativa così come valutata alla PANSS.

Tali deficit possono essere riconducibili ad una disfunzione delle aree prefrontali della corteccia cerebrale.

Bibliografia

- Keefe RSE. *Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia?* *World Psychiatr* 2008;7:22-28.
- Bowie CR, Reichenberg A, Patterson, Heaton RK, Harvey PD. *Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlation with cognition, function, functional capacity, and symptoms*. *Am J Psychiatry* 2006;163:418-25.
- Brugnoli R, Iannitelli A. *Analisi delle dimensioni psicopatologiche associate alla compromissione del funzionamento sociale in un campione di soggetti con schizofrenia*. *Giorn Ital Psicopat* 2007;13:300-10.
- Spinnler H, Tognoni G. *Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici*. *It J Neurol Sci* 1987.
- Baddeley A. London: Working Memory 1986.

P96. Remissione sintomatologica nella schizofrenia deficitaria e non deficitaria: dati di uno studio multicentrico prospettico di follow-up a 5 anni

U. Volpe, S. Galderisi, G.B. Cassano¹, A. Rossi², A. Vita³, S. Pini¹, P. Stratta², A. Mucci, L. De Peri⁴, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN; ¹ *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa;* ² *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila;* ³ *Dipartimento di Salute Mentale, Università di Brescia;* ⁴ *Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano*

Nonostante negli ultimi anni siano stati proposti criteri operativi per definire la remissione sintomatologica nella schizofrenia, nessuno studio ha indagato i tassi di remissione in sottogruppi omogenei di soggetti con tale disturbo. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare il tasso di remissione sintomatica in soggetti affetti da schizofrenia deficitaria (SD) o non deficitaria (SND). Sono stati reclutati 54 soggetti affetti da schizofrenia secondo i criteri del DSM-IV. Mediante la Schedule for Deficit Schizophrenia ¹, i soggetti sono stati categorizzati come affetti da SD (n = 29) o SND (n = 25). Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un'accurata valutazione psicopatologica e la remissione sintomatologica è stata valutata utilizzando la SANS e la SAPS, in accordo con i criteri di Andreasen et al. ². I soggetti affetti da SD avevano punteggi più elevati per la sintomatologia negativa sia all'inizio dello studio che al follow-up (F1,51 = 16,29; $p < 0,00001$), rispetto al gruppo con SND. Dopo 5 anni, in entrambi i gruppi, vi erano più

soggetti in remissione sintomatica, sebbene il numero di soggetti in remissione era significativamente più basso nel gruppo affetto da SD (SD = 16% vs. SND= 44%; χ^2 p < 0,05). In accordo con studi precedenti³, i soggetti con SD mostravano una prognosi a lungo termine peggiore. La remissione clinica sembra rappresentare un obiettivo raggiungibile per la schizofrenia, soprattutto per le forme non deficitarie.

Bibliografia

- 1 Kirkpatrick B, et al. *Psychiatry Res*, 1989;30:119-23.
- 2 Andreasen NC, et al. *Am J Psychiatry* 2005; 162:441-9.
- 3 Tek C, et al. *Schizophr Res* 2001;49:253-60.

P97. Abilità cognitive e di teoria della mente ed insight in pazienti schizofrenici

P. Zeppego, M. Probo, D. Ferrante*, E. Torre
S.C.D.U. *Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, * Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Oncologica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara*

Introduzione: recenti studi hanno ipotizzato che le abilità di teoria della mente (ToM) possano influire sulle varie dimensioni della consapevolezza di malattia.

Materiali e metodi: 18 pazienti con diagnosi di schizofrenia (DSM-IV-TR), stabili clinicamente ed in terapia neurolettica, seguiti ambulatorialmente presso SCU Psichiatria (Novara). Il protocollo testistico include: PANSS per la valutazione sintomatologica, SAI per la

Tabella I.	
	SAI
PANSS totale	-0,700 p < 0,01
PANSS positiva	-0,846 p < 0,01
PANSS psicopatologia	-0,599 p < 0,05
QI	0,492 p < 0,05
ToM	0,637 p < 0,01

valutazione dell'*insight*, WCST per le abilità cognitive del lobo frontale, WAIS-R per la valutazione dell'intelligenza globale, 13 storie di ToM (adattamento della versione di Happè), Test degli occhi per il riconoscimento delle emozioni facciali.

Risultati: le correlazioni statisticamente significative (coefficiente di Spearman: CS) sono riportate nella Tabella I. Non sono emerse associazioni significative tra SAI e punteggi del WCST. Le abilità di ToM correlano (p < 0,01) con PANSS positiva (CS -0,584) e WCST categorie (CS 0,584).

Conclusioni: le abilità di ToM, ma non il riconoscimento delle emozioni facciali, si correlano all'*insight*, indipendentemente dalle funzioni cognitive.

Bibliografia

- Brüne M. *Theory of mind in schizophrenia: a review of the literature*. *Schizophr Bull* 2005;31:21-42.
- Brüne M, Brüne-Cohrs U. *Theory of mind – evolution, ontology, brain mechanisms and psychopathology*. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:437-55.

GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 2008 - ORE 13,20-15,20

SALA: POSTERS SESSION

SECONDO GRUPPO

Disturbi depressivi; Disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo compulsivo; Disturbi da tic; Disturbi dell'alimentazione

P98. La stimolazione del nervo vago (VNS) nel trattamento della depressione maggiore resistente: risultati preliminari di uno studio clinico sperimentale spontaneo

U. Albert, A. Chiarle, N. Bertetto, C. Fronda*, A. Ducati*, M. Lanotte*, G. Maina

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

Introduzione e scopo dello studio: la depressione maggiore resistente costituisce un problema di salute

pubblica di primaria importanza, sia in termini di prevalenza, morbilità e mortalità sia in termini di elevati costi di trattamento. Una tra le più innovative strategie terapeutiche nei casi di depressione maggiore resistente ai trial farmacologici è rappresentata dalla stimolazione del nervo vago (Vagus Nerve Stimulation, VNS), tecnica già utilizzata in soggetti affetti da alcune forme di epilessia. Gli studi clinici open-label e comparativi presenti in letteratura hanno sino ad ora dato risultati promettenti, con tassi di risposta del 30% circa nel breve termine (12 settimane)^{1,2} e del 44% nel lungo periodo (1-2 anni di follow-up)³. Scopo del nostro stu-

dio è valutare la sicurezza e l'efficacia del trattamento della depressione maggiore resistente mediante la stimolazione elettrica del nervo vago in una casistica di pazienti selezionati.

Materiali e metodi: sono stati reclutati nello studio soggetti di età compresa tra i 18 e i 75 anni con diagnosi principale di disturbo depressivo maggiore (DDM) o disturbo bipolare (DB) con le seguenti caratteristiche: episodio depressivo maggiore attuale della durata di almeno 2 anni (o presenza di almeno 4 episodi depressivi lifetime; oppure fallimento di almeno 4 trial farmacologici); HAM-D \geq 20 al baseline; terapia farmacologica stabile da almeno 4 settimane alla valutazione baseline. I soggetti reclutati nel campione sono stati sottoposti al seguente disegno di studio: 1) *screening* medico e psichiatrico di 4 settimane pre-impianto; 2) impianto dello stimolatore del nervo vago; 3) attivazione del pacemaker a 0,25 mA; 4) valutazioni (HAM-D, MADRS, YMRS e CGI-I) quindicinali nella fase acuta (primi 3 mesi) sino al raggiungimento di almeno 1 mA; 5) valutazioni mensili di follow-up (successivi 9 mesi).

Risultati e conclusioni: 5 soggetti sono stati inclusi nella sperimentazione (3 con diagnosi di DDM e 2 di DB) e 4 pazienti su 5 hanno raggiunto un livello di intensità di stimolazione almeno pari a 1 mA. Sebbene si tratti di risultati preliminari e la ridotta dimensione del campione ne limiti la potenza, i dati ottenuti si sono allineati con quelli presenti fino ad ora in letteratura: la terapia è stata tollerata discretamente bene e si è avuta una risposta clinica in 3 dei 5 pazienti reclutati; in essi la remissione è stata ottenuta rispettivamente a 3, 6 e 9 mesi dall'inizio del trattamento. Inoltre, concordemente alla letteratura, non è stata notata una stretta correlazione tra risposta clinica e valori via via più alti di intensità di corrente impostata. Sono auspicabili pertanto ulteriori studi su campioni più ampi al fine di sostenere la validità della VNS come opzione terapeutica nei casi di depressione maggiore dimostratisi resistenti a plurime terapie farmacologiche adeguate e a validi approcci psicoterapeutici.

Bibliografia

- 1 Rush AJ, George MS, Sackeim HA, et al. *Vagus nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant depressions: a multicenter study*. *Biological Psychiatry* 2000;47:276-86.
- 2 Sackeim HA, Rush AJ, George MS, Marangell LB, Husain MM, Nahas Z, et al. *Vagus nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant depression: efficacy, side effects, and predictors of outcome*. *Neuropsychopharmacology* 2001;25:713-28.
- 3 Marangell LB, Rush AJ, George MS, Sackeim HA, Johnson CR, Husain MM, et al. *Vagus nerve stimulation (VNS) for major depressive episodes: one year outcomes*. *Biological Psychiatry* 2002;51:280-7.

P99. Terapia psicoeducazionale di gruppo per disturbi del comportamento alimentare: due gruppi a confronto

M. Baiano, M. Pascolo*, R. Ciano, M. Balestrieri

*Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicomatica, AOU, Udine, *DCAP ASL 10 Veneto Orientale, Distretto Socio Sanitario n. 3 Portogruarese, Venezia*

Scopo: confrontare l'efficacia della terapia psicoeducazionale di gruppo di lunga e breve durata in pazienti obesi con diagnosi DSM-IV di disturbo dell'alimentazione incontrollata (BED) e disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato (EDNOS).

Metodi: dei 155 pazienti inclusi, 68 soggetti (gruppo A) sono stati trattati con terapia a breve termine (3 mesi) e 87 soggetti (gruppo B) con terapia a lungo termine (12 mesi). Abbiamo confrontato i due gruppi per le principali variabili cliniche (durata della dieta, frequenza delle abbuffate, BMI, peso, diagnosi) e psicometriche (punteggi alle scale TAS-20, HADS, EDI-2), all'inizio della terapia (T0), dopo 10 sedute settimanali (T1 = fine terapia per A; primi tre mesi di terapia per B) ed alla fine dei successivi 9 mesi (T2 = fine terapia con sedute mensili per B; follow-up dopo fine terapia per A).

Risultati: al T0, i due gruppi differivano solo per frequenza delle abbuffate e punteggio EDI-2 item bulimia. Sia al T1 che al T2, sono emerse differenze intergruppo per il punteggio TAS-20, pratica dell'esercizio fisico e distribuzione delle diagnosi. Dopo 12 mesi, rispetto al gruppo A, il gruppo B presentava soltanto una significativa riduzione del punteggio TAS-20 e del peso ed una maggior attitudine all'esercizio fisico.

Conclusioni: rispetto alla terapia breve, la terapia a lungo termine risulta più efficace nel migliorare i livelli di Alessitimia ed le capacità di controllo ponderale ma non sembra incidere sulle altre variabili.

P100. Antidepressivi in gravidanza e rischio di aborto spontaneo: una revisione sistematica

C. Bellantuono, G. Santone, G. Ricchi, D. Rocchetti, S. Tofani

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

Introduzione: gli antidepressivi (AD) rappresentano, a oggi, un valido documentato strumento terapeutico per le donne in gravidanza affette da episodio depressivo maggiore o moderato. Tra i possibili eventi avversi legati all'uso di AD durante il primo periodo di gravidanza, i dati sugli aborti spontanei (AS) sono scarsi ed insoddisfacenti.

Metodi: attraverso una ricerca PubMed, Toxline, EMBASE, PsychINFO e Cochrane sono stati individuati i lavori, pubblicati fra il gennaio 1980 ed il marzo 2008, che valutano il rischio di AS in donne affette da episodio

depressivo maggiore e trattate con AD nel primo trimestre di gravidanza.

Risultati: la ricerca bibliografica ha identificato 21 articoli, 7 dei quali sono stati esclusi perché non contenevano dati riguardanti l'AS, ed uno perché non prevedeva un gruppo di controllo. Tre studi, che si focalizzavano sul rischio di AS, ma consideravano come gruppo di controllo solamente donne in gravidanza esposte ad AD, sono stati anch'essi esclusi. Sono stati quindi considerati per la revisione 10 studi; tutti erano prospettici ed includevano come gruppo di controllo donne in gravidanza non esposte a farmaci, o esposte a farmaci non teratogeni o a placebo. In 5 di essi un gruppo di donne esposte ad altri AD è stato anch'esso preso in esame. In 7 di essi tutte le donne in gravidanza sono state esposte ad AD nel primo trimestre di gravidanza; in uno gli Autori non hanno specificato il tempo di esposizione, nei rimanenti 2 studi il tasso di donne in gravidanza esposte ad AD durante il primo trimestre è stato rispettivamente del 71,5% e del 93,5%. Solo 3 dei 10 articoli analizzati hanno riportato un tasso di AS superiore e statisticamente significativo, in donne esposte rispetto ad un gruppo di controllo.

Conclusioni: i lavori fino ad ora pubblicati non permettono di trarre conclusioni definitive sul rischio di AS. Infatti, solo 3 dei 10 studi presi in esame riportano un significativo incremento di tale rischio quando donne esposte ad AD sono state confrontate con donne non esposte. Inoltre, le analisi condotte in tali studi non tengono conto del rischio di AS che la depressione stessa può comportare. Bisogna essere consapevoli che in gravidanza un episodio depressivo non trattato porta con sé un rischio sostanziale per il feto o il bambino (basso indice di Apgar, necessità di terapia intensiva, ritardato sviluppo neonatale, basso peso alla nascita, complicazioni perinatali) o rischi secondari a comportamenti materni "unsafe" che scaturiscono dalla depressione (es. rischio autolesivo). Quindi, un adeguato trattamento farmacologico, in particolare nel caso di una depressione importante in gravidanza è essenziale, così come essenziale è il mantenimento del trattamento antidepressivo in donne affette da *depressione ricorrente*. La scelta di iniziare o di mantenere un AD durante la gravidanza deve essere accuratamente valutato caso per caso, tenendo in grande considerazione sia i potenziali rischi di eventi avversi, come l'AS o di malformazioni maggiori sia l'eventuale beneficio di un efficace trattamento farmacologico¹.

Bibliografia

¹ Bellantuono C, Migliarese G, Gentile S. *Serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of major malformations: a systematic review*. Hum Psychopharmacol 2007;22:122-8.

P101. SEEDS (Safety and Efficacy of Exercise for Depression in Seniors): disegno di uno studio multicentrico randomizzato e controllato

M. Belvederi Murri¹, M. Boschi², M. Da Boit³, G. DeGirolamo⁴, D. Di Diodoro⁵, L. Gelsomini⁶, M.L. Marcaccio⁷, M. Menchetti¹, G. Neri⁸, M. Neri⁹, E. Tam³, G. Toni¹⁰, G. Torcianti¹⁰, M. Piepoli¹¹, G. Zamboni³, S. Zanetidou²

¹ Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna; ² Dipartimento Salute Mentale "Zanolini", AUSL Bologna; ³ Facoltà di Scienze Motorie, Dipartimento di Fisiologia, Università di Bologna; ⁴ Regione Emilia Romagna; ⁵ Direzione Sanitaria, AUSL Bologna; ⁶ Dipartimento di Fisioterapia, Università di Bologna; ⁷ Dipartimento di Cure Primarie, AUSL Bologna; ⁸ Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Modena; ⁹ Dipartimento di Geriatria, Università di Modena; ¹⁰ Dipartimento Cardio-Toracico-Vascolare e di Area Critica, Sede di Castelnovo Monti, AUSL Reggio Emilia; ¹¹ UO Cardiologia, Ospedale G. da Saliceto AUSL Piacenza

Introduzione: la popolazione anziana presenta un'incidenza elevata di depressione maggiore (DM), associata a rilevanti comorbidità fisiche. Numerose evidenze testimoniano come l'attività fisica possa portare ad un miglioramento del tono dell'umore. Si presenta il disegno di SEEDS, uno studio multicentrico randomizzato e controllato, il cui scopo è valutare la praticabilità e l'efficacia di un programma standardizzato di attività fisica (AF), su una popolazione di anziani affetti da DM

Metodi: i pazienti reclutati verranno randomizzati nei 3 bracci di trattamento: a) attività fisica ed antidepressivo, b) attività socializzante a "mediazione corporea" ed antidepressivo, c) solo antidepressivo. Saranno ripetute valutazioni psicofisiche ed esami strumentali fino ad un follow-up di 12 mesi.

Risultati: adottando come end-point primario il trattamento degli effetti del training fisico sulla depressione (espresso come score HAM-D) e prevedendo un tasso di dropout medio del 20%, mediante calcolo della potenza statistica, si considera necessario il reclutamento di 250 pazienti, 84 per braccio di trattamento, suddivisi per i diversi centri partecipanti.

Conclusioni: lo studio SEEDS si propone di indagare l'efficacia e la tollerabilità di un programma di attività fisica, come strumento terapeutico nella depressione geriatrica. Verranno inoltre valutate le ricadute di tale intervento su altri indicatori di salute e sulla qualità della vita del paziente.

P102. Pregabalin contro altri trattamenti farmacologici nel disturbo d'ansia generalizzato: revisione della letteratura con metanalisi

T. Blasi, P. Moretti, C. Santilli

Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: il pregabalin, un analogo strutturale del GABA, si è dimostrato efficace nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato (GAD). Gli effetti ansiolitici dipendono dal legame con una subunità proteica associata ai canali del calcio che riduce la scarica neuronale.

Metodi: gli Autori hanno ricercato tramite databases elettronici (pubmed e embase) i trials clinici randomizzati che mettono a confronto il pregabalin con altri farmaci nel trattamento del GAD, valutando l'efficacia, l'accettabilità e la tollerabilità del farmaco mediante metanalisi.

Risultati: il pregabalin sembra avere un profilo di efficacia migliore rispetto ad altri farmaci nella prima settimana di trattamento (evidenziabile ai dosaggi compresi tra 400-600 mg/die), efficacia che tende ad essere sovrapponibile a quella degli altri trattamenti nelle settimane successive (4-6 settimane). Per quanto riguarda la tollerabilità del farmaco, il pregabalin, sembra presentare, rispetto alle terapie di controllo, una maggior frequenza di alcuni eventi avversi quali vertigini e bocca secca, mentre altri (sonnolenza, astenia) sono riscontrati con maggior frequenza nelle terapie di controllo.

P103. Deficit cognitivo nei disturbi depressivi

A. Borelli, R.M. Patella, A. Ventriglio*, A. Bellomo*, A. Lepore

Dipartimento di Salute Mentale ASL Foggia, Centro di Salute Mentale di Lucera (FG); * Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia

Introduzione: è noto un impairment cognitivo nei disturbi dell'umore. Un episodio depressivo spesso precede l'insorgenza di una demenza; disturbo depressivo e demenza presentano un overlapping eziopatogenetico e i cambiamenti anatomico-funzionali della patologia depressiva possono portare nel tempo ad una demenza (riduzione volumetrica dell'ippocampo, alterazione dei sistemi monoaminergici e dei fattori neurotrofici, alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene) ¹.

Obiettivo: valutare il funzionamento cognitivo globale di pazienti affetti da disturbi depressivi.

Metodi: studio naturalistico retrospettivo; confronto con volontari sani.

Materiali: 26 pazienti affetti da disturbo depressivo e 26 volontari sani valutati con Milan Overall Dementia Assessment (MODA); analisi statistica con ANOVA ad

1 via per le variabili continue e Chi square per l'analisi delle variabili categoriali.

Risultati: i pazienti affetti da disturbo depressivo riportano performance peggiori al test dei volontari sani (ANOVA: $p < 0,0001$)

Tabella.				
Moda score vs. diagnosis	N.	Mean	SD	SE
Control	26	89,788	4,019	0,7882
Depressive disorder	26	76,156	15,293	2,9992

Vi è un maggior riscontro di funzionalmento cognitivo borderline e demenza all'interno della popolazione affetta da disturbi dell'umore (Chi square, $p < 0,0001$).

Tabella.			
Moda categories	Diagnosis		
	Control	Depressive disorder	Total
Borderline	4	7	11
Dementia	4	17	21
Normal	18	2	20
Total	26	26	52

Conclusioni: si conferma la presenza di deficit cognitivo nei disturbi depressivi.

Bibliografia

Halperin I, Korczyn AD. *Depression precedes development of dementia*. Harefuah 2008;147:335-9, 373.

P104. Regolazione emotiva e disturbi alimentari

S. Borroni, C. Rocco di Torrepadula, A. Bosaia, S. Erzegovesi, A. Paglia, A. Fossati, C. Maffei, L. Bellodi

Centro per i Disturbi Alimentari, San Raffaele Turro, Milano; Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, San Raffaele Turro, Milano; Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Un recente studio (Claes et al., 2006) ha suggerito l'esistenza di tre profili differenti nelle pazienti con disturbo alimentare (DA): a) resistente, ad alto funzionamento, b) discontrollato, con disregolazione emotiva, e c) ipercontrollato, coartato.

A partire da queste osservazioni si è deciso di valutare la regolazione emotiva e i suoi legami con il sistema dell'attaccamento in un campione di 100 pazienti affette

da DA (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata) consecutivamente ricoverate presso il Reparto di Riabilitazione dei Disturbi Alimentari, San Raffaele Turro, Milano. A tutte le pazienti sono stati somministrati il Big Five Inventory, l'Attachment Style Questionnaire e il Relationship Questionnaire.

Oltre a replicare la struttura dei cluster, i risultati presenteranno l'associazione tra cluster e sottotipi diagnostici di DA e il ruolo di "confounder" degli stili d'attaccamento sui pattern di regolazione emotiva.

P105. Stasi dell'identità, impulsività e disturbi alimentari

A. Bosaia, S. Erzegovesi, C. Rocco di Torrepadula, A. Paglia, F. Mapelli, A. Fossati, C. Maffei, L. Bellodi
Centro per i Disturbi Alimentari, San Raffaele Turro, Milano; Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, San Raffaele Turro, Milano; Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Il comune riscontro clinico evidenzia, nelle pazienti affette da disturbo alimentare (DA), un'identità improntata al soddisfacimento delle attese altrui ed una polarizzazione sull'asse ipercontrollo-discontrollo del comportamento.

Scopo del presente lavoro è valutare sia la specificità degli stili identitari per i DA, sia la loro connessione con le dimensioni di discontrollo-ipercontrollo del comportamento.

Il campione è costituito da 130 pazienti affette da DA (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata) consecutivamente ricoverate presso il Reparto di Riabilitazione dei DA, San Raffaele Turro, Milano. A tutti i pazienti sono state somministrate l'Identity Style Inventory-3 (ISI-3) e la Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). Nel poster verranno presentati i risultati dei confronti tra pazienti e controlli non affetti bilanciati per sesso ed età e tra i vari gruppi diagnostici di DA; i risultati indicano che l'impulsività discrimina i DA in base alle condotte di eliminazione, riclassificando le pazienti Anoressiche con Eliminazione insieme alle Bulimiche.

P106. Valutazione neurocognitiva del paziente con insonnia cronica in abuso benzodiazepinico

V. Bottasini, L. Ferini Strambi, A. Raggi, M. Zucconi, M. Mauro
Università Vita-Salute San Raffaele

La valutazione dell'abuso di benzodiazepine (BDZ) nei pazienti con insonnia cronica è stato scarsamente indagato con risultati non sempre univoci. Obiettivo dello studio è stato valutare le compromissioni cognitive, neuropsicologiche, neurofisiologiche e polisinnografiche

(PSG) in pazienti con insonnia cronica ed abuso di BDZ.

Diciassette pazienti con insonnia cronica (ICSD-10) e abuso di BDZ e relativi controlli appaiati per genere, età e scolarità (7 M;10 F età media $46,3 \pm 11,3$) sono stati sottoposti ad una valutazione neurofisiologica con potenziali evento correlati e PSG, personologica (TCI-R, SF36), psichiatrica (SCL-90) e neuropsicologica: MM-SE, fluenza fonemica e semantica, Digit Span avanti ed indietro, cubi di corsi, lista delle parole di Rey, copia e rievocazione della figura complessa di Rey, matrici attentive, Trial Making A, B, (B-A), matrici di Raven, Cognitive Extinction Test (CET).

Sono state evidenziate prestazioni inferiori nei pazienti nelle aree cognitive neurolinguistiche, mnestiche, attentive e di stima cognitiva. Alle componenti neurofisiologiche i pazienti hanno riportato una riduzione dell'ampiezza della P300 nelle derivazioni di FZ ($6,1 \pm 2,4$ vs. $11,7 \pm 5,2$), CZ ($8,2 \pm 2,6$ vs. $13,7 \pm 5,4$) e PZ ($8,3 \pm 2,4$ vs. $11,6 \pm 4,0$) con una aumentata latenza della P200 ($202,5 \pm 26,4$ vs. $193,5 \pm 25,3$) e dell'N100 nella Mismatch Negativity ($116,8 \pm 16,2$ vs. $104,3 \pm 10,9$).

Alla PSG i pazienti hanno un'aumentata latenza REM ($113,8 \pm 61,6$ vs. $63,3 \pm 21,8$) e una ridotta efficienza del sonno (in % $80,2 \pm 11,2$ vs. $89,9 \pm 4,5$). Punteggi significativamente elevati sono stati ottenuti nella TCI Harm Avoidance ($110,8 \pm 17,5$ vs. $96,9 \pm 13,6$) e in quasi tutte le sottoscale della SCL-90.

I pazienti con insonnia cronica ed abuso BDZ hanno mostrato alterazioni in ogni area indagata: neuropsicologica, neurofisiologica, polisinnografica, e personologica. L'abuso di BDZ nel paziente con insonnia cronica provoca significativi deficit cognitivi, con riduzione significativa della qualità di vita.

P107. Correlati neurofisiologici della bulimia nervosa: un possibile ruolo dell'iperarousal

P. Bucci, E. Merlotti, A. Mucci, U. Volpe, A. Vignapiano, V. Montefusco, S. Galderisi, M. Maj
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Pochi studi hanno esplorato le caratteristiche dei potenziali evento-correlati (ERPs) nei soggetti affetti da bulimia nervosa (BN), riportando risultati controversi. Nel presente lavoro sono state valutate le caratteristiche tomografiche degli ERPs uditivi in 17 pazienti con BN utilizzando un paradigma "oddball" uditivo a tre toni (target, standard e distrattori). I generatori corticali dei potenziali evento-correlati sono stati analizzati mediante una metodica di tomografia elettromagnetica cerebrale a bassa risoluzione spaziale (Low Resolution Brain Electromagnetic Tomography, LORETA). I nostri risultati hanno mostrato un incremento significativo dell'ampiezza ed una riduzione della latenza delle componenti degli ERPs N200 e Slow Wave (SW) nelle pazienti con BN. Inoltre, l'attività dei generatori corticali della P300 è risultata aumentata per gli stimoli non target nelle re-

gioni fronto-temporo-parietali sinistre e nel giro cingolato bilateralmente, mentre è stata riscontrata una diminuzione dell'attività dei generatori della SW per stimoli target nel giro frontale superiore destro, nelle regioni parieto-temporo-occipitali sinistre e nel giro cingolato bilateralmente. Questi risultati suggeriscono la presenza nelle pazienti con BN di una condizione di "iperarousal", simile a quella indotta dalla somministrazione di ACTH, che renderebbe queste pazienti meno efficienti nel filtrare opportunamente le informazioni irrilevanti portando alla saturazione il sistema della memoria di lavoro.

P108. L'utilizzo di duloxetina in un campione di soggetti affette da anoressia nervosa

A. Carano^{***}, D. De Berardis^{***}, E. Totaro^{*}, C. Silvestrini^{*}, V. Russo^{*}, M.C. Di Filippo^{*}, A. Pizzorno^{***}, N. Serroni^{***}, F.S. Moschetta^{***}, F. Gambi^{*}, G. Sepede^{*}, R.M. Salerno^{*}, F.M. Ferro^{*}

^{*} Dipartimento Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti;

^{**} Dipartimento di Salute Mentale ASUR Zona 8, Civitanova Marche; ^{***} Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Teramo

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 della duloxetina nel recupero del peso e di un tono dell'umore più stabile in un campione di soggetti affette da anoressia nervosa.

Metodi: presso l'ambulatorio dedicato ai disturbi del comportamento alimentare del Centro Obesità dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti è stato reclutato un campione di 26 soggetti affette da anoressia nervosa (sottotipo restrittivo e/o purgativo, DSM-IV-TR). Le partecipanti che hanno dato il loro consenso al trattamento farmacologico con duloxetina (60 mg/die) sono state sottoposte preliminarmente ad una valutazione clinico-psicopatologica mediante un approfondito esame obiettivo, controllo del peso e dell'indice di massa corporea, nonché ad una batteria testistica comprendente una intervista clinica semistrutturata, la Eating Disorders Inventory II (EDI II), SCL-90, Toronto Alexithymia Scale (TAS) e la Beck Depression Inventory (BDI). La valutazione testistica è stata effettuata all'inizio del trattamento (T0), a distanza di 3 mesi (T1), e dopo 6 mesi (T2).

Risultati: la durata media di malattia in anni del campione reclutato era di 1,6 (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, d.f. 34, p < 0,001 al T2). Inoltre le pazienti dopo 6 mesi di trattamento hanno mostrato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva (p < 0,001) con una diminuzione dei punteggi alla 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 la duloxetina, 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

- 1 Ivarsson T, Råstam M, Wentz E, Gillberg IC, Gillberg C. *Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community-based study.* Compr Psychiatry 2000;41:398-403.
- 2 Mallinckrodt CH, Watkin JG, Liu C, Wohlreich MM, Raskin J. *Duloxetine in the treatment of Major Depressive Disorder: a comparison of efficacy in patients with and without melancholic features.* BMC Psychiatry 2005;5:1.

P109. Trattamento aggiuntivo con quetiapina nel disturbo ossessivo-compulsivo resistente all'escitalopram: considerazioni cliniche e farmacocinetiche

A. Carano^{1,2}, V. Matera², A. Crisoliti², D. De Berardis^{1,3}, D. Campanella^{1,3}, N. Serroni³, M. Scali⁴, A. Valchera⁴, F.S. Moschetta Francesco³, F. Gambi¹, G. Sepede¹, R.M. Salerno¹, F.M. Ferro¹

¹ Dipartimento Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti;

² Dipartimento di Salute Mentale ASUR Zona 8, Civitanova Marche; ³ Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Teramo; ⁴ Casa di Cura "S. Giuseppe", Ascoli Piceno

Introduzione: gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), come indicato dalla letteratura, sono i farmaci di prima scelta nel trattamento farmacologico del disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Tuttavia dal riscontro della pratica clinica emerge che una percen-

tuale variabile tra il 40-60% dei pazienti non risponde al trattamento con questi farmaci in monoterapia. Diversi studi clinici hanno acclarato recentemente l'efficacia terapeutica degli antipsicotici atipici nel trattamento delle cosiddette forme resistenti del DOC.

Metodi: scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'utilità clinica di un trattamento aggiuntivo con quetiapina (a dosaggio di 400-600 mg/die) in pazienti con DOC resistente al trattamento monoterapico con escitalopram (dosaggio massimo 20 mg/die); è stata inoltre valutata attentamente la possibilità di eventuali interazioni farmacocinetiche tra queste due molecole. Hanno partecipato allo studio 27 soggetti, 15 femmine e 12 maschi, di età compresa tra i 26 e i 57 anni, con diagnosi di DOC secondo il DSM-IV che trattati con escitalopram fino a 20 mg/die, da almeno 3 mesi, non avevano presentato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi ossessivo-compulsivi, quantificato come una riduzione di almeno il 35% del punteggio totale alla Yale – Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento aggiuntivo con quetiapina 600 mg/die, per 12 settimane.

Risultati: la valutazione psicopatologica è stata effettuata in condizioni basali e dopo 2,4,8 e 12 settimane dall'inizio del trattamento aggiuntivo con la Y-BOCS e con la Clinical Global Impression (CGI). Hanno completato lo studio 20 soggetti (1 ha abbandonato lo studio dopo la seconda settimana di trattamento con quetiapina per riferita marcata astenia) presentando all'overtime una riduzione della media dei punteggi alla Y-BOCS da $27,1 \pm 5,1$ a $20,1 \pm 4,8$ ($p < 0,001$). Nello specifico 13 (65%) pazienti hanno mostrato una diminuzione del 35% del punteggio alla Y-BOCS. **Conclusioni:** questi dati indicano che il trattamento aggiuntivo con quetiapina può migliorare in misura significativa la sintomatologia ossessivo-compulsiva in soggetti con DOC con scarso insight e resistente al trattamento con SSRI, suggerendo un possibile coinvolgimento del sistema dopaminergico nella genesi di tali sintomi e dimostra anche la mancanza di interazioni farmacocinetiche tra quetiapina ed escitalopram.

Bibliografia

- Dell'Osso B, Mundo E, Altamura AC. *Quetiapine augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a six-month follow-up case series.* CNS Spectr 2006;11:879-85.
- Fineberg NA, Sivakumaran T, Roberts A, Gale T. *Adding quetiapine to SRI in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled treatment study.* Int Clin Psychopharmacol 2005;20:223-6.

P110. Ascetismo e impulsività nei disturbi del comportamento alimentare (DCA)

M.A. Caruso, E. Costa, C. Loredano, D. Alliani, S. Tarantelli, V. Di Caprio

Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Policlinico Umberto I, Roma

Introduzione: partendo dalla constatazione che nella letteratura scientifica, come nella prassi clinica, non viene in genere sufficientemente valutato il ruolo del piacere sessuale rispetto all'insorgenza dei vari sintomi e delle varie sindromi psichiatriche. Si evidenzia che mentre in medicina, ci si avvale in genere di determinazioni biochimiche ed esami strumentali per valutare le varie funzioni normali e patologiche del corpo umano, nel campo della sessuologia, disciplina ancora giovane, non sono ancora ben definiti gli strumenti atti a rilevare la presenza di una disfunzione della sessualità in relazione ad un disturbo psichiatrico.

Obiettivi: la nostra ricerca si pone l'obiettivo di indagare le correlazioni esistenti tra i sintomi psichiatrici nei disturbi del comportamento alimentare ed i modi di vivere la sessualità. In particolare si sono messi in evidenza alcuni tratti di personalità nell'assetto psicosessuale delle pazienti anoressiche e bulimiche; valutando in particolare due aspetti: ascetismo e impulsività. Ancora abbiamo verificato quale di questi due tratti prevale in entrambi i disturbi e come questi variano nelle diverse fasce di età.

Materiali e metodi: sono state studiate 33 pazienti di sesso femminile; 19 con anoressia nervosa e 14 con bulimia nervosa. La diagnosi è stata fatta secondo i criteri diagnostici del DSM-IV ed il colloquio clinico. Le pazienti erano sia in regime di ricovero che in regime di Day Hospital presso la UOC Psichiatria e DCA del Policlinico Umberto I di Roma. Lo studio è stato effettuato con controllo delle pazienti tra le diverse fasce d'età, sottoponendole al test "EDI-2" (Eating Disorder Inventory-2).

Risultati: dai dati elaborati emerge che nelle anoressiche prevale l'ascetismo rispetto all'impulsività, ciò corrisponde infatti alla personalità dell'anoressica che

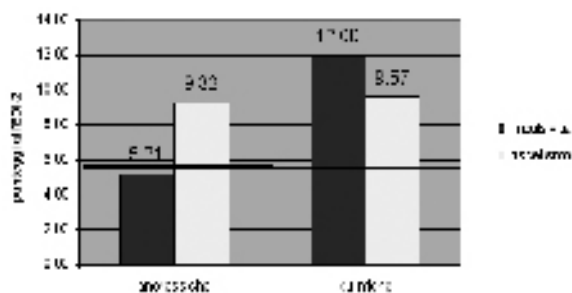


FIGURA 1. Ascetismo/impulsività in anoressiche e bulimiche.

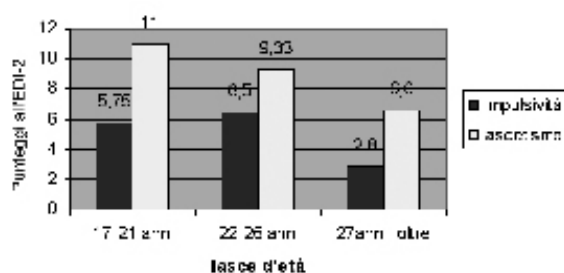


FIGURA 2.

Punteggi di ascetismo/impulsività per fasce d'età nelle bulimiche.

è caratterizzata dalla tendenza all'autolimitazione, al controllo dei bisogni del proprio corpo e dunque, alla rinuncia di ogni gratificazione fisica, come il cibo e il sesso.

Nella bulimia nervosa, prevale invece l'impulsività rispetto all'ascetismo. Questo dato spiegherebbe il comportamento impulsivo, l'imprudenza e la perdita di controllo, che si manifestano nei vari ambiti delle relazioni interpersonali delle bulimiche.

Inoltre, nelle pazienti con anoressia è emerso che con l'aumento dell'età sia l'ascetismo che l'impulsività diminuiscono; mentre nelle bulimiche si ha una inversione dei valori in quanto, l'impulsività aumenta mentre l'ascetismo tende a diminuire.

Conclusioni: sono state evidenziate alcune correlazioni tra sintomi psichiatrici e disturbi del comportamento sessuale nelle pazienti affette da DCA, trovandosi un nesso tra ascetismo e sessualità nelle pazienti con anoressia nervosa, e tra impulsività e sessualità in quelle con bulimia nervosa.

L'ascetismo, infatti rappresenta la tendenza all'autolimitazione, al controllo ossessivo dei bisogni del proprio corpo, dunque rinuncia alle principali fonti di gratificazione fisica alimentare e sessuale, chiarendo perché le donne anoressiche sono restrittive non soltanto nel loro rapporto con il cibo, ma anche nei confronti della loro sessualità: perdita del piacere sessuale e abbassamento

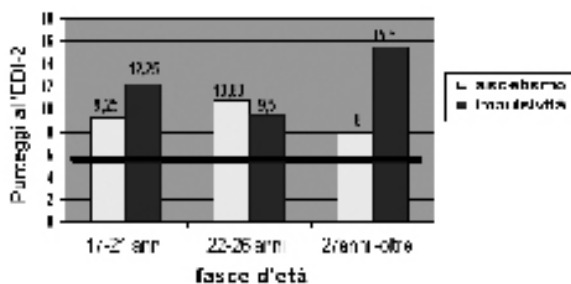


FIGURA 3.

Punteggi di ascetismo/impulsività per fasce d'età nelle anoressiche.

della libido. Questo dato è stato confermato dalla recente ricerca effettuata da Beumont et al. e Hsu et al.

Per contro l'impulsività è indicativa della perdita di controllo, della distruttività, dell'incoerenza che nelle pazienti bulimiche si manifesta nei vari ambiti delle loro relazioni interpersonali e quindi anche nella sessualità improntando le relazioni con rapporti frequenti, promiscui e disinibiti senza riflessione e ponderatezza. Anche questo dato risulta in accordo con lo studio di Abraham et. al.

Bibliografia

- Bruch H. *The golden cage. The enigma of anorexia nervosa.* Cambridge, MA: Harvard University Press 1987.
- Kaplan HS. *Nuove terapie sessuali.* Bompiani, Milano 1976.
- Wiederman MW, Pryor T, Morgan CD. *The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa.* Int J Eat Disord 1996;19:109-18.

P111. Studio epidemiologico sui pazienti del DH per i disturbi del comportamento alimentare del policlinico di Bari dalla nascita ad oggi

C. Castellana, G. Viola, A. Ferrante, C. Nardelli, M. Rizzo, A. Catucci, O. Todarello

DH per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Il Centro dei DCA del Policlinico di Bari nasce nel 1997 sulla base dell'esperienza acquisita dal prof. De Giacomo a partire dai primi anni '70.

Lo studio propone un'indagine epidemiologica considerando età, sesso, regione di provenienza e la diagnosi di dimissione ai fini di calcolare anche l'età media dei pazienti con diagnosi di AN, BN e NAS e le rispettive percentuali di incidenza.

I dati sono stati ricavati dal database dei pazienti presi in carico dal '97 ad oggi. A causa della lunghezza del periodo di riferimento (12 anni) e della mancanza delle cartelle cliniche dell'intero campione non è stato possibile prendere in considerazione la presenza di comorbidità e familiarità per malattie psichiatriche, i valori di BMI, gli score dei test psicometrici somministrati.

Il campione di 1871 pazienti è risultato costituito da 701 con diagnosi di AN (37,5%), 397 BN (21,2%), 773 NAS (41,3%). Solo il 7% è costituito da individui di sesso maschile in linea con i risultati di altri studi epidemiologici in letteratura. L'età media dei pazienti è risultata: 22 aa per AN, 25 aa per BN e 32 aa per NAS; risultati che potrebbero apparire in contrasto con quelli in letteratura ma in realtà sono ad essi sovrapponibili se consideriamo che l'età di riferimento non è l'età di esordio della malattia ma l'età in cui il paziente è giunto alla nostra osservazione.

Il 74,2% dei pazienti proviene da Bari e provincia, il 20,8% da altre province della Puglia e il 5% da altre regioni.

Bibliografia

Tansella M, a cura di. *L'approccio epidemiologico in psichiatria*. Torino: Boringhieri 1985.

P112. Depressione e disturbo da deficit di attenzione/iperattività: risultati di uno studio sperimentale

V. Catalano, D. Harnic, M. Mazza, M. Di Nicola, G. Marano, L. Janiri, P. Bria

Day Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenze, Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: il presente lavoro indaga sul disturbo da deficit di attenzione/iperattività, allo scopo di valutare un'eventuale predisposizione in età adulta a particolari quadri psicopatologici e trovare differenze di espressione sintomatologica dell'ADHD tra la depressione bipolare e quella unipolare.

Metodi: lo studio è stato condotto su un campione di 67 pazienti di cui 35 con depressione bipolare e 32 con depressione unipolare. La valutazione è avvenuta mediante la somministrazione di tests reattivi psicometrici: Neo Personality Inventory (NEO-PI-R), Brown Attention Deficit Disorder Scale (Brown ADD-Scale), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1), Criteri del disturbo da deficit d'attenzione/iperattività per l'infanzia secondo il DSM-IV-TR.

Risultati: i risultati evidenziano come il 42% del campione soddisfa, durante la propria infanzia, i Criteri ADHD con prevalenza del sesso maschile su quello femminile. Inoltre i pazienti con diagnosi di depressione bipolare soddisfano durante la loro infanzia i Criteri ADHD con frequenza maggiore rispetto ai pazienti con depressione unipolare.

Conclusioni: lo studio dimostra che una percentuale significativa del campione ha soddisfatto durante l'infanzia i Criteri ADHD. In particolare sembra che tali criteri predispongano allo sviluppo in età adulta alla depressione bipolare piuttosto che unipolare. Ulteriori studi su campioni più ampi saranno necessari per confermare questi risultati.

Bibliografia

Semiz UB, Basoglu C, Oner O, Munir KM, Ates A, Algul A. *Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder*. Aust New Zeal J Psychiatry 2008;42:405-13.

Spencer TJ. *Treatment of adult ADHD and comorbid depression*. CNS Spectrum 2008;13(5 Suppl 8):14-6.

P113. Predittori clinici della qualità di vita nel disturbo ossessivo-compulsivo

A. Chiarle, U. Albert, G. Maina

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

Introduzione e scopo dello studio: il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una condizione psichiatrica caratterizzata da un importante impatto negativo sulla qualità di vita della persona che ne è affetta e dei familiari che vi convivono^{1,2}. Il nostro studio si propone di esaminare in modo sistematico le variabili cliniche potenzialmente predittive della qualità di vita in un rappresentativo campione di pazienti ossessivo-compulsivi.

Materiali e metodi: la qualità di vita di 151 pazienti con diagnosi principale di DOC ed un punteggio alla Y-BOCS di almeno 16 è stata indagata mediante la Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I punteggi ottenuti sono stati confrontati con le medie della popolazione italiana³ utilizzando il t-test. Le variabili cliniche significativamente associate ai vari domini della SF-36 sono state analizzate mediante una stepwise multiple linear regression analysis.

Risultati: confrontati con la media italiana, i pazienti affetti da DOC mostrano una maggiore compromissione di tutti i domini della SF-36 ad eccezione del funzionamento fisico. Una minore scolarizzazione, la presenza di sintomi depressivi associati, una maggiore gravità delle ossessioni alla Y-BOCS e il sottotipo di DOC *washer* sono variabili predittive di una maggiore compromissione della componente fisica, mentre più elevati valori totali alla Y-BOCS e la comorbidità attuale con un disturbo dell'umore predicono punteggi più bassi nella componente mentale.

Conclusioni: il nostro studio conferma l'impatto negativo che il DOC ha sulla qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti. L'individuazione di variabili cliniche predittive potrà indirizzare allo sviluppo di trattamenti farmacologici e psicosociali integrati ed individualizzati.

Bibliografia

¹ Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. *Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life*. Compr. Psychiatry, 2006; 47: 270-275.

² Albert U, Salvi V, Saracco P, Bogetto F, Maina G. *Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy*. Psychiatric Services 2007;58:970-6.

³ Apolone G, Mosconi P, Ware Jr JE. *Questionario sullo stato di salute mentale. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. Milano: Guerini e Associati Editore 1997.

P114. L'approccio all'Anoressia Maschile nell'esperienza del DH del Policlinico di Bari

C. Cicorella, F. De Tommasi, A. Montrone, R. Lippolis, A. Catucci, O. Todarello

DH per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

L'incidenza dei disturbi alimentari nella popolazione maschile è in netto aumento: il 5-10% dei pazienti che soffrono di AN sarebbero maschi. Si differenziano dal campione femminile per l'ideale corporeo, l'insoddisfazione per la forma fisica (accresciuta muscolosità, perdita di grasso) e magrezza più contenuta.

Obiettivo del nostro lavoro è illustrare come l'approccio terapeutico utilizzato nel DH per i DCA del Policlinico di Bari (CBT integrato con quello sistemico-relazionale) sia applicato nell'AN maschile e nelle sue specificità.

In un anno sono stati osservati 8 casi di AN maschile di cui 1 "Muscles Dysmorphism". Presentavano età tra i 14 e i 40 anni, BMI medio di 15,5, obesità premorboza in 4 casi, dispercezione corporea in 7 e "reverse anorexia"¹; comorbidità psichiatrica nel 62%. Hanno assunto terapia farmacologica il 50% e trattamento di TF il 75%.

Abbiamo seguito l'approccio "transdiagnostico" CBT di Fairburn & Co. integrato al sistemico-relazionale (terapie multifamiliari e familiari) attraverso competenze multidisciplinari: psichiatriche, psicologiche e dietologiche.

Hanno riportato un miglioramento significativo (BMI, alimentazione, approccio all'attività fisica, alterazione dell'immagine corporea) 4 casi; sono in fase di mantenimento 2; necessità del centro residenziale 1; drop-out 1.

L'approccio integrato (CBT-sistemico-relazionale) sembra risultare altrettanto valido nel trattamento dell'AN maschile, considerando le maggiori indicazioni alla terapia familiare.

Bibliografia

- Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*. Behaviour Research and Therapy 1999;37:1-13.
- Minuchin S, Rosman B, Baker L. *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio 1980.
- Selvini Palazzoli, MP. *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Feltrinelli 1995.

P115. La stimolazione del nervo vago nella terapia delle sindromi depressive maggiori farmaco-resistenti: valutazione clinica e neurofisiologica dell'efficacia del trattamento

L. Colloca, C. Fronza*, U. Albert**, A. Ducati*, F. Benedetti, M. Lanotte*, G. Maina**

*Sezione di Fisiologia, *Clinica Neurochirurgica, **Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino*

Introduzione: la Food and Drug Administration (FDA) ha approvato nel 2005 l'impiego della stimolazione vagale (VNS) come trattamento aggiuntivo della depressione maggiore e del disturbo bipolare farmaco-resistente. Sebbene l'efficacia clinica della VNS sia stata recentemente dimostrata, il meccanismo d'azione rimane non chiaro. Studiare parallelamente la modulazione simpatico-vagale ed i sintomi clinici indotti dalla VNS potrebbe portare all'identificazione di un possibile indicatore neurofisiologico dell'outcome clinico.

Obiettivo: studio di follow-up della componente cardiaca vagale e dell'outcome clinico in pazienti affetti da depressione maggiore o disturbo bipolare sottoposti a stimolazione del nervo vago.

Metodi: cinque pazienti affetti da depressione maggiore o disturbo bipolare (età media $56,6 \pm 7,3$; HAM-D-17 pre-operatorio: $22,6 \pm 2$) sono stati selezionati presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino per essere sottoposti ad impianto di stimolazione vagale. Nei pazienti è stato impiantato il sistema fornito dalla Cyberonics, Inc. composto da un generatore di impulsi in titanio alimentato da una batteria al litio e tre elettrodi a spirale con cavo di estensione. Una volta eseguito l'impianto, il generatore invia impulsi elettrici al nervo vago sinistro ad intervalli regolari. I pazienti sono stati seguiti dal punto di vista clinico e neurofisiologico durante i progressivi incrementi della stimolazione (steps di 0.25 mA). In concomitanza di ogni incremento veniva registrato l'elettrocardiogramma (ECG) al fine di studiarne l'Heart Rate Variability (HRV) con la determinazione della componente simpatica e vagale. Sono stati ricercati battiti ectopici negli intervalli R-R dell'ECG. Nessun paziente in questo studio ha presentato battiti ectopici.

Analisi delle componenti simpatica e vagale: gli ECG sono stati analizzati con metodo di autoregressione per ottenere le densità di potenza spettrale. Le frequenze sono state suddivise in due gruppi: basse frequenze, da 0,04 a 0,15 Hz, che rappresentano l'attività simpatica, e alte frequenze, da 0.15 a 0.4 Hz, che rappresentano l'attività parasimpatica.

Risultati: l'analisi preliminare dei dati clinici e neurofisiologici mostra che il passaggio da 0,25 a 1 mA dell'intensità della VNS produce un significativo beneficio clinico (punteggio HAM-D17) in associazione ad aumento significativo della componente vagale dell'HRV.

Conclusioni: sebbene questo sia uno studio pilota, crediamo che il monitoraggio neurofisiologico dell'effica-

cia della VNS possa chiarire la relazione tra attività cardiaca vagale e benefici terapeutici della VNS.

P116. Duloxetina nel trattamento della depressione maggiore in comorbidità con disturbi d'ansia: risultati preliminari da uno studio in aperto a 12 mesi

A. Colombo, R. Bassetti, M. Bosi, A. Roaro, R. Truzoli, C. Viganò, G. Ba

Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Cliniche "L. Sacco", Università di Milano, Ospedale "L. Sacco", Milano

Introduzione: la comorbidità tra depressione ed ansia, sia in forma sindromica che "sottosoglia", costituisce nella pratica clinica un'evenienza non rara; ne consegue la necessità di un trattamento farmacologico che migliori sia i sintomi dell'umore, che ansiosi. Duloxetina ha mostrato, in precedenti studi condotti su terapie a breve e medio termine, un'efficacia su entrambi questi clusters sintomatologici^{1,2}.

Obiettivo: verificare l'efficacia a lungo termine di duloxetina nel trattamento dell'episodio depressivo maggiore (EDM) in comorbidità con un disturbo d'ansia.

Metodi: 14 pazienti ambulatoriali con una diagnosi di EDM, suddivisi in due gruppi a seconda della presenza in comorbidità (n = 5) o meno (n = 9) di un disturbo d'ansia, in accordo ai criteri del DSM-IV-TR, sono stati trattati in aperto con dosaggi di duloxetina compresi tra 60 e 120 mg die per un periodo di dodici mesi.

L'andamento clinico è stato valutato attraverso la somministrazione al baseline, ad uno, sei e dodici mesi delle scale di valutazione psichiatrica: HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale), MADRS (Montgomery Asberg Rating Scale), i cui punteggi sono stati analizzati utilizzando test non parametrici. **Risultati:** a dodici mesi tutti i pazienti trattati hanno mostrato una diminuzione significativa dei punteggi totale alle scale somministrate: HAM-D (p =,0001), HAM-A (p =,001) e MADRS (p =,0001). Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative nella risposta nei due gruppi di pazienti definiti dalla presenza o meno di comorbidità con un disturbo d'ansia.

Conclusioni: sebbene preliminari, i risultati di questo studio suggeriscono per duloxetina nel trattamento a lungo termine in soggetti con EDM in comorbidità o meno con un disturbo d'ansia un'efficacia sovrapponibile a quella in precedenza evidenziata nella terapia a breve e medio termine.

Bibliografia

- 1 Dunner DL, Goldstein DJ, Mallinckrodt C, Lu Y, Detke MJ. *Duloxetine in treatment of anxiety symptoms associated with depression.* *Depress Anxiety* 2003;18:53-61.
- 2 Fava M, Martinez JM, Greist LB, Marangell LB, Brown E,

Chen L, et al. *The efficacy and tolerability of duloxetine in the treatment of anxious vs. non-anxious depression: a post-hoc analysis of an open-label outpatient study.* *Ann Clin Psychiatry* 2007;18:187-95.

P117. Variabili di eccitabilità corticale in pazienti drug-free con disturbo post-traumatico da stress e relazione con i sintomi clinici

A. De Capua*, M. Tavanti*, N.R. Polizzotto*, S. Calossi*, V. Falzarano*, M. Ulivelli, S. Bartalini, L. Bossini*, P. Castrogiovanni*, S. Rossi**, L. Chiochi**, S. Rossi

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Neurologia e Sezione Psichiatria, Siena; ** U.F. Salute Mentale Adulti, ASL 7 Siena, Zona Amiata Senese*

Studi neurofisiologici e di neuroimaging sembrano sottolineare l'importanza di una possibile disfunzione del tono GABAergico nella fisiopatologia del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Studi su modelli animali di PTSD suggeriscono anche l'importanza di una possibile disfunzione del tono glutammatergico nella fisiopatologia di tale disturbo, anche se non esiste al momento alcuna evidenza del ruolo di tale neuromediatore nell'uomo. Sono stati valutati, con l'uso della TMS a singolo e a doppio stimolo, alcuni parametri di eccitabilità corticospinale con particolare riferimento all'analisi dei meccanismi di trasmissione centrale gabaergica, glutammatergica e colinergica, in entrambi gli emisferi cerebrali di individui con diagnosi di PTSD. Abbiamo sottoposto 20 pazienti drug-free con PTSD e 16 controlli sani matchati per età e sesso ad una valutazione dell'eccitabilità cortico-spinale registrando le seguenti variabili dai muscoli FDI di destra e di sinistra:

- soglia motoria a riposo (RMT);
- periodo silente corticale (CSP);
- inibizione intra-corticale a breve latenza (SICI) e facilitazione intra-corticale (ICF);
- inibizione afferente a breve latenza (SAI).
- Ai fini dell'inquadramento psicopatologico sono inoltre state somministrate le seguenti scale: SCID-I, SCID-II, HAM-A, HAM-D e CAPS.

I risultati ottenuti indicano:

- una significativa perdita dell'inibizione intracorticale GABA_A-mediata bilaterale;
- un significativo incremento del tono glutammatergico bilateralmente, più evidente
- nell'emisfero destro;
- una significativa riduzione della SAI nell'emisfero destro;
- una correlazione significativa tra ICF a destra, SAI e durata di malattia;
- nessun cambiamento nella RMT o nel CSP.

Tali dati potrebbero aiutarci a chiarire la fisiopatologia del PTSD e a stabilire il miglior target anatomico-fisiologico per eventuali strategie neuromodulatorie croniche nei pazienti farmaco-resistenti.

P118. Personalità, assertività e fobia sociale: caratteristiche, problematiche e possibili legami

C. De Pasquale, E. Tornatore*, V. Rapisarda

*Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, * Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Catania*

L'assertività è la capacità di esprimere le proprie esigenze per realizzare i propri obiettivi, senza aggressività o egoismo. Il modo di relazionarsi con gli altri deriva dai condizionamenti ambientali e dall'intreccio di questi con la propria personalità. Le competenze assertive derivano dagli *schemi cognitivi*: concetti di sé e del mondo che fungono da filtro per interpretare la realtà e che guidano verso specifici comportamenti. Quando non sono funzionali ai bisogni del soggetto possono divenire pre-morbosi e presagire disturbi come la fobia sociale.

Metodi: la ricerca mira ad evidenziare le correlazioni tra personalità, assertività, fobia sociale e disturbi dell'alimentazione. Sono stati somministrati, a 148 adolescenti, i seguenti test: BFQ, Test d'assertività, LSPS e EDI.

Risultati: l'analisi statistica ha rilevato correlazioni tra assertività e dimensioni personologiche per il dinamismo ($r = 0,3032$) e la perseveranza ($r = 0,4817$). La correlazione tra LSPS e BFQ riguarda la dimensione energia ($r = -0,3534$). Esiste una correlazione tra EDI e la dimensione stabilità emotiva ($r = -0,3102$), così come tra assertività e LSPS ($r = -0,5307$). Lo stesso dicasi della correlazione tra assertività ed EDI, in particolare per l'inadeguatezza ($r = -0,4501$) e la Sfiducia interpersonale ($r = -0,3606$). Infine, si rileva una correlazione tra LSPS ed EDI ($r = 0,3459$), nello specifico per la consapevolezza interocettiva ($r = 0,3981$) e l'inadeguatezza ($r = 0,36$).

Conclusioni: le dimensioni personologiche non sono rilevanti nell'acquisizione dell'assertività. L'essere assertivo allontana il soggetto dal rischio di fobia sociale e/o di disturbi dell'alimentazione. Questi ultimi possono trovarsi in comorbidità con la fobia sociale.

Bibliografia

Ajmone T. *La triade comportamentale*. Anthropos & Iatria 1999;III(3).

Ajmone T. *Assertività: l'ansia sociale*. Anthropos & Iatria 2000;IV(1).

P119. Caratteristiche neuropsicologiche dell'anoressia nervosa: uno studio caso-controllo

D. Degortes, E. Tenconi, R. Bosello, F. Titton, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: i dati della letteratura evidenziano un'alterazione del funzionamento cognitivo nell'anoressia nervosa (AN). Ad oggi è poco chiaro se tali deficit siano

secondari alla denutrizione e al calo ponderale oppure se siano dei fattori di rischio antecedenti allo sviluppo del disturbo alimentare. Scopi del presente studio sono: indagare il funzionamento cognitivo nell'AN e valutare eventuali correlazioni tra performance neuropsicologica e alcune variabili cliniche.

Materiali e metodi: si sono valutate 92 pazienti con diagnosi di AN e 113 controlli sani. A pazienti e controlli è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici per la valutazione delle seguenti aree: funzioni esecutive di controllo, abilità percettive e memoria visuo-spaziale, memoria di lavoro e capacità di apprendimento.

Risultati: le pazienti AN rispetto ai controlli presentano un profilo neurocognitivo deficitario in quasi tutti i test. In particolare, le pazienti AN rispetto ai controlli mostrano delle alterazioni cognitive nella flessibilità cognitiva, nella decision making, nella pianificazione cognitiva, nella percezione e memoria visuo-spaziale e nello spostamento dell'attenzione.

Alcune variabili cliniche sono significativamente correlate alla performance neuropsicologica.

Discussione: lo studio delle alterazioni neurocognitive nell'AN può contribuire ad una maggiore conoscenza della patogenesi e del mantenimento del disturbo e, allo sviluppo di differenti e specifici approcci psicoterapici per le pazienti che presentano delle disfunzioni cognitive.

P120. Valutazione del BDNF plasmatico in pazienti depressi drug-resistant sottoposti a terapia elettroconvulsivante

A. Del Debbio, C. Bianchi, I. Roncaglia, P. Medda, A. Veltri, A. Maremmani, E. Massimetti, F. Di Sacco, D. Marazziti, A. Piccinni, L. Dell'Osso

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

Recentemente si è assistito a un incremento dei dati a favore di un coinvolgimento del Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) nel meccanismo d'azione dei farmaci antidepressivi e, forse, della Terapia Elettroconvulsivante (TEC). Questo studio si propone di indagare se la risposta clinica di un campione di pazienti depressi drug-resistant dopo un ciclo di TEC si associ a variazioni dei livelli plasmatici di BDNF.

Sono stati reclutati 18 pazienti e 15 controlli sani. I dosaggi sono stati effettuati con metodo ELISA prima di iniziare la TEC (t_0), una settimana dopo la terza applicazione (t_1), e una settimana dopo l'ultima (t_2). La gravità della sintomatologia depressiva ai diversi tempi è stata valutata con la Hamilton Depression Rating Scale a 21 item (HRSD₂₁).

I risultati mostrano che al baseline i livelli plasmatici di BDNF dei pazienti risultano significativamente minori rispetto ai controlli e che quelli dei pazienti remitters ($n = 8$) differiscono significativamente da quelli dei non-remitters ($n = 10$). I punteggi totali HRSD diminuiscono tra t_1 e t_2 . I livelli plasmatici di BDNF dei pazienti remitters

al t_2 sono indistinguibili da quelli dei controlli sani, mentre quelli dei non-remitters, sebbene maggiori rispetto al baseline, continuano a essere significativamente inferiori rispetto a quelli dei controlli.

Questi risultati suggeriscono una possibile utilità dei livelli plasmatici di BDNF al baseline come un predittore di risposta alla TEC in pazienti depressi drug-resistant.

P121. Livelli di BDNF plasmatico in pazienti affetti da PTSD: confronto con soggetti sani

A. Del Debbio, C. Carmassi, C. Bianchi, I. Roncaglia, A. Veltri, C. Vizzaccaro, D. Cesari, P. Landi, I. Di Noi, A. Maremmani, A. Piccinni, L. Dell'Osso

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

Numerose evidenze neurobiologiche hanno suggerito che il Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF) potrebbe contribuire alla fisiopatologia dei disturbi d'ansia. La down-regulation della neurotrofina conseguente all'esposizione allo stress psico-fisico, sembra rivestire un ruolo anche nel processo di atrofia dei neuroni ippocampali che si osserva nel disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Sono stati reclutati 15 pazienti con PTSD e 15 controlli sani. I dosaggi del BDNF plasmatico sono stati effettuati con metodo ELISA. I pazienti sono stati valutati mediante SCID-P (DSM-IV-TR) e Impact of Event Scale (IES), per la sintomatologia post-traumatica da stress.

I risultati mostrano livelli plasmatici di BDNF significativamente inferiori nei pazienti rispetto ai controlli. È stata inoltre osservata una correlazione significativa di inversa proporzionalità tra i valori plasmatici di BDNF e la gravità della sintomatologia post-traumatica da stress espressa dai punteggi alla scala IES.

I nostri dati, che risultano essere in linea con quelli della Letteratura, hanno evidenziato come il BDNF abbia un ruolo importante nella fisiopatologia dei disturbi correlati allo stress, ovvero nell'ambito delle complesse relazioni tra gli eventi di vita stressanti, acuti o cronici, e l'insorgenza o la riesacerbazione dei disturbi d'ansia.

P122. Titolazione lenta con paroxetina vs. titolazione standard nel trattamento del disturbo di panico

B. Dell'Osso, G. Colombini, L. Oldani, I. Balossi, S. Bortolussi, M.C. Palazzo, E. Acmet*

*Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano; *Italfarmaco, Milano*

Nella fase iniziale del trattamento del disturbo di panico (DP) si osserva un tasso di recidiva dei disturbi d'ansia del 27-39% dovuti principalmente alla "sindrome di attivazione"¹⁻³. In un recente studio condotto in pazienti oncologici con depressione maggiore, una titolazione

lenta di paroxetina in gocce ha mostrato un maggior controllo dei disturbi d'ansia associati rispetto ad una titolazione standard⁴.

Sono stati valutati 60 pazienti (44 F e 16 M) affetti da DP trattati con paroxetina afferenti a 14 ambulatori di medicina di base nell'ambito di uno studio aperto randomizzato controllato. I pazienti sono stati randomizzati a iniziare il trattamento con una titolazione lenta (incrementi di 2,5 mg/die ogni 2 giorni; TL) o standard (incrementi di 10 mg/die ogni settimana; TS) fino ad un massimo di 20 mg/die (fase di titolazione, 18 giorno). La dose massima veniva mantenuta fino al 42 giorno (fase di follow-up). I pazienti sono stati valutati al basale e dopo 9-18-28 e 42 giorni di trattamento con la scala PAAAS per il DP e DOTES e SIDE per la tollerabilità.

Non si sono osservate significative differenze di tollerabilità tra le due titolazioni. Nella fase di titolazione si è osservata una riduzione maggiore di numero/mese, intensità e durata degli attacchi di panico inattesi nei pazienti trattati con la TL rispetto alla TS (-82%, -46% e -36% vs. -70%, -35% e -32% rispettivamente). L'ansia anticipatoria è risultata di minore intensità nei pazienti trattati con TL (-69% vs. -58%) così come minore è stato il tempo trascorso nella paura dell'attacco (-49% vs. -44%). Non è emersa alcuna significativa differenza nei 2 gruppi a 42 giorni.

La consensuale diminuzione dei parametri che valutano l'ansia anticipatoria e gli attacchi di panico inattesi suggeriscono una migliore tollerabilità clinica della TL rispetto alla TS anche se sono necessari ulteriori studi controllati in doppio cieco per confermare i presenti risultati.

Bibliografia

- 1 Lydiard RB, Steiner M, Burnham D, Gergel I. *Efficacy studies of paroxetine in panic disorder*. *Psychopharmacology Bulletin* 1998;34:175-82.
- 2 Cramer JA, Rosenheck R. *Compliance with medication regimens for mental and physical disorders*. *Psychiatr Serv* 1998;49:196-201.
- 3 Eaddy M, Sheehan D, Sarnes M, et al. *SSRI utilization patterns and the economic consequences of early discontinuation*. Poster presented at the 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York, NY, May 1-6, 2004.
- 4 Amodeo L, Caldera P, Torta R. *Safety of low versus standard paroxetine titration in oncological depressed patients*. Poster presented at the 10th World Congress of Psycho-Oncology, Madrid, June 8-13, 2008.

P123. Disturbo da attacchi di panico nell'esordio giovanile ed in età adulta: esiti di un trattamento cognitivo-comportamentale integrato

P. Di Fabio, S. Di Mauro, M.C. Bernardini, N. Giordani Paesani, E. Di Giovambattista*, R. Pollice*, R. Roncone*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; *Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: il nostro studio si proponeva di valutare

la risposta ad un intervento cognitivo-comportamentale (ICC) di gruppo per il disturbo di panico in una popolazione di giovani ed in una popolazioni di adulti, verificandone eventuali differenze di risposta tra i due gruppi e gli esiti al follow-up ad un anno.

Metodo: sono stati inclusi nel nostro studio 78 soggetti (18 M e 60 F), con diagnosi di DP. I pazienti sono stati divisi in due gruppi in relazione all'età: nel primo sono stati inclusi i soggetti con età compresa tra 17 e 30 anni, afferenti presso l'ambulatorio SMILE, nel secondo quelli con età superiore a 30 anni, afferenti presso il DH del SPUDC dell'Aquila. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad una valutazione standardizzata (effettuata a T0, a fine intervento T1 ed al follow-up ad un anno, T2), con l'uso delle seguenti scale: STAI-Y1e Y2, ASI, PAAAS, DISS, SCL-90 ed SF-36.

Risultati e conclusioni: alla valutazione iniziale i soggetti presentavano una compromissione sia dell'attività fisica sia delle attività quotidiane e del rendimento in relazione allo stato emotivo. In entrambi i gruppi al T₁ è stata registrata una diminuzione dei punteggi medi totali dell'ansia di stato, di tratto e dei sintomi panico-agorafobici, una buona riduzione della disabilità ed un incremento dei punteggi all'SF-36; al T₂ si è osservata un'ulteriore riduzione in entrambi i gruppi con miglioramento maggiore nel gruppo dei giovani, per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa, la durata degli attacchi di panico e la disabilità.

Bibliografia

- Costello EJ. Psychiatric predictors of adolescent and young adult drug use and abuse: what have we learned? *Drug Alcohol Depend* 2007;88(Suppl):97-9.
- Otto MW, Deveney C. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(Suppl 4):28-32.

P124. Fattori predittivi nel tentato suicidio: studio caso controllo

E. di Giacomo*, E. D. Giampieri, C. M. Cornaggia, M. Clerici*

*U.O Psichiatria, Ospedale San Gerardo Nuovo, Monza (MI); * Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Monza (MI)*

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare i fattori di rischio per il tentato suicidio nei pazienti psichiatrici.

Abbiamo confrontato tre gruppi: pazienti psichiatrici che hanno tentato il suicidio, pazienti con la medesima diagnosi e anamnesi silente per tentati suicidi e controlli sani, a parità di condizioni sociodemografiche, attraverso la somministrazione di 6 test: TCI, SCL-90, WHO-QOL, SASS, SF 36 e IIP.

Abbiamo ottenuto differenze statisticamente significative tra i pazienti che hanno tentato il suicidio e pazienti con anamnesi silente in due sottoscale: *harm avoidan-*

ce (TCI, $p = 0,021$) e *area ambiente* (WHOQOL, $p = 0,021$). Vogliamo inoltre sottolineare che siamo in grado di discriminare i controlli sani dai pazienti psichiatrici, ma non otteniamo differenze statisticamente significative tra i controlli e i pazienti che tentano il suicidio nelle sottoscale dell'*egocentrismo* (F7, IIP; $p = 0,051$), dell'*aggressività* (F9, IIP; $p = 0,057$) e della *self-transcendence* (TCI; $p = 0,255$).

I pazienti che tentano il suicidio possono quindi essere classificati come sottogruppo dei pazienti psichiatrici, ma siamo in grado di discriminarli solo sulla base della percepita sicurezza nel proprio ambiente domestico, della condizione economica e osservando che sono meno inclini ad inibire i propri comportamenti e meno timorosi dell'ignoto.

P125. Trattamento combinato con clorimipramina ed aripiprazolo nella depressione resistente

M. Fabrizio, F. Perris, M. Luciano, F. Catapano, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Recenti evidenze sostengono l'uso degli antipsicotici atipici nella depressione resistente al trattamento con i soli farmaci antidepressivi. L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia dell'aripiprazolo in associazione alla clorimipramina in pazienti depressi con precedente risposta negativa al trattamento con l'antidepressivo. Nello studio sono stati inclusi 10 pazienti con diagnosi DSM-IV di disturbo depressivo maggiore effettuata mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). Al momento del reclutamento, tutti i pazienti erano in trattamento, da almeno tre mesi, con clorimipramina (dose variabile da 150 a 300 mg/die). La valutazione psicopatologica è stata effettuata mediante la Hamilton Rating Scale for Depression 17-item (HAMD-17) all'ingresso e dopo 4, 8 e 24 settimane di trattamento combinato. La risposta clinica è stata definita come la riduzione di almeno il 50% del punteggio totale iniziale alla HAMD-17. L'associazione di aripiprazolo è risultata essere efficace nel breve e nel lungo termine, come evidenziato da una riduzione dei punteggi totali alla HAMD-17 ($33,6 \pm 2,4$ a T0; $23,0 \pm 7,1$ a T4, $18,6 \pm 5,0$ a T8, $13,5 \pm 3,2$ a T24). Sulla base dei criteri sopra indicati, il 40% dei pazienti a T4 e il 90% a T24 poteva essere considerato responder. L'efficacia di questa associazione farmacologica potrebbe essere legata all'interazione farmacocinetica, a livello degli enzimi microsomiali epatici (entrambi i farmaci utilizzano gli isoenzimi della famiglia CYP2D6) con inibizione da parte dell'aripiprazolo e conseguente aumento dei livelli plasmatici di clorimipramina. Tuttavia, non è da escludere un effetto diretto dell'aripiprazolo sui recettori 5-HT_{1A}, come agonista parziale.

P126. Psicopatologia e disturbi del comportamento alimentare in soggetti obesi in trattamento medico verso soggetti obesi in trattamento chirurgico

F. Fanetti, S. Calossi, E. Cigna, M. Tavanti, A. Goracci, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Siena

Introduzione: poco si sa riguardo i livelli di psicopatologia, i disordini alimentari e la qualità della vita negli obesi che scelgono il trattamento medico rispetto a quello chirurgico, ritenendo l'intervento dello psichiatra importante esclusivamente per l'obeso chirurgico. Infatti studi precedenti mostrano che gli obesi che ricorrono alla chirurgia hanno un BMI più alto, sono più giovani, hanno maggiori disturbi della condotta alimentare e una più elevata comorbidità psichiatrica¹ rispetto a quelli che scelgono un trattamento medico^{2,3}, dato non riscontrato nella nostra pratica clinica. Il nostro scopo è effettuare un confronto circa la psicopatologia, i disordini alimentari e la qualità della vita tra i pazienti obesi che scelgono un trattamento medico anziché chirurgico.

Materiali e metodi: il campione era costituito da 182 obesi dell'ambulatorio multidisciplinare per l'obesità dell'Università di Siena valutati mediante valutazione clinica e BMI, SCID-I e Quality of Life and Satisfaction Questionnaire.

Risultati e conclusioni: gli obesi rivoltisi alla chirurgia erano più giovani e avevano un BMI più alto, ma i due gruppi presentavano lo stesso carico di psicopatologia, sia generale che alimentare. Riguardo la QOL i pazienti che sceglievano un trattamento medico riportavano un punteggio al dominio delle attività generali peggiore rispetto a chi sceglieva un trattamento chirurgico ($p = 0,005$), tutto ciò ripropone l'importanza dell'approccio multidisciplinare dell'obesità.

Bibliografia

- de Man Lapidoth J, Ghaderi A, Halvarsson-Edlund K, Norring C. Psychometric properties of the eating disorders in obesity questionnaire: validating against the eating disorder examination interview. *Eat Weight Disord* 2007;12:168-75.
- Giusti V, Héraief E, Gaillard RC. Predictive factors of binge eating disorder in women searching to loose weight. *Eat Weight Disord* 2004;9:44-55.
- Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, Rotella CM. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:111-5.

P127. Correlati psicologici in gravidanza e depressione puerperale: un'indagine longitudinale

P. Filì, L. Barrale, R. Catania, G. Guarneri, M.A. Rubino*, I. Ruggirello, M. Russo, A. Schimmenti**, A. Vela, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo; * SPDC, AO "V. Cervello" AUSL 6, Palermo; ** Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Introduzione: al fine di approfondire le conoscenze sulla psicologia e psicopatologia del puerperio, è stato effettuato uno studio longitudinale atto a valutare l'incidenza di variabili mentali rilevate dai primi mesi di gravidanza sino al post-partum.

Metodi: casistica: 19 donne in gravidanza, seguite fino al I trimestre post-partum. *Strumenti:* SF-36, EDPS, WSAS (somministrati al I e III trimestre di gravidanza, I trimestre post partum); MOOD, PASS (al II trimestre di gravidanza); TAS-20, ASQ, DES (al I trimestre di gravidanza).

Risultati: dall'analisi dei risultati si rileva che la sintomatologia depressiva tende a manifestarsi durante la gravidanza con una prevalenza che raggiunge il 37,5% nell'ultimo trimestre. Si evidenzia inoltre una correlazione significativa tra depressione perinatale e variabili psicologiche rilevate durante la gestazione quali la percezione della salute fisica nel I trimestre di gravidanza, l'adattamento socio-relazionale e la qualità della vita percepita nell'ultimo trimestre.

Conclusioni: Alla luce dei risultati emersi dall'indagine, la depressione nel puerperio appare significativamente correlata alle variabili psicologiche e sociali indagate in gravidanza.

Bibliografia

- Ammaniti M. *Pensare per due. Nella mente delle madri*. Roma: Laterza 2008.
- O'Hara MW. *The nature of postpartum depressive disorders*. In: Murray L, Cooper PJ, editors. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press 1997.

P128. Disturbi comportamentali e preferenza manuale nei disturbi da tic

F. Fogliani, C. De Pasquale*, A. Messina**, A.M. Fogliani**

UOC di Neuropsichiatria infantile, Ospedale S. Gerardo, Monza; * Dipartimento Spec. Med. Chir., ** Clinica Psichiatrica, Università di Catania

Introduzione: i disturbi da tic (DT) risultano frequentemente associati a sintomi dell'ADHD e al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Meno indagata è la relazione tra DT e mancino. Questo studio esamina la prevalenza dei DT in un campione di bambini in età pre-adolescenziale e la relazione esistente tra DT, ADHD, DOC e mancino.

Tabella I. ANOVA tra i punteggi medi, relativi alle varie aree indagate, dei due gruppi con e senza tic.					
	Tics	No tics	D	F	p
ADHD	12,8 (5,0)	7,0 (5,9)	5,8	26,0	,0001
Disattenzione	6,5 (2,6)	3,5 (3,1)	2,9	23,7	,0001
Iperattività	6,3 (2,9)	3,4 (3,1)	2,8	21,7	,0001
DOC	2,0 (2,9)	0,64 (1,3)	1,3	15,5	,0001
Profitto	6,6 (1,5)	7,7 (1,6)	1,1	12,5	,0004

Metodi: il campione era composto da 373 soggetti (213 maschi, 160 femmine), tra i 9 e i 13 anni. Gli studenti furono valutati dagli insegnanti sulla base di una rating scale, strutturata sui criteri diagnostici del DSM-IV-TR, allo scopo di indagare i sintomi relativi al DT, al DOC e all'ADHD. Sono stati inoltre raccolti dati riguardanti la preferenza manuale. L'analisi dei dati è stata eseguita attraverso l'ANOVA ad una via.

Risultati: i soggetti portatori di tic (29 di cui 23 maschi), nel campione esaminato, risultano essere complessivamente il 7,7%. Nei soggetti con DT lo score medio, ottenuto nelle scale che valutano il DOC e l'ADHD, è maggiore rispetto ai soggetti senza DT, mentre il rendimento scolastico è peggiore nei soggetti con DT (Tab. I). Viene evidenziata inoltre la maggiore presenza di mancinismo nei soggetti con DT rispetto ai soggetti senza DT.

Conclusioni: i risultati ottenuti confermano la comorbidità tra DT, DOC e ADHD, evidenziano una maggiore prevalenza di DT nel sesso maschile ed inoltre supportano l'ipotesi dell'associazione tra mancinismo e DT.

Bibliografia

- Goez H, Zelnik N. *Handedness in patients with developmental coordination disorder*. J Child Neurol 2008;23:151-4.
- Gilbert DL, Bansal AS, Sethuraman G, Sallee FR, Zhang J, Lipps T, et al. *Association of cortical disinhibition with tic, ADHD, and OCD severity in Tourette syndrome*. Mov Disord 2004;19:416-25.
- Gadow KD, Nolan EE, Sprafkin J, Schwartz J. *Tics and psychiatric comorbidity in children and adolescents*. Dev Med Child Neurol 2002;44:330-8.

P129. Augmentation of zonisamide in poor or non-responder patients treated with duloxetine for single or recurrent unipolar major depressive episode

M. Fornaro, F. Bandini*, F. Battaglia**, C. Mattei, C. Ogliastro*, P. Fornaro

*Section of Psychiatry; *Section of Neurology, Department of Neurology, Ophthalmology and Genetics (DINOG); **Center of Excellence for Biomedical Research (CEBR), University of Genoa*

Objectives: the aim of our ongoing study is to investigate the effectiveness of zonisamide augmentation to duloxe-

tine in partial and non-responder patients in course of Unipolar Major Depressive Episode.

Method: 35 outpatients will be enrolled in a 12-weeks open-label study including both genders, 18 to 65 years old subjects. Unipolar Major Depressive Episode diagnosis will be performed at screening time using "Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis-I Disorders- Italian 1996 version" (SCID-I, First et al., 1996) and by a ≥ 14 total score for the "Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Rated" (QIDS-SR, Rush et al., 2003). Patients will be repeatedly evaluated during the course of the study using a wide range of mood and anxiety rating scales and monitoring biomarkers such as electroretinogram b-wave amplitude, interleukins, flogosis and BDNF factors etc. At week 6, duloxetine partial/non responders will be augmented to zonisamide and further evaluations of mentioned markers will be repeated. A "Fisher-test" or χ^2 analysis will be performed at the end of the study. Expected p will be $\leq 0,005$.

Hypothesis: we expect Zonisamide augmentation to be an effective treatment for SNRI-resistant Major Depression.

P130. Depressione ed ansia: un connubio sempre più inscindibile. Esperienze terapeutiche con duloxetina

L. Fusco

Dirigente Medico Psichiatra, UOSM Teano ASL 1 CE, Responsabile Attività Psicofarmacoterapeutica

Gli studi dei vari Autori e la pratica clinica attuale riconoscono ormai che la comorbidità fra disturbi depressivi e disturbi ansiosi è la regola invece che un'associazione casuale, tanto da essere ormai riconosciuta una dimensione ansia-depressione. Con tale premessa si è voluto svolgere uno studio in aperto di otto mesi su dieci pazienti, cinque con diagnosi iniziale di depressione maggiore con ansia, cinque con diagnosi iniziale di ansia generalizzata accompagnata da umore depresso, impiegando nel trattamento la duloxetina, antidepressivo SNRI con buona efficacia sulle sindromi ansiose come documentato da vari studi. La valutazione della sintomatologia nel tempo è stata eseguita con la scala HAM-D a 17 item valutando nel contempo quella ansiosa mediante

la fattorializzazione della stessa scala secondo Cleary e Gay per ansia e somatizzazione su 6 item. I risultati ottenuti con i punteggi della RS ma soprattutto con l'esame clinico, hanno mostrato una buona remissione della sintomatologia in tutti i dieci pazienti a prescindere dalla diagnosi iniziale e, quindi, dalla prevalenza dell'uno o dell'altro quadro sindromico mostrando l'azione a largo spettro della duloxetine nonché in particolare sui sintomi somatici (cefalea, mal di schiena, mal di stomaco, dispepsia ecc.) e confermando l'assunto iniziale della frequente presentazione associata nei pazienti dei due disturbi.

Bibliografia

Bandelow B. *Treatment resistant panic anxiety disorder*. ECNP 2007.

Mauri M, Ramacciotti D. *Sintomi psichici e somatici dei disturbi dell'umore: razionali di terapia*. Giorn Ital Psicopat 2006;12.

P131. L'anoressia nervosa prepuberale: caratteristiche cliniche all'esordio

I. Gemo, F. Muratori, V. Viglione, S. Calderoni
IRCCS "Stella Maris", Calambrone, Pisa

Obiettivo: descrivere le caratteristiche cliniche all'esordio di un gruppo di soggetti prepuberi affetti da sindrome anoressica completa o parziale.

Metodi: il campione è costituito da 21 ragazze in età prepuberale (pre-menarca), aventi un'età media pari a 11,5 anni. Questo campione è stato confrontato con un secondo campione, di età media pari a 16,6 anni, composto da 21 ragazze in età postpuberale (PostP), con uguale diagnosi. Per valutare l'assetto psicopatologico e i sintomi alimentari sono stati impiegati, oltre alla valutazione clinica, anche alcuni questionari autosomministrati ed interviste diagnostiche. Per i dati internistici sono stati consultati: Analisi di laboratorio, ECG, ECO cardio, ECO addome.

Risultati e conclusioni: confrontando il gruppo PreP con il PostP, i risultati del nostro studio indicano l'assenza di differenze statisticamente significative sia nelle caratteristiche cliniche del disturbo alimentare che nell'assetto psicopatologico associato. Si rileva tuttavia che con la progressione dello sviluppo puberale compaiono una maggior consapevolezza di malattia, una maggiore insoddisfazione per la propria immagine corporea e il proprio peso, nonché il riconoscimento di importanti sintomi depressivi quali l'ideazione suicidaria. Nei soggetti PreP è invece evidente una discrepanza tra l'opinione dei genitori e l'autovalutazione delle pazienti; ciò potrebbe essere ricondotto ad una scarsa consapevolezza da parte dei soggetti più piccoli della sofferenza psichica associata al disturbo alimentare.

P132. Il polimorfismo Ala147Thr nel dominio CRAC della TSPO è associato all'ansia di separazione nell'adulto in pazienti con disturbi dell'umore

C. Gesi¹, B. Costa², S. Pini¹, P. Gabelloni¹, M. Abelli¹, L. Lari¹, A. Cardini¹, M. Muti¹, S. Landi³, S. Galderisi⁴, A. Mucci⁴, A. Lucacchini¹, G.B. Cassano¹, C. Martini¹

¹Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, ²Dipartimento di Morfologia Umana e Biologia Applicata, ³Dipartimento di Biologia, Università di Pisa; ⁴Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Introduzione: sebbene l'ansia di separazione sia descritta come un fenomeno dell'infanzia, alcuni Autori hanno proposto che essa possa persistere o esordire nell'adulto e dati epidemiologici mostrano che il disturbo d'ansia di separazione nell'adulto (ASAD) ha una prevalenza lifetime del 6,6%. La Translocator Protein (TSPO) costituisce il primo, limitante passaggio della sintesi dei neurosteroidi. Precedenti dati indicano una riduzione della TSPO in soggetti con ASAD.

Metodi: 182 pazienti, con disturbo bipolare o depressione maggiore, e 190 controlli sono stati valutati con la SCID-I, la Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS adult) e sottoposti ad un prelievo di saliva per indagare due varianti alleliche del gene della TSPO (polimorfismi di singolo nucleotide) 439G > A e 485G > A, in relazione alla presenza-assenza di ASAD.

Risultati: per il polimorfismo 439G > A: i soggetti con l'allele A mostrano punteggi significativamente superiori alla SCI-SAS adult di quelli con genotipo GG. Per il polimorfismo 485G > A: non è stata riscontrata alcuna associazione con la ASAD.

Conclusioni: l'allele A del 439G > A potrebbe essere implicato nella patofisiologia della ASAD. Tale polimorfismo causa la sostituzione di una di Alanina con una Tirosina in posizione 147, che si localizza nel dominio CRAC della TSPO, responsabile della traslocazione del colesterolo nei mitocondri. La sostituzione di un aminoacido non polare con uno polare potrebbe determinare un'alterato uptake del colesterolo, primo passo nella biosintesi dei neurosteroidi, a loro volta implicati nei modelli animali d'ansia.

P133. Comportamento suicidario e ciclo mestruale: uno studio pilota

A. Gori, G. Meneghel, L. Pavan

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Pochi studi hanno analizzato la sindrome premestruale (PMDD) nella sua dimensione e comorbidità. La PMDD si configura come una condizione debilitante, richiede frequente accesso alle strutture sanitarie, pre-

senta comorbidità con disturbi dell'umore e si associa a crescita dei comportamenti suicidari. La PMDD aumenta il rischio di comparsa o ricorrenza di episodi di depressione maggiore; dubbia è la correlazione con gli switch nel disturbo bipolare. Per quanto riguarda i comportamenti suicidari e il ciclo mestruale vi è una prevalenza dell'ideazione e degli agiti suicidari in fase tardo-luteale, in particolare se presente PMDD. L'ipotesi eziopatogenetica più accreditata della PMDD risiede nell'interazione tra il sistema di regolazione estrogenico e serotoninergico. Gli studi che hanno confrontato maprotilina contro SSRI hanno mostrato una netta prevalenza nella risposta sintomatologica da parte dei secondi.

Gli studi di letteratura inerenti la comorbidità psichiatrica e suicidaria presentano discordanze. Il non utilizzo di test strutturati standardizzati ha talvolta comportato l'uso di diagnosi retrospettive basate sul racconto delle pazienti, rischiando la confusione tra sintomi e sindrome PMDD strutturata.

Vengono illustrati i risultati preliminari dello studio, condotto presso l'unità di suicidologia dell'Università di Padova, sul comportamento suicidario in relazione al ciclo mestruale in pazienti ricoverati dal 2005 al 2008 in seguito ad agito suicidario.

P134. Efficacia clinica della venlafaxina RP nel disturbo ossessivo-compulsivo

M.G. Guarneri, L. Nasti, A. Landi, D. La Barbera
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: l'ipotesi di un coinvolgimento del sistema serotoninergico nella patogenesi del disturbo ossessivo-compulsivo è stata al centro della ricerca clinica e sperimentale degli ultimi anni. Studi consolidati hanno dimostrato l'efficacia sul DOC della clomipramina e degli SSRI, lavori più recenti sembrerebbero indicare come abbastanza promettente la venlafaxina. Obiettivo del nostro studio è di valutare l'efficacia della venlafaxina nei pazienti affetti da D.O.C.

Metodi: sono stati arruolati 19 pazienti che soddisfano i criteri del DSM-IV-TR per il DOC. Di questi, 11 hanno

concluso il periodo di follow up di tre mesi previsto. Tali pazienti sono stati trattati con venlafaxina a dosaggio medio di 167 mg/die (range: 37,5-300 mg/die). Sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) e Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). La somministrazione di tali test è avvenuta prima di iniziare il trattamento con venlafaxina (To) e dopo il primo (T1) e il terzo (T2) mese di terapia.

Risultati: la percentuale di risposta al trattamento con venlafaxina è stata del 55%, intendendo come risposta una riduzione di almeno il 35% del punteggio iniziale della Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). La riduzione media del punteggio ottenuto nelle due scale utilizzate (Y-BOCS e HAM-D) è risultata statisticamente significativa (rispettivamente $p < 0,0028$ e $p < 0,01$) (Tab. I). Non sono emersi significativi fattori predittori di efficacia clinica, cioè il trattamento del DOC con venlafaxina si è mostrato efficace indipendentemente dalle caratteristiche anagrafiche dei pazienti (genere, età), dal dosaggio utilizzato, dalla presenza di eventuali comorbidità, dalla resistenza a precedenti trattamenti con SSRI. Appare significativo come la totalità dei soggetti con ossessioni di contaminazione (il 36% della popolazione) abbiano risposto al trattamento con venlafaxina. In una prospettiva psicodinamica questo dato potrebbe esser interpretato come una migliore risposta alla terapia da parte di pazienti con sintomi relativi a contenuti sessuali e quindi con sistemi di difesa più evoluti.

Conclusioni: la venlafaxina si è mostrata efficace sia sulla sintomatologia ossessivo-compulsiva che sui vissuti depressivi associati al DOC.

Bibliografia

- Hollander E, Friedberg J, Wasserman S, Allen A, Birnbaum M, Konen L. *Venlafaxine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychiatry 2003;64:546-50.
- Albert U, Maina G, Bogetto F. *Venlafaxine vs. clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study*. J Clin Psych 2002;63:1004-9.

Tabella I. Risultati test Y-BOCS e HAM-D.

	Punteggio medio a T ₀	Punteggio medio a T ₂	p-value	% di riduzione del punteggio iniziale (media)
Y-BOCS Ossessioni	13,45	8,36	0,0049	39,59
Y-BOCS Compulsioni	13,36	7,73	0,0022	40,92
Y-BOCS Ossessioni + Compulsioni	26,82	16,09	0,0028	40,33
HAM-D	20,82	9,55	0,0100	51,28

P135. L'uso degli antidepressivi in Italia (I): studio di riproducibilità dello strumento "Advanced Neuropsychiatric Tools and Assessment Schedule" (ANTAS) per ricerche sull'uso dei farmaci nei disturbi dell'umore

M.C. Hardoy¹, M.E. Lecca¹, P. Morosini², F. Drago³, M. Balestrieri⁴, A. Bocchetta⁵, M. Nardini⁶, E. Aguglia⁷, C. Faravelli⁸, G. Palumbo², M.G. Intilla¹, M.G. Carta^{1*} *Centro Universitario per la Ricerca e la Terapia in Salute Mentale, ASL 7 (Iglesias) e Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Cagliari;* ² *Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale per l'Epidemiologia, la Sorveglianza e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;* ³ *Dipartimento di Farmacologia Sperimentale e Clinica, Università di Catania;* ⁴ *Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione di Psichiatria, Università di Udine;* ⁵ *Dipartimento di Neuroscienze "B.B. Brodie", Università di Cagliari;* ⁶ *Clinica Psichiatrica "G. Tamburro", AOU Consorziale Policlinico di Bari;* ⁷ *Clinica Psichiatrica, Università di Catania;* ⁸ *Clinica Psichiatrica, Università di Firenze*

Obiettivi: misurare la riproducibilità di un set di strumenti utilizzabile da clinici esperti con modalità di intervista semi strutturata per la misura del funzionamento sociale, dei disturbi psichiatrici anche sottosoglia e del consumo di farmaci.

Metodi: studio di riproducibilità su soggetti valutati contemporaneamente per mezzo della ANTAS e da un set di strumenti di largo impiego nella ricerca clinica ed epidemiologica.

Campione 60 pazienti afferenti ad un centro clinico universitario e 40 volontari della popolazione generale. *Intervistatori:* clinici con almeno 2 anni di esperienza in salute mentale.

ANTAS consiste in: una scheda sul consumo di psicofarmaci; una intervista clinica semi-strutturata; una intervista breve derivata dal Mood Disorder Questionnaire; una intervista breve per la codifica della Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression, una intervista breve derivata dal SF-12.

Risultati: si rileva una forte riproducibilità diagnostica fra ANTAS e SCID-IV (First et al., 1997) nelle diagnosi relative ai disturbi d'ansia e dell'umore (K medio 0,85). Nelle altre sezioni la concordanza è sempre medio alta (con K che varia da 0,72 a 1)

Discussione e Conclusioni: ANTAS sembra rappresentare uno strumento utile per ricerche cliniche ed epidemiologiche. La compilazione e l'archiviazione automatica rendono estremamente agevole la conduzione di indagini. La concomitanza di uno strumento diagnostico e di rating scales sull'umore e la qualità della vita ne suggeriscono l'applicazione in clinica per studi di follow-up.

Bibliografia

Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Mura G, Floris AL, Carpiello B. *Psychotropic drug use in a sample of general*

population in the Sardinia region. Epidemiol Psichiatr Soc 2003;12:287-92.

First M. New York: New York State Psychiatric Institute 1997.

* Gruppo di lavoro progetto AIFA l'uso dei farmaci antidepressivi in Italia

P136. Caratteristiche psicopatologiche nei disturbi del comportamento alimentare: esperienza di un centro regionale

L. Iero, G. Barcia, C.M. Donato, P. Gualandi, E. Masini, A. Pellicciari, F. Savarino, E. Franzoni *Centro Disturbi del Comportamento Alimentare "A. Andreoli", UO Neuropsichiatria Infantile, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università di Bologna*

Razionale: dati di letteratura mostrano come punteggi elevati in specifiche sottoscale del Minnesota Multiphasic Personality Inventory per adolescenti (MMPI-A) siano più frequentemente riscontrabili nei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare (DCA). Scopo del nostro lavoro è valutare se determinati valori patologici si correlino ad una maggiore resistenza al trattamento.

Metodi: sono stati inclusi i pazienti ricoverati presso il Centro DCA dell'UO Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Sant'Orsola Malpighi dal 2005 al 2008, con diagnosi di DCA e sottoposti a MMPI-A. Il profilo ottenuto all'MMPI-A è stato valutato considerando l'intero campione e, successivamente, confrontando 2 gruppi: a) pazienti che hanno completato il percorso di cura e b) pazienti andati incontro a drop-out.

Risultati: il campione è composto da 47 soggetti (45 F, 2 M) con età media pari a 15 anni. La somministrazione di MMPI-A ha rivelato come patologici i punteggi relativi alle sottoscale: D (depressione, 67,1), Hy (isteria, 61,5), Hs (ipocondria, 60,9), Si (introversione sociale, 57,7), F (61,93) con un profilo sovrapponibile tra l'intero campione ed il sottogruppo A. Nel sottogruppo B sono risultati inoltre patologici i punteggi relativi alle sottoscale Pd (deviazione psicopatica, 59,4) e Pa (paranoia, 58,2).

Conclusioni: la valutazione con MMPI-A in pazienti con DCA ha mostrato correlazioni tra profili patologici di personalità ed incidenza di drop-out mostrandosi un efficace strumento predittivo di maggiore resistenza al trattamento.

P137. Distorsione dell'immagine corporea nei disturbi del comportamento alimentare nei maschi

T. La Ferla*, F. Fontana*, P. Eusebi**, P. Moretti *Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, * Scuola di Specializzazione in Psichiatria, ** Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica, Università di Perugia*

Obiettivi: valutare l'importanza, per lo sviluppo dei di-

sturbi del comportamento alimentare nei maschi, della distorsione dell'immagine corporea e della predisposizione verso comportamenti estremi, volti alla modifica del proprio corpo.

Metodi: i 54 ragazzi di sesso maschile, ospitati nel Convitto Unificato INPDAP di Spoleto (Pg) nel maggio 2006 (età media = 16,5 anni, SD = 1,87), sono stati analizzati tramite una scheda socio-demografica, l'EDI-2, il BUT e l'AHRB (McCabe e Ricciardelli, 2006). I soggetti a rischio per DCA, ritenuti tali in base alla positività alle sottoscale IM e BU dell'EDI-2, sono stati confrontati con quelli non a rischio, tramite l'analisi, con il test statistico ANOVA, dei punteggi ottenuti nei questionari.

Risultati: i ragazzi a rischio per DCA (n = 9) hanno ottenuto punteggi significativamente elevati nelle scale dell'EDI-2 che indagano il perfezionismo, la consapevolezza enterocettiva e l'impulsività, in alcune scale del BUT e dell'AHRB che indagano l'immagine corporea e nelle scale dell'AHRB che valutano l'eccessiva attività fisica e l'uso di integratori alimentari, finalizzati alla diminuzione di peso e all'aumento della massa muscolare.

Conclusioni: i risultati confermano l'importanza della distorsione dell'immagine corporea per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare nei maschi e l'associazione fra la condizione di rischio per DCA e alcuni comportamenti estremi, volti alla modifica del proprio corpo.

Bibliografia

Andersen AE. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity, a comprehensive handbook*. 2nd edn. New York: Guilford Press 2002. Carta I, Zappa LE, Garghentini G, Caslini M. *Immagine corporea: studio preliminare dell'applicazione del Body uneasiness test (BUT) per la ricerca della specificità in disturbi del comportamento alimentare, ansia, depressione, obesità*. Giorn Ital Psicopat 2008;14:23-8. McCabe MP, Ricciardelli LA. *A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls*. J Youth Adolesc 2006;35:425-34.

P138. Frequenza e correlati clinici dell'ansia di separazione nell'adulto in un campione di 508 pazienti con disturbi dell'umore e d'ansia

L. Lari, M. Abelli, S. Pini, M. Muti, A. Cardini, C. Gesi, S. Calugi, K. Shear, G.B. Cassano

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

Introduzione: sebbene l'ansia di separazione (AS) sia stata descritta come un fenomeno dell'infanzia, alcuni Autori hanno proposto che possa persistere o esordire nell'adulto. Lo scopo dello studio è di valutare la frequenza ed i correlati clinici del disturbo di ansia di separazione nell'adulto (ASAD) in un campione di pazienti con disturbi dell'umore e d'ansia.

Metodi: 508 pazienti sono stati valutati con SCID-P per la diagnosi di asse I e con la Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS), la Adult Separation Anxiety Checklist (ASA-CL) e la Separation Anxiety Symptoms Inventory (SASI) per l'AS nell'età adulta e nell'infanzia. La qualità della vita è stata indagata con la Sheehan Disability Scale (SDS).

Risultati: nel campione totale i pazienti presentavano: 150 (29,5%) AS nell'età adulta ma non nell'infanzia, 110 (21,7%) AS nell'età adulta e nell'infanzia e 43 (8,5%) AS solo nell'infanzia. I tassi di comorbidità ansiosa erano più alti nei pazienti con AS nell'adulto che in quelli senza. I tre gruppi non differiscono nella frequenza dei disturbi dell'umore. L'ASAD si associa ad una grave compromissione di diverse aree indipendentemente dalla comorbidità ansiosa, successivamente esclusa come variabile di confondimento.

Conclusioni: l'ASAD è molto più frequente rispetto a quanto riportato in letteratura e sembra avere un impatto sul livello di funzionamento indipendentemente da altre comorbidità dell'umore e d'ansia. Ulteriori studi sono necessari per comprendere la relazione tra ASAD e disturbi affettivi.

P139. I disturbi depressivi in una area mineraria della Sardegna nell'arco di 20 anni (1987-2007): dopo l'aumento è iniziata una controtendenza?

M.E. Lecca, M.C. Hardoy, E. Pintus, I. Corrias, P.L. Morosini, M.G. Carta

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Istituto Superiore della Sanità, Roma

Background/obiettivi: l'obiettivo del presente lavoro è quello di verificare se in una piccola comunità circoscritta sia confermato l'aumento dei disturbi depressivi rilevato da Horwath & Weissman (1995) e attribuito ad un effetto cohorte nei nati dopo la seconda guerra mondiale.

Materiale e metodi: studio ripetuto nel tempo, condotto da intervistatori clinici su campioni della popolazione di una area mineraria della Sardegna, estratto random dopo standardizzazione per sesso ed età dai registri anagrafici dei residenti negli anni di conduzione delle indagini (1987 [10%], 1997 [10%], 2007 [6%]). La prima indagine è stata condotta attraverso l'intervista Present State Examination ICD-IX su 374 soggetti, (94,4% del campione estratto), la seconda e la terza indagine attraverso l'intervista CIDIS-ICD-X (a causa dell'intercorso cambiamento dei criteri diagnostici). Il campione della seconda indagine è costituito da 303 soggetti (79,8% dei probandi). Il campione della terza indagine è costituito da 413 soggetti (79,3% degli estratti). Vista la differente metodologia adottata, il confronto fra la prima e le successive indagini è riportato per macrodiagnosi (depressione).

Risultati: si rileva una diminuzione della frequenza lifetime di Episodio Depressivo (ICD-X) fra il 1997 e il

2007 (10,6% vs. 17,8%, $p < 0,01$), il trend è confermato per tutte le fasce di età sopra i 25 anni, con i giovani in controtendenza ma senza che la differenza sia statisticamente significativa. L'analisi distinta per sessi conferma il trend generale ma la diminuzione è significativa solo fra i maschi (dal 15,8% all'8,5%, $p = 0,020$)

Il confronto fra l'indagine del 1987 e le successive, condotto per diagnosi non perfettamente sovrapponibili, indica una tendenza all'aumento della frequenza della depressione nel primo decennio e una tendenza alla diminuzione della depressione fra il 1987 e il 2007 che non raggiunge la significatività statistica ($p = 0,086$).

Discussione e conclusione: la nostra ricerca sembra confermata negli anni '90 l'ipotesi di Horwat e Weissman circa un possibile aumento dei disturbi dell'umore, il nostro campione, evidenzia tuttavia una diminuzione dei disturbi depressivi negli ultimi dieci anni, tranne che nei giovani. La piccola area considerata e la sua specificità rendono i risultati poco generalizzabili. I risultati dovrebbero essere confermati da indagini epidemiologiche ripetute su più vaste popolazioni.

Bibliografia

Carta MG, Carpiniello B, Morosini PL, Rudas N. *Prevalence of mental disorder in Sardinia: a community study in an inland minino district*. *Psychological Medicine* 1991;21:1061-71.

Carta MG, KovessV, Hardoy MC, Morosini P, Murgia S, Carpiniello B. *Psychiatric disorders in Sardinian immigrants to Paris: a comparison with Parisians and Sardinians resident in Sardinia*. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2002;37:112-7.

Horwat E, Weissman MM. *Epidemiology of depression and anxiety disorders in psychiatric epidemiology*. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley 1995.

P140. L'olanzapina nel trattamento di adolescenti con anoressia nervosa restrittiva: la riduzione dell'iperattività come indicatore dell'efficacia

C. Leggero, E. Brunori, S. Calderoni, R. Carissimo, S. Maestro, F. Muratori

Dipartimento di Neuroscienze dello Sviluppo, IRCCS Stella Maris, Università di Pisa

Obiettivi: valutare il contributo dell'olanzapina nella terapia di adolescenti con anoressia nervosa (AN).

Materiali e metodi: un campione di 13 adolescenti (età media: 13,7 anni) in trattamento multidisciplinare per sindrome anoressica restrittiva è stato valutato all'inizio (T0) e dopo 6 mesi di assunzione di olanzapina (T2). In base al grado di riduzione dell'iperattività al T2 sono stati individuati soggetti responders e non-responders. I confronti sono stati eseguiti utilizzando il t-test.

Risultati: nei 6 mesi di trattamento si evidenzia un miglioramento, indipendente dalla dose di farmaco assunto, del BMI, del funzionamento sociale, dei sintomi alimentari, della psicopatologia ansioso-depres-

siva associata e dell'iperattività. Dal confronto tra Responders e Non-Responders emerge una correlazione positiva tra riduzione dell'iperattività e aumento del BMI.

Conclusioni: il nostro studio evidenzia l'utilità dell'olanzapina all'interno di un trattamento multidisciplinare per l'AN in adolescenza; si ipotizza che la sua efficacia sia mediata dalla riduzione dell'iperattività.

P141. L'utilizzo di rilievi HRV per lo studio psicofisiologico dei disturbi da tic in pazienti trattati con Biofeedback

E. Levari¹, G. Roselli², E. Conte^{1,2}, L. Corfiati¹, C. Laterza⁴, S. Cuscito¹, G. Magrino¹, M. Moramarco¹, G. Pierri^{1,3}

¹ Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Scuola di specializzazione in Psichiatria, Laboratorio di Psicofisiologia, ² Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia Umana, ³ Centro di Ricerca Interdipartimentale in Psicologia della Salute, ⁴ Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Scuola di specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Bari

Dati della letteratura dimostrano l'efficacia del Biofeedback (BFB) nel trattamento dei disturbi da tic.

Il BFB è una procedura che, fornendo al paziente informazioni relative ad alcune funzioni psicofisiologiche, permette allo stesso di regolare funzioni biologiche (frequenza cardiaca, temperatura cutanea, ecc.) che di norma non sono sotto il controllo volontario.

Obiettivi del nostro studio sono stati: valutare il pattern psicofisiologico in soggetti affetti da tic, in condizioni basali e sotto stress; valutare se il Biofeedback sia in grado di indurre modificazioni dell'Heart Rate variability (HRV).

L'HRV è un marker elettrocardiografico non invasivo che riflette l'attività delle componenti del sistema nervoso autonomo sul cuore.

Sono stati arruolati soggetti affetti da tic, di entrambi i sessi, di età compresa tra gli 8 ed i 17 anni. I soggetti sono stati sottoposti ad indagine psicodiagnostica.

Il campione è stato confrontato con un gruppo controllo sano, omogeneo per sesso e per età.

Il protocollo prevedeva una registrazione dell'ECG al tempo T0 ed una successiva registrazione al tempo T1, dopo 8 sedute di BFB.

L'analisi delle registrazioni effettuate a T1 ha evidenziato differenze statisticamente significative rispetto a T0 ed uno spostamento dei valori psicofisiologici verso la normalità. A ciò ha corrisposto un miglioramento delle condizioni cliniche.

I nostri dati, confermati da ulteriori indagini, potrebbero suggerire l'impiego di tale tecnica nel trattamento dei tic.

P142. Caratteristiche sociodemografiche e cliniche di un gruppo di pazienti ospedalizzati per depressione resistente al trattamento: dati preliminari

A. Longobardi, A. Tatulli, B. Berti, F. Luchini, N. Bartolommei, A. Litta, A. Danese, V. Lombardi, S. Elmi, F. Casamassima, L. Lattanzi, G.B. Cassano

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

Introduzione: per depressione resistente si intende un episodio depressivo che non risponde a un trattamento farmacologico a dose e durata adeguate. Scopo di questo contributo è la descrizione delle caratteristiche sociodemografiche e cliniche di un gruppo di pazienti con depressione resistente, consecutivamente ricoverati presso la I UO Psichiatria della AOU Pisana nell'arco di 6 mesi (Tabb. I, II).

Metodi: attualmente il campione è composto dai primi 22 pazienti degli 80 che dovranno essere reclutati secondo quanto previsto dal protocollo del nostro studio.

Risultati: i pazienti sin qui reclutati erano prevalentemente di sesso femminile, coniugati, non occupati, con livello d'istruzione medio e resistenza di Stadio III, secondo i criteri di Thase e Rush, al trattamento antidepressivo; l'età media era di 54,4 anni (DS 12,0). Il punteggio medio alla MADRS risultava di 33,7 (DS 8,4). In un'alta percentuale di casi la familiarità era positiva per disturbi psichiatrici; clinicamente i pazienti si caratterizzavano per un esordio di tipo depressivo, prima dei 30 anni, decorso bipolare, frequente comorbidità con disturbi d'ansia, durata dell'ultimo episodio > 6 mesi, sottotipo melanconico. 5 pazienti avevano effettuato un tentativo di suicidio.

Conclusioni: le caratteristiche clinico-demografiche del

	N	%
Sesso (F)	19	86,4
Stato Civile		
Coniugati/e	16	72,7
Celibi/nubili	3	13,6
Divorziati/e Separati/e	2	9,1
Vedovi/e	1	4,5
Occupazione (non occupati)	13	59,1
Istruzione		
Elementari	4	18,2
Medie inferiori	7	31,8
Medie superiori	7	31,8
Laurea	4	18,2

	N	%
Familiarità positiva	19	86,4
Bipolari	17	77,3
Bipolari I	11	50,0
Bipolari II	6	27,3
Sottotipo		
Melanconico	16	72,7
Atipico	5	22,7
Con sintomi psicotici	1	4,5
Comorbidità		
DAP	11	50,0
DAS	2	9,1
DOC	1	4,5
Altro	3	13,6
Età esordio < 30 anni		13
Polarità esordio depressiva	21	95,5
Durata episodio > 6 mesi	15	68,2
Stadio di resistenza		
I	4	18,2
II	3	13,6
III	11	50,0
IV	2	9,1

nostro campione risultano sovrapponibili a quelle riportate in letteratura per pazienti resistenti al trattamento di gravità sintomatologica inferiore e reclutati in setting diverso (ambulatoriale).

Bibliografia

- Thase ME, Rush AJ. *When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant non responders.* J Clin Psychiatry 1997;58(Suppl 13):23-9.
- Kornstein SG, Schneider RK. *Clinical features of treatment-resistant depression.* J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl 16):18-25.
- Souery D, Oswald P, Massat I, Bailer U, Bollen J, Demyttenaere K, et al. *Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multi-center study.* J Clin Psychiatry 2007;68:1062-70.

P143. Suicidalità in un gruppo di pazienti ospedalizzati per depressione resistente al trattamento: dati preliminari

F. Luchini, B. Berti, A. Longobardi, A. Tatulli, N. Bartolommei, A. Litta, A. Danese, V. Lombardi, S. Elmi, F. Casamassima, L. Lattanzi, G.B. Cassano

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

Introduzione: secondo alcuni Autori gli antidepressivi potrebbero incrementare la suicidalità in pazienti depressi inducendo uno stato misto agitato-ansioso^{1,2}.

Scopo del nostro studio: è esaminare la suicidalità in pazienti con depressione resistente al trattamento, consecutivamente ricoverati nell'arco di sei mesi presso la UO Psichiatria dell'AOU Pisana.

Metodo: il campione è composto dai primi 17 pazienti degli 80 che dovranno essere reclutati, secondo quanto previsto dal nostro studio: tutti avevano ricevuto una terapia adeguata per dosi e durata, con antidepressivi di diversa classe, anche in combinazione, e con timoregolatori. Dopo l'inclusione nello studio, per ottenere la risposta clinica, i dosaggi erano incrementati o erano scelte strategie di potenziamento.

La suicidalità era valutata mediante l'item 10 della MADRS, al baseline (T0) e dopo 4 settimane (T1).

Risultati: in tutti i pazienti al T0 era presente una signifi-

cativa ideazione suicidaria (media dei punteggi all'item 10 della MADRS = 2,88, mediana = 3, moda = 4) e 5 pazienti presentavano un pregresso tentativo di suicidio. Al T1 la suicidalità era invariata o ridotta in ogni soggetto e nel campione complessivo (media = 1,59, mediana = 1, moda = 1) (Figg. 1, 2).

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono che, in soggetti con depressione resistente al trattamento e con livelli clinicamente significativi di ideazione suicidaria, gli antidepressivi a dosi piene non aumentano il livello di suicidalità.

Bibliografia

- ¹ Möller HJ. *Antidepressants: do they decrease or increase suicidality?* Pharmacopsychiatry 1992;25:249-53.
- ² Healy D, Whitaker C. *Antidepressants and suicide: risk-benefit conundrums.* J Psychiatry Neurosci 2003;28:331-7.

P144. Disturbi d'ansia e dell'umore ed eccesso ponderale

R. Maccioni, E. Corda, F. Pinna, B. Carpiello

Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: l'obesità si correla ad un aumento di mortalità per la maggiore incidenza di patologie somatiche, in particolare malattie cardiovascolari e diabete mellito di tipo 2. I dati della letteratura indicano una maggior prevalenza di eccesso ponderale nei pazienti psichiatrici: tra i pazienti con disturbi dell'umore la percentuale di obesi risulta essere superiore a quella della popolazione generale, mentre gli studi relativi ai disturbi d'ansia a tale proposito sono discordanti. Lo scopo del presente studio è valutare la prevalenza di sovrappeso e obesità in un campione ambulatoriale non selezionato di pazienti con diagnosi di disturbi d'ansia e dell'umore.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione ambulatoriale non selezionato di 205 pazienti (72 maschi e 133 femmine), con diagnosi di disturbi dello spettro ansioso e dell'umore secondo il DSM-IV (79 pazienti con diagnosi di disturbo depressivo, 54 con disturbo bipolare, 41 con disturbo d'ansia e 31 con comorbidità tra disturbo d'ansia e dell'umore). Il rilevamento dei dati è stato effettuato utilizzando una scheda di sintesi individuale dei dati socio-anagrafici e dei dati clinico-anamnestici del paziente, appositamente predisposta. Sia per il campione totale sia per i singoli sottogruppi diagnostici è stata valutata la distribuzione dei pazienti in base alle variabili socio-anagrafiche, tipo e durata del trattamento farmacologico attuale. I risultati ottenuti relativi al BMI e alla circonferenza addominale sono stati quindi confrontati con i dati ISTAT riguardanti la popolazione generale italiana e sarda e con i dati dell'Osservatorio Cardiovascolare Italiano.

Risultati: il BMI medio dei pazienti del campione è di

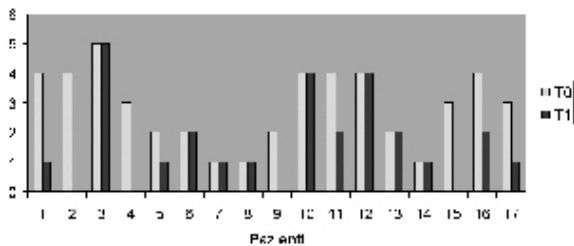


FIGURA 1. Andamento della suicidalità in ogni paziente.

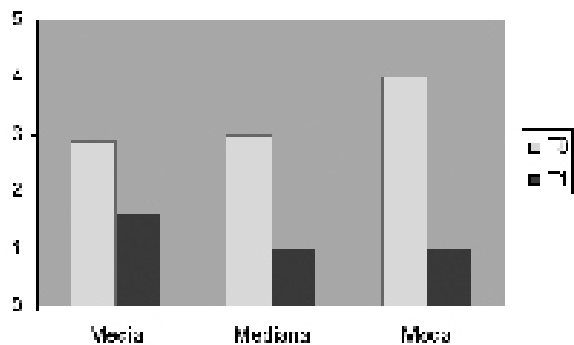


FIGURA 2. Media mediana moda della suicidalità.

25,8 kg/m², indicativo di eccesso ponderale. Il 48,8% dei pazienti vs. il 44% della popolazione generale italiana, vs. il 36,8% della popolazione generale sarda, sulla base dei dati ISTAT del 2005, ha una condizione di eccesso ponderale. In particolare, le differenze tra il nostro campione e la popolazione generale sarda e italiana, sono decisamente più marcate per quanto concerne la condizione di obesità.

Nell'ambito dei singoli sottogruppi diagnostici, i pazienti che presentano la percentuale più elevata di eccesso ponderale sono quelli con disturbi d'ansia e dell'umore in comorbidità, riscontrata nel 54,9% dei casi. Relativamente alla circonferenza addominale, il 30,6% dei maschi e il 42,1% delle femmine del nostro campione, vs. il 24% dei maschi e il 37% delle femmine della popolazione generale italiana, si colloca oltre il limite superiore indicativo di aumentato rischio cardiometabolico.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano, nel complesso, con i dati di letteratura sull'aumentata prevalenza di eccesso ponderale nei pazienti con disturbi dell'umore associati o meno a disturbi d'ansia. Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, i dati relativi all'obesità addominale e al sovrappeso confermano quelli della letteratura secondo i quali non ci sarebbe, nel complesso, tra questi pazienti un'aumentata incidenza di eccesso ponderale e rischio cardiometabolico. Va comunque notato come la quota di pazienti obesi risulti anche in questo sottogruppo diagnostico superiore alla percentuale riscontrata nella popolazione generale.

Bibliografia

- Jones LE, Carney CP. *Increased risk for metabolic syndrome in persons seeking care for mental disorders.* Ann Clin Psychiatry 2006;18:149-55.
- Kim B, Kim SJ, Son JI, Joo YH. *Weight change in the acute treatment of bipolar I disorder: a naturalistic observational study of psychiatric inpatients.* J Affect Disord 2007 May 9.
- Zimmerman U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. *Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients.* J Psych Resear 2003;37:193-220.

P145. Combinazione di CBT e terapia familiare nel day hospital per i disturbi del comportamento alimentare del Policlinico di Bari

M. Mancini, R. Giangaspero, N. Losignore, R. Mastrococco, C. Calia, A. Catucci, O. Todarello
DH per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato l'importanza del coinvolgimento della famiglia nel trattamento terapeutico di pazienti affetti da DCA. Tra i fat-

tori di rischio e di mantenimento del disturbo si sono riscontrate modalità distorte di interazione nel contesto familiare.

Metodi: a 39 soggetti dei 638 curati presso il DH dei DCA del Policlinico di Bari, nell'arco di due anni, con diagnosi di disturbo dell'alimentazione secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR, è stata associata, dopo 4 mesi di trattamento psicoterapico cognitivo-comportamentale, la terapia sistemico-relazionale, in seguito all'individuazione di dinamiche familiari disfunzionali. Le famiglie presentavano modalità di interazione caratterizzate da: invischiamento, iperprotettività, rigidità, relazioni caotiche.

Risultati: dei 39 soggetti 21 hanno riportato un miglioramento del BMI medio (da 18,04 a 20,43) registrato prima e dopo il trattamento familiare. Inoltre si è registrato un miglioramento dei punteggi medi dei test somministrati pre e post terapia familiare: EAT-26 (da 28,6 a 18) e BSQ (da 145 a 71).

Conclusioni: nel 53,84 % dei casi, la combinazione dei due approcci psicoterapici si è rivelata più efficace del solo trattamento individuale. L'induzione di un cambiamento nel "sistema famiglia" attraverso l'adozione di modelli comunicativi alternativi ha favorito un miglioramento del quadro sintomatologico.

Bibliografia

- Minuchin S. *Famiglie e terapia della famiglia.* Roma: Astrolabio 1976.
- Onnis L. *Il tempo sospeso.* Milano: Franco Angeli 2005.
- Selvini Palazzoli M. *L'anoressia mentale: dalla terapia individuale alla terapia familiare.* Milano: Feltrinelli 1995.

P146. Aripiprazolo nel DOC farmacoresistente: risultati preliminari di uno studio clinico

A. Mangano, C. Tripodi, A. Numera
Regione Calabria ASP-Reggio Calabria, Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Autonomo di Degenza Part-time e Day Hospital Psichiatrico

Premessa: il DOC farmaco-resistente realizza un quadro clinico fortemente invalidante per il paziente e una sfida terapeutica, per lo psichiatra, tra le più impegnative. Nella nostra casistica il concetto di farmaco resistenza è applicabile al 20% dei pazienti con diagnosi di DOC e corrisponde ad una prevalenza pari allo 0,8% circa della popolazione generale.

Scopo del lavoro: il ruolo della serotonina, pur ampiamente riconosciuto nella patogenesi dei sintomi ossessivi, non sembra essere il solo ad essere chiamato in causa nel determinismo del quadro sindromico ossessivo-compulsivo. Spesso il DOC, soprattutto nei casi più gravi, ove viene anche meno la coscienza di malattia (scarso insight) richiede una politerapia dove ha un razionale l'impiego dei neurolettici. Ciò, a nostro avviso, avvicina in senso dimensionale la patologia di cui trat-

tiamo ad un'area più vicina alle psicosi piuttosto che ai disturbi d'ansia (dove è attualmente classificato). È in tal senso che il ruolo della dopamina viene sempre più tenuto in considerazione soprattutto in sede frontale e pre-frontale dove si realizzano specifiche alterazioni cognitive. Scopo di questo studio è stato quindi l'inserimento add-on di un agonista parziale della dopamina come l'aripiprazolo (ARP) per verificare la possibilità di incidere su una sintomatologia altrimenti resistente.

Materiali e metodi: abbiamo selezionato 30 pazienti con diagnosi di DOC, trattati da almeno due anni con risultati insoddisfacenti e rispondenti ai criteri per la farmacoresistenza. Di questi pazienti, 11 soggetti diagnosticabili con scarso insight, praticavano una politerapia (TCA, SSRI, BDZ, AP-tipici); i rimanenti assumevano SSRI + BDZ. A tutti i pazienti i pazienti sono state somministrate due scale la Y-BOCS e la CGI, in tempi così strutturati: baseline, dopo 4 settimane, dopo 8 settimane. La dose impiegata del farmaco è stata di 10 mg in monosomministrazione.

Risultati: in tutti i pazienti aderenti allo studio si è realizzato un sensibile miglioramento della sintomatologia con riduzione delle idee coatte e dei rituali compulsivi. Più in dettaglio i punteggi della Y-BOCS pre-trattamento erano compresi tra 32 e 39 (p. medio = 35); alla 4ª settimana il punteggio medio era già sceso a 26, fino a raggiungere quello di 19 all'8ª settimana. Solo tre pazienti hanno ottenuto un punteggio superiore 20 mantenendo qualche sintomo episodico limitato (idee dubbiose). I pazienti classificati con scarso insight sono quelli che hanno ottenuto i miglioramenti più significativi.

Conclusioni: l'efficacia dell'ARP nel controllo dei sintomi ossessivo-compulsivi si è rivelata significativa nella quasi totalità dei pazienti oggetto di questo studio clinico. Occorre sicuramente validare questi primi dati con studi più ampi dal punto di vista numerico pur trovandoci in presenza di risultati preliminari assai incoraggianti.

P147. Effetti del trazodone sui recettori $\alpha 2$ -adrenergici e sul trasportatore della serotonina in piastrine di pazienti affetti da depressione maggiore

D. Marazziti, F. Golia, M. Carlini, G. Consoli, L. Amendola, I. Di Noi, F. Mungai, E. di Nasso, S. Baroni, I. Masala, L. Dell'Osso

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

Il trazodone, è un derivato delle fenilpiperazine, le cui principali caratteristiche farmacologiche consistono nel blocco dei recettori serotoninergici di tipo 2, insieme ad una modesta azione inibitoria sul reuptake della 5-HT. Con la nostra ricerca ci siamo proposti, di valutare la presenza di alterazioni dei recettori $\alpha 2$ -adrenergici, e del trasportatore della 5-HT in membrane piastriniche di soggetti depressi, attraverso il binding specifico della [³H]-rauwolscina e della [³H]-Par rispettivamente, prima e dopo un mese di terapia con trazodone. Sono state,

inoltre, indagate le eventuali correlazioni tra parametri cinetici e caratteristiche demografiche e sintomatologiche dei pazienti.

Sono stati inseriti nello studio 25 pazienti affetti da episodio depressivo maggiore; la diagnosi è stata effettuata mediante l'utilizzo della SCID e la gravità della sintomatologia valutata mediante la scala di Hamilton per la depressione. Il binding piastrinico della [³H]-Par e della [³H]-rauwolscina sono stati effettuati tramite un protocollo standardizzato.

I risultati hanno evidenziato significative modifiche dei parametri cinetici del binding della [³H]-Par prima e dopo un mese di terapia con trazodone mentre i valori di Bmax e Kd del binding della [³H]-rauwolscina non mostravano differenze significative: questo significa che il trazodone diminuisce il numero delle proteine che trasportano la 5-HT; ciò potrebbe rappresentare un indice di buona risposta a farmaci antidepressivi.

P148. Effectiveness of the combination of citalopram + clomipramine in resistant OCD patients

D. Marazziti, M. Carlini, F. Golia, G. Consoli, S. Presta, C. Pfanner, F. Mungai, L. Amendola, I. Di Noi, L. Dell'Osso

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

L'elevata percentuale di resistenza ai farmaci di prima scelta, come la clomipramina o gli inibitori della ricaptazione della serotonina, rappresenta un importante problema nella gestione dei pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). In tali casi sono state impiegate diverse strategie terapeutiche, con risultati controversi. L'esiguità di dati disponibili sull'associazione di due farmaci serotoninergici ci ha spinto ad esplorare la possibile efficacia e tollerabilità dell'associazione di citalopram e clomipramina in pazienti con DOC resistente.

Sono stati inclusi nello studio venti pazienti affetti da DOC che non avevano risposto alla monoterapia con clomipramina ai quali è stato associato citalopram fino ad una dose massima di 60 mg/die. Le valutazioni cliniche sono state effettuate al baseline (T0), alla 4ª (T1), 12ª (T2), 24ª (T3), 36ª (T4), 48 (T5) settimana, mediante la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), la OC Check-List, la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), la Clinical Global Impression (CGI). Gli effetti collaterali sono stati indagati tramite la Dosage Record and Treatment Emergent Symptom Scale (DOTES).

Circa il 50% dei pazienti ha presentato un miglioramento significativo (diminuzione di almeno il 35 % del punteggio totale della Y-BOCS) già dopo un mese di trattamento combinato che perdura dopo un anno.

Ad oggi pochi dati sono disponibili riguardo l'associazione di due farmaci serotoninergici nella cura del DOC resistente; la nostra ricerca ne conferma la potenziale efficacia e la buona tollerabilità.

P149. Augmentation con aripiprazolo vs. placebo nel disturbo ossessivo compulsivo con sintomatologia residua in trattamento stabilizzato con SSRI

U. Micò, M.R.A. Muscatello, G. Pandolfo, M. Cacciola, D. Campolo, A. Bruno, F. Di Nardo, D. La Torre, R. Zoccali

UOC Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: il trattamento del DOC rappresenta ancora oggi una sfida terapeutica per i clinici, dal momento che, nonostante gli SSRI si dimostrino significativamente superiori al placebo nella remissione dei sintomi, esiste tuttavia un grado sostanziale di sintomatologia residua. Al fine di migliorare l'outcome clinico del disturbo, sono stati condotti numerosi studi di augmentation con AP atipici. L'aripiprazolo, in virtù del suo profilo farmacodinamico, potrebbe rappresentare un candidato promettente per il trattamento del DOC con sintomatologia residuale. Il presente studio ha lo scopo di valutare l'efficacia sulla sintomatologia clinica e sul funzionamento neurocognitivo dell'augmentation con aripiprazolo, in soggetti affetti da DOC in trattamento stabilizzato con SSRI.

Metodi: secondo una metodica randomizzata a doppio cieco vs. placebo a 38 pazienti affetti da DOC con sintomatologia residua partial responders in trattamento antipsicotico stabilizzato è stato somministrato aripiprazolo alla dose di 10 mg/die fino a 20 mg/die (T2) o placebo. Tutti i soggetti sono stati valutati al tempo 0, T1 (dopo 8 settimane) e T2 (dopo 8 settimane) mediante una batteria di test per l'assessment della sintomatologia ossessivo-compulsiva e generale (Y-BOCS, CGI), depressiva (HAM-D), e delle funzioni cognitive (Fluenza verbale; Stroop test; Wincosin Card Sorting Test – WCST).

Risultati: l'aggiunta di aripiprazolo ha migliorato significativamente lo scoring relativo alla Y-BOCS, CGI.

Conclusioni: l'augmentation con aripiprazolo in aggiunta al trattamento con SSRI sembra essere una strategia potenzialmente utile nel miglioramento della sintomatologia ossessivo-compulsiva e generale nei soggetti affetti da DOC che mostrano una risposta parziale agli SSRI.

P150. I polimorfismi del recettore dell'ossitocina e lo stile di attaccamento in pazienti depressi

M. Muti, M. Abelli, S. Pini, L. Lari, A. Cardini, C. Gesi, B. Costa*, P. Gabelloni*, S. Landi***, S. Galderisi**, A. Mucci***, A. Lucacchini, G.B. Cassano, C. Martini

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, * Dipartimento di Morfologia Umana e Biologia Applicata, Università di Pisa; ** Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN; *** Dipartimento di Biologia, Università di Pisa*

Introduzione: l'ossitocina (OXT), in aggiunta al ben conosciuto ruolo di modulatore della risposta allo stress, agisce

come modulatore centrale nell'attaccamento sociale e nei comportamenti affiliativi ad esso correlati. Questo suggerisce che nella depressione la OXT potrebbe rappresentare la molecola endogena che lega la risposta allo stress ed i meccanismi molecolari delle interazioni sociali. Tuttavia per la nostra esperienza non sussistono dati in merito al ruolo dell'OXT nella depressione.

Metodi: 185 pazienti depressi, con diagnosi di disturbo bipolare (BD) o di depressione maggiore, e 192 controlli sono stati valutati con SCID-P, Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS-Adult), Attachment Style Questionnaire (ASQ), Relationship Questionnaire (RQ) e sottoposti ad un prelievo di saliva per valutare due varianti alleliche del gene del recettore dell'OXT (polimorfismi di singolo nucleotide): 6930G > A e 9073G > A.

Risultati: le analisi di entrambi i polimorfismi non mostrano differenze tra pazienti con BD e controlli. Una ridotta frequenza dell'allele A per entrambi i polimorfismi è stata evidenziata in pazienti con depressione unipolare. Pazienti unipolari con genotipo GG mostrano punteggi più alti alla ASQ ed alla RQ, e nella SCI-SAS-Adult.

Conclusioni: i soggetti con genotipo GG dei polimorfismi 6930G > A o 9073G > A mostrano un anomalo stile di attaccamento nell'adulto e tendenza ad esperire disagio alla separazione, e possono avere un maggior rischio di sviluppare la depressione unipolare.

P151. Comorbidità fra disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità. Associazione fra DCA di tipo bulimico e DBP: tra diagnosi categoriale e dimensionale

C. Nardelli, A. Ferrante, G. Viola, F. Palmisano, A. Catucci, O. Todarello

DH per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: in letteratura è riportata la frequente comorbidità fra DCA e disturbi di personalità (DP). Muovendo da un approccio categoriale ad un'ottica dimensionale, tali comorbidità sono state ricercate in una popolazione di pazienti del nostro DH per i DCA.

Metodi: mediante l'intervista clinica SCID-I si sono esclusi i pazienti con altre diagnosi di asse I oltre al DCA. I restanti soggetti, in accordo con la visione *transnosografica*, sono stati divisi in due gruppi: DCA di tipo Restrittivo e Bulimico. Il Test EAT-26 ha consentito di isolare altri due gruppi (Parziale e Completo) in relazione alla gravità dei sintomi riscontrata. Infine, l'impiego dell'intervista clinica SCID-II e della scala BSI ha permesso di valutare la presenza e la distribuzione dei DP nei vari gruppi individuati.

Risultati: è emersa comorbidità con almeno un DP in oltre i 2/3 del campione, con maggiore frequenza nel

sottogruppo *Bulimico* di DP multipli e di DBP. I DP di Cluster C sono risultati i più diagnosticati nel campione totale e nei singoli sottogruppi mentre il DP Ossessivo-Compulsivo è risultato più frequente nei soggetti con sindrome restrittiva.

Conclusioni: nello studio si evidenzia una elevata comorbidità fra DCA e DP, in particolare tra DCA di tipo bulimico e DBP. Sono necessarie ricerche di tipo longitudinale, su campioni più estesi ed omogenei, per aumentare la comprensione in senso psicopatologico e l'utilità prognostica e terapeutica delle descritte comorbidità.

Bibliografia

- Matsunaga H, Kaye WK, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R. *Personality Disorders among subjects recovered from eating disorders*. *Int J Eat Dis* 2000;27:353-7.
- Siracusano A, Troisi A, Marino V, Tozzi F. *Comorbidità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura*. *Nòos* 2003;1:7-26.
- Vella G, Aragona M, Alliani D. *The complexity of psychiatric comorbidity: a conceptual and methodological discussion*. *Psychopathology* 2000;33:25-30.

P152. Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R): uno strumento valido ed affidabile per predire la depressione postpartum

A. Oppo, M. Mauri, D. Ramacciotti, V. Camilleri, S. Banti, C. Borri, C. Rambelli, M.S. Montagnani, S. Cortopassi, A. Bettini, S. Ricciardulli, C. Cirri, S. Di Biase, E. Nencioni, R. Mistretta, B. Ciapponi, S. Montaresi, P. Rucci, C.T. Beck, G.B. Cassano

Perinatal Depression - Research & Screening Unit (PND-ReScU) Study; Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

Introduzione: dopo lo sviluppo della PDPI-R è stato condotto uno studio per determinarne la validità predittiva: nonostante sia stato individuato un cut-off per la prenatal version dello strumento in grado di predire con una buona sensibilità e specificità la depressione postpartum (DPP), non è stato determinato un cut-off per la full version. L'obiettivo di questo studio è quello di indagare la validità predittiva della prenatal e della full version della PDPI-R.

Metodi: 600 donne hanno completato le valutazioni. La PDPI-R è stata somministrata a due momenti della gravidanza (3° e 8° mese) ed al primo mese post-partum. I sintomi di DPP sono stati valutati con l'EPDS a tre differenti tempi al fine di coprire i primi sei mesi post-partum (1°, 3°, 6° mese post-partum). Quando il punteggio dell'EPDS risultava ≥ 13 , era prevista la somministrazione della SCID per confermare la diagnosi di depressione maggiore o minore in atto.

Risultati: la prenatal version della PDPI-R, somministrata al 3° e 8° mese di gravidanza, predice accuratamente

il 72,6 ed 78,2% di casi di DPP rispettivamente, mentre la full version della PDPI-R, somministrata al 1° mese post-partum, predice l'83,4% dei casi di DPP. I cut-off identificati sono, rispettivamente, 3,5 per la prenatal version e 5,5 per la full version.

Conclusioni: la PDPI-R è un utile e valido strumento di screening per la DPP.

Bibliografia

- Beck CT. *Revision of the postpartum depression predictors inventory*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31:94-402.
- Beck CT, Records K, Rice M. *Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35:735-45.

P153. Intelligenza emotiva e disturbo ossessivo-compulsivo

F. Pallavici, P. Mosini, E. Cianitto, G. La Ciura, M. Piccinni, P. Cavedini, L. Bellodi

Istituto Scientifico San Raffaele, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Ospedale San Raffaele Turro, Milano

Introduzione: alcuni pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) presentano deficit a livello emotivo sia per ciò che riguarda la percezione delle emozioni (Cavedini, 2001), che nell'elaborazione di una risposta comportamentale adeguata alla valenza emotiva dello stimolo (Banonn, 2002). Il costrutto dell'intelligenza emotiva (IE), ossia "l'abilità di riconoscere il significato delle emozioni ragionare e reagire sulla base di esse" (Salovey, 1997), coinvolge i diversi aspetti del processo emozionale e sembra dunque essere utile per indagare la sfera emotiva di questo disturbo.

Scopo: lo scopo dello studio è stato quello di indagare l'IE nei pazienti con DOC, per verificare la presenza di eventuali deficit a livello delle competenze emotive descritte da tale costrutto.

Metodo: sono stati esaminati 18 pazienti reclutati all'interno del Day Hospital Psichiatrico dell'Ospedale San Raffaele-Turro, che soddisfacevano i criteri del DSM-IV (APA, 1994) per il DOC. Per la valutazione dell'IE, è stata somministrata la Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, 2001).

Risultati: il campione ha mostrato un punteggio totale medio basso, mentre ha presentato una buona IE esperienziale, mentre l'IE strategica è risultata lievemente al di sotto della media. Per quanto riguarda i quattro rami dell'IE il campione ha ottenuto punteggi lievemente deficitari nei rami dell'IE strategica "comprensione delle emozioni" e "regolazione delle emozioni".

Implicazioni: nei pazienti DOC le competenze descritte dal costrutto dell'IE non sembrano essere, nell'insieme, significativamente deficitarie, pertanto la processazione delle emozioni nel DOC deve essere indagata con altri strumenti.

Bibliografia

- Cavedini P, Gorini, A, Bellodi L. *Understanding obsessive-compulsive disorder: focus on decision-making*. *Neuropsychology Rev* 2006;16:3-15.
- Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. *Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence*. *Intelligence* 2000;27:267-98.
- Salovey P, Mayer JD. *Emotional intelligence*. *Imagination, cognition and personality* 1990;9:185-211.

P154. Uso degli SSRI ad alte dosi in una clinica inglese nel disturbo ossessivo compulsivo (DOC): una revisione sistematica delle note

I. Pampaloni, T. Sivakumaran, A. Al Allaq, J. Farrow, S. Nelson, N.A. Fineberg

National OCD Specialist Service (England and Wales), Herts. Partnership NHS Foundation Trust, Queen Elizabeth II Hospital, Welwyn Garden City, Herts

L'incremento della dose degli SSRI oltre quella raccomandata è una promettente strategia nel DOC resistente. È stata effettuata una revisione sistematica retrospettiva delle cartelle cliniche di un servizio specialistico per DOC in Inghilterra. Abbiamo definito "alta dose" la terapia con un singolo SSRI sopra i limiti della scheda tecnica o la terapia con un SSRI a dose massima combinato con un altro SSRI o clomipramina. I pazienti che assumevano alte dosi sono stati confrontati con un gruppo di controlli in tre momenti: al tempo del referral, immediatamente prima dell'inizio del trattamento ad alte dosi e all'ultimo assessment.

Di 192 casi, 26 (13,54%) ricevevano un dosaggio superiore a quello raccomandato. La durata del trattamento era 3 - 364 settimane (media 81,5; SD ± 95,1). I pazienti che assumevano alte dosi erano prevalentemente maschi [$X^2(1, N = 52) = 3,91, p = ,048$] e avevano ricevuto CBT [$X^2(1, N = 48) = 4,83, p = ,028$]. I punteggi alla Y-BOCS erano più elevati nei pazienti che ricevevano alte dosi sia prima dell'incremento della dose (mediana 25 vs. 19,5; Mann-Whitney $U = 134, p = 0,0009$) sia all'ultimo assessment (mediana 20 vs. 16; Mann-Whitney $U = 168, p = 0,025$). I punteggi alla Y-BOCS erano migliorati significativamente dopo il trattamento con alte dosi (Wilcoxon $Z = -2,199, p = 0,028$). I due gruppi non differivano significativamente per gli effetti collaterali riportati. Gli effetti collaterali non sono stati severi a parte un individuo ricoverato brevemente in ospedale.

P155. Il condizionamento classico nel disturbo ossessivo-compulsivo: stimoli neutri e stimoli a salienza emotiva specifica a confronto

S.L. Patrini, B. Scarpa, G. Salomoni, C. Zorzi, C. Baraldi, P. Cavedini

Istituto Scientifico San Raffaele, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Ospedale San Raffaele Turro, Milano

Introduzione: l'osservazione clinica e le caratteristiche sintomatologiche del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) suggeriscono la presenza di anomalie percettive nei pazienti affetti da questo disturbo, soprattutto in relazione all'eccessiva paura ed arousal emotivo che essi presentano in relazione a stimoli specifici. Ciò confermerebbe la presenza di un processo disfunzionale relativo alla processazione degli stimoli di tipo emotivo. Per comprendere i motivi di queste anomale percezioni, esistono evidenze che possa essere presente nel DOC una singolare gestione dei meccanismi di Condizionamento Classico Pavloviano¹, nonché del Fear Conditioning².

Scopo: scopo dello studio è di verificare, sulla base del livello e della risposta della conduttanza cutanea, parte dello schema di attivazione neurovegetativa in soggetti DOC confrontandoli con soggetti sani e successivamente analizzare la risposta di soggetti DOC durante il Fear Conditioning.

Materiale e metodi: Il campione è costituito da 31 soggetti DOC, reclutati all'interno del Day Hospital Psichiatrico dell'Ospedale San Raffaele Turro, che soddisfano i criteri del DSM-IV per DOC, e 32 soggetti di controllo.

Risultati: nel paradigma di condizionamento classico i dati rilevati evidenziano che i DOC si condizionano, ma presentano maggiori difficoltà rispetto al gruppo di controllo durante la fase di estinzione. Dall'analisi del Fear Conditioning emergono interessanti risultati dal punto di vista clinico-terapeutico: i DOC sembrano non condizionarsi in merito alla presentazione di immagini a salienza emotiva specifica.

Implicazioni: la comprensione di tali meccanismi risulta importante per analizzare i presupposti attraverso i quali è possibile porre le basi per indagare la relazione tra tali parametri neurofunzionali e la potenziale risposta alla terapia comportamentale.

Bibliografia

- ¹ Leonard HL, Swedo SE, Rapaport JL, Giedd JN, Ritzler D. *Case study: acute basal ganglia enlargement and obsessive-compulsive symptoms in an adolescent boy*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:913-5.
- ² LeDoux J. *Emotion circuits in the brain*. *Annu Rev Neurosci* 2000;23:155-84.

P156. Risposta al trattamento con inibitori del reuptake della serotonina nel disturbo ossessivo-compulsivo ad esordio precoce

F. Perris, D. Giacco, M. Fabrizio, F. Catapano, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Lo scopo dello studio è stato di valutare eventuali differenze nelle caratteristiche cliniche e nella risposta al trattamento farmacologico in soggetti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) ad esordio precoce e ad esordio in età adulta. Nello studio sono stati

inclusi 100 pazienti con diagnosi di DOC secondo i criteri del DSM-IV. La valutazione psicopatologica è stata effettuata mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) e la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MDRS). 79 pazienti sono stati trattati con inibitori del reuptake della serotonina (IRS). Durante il periodo di follow-up (3 anni), la valutazione clinica è stata ripetuta a cadenza mensile nel primo anno e successivamente bimestralmente, utilizzando la Y-BOCS e la MDRS. Nel 30% dei pazienti l'esordio del DOC è avvenuto prima dei 18 anni (early onset, EO) e nel 77% dopo i 18 anni (later onset, LO). I pazienti con EO, rispetto ai LO, presentano una predominanza del sesso maschile, una maggiore gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva (OC), una maggiore frequenza di ossessioni sessuali, aggressive e di simmetria e di compulsioni di ripetizione e di controllo e una più frequente comorbidità con il disturbo schizotipico di personalità. Al termine dello studio il 49% di pazienti con LO e l'11% con EO soddisfaceva i criteri di esito favorevole al trattamento farmacologico (remissione almeno parziale della sintomatologia OC per più del 40% del periodo di follow-up). I risultati dello studio confermano l'ipotesi che il DOC ad esordio precoce può rappresentare un sottotipo più grave del disturbo, caratterizzato da una ridotta risposta agli interventi farmacologici. Ulteriori ricerche sono necessarie per esaminare eventuali correlati biologici ed individuare approcci terapeutici più adeguati.

P157. Dimensioni sintomatologiche del disturbo ossessivo-compulsivo e risposta al trattamento farmacologico

F. Perris, V. Cioffi, M.R. Barillari, F. Catapano, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Lo studio ha valutato la relazione tra dimensioni sintomatologiche del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e risposta al trattamento con inibitori del reuptake della serotonina (IRS). Nello studio sono stati inclusi 110 pazienti con diagnosi di DOC secondo i criteri del DSM-IV. La valutazione psicopatologica è stata effettuata mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), la Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) e la Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS). 79 pazienti sono stati trattati con IRS e sono stati seguiti prospettivamente per tre anni. Durante il periodo di follow-up, la valutazione clinica è stata ripetuta a cadenza mensile nel primo anno e successivamente bimestralmente, utilizzando la Y-BOCS e la HDRS. È stata eseguita l'analisi fattoriale delle 13 principali categorie sintomatologiche della Y-BOCS, utilizzando il metodo dell'analisi delle

componenti principali. L'analisi fattoriale è risultata in una soluzione a quattro fattori: *simmetria e perfezionismo; accumulo ed ossessioni religiose; contaminazione e lavaggio; ossessioni aggressive e sessuali*. La dimensione *simmetria e perfezionismo* è risultata correlata al punteggio della sottoscala per le compulsioni della Y-BOCS e ad una più frequente comorbidità con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Il fattore *accumulo ed ossessioni religiose* è risultato correlato al punteggio della sottoscala per le ossessioni della Y-BOCS e ad una maggior durata di malattia prima dell'inclusione allo studio. La dimensione *ossessioni aggressive e sessuali* è risultata positivamente correlata ad un'età d'esordio precoce del DOC, ad una più frequente comorbidità con il disturbo schizotipico di personalità e ad un più elevato livello di insight. Il fattore *contaminazione e lavaggio* è risultato negativamente correlato alla familiarità per disturbi ossessivi. Infine, la presenza di elevati punteggi al fattore *contaminazione e lavaggio* predice un esito sfavorevole al trattamento con IRS. Lo studio conferma la natura eterogenea e multidimensionale del DOC, e suggerisce che l'identificazione di dimensioni sintomatologiche del disturbo può essere utile per individuare sottotipi omogenei con differenti risposte ai trattamenti terapeutici. Tuttavia, ulteriori studi in campo genetico, neurobiologico, di neuroimaging, sono necessari per avvalorare questa tesi.

P158. Decorso del disturbo ossessivo-compulsivo: follow-up prospettico, naturalistico a 9 anni

E. Pessina, S. Rigardetto, B. Martini, G. Maina

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

Introduzione e scopo dello studio: la letteratura sul decorso a lungo termine del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è relativamente scarsa e presenta frequenti limitazioni metodologiche, criteri di inclusione non omogenei e tempi di osservazione limitati. Scopo del nostro studio è di effettuare una valutazione prospettica e naturalistica della durata di 9 anni del decorso e degli esiti a lungo termine di un campione di pazienti DOC.

Materiali e metodi: sono stati inclusi 250 pazienti con diagnosi principale di DOC (DSM-III-R, Y-BOCS ≥ 16), valutati al baseline e ogni 3 anni tramite la raccolta di dati clinico-demografici e la somministrazione di test psicometrici.

Risultati: 117 pazienti hanno completato il follow-up di 9 anni. 59 (50,4%) risultavano ancora affetti da DOC e tra questi 23 erano privi anche di sintomi sottosoglia. 37 (31,7%) non rispondevano più ai criteri diagnostici per DOC nè per altri disturbi psichiatrici. 21 pazienti (17,9%) non soddisfacevano più i criteri diagnostici per il DOC bensì quelli per un altro disturbo psichiatrico di asse I; tra le diagnosi più frequenti in questo sottogruppo vi erano i disturbi bipolari (8,9%), la schizofrenia (1,7%) e l'anorexia nervosa (1,7%). I punteggi medi alle scale

psicometriche (Y-BOCS, CGI, GAF) riflettevano un miglioramento rispetto al baseline.

Conclusioni: nel nostro studio oltre il 30% del campione risultava guarito al termine del follow-up, in accordo con parte della letteratura. Di rilievo il riscontro di un 17,9% dei pazienti nei quali si era modificata la diagnosi al termine dello studio.

Bibliografia

Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:121-7.

Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, et al. *Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study.* *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 346-351.

Reddy YC, D'Souza SM, Shetti C, Kandavel T, Deshpande S, Badamath S, et al. A 11- to 13-year follow-up of 75 subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:744-9.

P159. Qualità della vita e panico: esiti a lungo termine di un protocollo di trattamento integrato

C. Pizzagalli, C. Viganò, G. Valentini, R. Truzoli, G. Luce, R. Bassetti, G. Ba

Cattedra di Psichiatria Dipartimento di Scienze Cliniche Luigi Sacco, Università di Milano; UO Psichiatria 2, Ospedale "L. Sacco", Milano

Il disturbo di panico, soprattutto se associato all'agorafobia, incide negativamente sulla qualità della vita dei pazienti che ne soffrono. Ad un disturbo con una riconosciuta eziologia multifattoriale, da alcuni anni si è concordi nel rispondere con un'integrazione di terapie farmacologiche e psicoterapiche (Black 2006, Watabane 2007).

Obiettivo di questo studio è quello di valutare l'efficacia clinica del trattamento integrato (farmaci, terapia cognitivo comportamentale e psicoterapia dinamica) in termini di miglioramento del funzionamento globale e riduzione delle ricadute nei pazienti che fossero ad un anno dal termine del protocollo (36 mesi). Particolare attenzione è stata data alla modificazione della percezione soggettiva della salute sia nelle fasi precoci che tardive del trattamento ed all'eventuale effetto della stessa sulla scelta del protocollo completo.

Gli strumenti di valutazione usati sia all'inizio che a tempi stabiliti di follow-up sono: PAAAS, MSPS, HAM-A, HAM-D, SF36.

Nello studio vengono analizzati e confrontati i dati relativi a 43 pazienti che hanno completato i test previsti al follow up a 36 mesi.

I dati analizzati comprendono anche quelli di un sottogruppo di pazienti che, terminato il gruppo ICC, non hanno aderito alla psicoterapia psicodinamica ed hanno proseguito solo con il trattamento farmacologico e regolari controlli psichiatrici.

La combinazione della terapia farmacologica e dell'intervento cognitivo comportamentale si è confermata efficace sin dal primo trimestre nel ridurre non solo la sintomatologia panica, ma anche i comportamenti evitanti; il trattamento integrato è risultato efficace nel lungo termine nella riduzione delle ricadute, nel miglioramento progressivo del funzionamento globale e della percezione soggettiva di salute dei pazienti.

P160. L'impatto degli episodi depressivi brevi sul decorso dei disturbi dell'umore: uno studio preliminare prospettico

S. Pozzoli, F. Colombo, A. Albano, E. Cattaneo, M. Buoli, M. Serati, S. Bortolussi, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

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

Introduzione: la depressione ricorrente breve è un disturbo caratterizzato da episodi depressivi brevi (EBD) ¹ (presenza di almeno 5 sintomi depressivi tra quelli indicati nel DSM-IV per l'episodio depressivo maggiore, durata inferiore alle 2 settimane) associato a un aumentato rischio suicidario e ad un significativo disfunzionamento socio lavorativo ². Scopo del presente studio è stato analizzare la frequenza e la relazione degli EBD con l'outcome, in un campione di pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (DDM) o da disturbo bipolare (DB).

Metodi: il campione ha incluso 14 pazienti con una diagnosi di DDM o DB secondo il DSM-IV-TR, divisi in due sottogruppi sulla base della presenza di EBD (8 con EBD; 6 senza EBD).

I pazienti sono stati testati al baseline e mensilmente mediante la MINI per valutare la presenza di EBD, l'abuso alcolico o di sostanze, l'ideazione o il comportamento suicidario. È stata effettuata un'analisi di sopravvivenza ed i due gruppi sono stati confrontati mediante t-Test e χ^2 -square.

Risultati: i soggetti con EBD hanno mostrato un'età d'esordio più precoce ($t = 2,16$; $p = 0,05$) e la tendenza ad un maggiore numero di ricorrenze (Breslow $\chi^2 = 2,77$; $p = 0,09$) rispetto ai soggetti senza EBD nel primo semestre di follow-up.

Conclusioni: la presenza di EBD, indipendentemente dal numero di ricorrenze annuali, sembra essere associata ad un esordio più precoce e la tendenza ad un peggior decorso clinico di DDM e DB.

Bibliografia

¹ Angst J, Gamma A, Pezawas L, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W, Altamura AC. *Parsing the clinical phenotype of depression: the need to integrate brief depressive episodes.* *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:221-8.

² Pezawas L, Angst J, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. *Recurrent brief depression--past and future.* *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27:75-83.

P161. Le conseguenze psicologiche a breve termine di gravi incidenti stradali

A. Prunas, V. Iavarone

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Introduzione: i dati sugli incidenti stradali (IS) in Italia del 2006 gettano luce su un fenomeno che merita attenzione¹. Studi diversi² si sono rivolti all'analisi della prevalenza di PTSD in campioni di soggetti sopravvissuti a IC mettendo in evidenza stime che si disperdono su range molto ampi (14-100%) e, in seguito, l'attenzione si è concentrata sulla ricerca di eventuali disturbi psichici in comorbidità³. Il presente lavoro ha come scopo quello di indagare le principali conseguenze psicologiche a breve termine in soggetti sopravvissuti a IS a seguito dei quali abbiano o meno riportato lesioni spinali permanenti (LSP).

Metodi: ci si è avvalsi di un campione di 14 soggetti divisi in due gruppi: 8 soggetti reduci da IS ospedalizzati con LSP presso un'Unità Spinale e 6 soggetti reduci da IS non ospedalizzati.

Per entrambi i gruppi sono state eseguite due valutazioni testali a distanza di due mesi l'una dall'altra, nelle quali sono stati somministrati il CAPS, per l'indagine dei sintomi caratteristici del PTSD, e il BDI, per la valutazione della sintomatologia depressiva.

Risultati: la prevalenza di PTSD nel campione totale, a circa tre mesi dall'incidente, è risultata pari al 14%, senza differenze significative tra i due gruppi; è possibile tuttavia rilevare alcune peculiarità nel profilo sintomatologico tali per cui i soggetti con LSP esperiscono con maggior frequenza sintomi di evitamento di stimoli collegati alla situazione traumatica. Si è inoltre osservata, in generale, una riduzione significativa della frequenza e della gravità della sintomatologia post-traumatica tra il primo e il secondo assessment clinico, seppure alcune componenti sintomatologiche del quadro clinico (sintomi del Criterio C) tendano a non mostrare sostanziali variazioni nel tempo. Infine, la sintomatologia depressiva, più intensa nel campione di pazienti LSP, ha mostrato anch'essa un'evoluzione positiva verso il miglioramento nell'intervallo di tempo considerato.

Conclusioni: i dati a nostra disposizione offrono alcuni importanti spunti per la realizzazione di specifici interventi psicologici finalizzati alla prevenzione e alla gestione clinica del PTSD in soggetti reduci da gravi incidenti stradali.

Bibliografia

- 1 http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20071211_00/
- 2 Blanchard EB, Hickling EJ. *After the crash: psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents*. II edn. Washington, DC: American Psychological Association 2004.
- 3 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Huges M, Nelson CB. *Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-60.

P162. Il sostegno psicologico nella gestione della sintomatologia ansioso-depressiva nel periodo perinatale

S. Ricciardulli, M. Mauri, A. Bettini, A. Oppo, S. Luisi, S. De Biase, C. Cirri, E. Nencioni, R. Mistretta, S. Banti, C. Borri, C. Rambelli, D. Ramacciotti, M.S. Montagnani, V. Camilleri, S. Cortopassi, B. Ciaponi, S. Montaresi, G.B. Cassano

Perinatal Depression, Research & Screening Unit (PND-ReScU); Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

Introduzione: scopo della ricerca è valutare l'efficacia del sostegno psicologico sulla sintomatologia ansioso-depressiva e sul livello di funzionamento nel periodo perinatale.

Metodi: delle 1066 donne reclutate nell'ambito dello studio PND-ReScU, 90 (8,4%) hanno usufruito del sostegno psicologico; tra queste, 48 (53,3%) hanno iniziato il sostegno al 3° mese di gravidanza. Gli strumenti utilizzati sono stati EPDS, STAI, W-SAS.

Risultati: la durata media del sostegno è stata di 6,7 mesi (DS = 5,9); tra il 3° ed il 6° mese di gravidanza si è osservata una riduzione della sintomatologia ansiosa ($p < .001$) (STAI) e di quella depressiva ($p = .019$) (EPDS), mentre il miglioramento del livello di funzionamento (W-SAS) si è verificato più tardivamente (6°-9° mese postpartum).

Conclusioni: il sostegno nel periodo perinatale è rapidamente efficace nel ridurre la sintomatologia ansioso-depressiva, mentre il miglioramento del funzionamento globale richiede tempi di intervento più prolungati.

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.
- Grant KA, McMahon C, Austin MP. *Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study*. J Affect Disord 2008;108:101-11.
- Mundt JC, Marks IM, Greist JH, Shear K. *The work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning*. Br J Psychiatry 2002;180:461-4.

P163. Predittori di decorso nel disturbo ossessivo-compulsivo

S. Rigardetto, E. Pessina, G.F. Asinari, G. Maina
Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione e scopo dello studio: molteplici predittori di decorso del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) sono stati individuati dalla letteratura: tra questi sono stati segnalati l'età di esordio, la durata di malattia, la

comorbidità di asse I e II, alcune specifiche dimensioni sintomatologiche e la gravità del disturbo. Tuttavia vi è spesso scarso accordo tra i vari studi.

Scopo del nostro studio è di effettuare una valutazione prospettica dei predittori di decorso in un campione di pazienti DOC seguiti per 9 anni.

Materiali e metodi: sono stati inclusi 250 pazienti con diagnosi principale di DOC (DSM-III-R, Y-BOCS \geq 16) seguiti per 9 anni. Le caratteristiche cliniche e socio-demografiche dei pazienti sono state poste a confronto sulla base dell'esito a 9 anni mediante un'analisi di regressione lineare e logistica.

Risultati: a 9 anni sono disponibili i dati di 117 pazienti. Predittori di un decorso cronico del disturbo sono risultati essere: la modalità di esordio subdola, la comorbidità lifetime con disturbi di personalità, in particolare appartenenti ai cluster A e C, e il disturbo schizotipico di personalità; dal punto di vista sintomatologico i predittori erano la presenza di compulsioni di lavaggio, la severità e la compromissione del funzionamento al baseline.

Conclusioni: dal nostro studio emerge la presenza di predittori degli esiti a lungo termine del DOC tra le variabili di esordio e decorso, di comorbidità, sintomatologiche e di severità, a conferma di alcuni risultati della letteratura precedente.

Bibliografia

- Ravizza L, Maina G, Bogetto F. *Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder*. *Depress Anxiety* 1997;6:154-8.
- Tükel R, Oflaz SB, Ozyildirim I, Aslanta B, Ertekin E, Sözen A, et al. *Comparison of clinical characteristics in episodic and chronic obsessive-compulsive disorder*. *Depress Anxiety* 2007;24:251-5.
- Maina G, Albert U, Pessina E, Bogetto F. *Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders*. *Bipolar Disord* 2007;9:722-9.

P164. Comorbidità e familiarità per patologia psichiatrica nei disturbi della condotta alimentare

M. Rizzo, C. Castellana, A. Catucci, O. Todarello
Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Numerosi studi hanno evidenziato la presenza di comorbidità tra DCA e disturbi dell'umore, d'ansia e di personalità e la plausibile aggregazione familiare di DCA e di altre patologie psichiatriche.

L'obiettivo del presente studio è l'indagine di comorbidità e familiarità per patologia psichiatrica e della correlazione fra i due fattori in un campione con diagnosi di DCA.

72 pazienti (età media di esordio: 19,91 anni; BMI medio all'esordio: 22,54), ricoverate c/o il DH per i DCA del Policlinico di Bari dal 09/07 al 08/08, sono state valutate tramite un'accurata raccolta anamnestica e som-

ministrazione delle interviste diagnostiche SCID-I e II.

Tra le 72 pazienti arruolate, il 49% del totale è affetto da AN, il 6% da BN, 19% da BED e il 26% da DCA-NAS. Comorbidità per patologia psichiatrica è risultata nel 44% del campione; familiarità nel 35%. Nell'ambito dei singoli DCA, il 34 ed il 29% delle pazienti con AN presentano, rispettivamente, comorbidità ed anamnesi familiari positive per patologia psichiatrica, contro il 75 ed il 50% delle pazienti con BN, il 36 ed il 21% delle pazienti con BED ed il 63 ed il 53% delle pazienti con DCA-NAS. Per le pazienti affette da BN, BED e DCA-NAS con comorbidità, la percentuale di familiarità sale rispettivamente al 67, 40 e 58%.

Il nostro studio sembra confermare la presenza di comorbidità tra DCA e disturbi psichiatrici; familiarità per patologia psichiatrica è presente nei DCA e correla positivamente con la comorbidità.

Bibliografia

- Fairburn C, Harrison P. *Eating disorders*. *Lancet* 2003;361:407-16.
- Matsunaga H, Kaye WK, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R. *Personality disorders among subjects recovered from eating disorders*. *Int J Eat Dis* 2000;27:353-7.

P165. Autoefficacia e perfezionismo nei disturbi alimentari

C. Rocco di Torrepadula, A. Bosaia, S. Erzegovesi, A. Paglia, S. Borroni, A. Fossati, Ce. Maffei, L. Bellodi

Centro per i Disturbi Alimentari, San Raffaele Turro, Milano; Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, San Raffaele Turro, Milano; Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Sin dalle prime descrizioni cliniche di Hilde Bruch, il deficit di autoefficacia è stato considerato un elemento cardine nella psicopatologia dei disturbi alimentari. Malgrado le osservazioni cliniche, manca tuttora una letteratura scientifica sistematica sul tema.

Si è pertanto valutato in un campione clinico di 150 pazienti affette da disturbo alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata) consecutivamente ricoverate presso il Reparto di Riabilitazione dei Disturbi Alimentari, San Raffaele Turro, Milano. A tutte le pazienti sono state somministrate la General Self-Efficacy Scale e la Perfectionistic Self-Presentation Scale.

Tra i risultati più interessanti ottenuti va segnalata la correlazione tra elevati livelli di perfezionismo di auto-presentazione e bassi livelli di autoefficacia, senza differenze tra i diversi sotto-tipi diagnostici.

P166. PTSD e comorbidità psichiatrica dopo incidente stradale: uno studio pilota nel Friuli Venezia Giulia

I. Rossetto, G. Commodari, A. Catalan, D. Carlino, A. Aguglia, M. DeVanna

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

Il trauma stradale, indipendentemente dalla gravità, rappresenta la prima causa di stress nella popolazione adulta maschile statunitense con importanti implicazioni in termini di spesa sanitaria legata allo sviluppo di disturbi psichiatrici correlati.

Sulla base di queste evidenze, l'obiettivo dello studio è stato valutare l'incidenza di PTSD, disturbi depressivi e d'ansia su individui, reclutati tramite i registri regionali INAIL, coinvolti in incidenti stradali nel periodo marzo 2006-marzo 2008. Sono stati inclusi nello studio 32 soggetti tra i 18 e i 65 anni, valutati con una batteria testistica costituita da: CAPS-DX (Clinician-Administered PTSD Scale), PCL (PTSD check list), BDI (Beck Depression Invent.), STAI (State-Trait Anxiety Invent.), TAQ (Travel Anxiety Quest.), MWA (Motor Vehicle Accident).

L'analisi dei dati rileva che il 20% dei soggetti ha sviluppato PTSD e che sussiste una correlazione significativa ($p < 0,05$) tra diagnosi di depressione di grado moderato-grave ($BDI > 20$) e PTSD ($PCL > 44$). Inoltre, i fattori significativamente correlati con il numero dei giorni di assenza dal posto di lavoro sono costituiti dalla percezione di disagio soggettivo e dalla dimensione di iperarousal. Emerge quindi la necessità di una attenta valutazione del quadro psichico dopo incidente stradale, al fine di ridurne l'impatto socio-sanitario anche in termini di morbilità.

P167. Indagine/ricerca sulla ortorexia nervosa

G. Rossi, G. Lupo Pulcino

ASL Caserta 1

Introduzione: con il termine di *ortorexia nervosa* si intende un nuovo tipo di disordine alimentare che vede le persone ossessionate dalla ricerca per i cibi "buoni", con una eccessiva attenzione per la "qualità" del cibo piuttosto che per la "quantità" (come avviene per anoressia e bulimia).

Obiettivi/metodi: somministrazione del Test ORTO 15 (Donnini) a circa 200 persone di età compresa tra 18 e 50 anni e, contestualmente, ricerca anamnestica di concomitanti patologie della sfera psichica e metabolica.

Risultati: il 71,4% (risposta 6 Orto 15) delle persone è disposto a spendere di più per avere un cibo salutare. Il 73% (risposta 12 Orto 15) delle persone considera che il mangiar "sano" migliori il proprio aspetto. L'85,1% (risposta 14 Orto 15) delle persone pensa che nei supermercati "non" vi siano cibi salutari. > 50% degli intervistati ritiene che il pensiero del cibo non lo preoccupi, evidenziando "disattenzione" e "disinformazione" per

la propria alimentazione. Numero 15 persone degli intervistati presentano una diagnosi di ortorexia nervosa. Numero 22 persone ne segnalano potenzialmente il problema.

Conclusioni: l'integrazione tra medicina di base e psichiatria è stata utilizzata per definire "l'entità" del problema "ortorexia nervosa" nella popolazione generale, onde valutare la prevalenza del disturbo e delle comorbidità correlate e la necessità di porre una attenta informazione sull'educazione alimentare.

Bibliografia

Donnini et al. *Orto 15 Test*. Roma: Facoltà Scienze Alimentari, Sapienza Università 2004-2005.

Bratman S. *The Health Food Junkie* 2003.

P168. Psicoterapia dinamica breve vs. farmacoterapia nel trattamento del disturbo depressivo maggiore

G. Rosso, C. Crespi, B. Martini, G. Maina

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

Introduzione e scopo: negli ultimi anni è stata data un'importanza maggiore al ruolo della psicoterapia dinamica breve (BDT) nel trattamento dei disturbi depressivi^{1,2}. La BDT si caratterizza per specifici elementi tecnici: il limite temporale che viene stabilito in partenza, la definizione di un focus su cui verterà il lavoro psicoterapeutico e l'atteggiamento attivo del terapeuta.

Sono pochi gli studi che mettono a confronto il trattamento farmacologico vs. un intervento psicoterapico in monoterapia nel disturbo depressivo maggiore (DDM)³. La maggior parte dei dati che emerge dalla letteratura considera il trattamento con psicoterapia cognitivo-comportamentale o psicoterapia interpersonale. Per quanto concerne la BDT in monoterapia, solo un recente studio riporta che l'intervento con BDT confrontato con un trattamento farmacologico con fluoxetina ha un'efficacia confrontabile in acuto nella riduzione dei sintomi nel DDM di grado lieve o moderato⁴. Il presente studio si propone di confrontare l'efficacia della BDT a quella della farmacoterapia con SSRI nel curare e prevenire le ricadute del DDM in pazienti al primo episodio.

Materiali e metodi: il nostro campione è formato 30 da pazienti ambulatoriali afferenti al servizio per i disturbi depressivi e d'ansia con diagnosi di DDM, episodio singolo (secondo il DSM-IV-TR) di grado lieve o moderato ($HAM-D \leq 24$). All'interno di questo gruppo, sono stati confrontati i pazienti che hanno ricevuto solo trattamento farmacologico con i pazienti trattati con psicoterapia dinamica breve. A tutti i soggetti sono state somministrate le seguenti scale ad inizio trattamento (T_1): HDRS, HARS, CGI. Entrambi i gruppi sono stati rivalutati con le medesime scale a 3 mesi dall'inizio del trattamento (T_2),

alla fine dell'intervento (T₃), al follow-up a 6 mesi (T₄).

Risultati: i due trattamenti hanno dimostrato pari efficacia nella fase acuta in termini sia di numero di responder che di riduzione dei sintomi. Sono in corso di valutazione i risultati relativi alla fase di continuazione (follow-up a 6 mesi).

Conclusioni: nei casi di depressione lieve o moderata l'intervento psicoterapico breve e focale, in cui il terapeuta riveste un ruolo attivo, è in grado di apportare un miglioramento sintomatologico pari a quello ottenuto con la farmacoterapia antidepressiva. Un limite dello studio è la scarsa numerosità del campione.

Bibliografia

- 1 Maina G, Forner F, Bogetto F. *Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders*. *Psychoter Psychosom* 2005;74:43-50.
- 2 Maina G, Rosso G, Crespi C, Bogetto F. *Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study*. *Psychoter Psychosom* 2007;76:298-305.
- 3 Imel E, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. *A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia*. *J Affect Dis* 2008;110:197-206.
- 4 Salminen JK, Karlsson H, Hietala J, Kajander J, Aalto S, Markkula J, et al. *Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomised comparative study*. *Psychother Psychosom* 2008;77:351-7.

P169. L'ortoressia è un disturbo psichiatrico?

C. Segura García, F. Caglioti, L. Iozzo, A. Barberi, F. Corasaniti, D. Chiodo, M. Sirianni, P. Gentile, P. Rizza, F. Sacco

Cattedra UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Università Magna Graecia di Catanzaro

Introduzione: l'ortoressia, ossessione per i cibi sani, è una nuova entità clinica a ponte tra DCA e DOC.

Se nell'anoressia la dieta esprime la volontà di perdere peso, nell'ortoressia lo scopo è prevenire l'insorgenza di patologie evitando cibi "tossici", ma l'ossessione per il cibo, i rituali e le compulsioni la accomunano al DOC.

Metodi: sono stati somministrati ad un gruppo di sportivi: ORTO-15; EDI-2; BUT; EAT-26; YBOC-S.

Risultati: il campione è costituito da 167 soggetti (35,5% F; 64,5% M; età m 23,4 ± 7,4), di cui il 45,8% sportivi professionisti (M > F; X² = 27,16; P =,001).

Il punteggio medio all'ORTO-15 è di 36,6 ± 4,25, e l'80% dei soggetti supera il cut-off di 40. Non vi sono associazioni tra ORTO-15, sesso, livello di esercizio e tipo di sport.

I punteggi di EAT-26, EDI-2 e BUT non risultano patologici, ma i soggetti positivi all'ORTO-15 hanno punteggi superiori alla EAT-26 e alla YBOC-S.

Tabella I. Correlazioni tra ORTO-15 e EAT26, EDI2 e YBOCS-ED.

	ORTO-15
Dieta previa	*-0,156
Dieta attuale	*-0,179
EAT26 FP	*-0,18
EAT26 DIE	***-0,263
EAT26 T	***-0,246
IM	*-0,202
YBOC-P	** -0,315
YBOC-R	** -0,267
*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001	

Nei soggetti con valori all'ORTO-15 ≤ 35, i rituali e le preoccupazioni sono statisticamente più numerosi al Chi-quadro.

Vi è correlazione tra valori dell'ORTO-15 e: dieta, EAT-26, scala IM dell'EDI-2, YBOC-S nelle dimensioni ossessioni e compulsioni rispetto a dieta, eliminazione, esercizio fisico, peso e controllo somatico (Tab. I).

Conclusioni: nel campione, l'ortoressia è associata al DOC ed è più frequente tra gli sportivi professionisti, indipendentemente dal tipo di sport, ha un forte legame con gli aspetti patologici della dieta, anche se mancano le alterazioni somatiche tipiche dei DCA.

Bibliografia

- Bratman S, Knight D. *Health food junkies*. New York: Broadway Books 2000.
- Kummer A, Dias FM, Teixeira AI. *On the concept of orthorexia nervosa*. *Scand J Med Sci Sports* 2008;18:395-6.
- Catalina Zamora MI, Bote Bonaachea B, García Sánchez F, Rios Rial B. *Orthorexia nervosa: a new eating behaviour disorder?* *Acta Esp Psiquiatr* 2005;33:66-8.

P170. Relazione dose-effetto tra eventi stressanti e psicopatologia nell'anoressia e nella bulimia nervosa

M. Soave, V. Lettieri, D. Degortes, A. Favaro, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: sebbene numerose ricerche abbiano studiato la relazione tra stress ed insorgenza dei disturbi alimentari in termini di frequenza, gravità e tipologia degli eventi stressanti (ES), pochi studi hanno finora indagato la relazione dose-effetto tra il numero degli ES e la gravità della psicopatologia in soggetti con disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Metodi: lo studio ha coinvolto 1070 soggetti giunti al

nostro Centro per i DCA, di cui 214 soggetti (29,3%) con diagnosi di anoressia nervosa di tipo restrittivo (AN-R), 139 soggetti (13%) con diagnosi di anoressia nervosa di tipo bulimico-purgativo (AN-BP) e 617 soggetti (57,7%) con diagnosi di bulimia nervosa (BN). Tutti i soggetti sono stati esaminati in relazione alla presenza di eventi stressanti e alle caratteristiche psicopatologiche.

Risultati: in tutti e tre i gruppi diagnostici, i soggetti che hanno riportato più di tre eventi stressanti nei 6 mesi precedenti l'esordio del disturbo alimentare hanno riportato una maggiore gravità psicopatologica, in particolare in relazione ad ansia e depressione.

Inoltre il numero più alto di ES è associato con una maggiore gravità della patologia alimentare nei soggetti con bulimia nervosa e nei soggetti con anoressia di tipo restrittivo.

Conclusioni: gli ES antecedenti ai disturbi alimentari possono modulare le manifestazioni cliniche e psicopatologiche presentate dalle pazienti con DCA. La presenza di eventi stressanti risulta dunque un fattore importante da considerare nella valutazione e nel trattamento di pazienti con disturbo del comportamento alimentare.

P171. Prevalenza e significato clinico dei sintomi dissociativi in pazienti ambulatoriali

R. Sperandeo, S. Amura, V. Cioffi, F. Perris, P. Cozzolino, G. Caiazzo, V. De Santis

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Un numero notevole di ricerche dimostra che i fenomeni dissociativi sono strettamente correlati ai disturbi d'ansia e che la loro presenza caratterizza uno specifico sottogruppo di pazienti con una prognosi più grave. Lo studio si è proposto di analizzare: 1) la frequenza dei fenomeni dissociativi; 2) il rapporto tra le manifestazioni dissociative e le caratteristiche cliniche e socio-demografiche nei soggetti inclusi nello studio. Ai 150 pazienti ambulatoriali inclusi sono state somministrate la Mini International Psychiatric Interview (MINI) e la Dissociative Experiences Scale (DES). Le diagnosi di asse I più frequenti sono: il disturbo depressivo maggiore (58%), la distimia (19%), il disturbo da attacchi di panico (30%), il disturbo d'ansia generalizzato (38%) e il disturbo ossessivo-compulsivo (11%). I pazienti sono stati confrontati con un gruppo di controllo costituito da soggetti che non presentavano disturbi di asse I. Il 90% dei soggetti esaminati e l'80% dei soggetti del gruppo di controllo presentava sintomi dissociativi. Tuttavia, solo il 4% del campione ha ottenuto un punteggio alla DES > 30, indicativo della presenza di un disturbo dissociativo. Le manifestazioni dissociative risultavano essere più gravi nei pazienti con disturbi di asse I rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, i sintomi dissociativi sono risultati più invalidanti nei soggetti che presentavano 3 o più

diagnosi di asse I e nel sottogruppo di pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo. I risultati dello studio evidenziano un'elevata frequenza di sintomi dissociativi sia tra i soggetti affetti da disturbi di asse I sia tra i soggetti di controllo. La gravità delle esperienze dissociative è positivamente correlata al numero di diagnosi di asse I presenti in comorbilità. Il gruppo di soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo sembra essere caratterizzato da manifestazioni dissociative più gravi e specifiche rispetto ai gruppi di soggetti affetti da altre disturbi di asse I.

P172. Fattori predittivi di recidive in pazienti che accedono in Pronto Soccorso per un tentativo di suicidio. Uno studio longitudinale a 12 mesi

E. Tarolla, C. Scicchitano, M. Caredda, G. Matteucci, L. Tarsitani, M. Biondi

DAI Salute Mentale, Sapienza Università di Roma, Policlinico di Roma Umberto I

Introduzione: tra le strategie per la prevenzione del suicidio un ruolo importante è rivestito dal follow-up di individui che abbiano effettuato almeno un tentativo di suicidio (TS) ¹. Un pregresso TS rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per ulteriori TS e suicidi ². Il periodo di tempo più critico per nuovi tentativi di suicidio è entro 1 anno dal primo TS, con rischio massimo entro i primi mesi dal gesto ³. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare i fattori predittivi di esito clinico (ricovero in SPDC vs. dimissione) e di ricadute in una popolazione di pazienti giunta al Pronto Soccorso per un TS.

Metodi: sono stati reclutati tutti i pazienti giunti al DEA del Policlinico Umberto I in seguito ad un TS da marzo 2007 ad agosto 2008. I soggetti hanno firmato un consenso informato scritto per la partecipazione al protocollo di ricerca. Sono state compilate una scheda di raccolta dei dati del soggetto per la valutazione di eventuali fattori di rischio sociodemografici e clinici per suicidio e la Intent Score Scale (ISS) per la valutazione dell'intenzionalità suicidaria. I pazienti sono stati poi rivalutati tramite 3 interviste telefoniche a distanza di 1 mese, 6 mesi e 1 anno dal reclutamento. I dati sono stati valutati con il test t per campioni indipendenti, il test χ^2 e l'analisi della regressione di Cox.

Risultati: sono stati reclutati 50 pazienti. Di questi, 37 sono stati rivalutati a 1 mese, 18 a 6 mesi e 14 a 1 anno.

Le medie dei punteggi delle sottoscale "Considerazioni soggettive" ($5,5 \pm 2,5$ vs. $3,7 \pm 2,6$; $p = 0,013$), "Rischio" ($2,0 \pm 1,0$ vs. $1,2 \pm 1,2$; $p = 0,013$) e quella del punteggio totale della ISS ($11,3 \pm 4,7$ vs. $8,0 \pm 4,3$; $p = 0,013$) sono risultate significativamente più alte nei pazienti ricoverati in SPDC rispetto a quelli dimessi alla fine della consulenza psichiatrica (Fig. 1).

Sette pazienti (18,4%) hanno effettuato almeno un nuovo TS durante tutto l'arco di tempo osservato. Di questi,

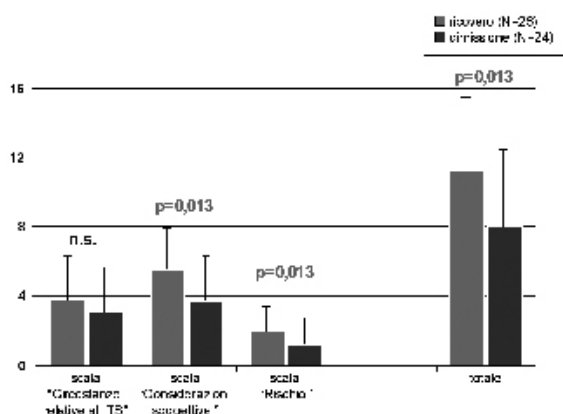


FIGURA 1. Punteggi medi delle tre sottoscale e punteggio totale della Intent Score Scale in pazienti ricoverati in SPDC e dimessi dopo la consulenza

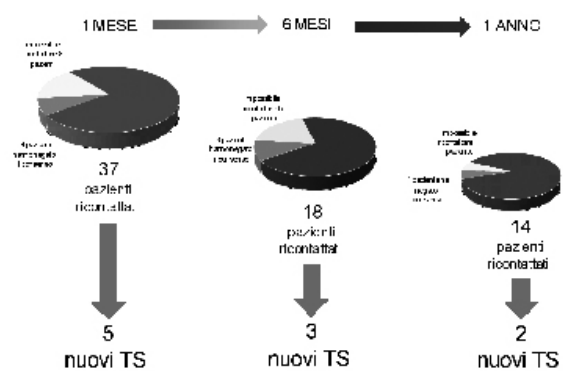


FIGURA 2. Pazienti ricontattati a 1 mese, 6 mesi e 1 anno e nuovi TS.

5 (13,1% del campione) hanno effettuato almeno un nuovo tentativo di suicidio dopo 1 mese (Fig. 2). L'80% dei pazienti che hanno commesso ulteriori TS entro 1 mese ($p = 0,0001$), il 100% di quelli che hanno commesso ulteriori TS tra 1 e 6 mesi ($p = 0,009$), e il 50% di quelli che hanno commesso ulteriori TS tra 6 mesi e 1 anno (n.s.), è risultato essere disoccupato o sottoccupato.

La sottoscala "Circostanze relative al tentativo di suicidio" della ISS è risultata capace di predire in maniera significativa ($p = 0,05$; OR = 2,027; CI = 0,883-4,656) il tempo tra il primo ed un ulteriore TS, con un alto punteggio nel caso di un breve intervallo.

Conclusioni: la Intent Score Scale e la condizione occupazionale dei pazienti che effettuano un TS potrebbero rappresentare un valido ausilio nell'individuare quelli a maggiore rischio di ricadute entro 1 anno.

Bibliografia

- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. *Suicide prevention strategies: a systematic review.* JAMA 2005;294:2064-74.
- Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis.* Br J Psychiatry 1997;170:205-28.
- Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. *Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study.* Am J Psychiatry 2005;162:297-303.

P173. La corteccia cerebrale nei pazienti con disturbo post-traumatico da stress (DPTS)

M. Tavanti, F. Borgogni, L. Bossini, S. Calossi, D. Marino, G. Vatti, F. Fanetti, F. Pieraccini, M. Battaglini, N. De Stefano, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Sezione di Neurologia, Dipartimento di Neurologia e Scienze del Comportamento, Università di Siena

Introduzione: studi di neuroimaging su soggetti con DPTS hanno focalizzato la loro attenzione su strutture limbiche (ippocampo e amigdala) ¹ mentre maggiore attenzione andrebbe posta sull'intera struttura cerebrale ed in particolar modo la corteccia cerebrale.

Scopo del presente studio è stato comparare strutture corticali cerebrali fra soggetti con DPTS e controlli sani.

Metodi: sono stati selezionati 20 soggetti drug-naïve con singola diagnosi di DPTS e 20 soggetti sani appaiati per sesso, età e scolarità, ed entrambi i gruppi sono stati sottoposti a risonanza magnetica. In automatico sono state effettuate le misurazioni delle aree cerebrali, ossia la corteccia (divisa nei vari lobi), l'insula e il giro del cingolo anteriore e posteriore. Nei soggetti con DPTS la gravità del disturbo è stata valutata con la Clinician Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS).

Risultati: il t-test è stato utilizzato per valutare le differenze fra i volumi cerebrali. I risultati hanno mostrato che il volume della materia grigia ($t = 2,66$; $df = 38$; $p = ,011$) e della grigia corticale ($t = 2,46$; $df = 38$; $p = ,019$) era più piccolo nei soggetti con DPTS rispetto ai controlli. Le differenze significative erano localizzate nel lobo frontale ($t = 2,45$; $df = 38$; $p = ,019$), nel lobo occipitale ($t = 2,97$; $df = 39$; $p = ,005$) e nella corteccia del giro del cingolo posteriore ($t = 2,29$; $df = 38$; $p = ,028$). Non sono state trovate differenze significative nei lobi temporale ($t = 1,75$; $df = 38$; $p = ,087$) e parietale ($t = 1,80$; $df = 38$; $p = ,079$), nell'insula ($t = 1,76$; $df = 38$; $p = ,086$) e nel giro del cingolo anteriore ($t = -0,93$; $df = 38$; $p = ,35$). Non sono state trovate correlazioni fra volumi cerebrali e variabili cliniche.

Conclusioni: dai risultati sopra descritti si evince che i pazienti con DPTS presentano delle alterazioni cerebrali più globali di quanto creduto fino ad oggi. Questi dati suggeriscono di esaminare più in dettaglio le strutture cerebrali coinvolte nella patofisiologia del DPTS ed in particolar modo le aree sensoriali.

Bibliografia

- ¹ Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dörfel D, Rohleder N, Werner A. *A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD.* Neurosci Biobehav Rev 2006;30:1004-31.

P174. Complicanze perinatali ed alterazioni cognitive nei disturbi del comportamento alimentare: uno studio su un campione di sorelle sane

F. Titton, E. Tenconi, D. Degortes, R. Bosello, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: i disturbi del comportamento alimentare (DCA) hanno una origine multifattoriale, ma ancora poco è noto circa come questi fattori interagiscono l'uno con l'altro. Numerosi dati suggeriscono che una alterazione del neurosviluppo può essere una via patogenetica (Favaro et al., 2006). Lo scopo dello studio è valutare complicanze perinatali ed il funzionamento cognitivo in soggetti con DCA, nelle loro sorelle sane e in un gruppo di controllo.

Materiali e metodi: i soggetti sono: 73 pazienti con DCA, 72 sorelle sane e 120 controlli. Di tutti i soggetti si dispone dei dati perinatali. In un sottogruppo di soggetti sono state valutate alcune funzioni esecutive (Wisconsin, Rey Figure, Iowa Gambling Test).

Risultati: il gruppo DCA presenta, rispetto ai controlli, un maggior numero di complicanze perinatali, in particolare complicanze gravidiche, ipossia ed immaturità alla nascita. Le pazienti inoltre presentano un maggior deficit cognitivo. Le sorelle sane, pur rappresentando un gruppo ad alto rischio genetico per DCA, non si differenziano dai controlli per quanto riguarda le complicanze perinatali. Le sorelle sane inoltre anno punteggi ai test neurocognitivi che si pongono in una posizione intermedia tra i soggetti con DCA e i controlli.

Discussione: i fattori genetici che aumentano il rischio per sviluppare i DCA non sembrano essere implicati nell'aumento del rischio di fattori perinatali. I deficit nelle funzioni esecutive che abbiamo utilizzato potrebbero rappresentare possibili endofenotipi per i DCA.

P175. Polimorfismo 385C-A della FAAH nel Binge Eating Disorder

A. Tortorella, P. Monteleone, C. Di Filippo, B. Canestrelli, G. Esposito, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Recentemente è stata evidenziata un'associazione tra l'obesità ed un polimorfismo a singola base (SNP) in posizione 385 (cDNA 385C-A) del gene che codifica per l'enzima chiave nella degradazione degli endocannabinoidi, l'idrolasi delle amidi degli acidi grassi (FAAH).

Abbiamo valutato la distribuzione dello SNP 385C-A in 115 pazienti affetti da Binge Eating Disorder (BED) sovrappeso/obese, in 74 pazienti obese non-BED e in 110 soggetti normali.

Rispetto ai soggetti sani il gruppo di soggetti affetti da BED e quello degli obesi non-BED hanno presentato una frequenza significativamente maggiore del genotipo CA e dell'allele A dello SNP 385C-A del gene FAAH. Inoltre tale SNP è risultato correlato significativamente alla presenza di sovrappeso/obesità ($F(2, 296) = 3,58, p = 0,02$), ma non alla presenza di BED ($F(2, 296) = 0,98; p = 0,3$). Il nostro studio conferma i risultati precedentemente pubblicati sulla maggiore presenza dell'allele A del SNP 385C-A della FAAH in soggetti sovrappeso/obesi e per la prima volta dimostra che non esiste alcuna significativa associazione con il BED.

P176. Polimorfismo 3111T/C del gene clock in soggetti con anoressia e bulimia nervosa

A. Tortorella, P. Monteleone, D. Perillo, M. Di Genio, B. Canestrelli and M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

I disturbi del comportamento alimentare (DCA), sono caratterizzati da una alterazione dei ritmi circadiani tanto del comportamento alimentare quanto degli ormoni endogeni, di conseguenza, è possibile ipotizzare un ruolo dei geni regolatori dei ritmi circadiani, quali i geni CLOCK, nella vulnerabilità biologica ai DCA.

Per studiare tale possibilità abbiamo valutato il polimorfismo 3111T/C del gene CLOCK in 150 pazienti di sesso femminile di razza caucasica (60 di loro presentavano una diagnosi di AN e 91 la diagnosi di BN secondo il DSM-IV) e 90 soggetti sani appaiati.

Nei soggetti affetti da AN e BN che presentavano almeno un allele C sono stati evidenziati livelli del peso corporeo inferiori rispetto a quelli con genotipo T/T.

In conclusione, i nostri risultati indicano che il polimorfismo 3111T / C del gene CLOCK non rappresenta un importante fattore di vulnerabilità per AN e BN, ma sembra predisporre le pazienti ad una perdita del peso corporeo maggiore nel corso della loro malattia.

P177. Anoressia nervosa in adolescenza e alterazioni medico-internistiche in un campione clinico

E. Totaro¹, A. Carano^{1,2}, D. De Berardis^{1,3}, P. Falcone¹, G. Aiello¹, M.T. Guagnano⁴, F. Gambi¹, G. Sepede¹, A. Pizzorno³, N. Serroni³, F.S. Moschetta³, R.M. Salerno¹, F.M. Ferro¹

¹ Dipartimento Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti;

² Dipartimento di Salute Mentale ASUR Zona 8, Civitanova Marche; ³ Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Teramo; ⁴ Responsabile Centro Regionale per la Cura dell'Obesità, Università "G. D'Annunzio" Chieti

Introduzione: la valutazione clinica e il monitoraggio dei parametri fisici è parte integrante del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) e il progressivo abbassarsi dell'età di esordio di questi ha determinato una diversa attenzione al riconoscimento dei segni/sintomi precoci di malattia.

Scopi: obiettivo del nostro studio è stato quello di svolgere presso il Centro per la Cura dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti, una valutazione retrospettiva degli aspetti clinici, ematochimici e strumentali più significativi di due gruppi di pazienti affette da un DCA conclamato, suddivise in funzione dell'età di esordio della fenomenica alimentare alterata. Particolare attenzione è stata posta anche agli aspetti ematochimici e cardiologici, precoci indicatori di scompenso e/o possibili fattori predittivi di complicanze. Abbiamo pertanto esaminato i dati clinici di 33 pazienti afferenti al nostro Centro, affette da anoressia restricta e/o da anoressia con condotte bulimiche ad esordio prima dei 16 anni di età (16 soggetti) e dopo (17 soggetti). Sono stati presi in esame i dati biometrici, ematochimici (emocromo, elettroliti, funzione epatica e renale, proteine totali, protidogramma, prot. leg. Retinolo, prealbumina, AGA, EMA, metab. Ca-P) e strumentali (P.a, ECG, ECG-Holter, Eco addome e pelvi) e confrontati con quelli di un gruppo di controllo senza DCA, omogeneo per età e sesso ai due gruppi clinici, costituito da 36 unità.

Risultati: dall'analisi dei risultati emergono alcuni aspetti di diversità di manifestazioni dei quadri clinici a confronto: nel gruppo dei soggetti con DCA ad insorgenza < a 16 anni le condizioni cliniche generali appaiono complessivamente più "gravi" rispetto al gruppo delle pazienti con DCA con esordio più tardivo ($p < 0,025$) e rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,001$). Nello specifico la tendenza alla disidratazione e alla malnutrizione si presentavano come più rapide e difficili da trattare. Dalla valutazione dei parametri ematochimici emergeva emblematica l'incidenza di leucopenia (in particolare neutropenia), elevazione dei valori della prot. Leg. Retinolo, anemia, disproteidemia e alterazioni elettrolitiche, dati sovrapponibili nei due gruppi clinici ma significativamente più alterati rispetto al gruppo controllo ($p < 0,001$). Gli aspetti cardiologici hanno messo in evidenza una maggiore incidenza di alterazioni all'ECG nei pazienti con DCA ad esordio < a 16 anni mostrando in 3 soggetti (9%) un incremento della durata dell'intervallo del QT-c.

Conclusioni: alla luce di questi risultati emerge la necessità di una attenta valutazione di parametri ematochimici e strumentali già da fasi precocissime di un disturbo alimentare. La tempestività del riconoscimento di alterazioni metaboliche può difatti limitare l'insorgenza dell'aggravarsi di quadri clinici che soprattutto nelle prime epoche adolescenziali risentono in misura maggiore di disidratazione, disproteidemia, minor percentuale di riserve del grasso corporeo e di alterazioni cardiologiche.

Inoltre un intervento precoce e puntuale deve iscriversi necessariamente in una prevenzione degli effetti della malnutrizione in un organismo ancora in fase di crescita e di sviluppo.

Bibliografia

- 1 Golden NH, Meyer W. *Nutritional rehabilitation of anorexia nervosa. Goals and dangers.* Int J Adolesc Med Health 2004;16:131-44.
- 2 Abraham SF, Pettigrew B, Boyd C, Russell J, Taylor A. *Usefulness of amenorrhoea in the diagnoses of eating disorder patients.* J Psychosom Obstet Gynaecol 2005;26:211-5.

P178. Ansia di stato e di tratto nei pazienti sottoposti ad esame endoscopico

A. Virzì, G. Previti, C. Guglielmino, M. Signorelli, S. Dipasquale, O. Bianchini, E. Aguglia

Clinica Psichiatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania

Introduzione: l'importanza degli esami di screening per la diagnosi precoce, pur potendo comportare effetti psicologici negativi come ansia e depressione, è stata dimostrata da diversi studi.

Obiettivi: questo studio valuta la presenza di ansia di stato e di tratto e di depressione nei pazienti sottoposti ad esami endoscopici (EGDS e colonscopia), in relazione ai sintomi presentati e al referto diagnostico.

Materiale e metodi: sono stati intervistati 400 pazienti in attesa dell'esame endoscopico. Sono stati utilizzati i test STAI-T e STAI-S e il test HAM-D.

Risultati: si è evidenziato che i livelli maggiori di ansia si hanno nei pazienti che si sottopongono per la prima volta all'esame sia come screening in assenza di sintomi, che come approfondimento diagnostico. Livelli minori si hanno nei pazienti che eseguono follow-up. Un dato significativo è rappresentato dall'evidenza che spesso la gravità dei sintomi e i livelli di ansia non coincidono con la gravità del referto. Le alterazioni dell'umore non appaiono in relazione all'esame che i pazienti devono affrontare.

Conclusioni: il riscontro di alti livelli di ansia nei soggetti sottoposti ad esame endoscopico, in relazione sia all'invasività dell'esame che all'incertezza del referto, rende necessaria una maggiore attenzione verso questo aspetto generalmente sottovalutato. Può essere utile, a tal fine, un approccio al paziente più attento alle problematiche psicologiche per prevenire l'insorgenza di specifiche patologie psichiatriche.

P179. Autostima esplicita ed implicita in soggetti con disturbo del comportamento alimentare

T. Zanetti, F. Marchiorello, L. Arcuri*, A. Favaro, P. Santonastaso

*Dipartimento di Neuroscienze, * Dipartimento di Psicologia, Università di Padova*

Introduzione: l'autostima ricopre un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento di un disturbo del comportamento alimentare (DCA). Pazienti con anoressia nervosa e bulimia riportano livelli di autostima tendenzialmente bassi e si ipotizza che l'autostima nelle pazienti migliori in fase di guarigione. Il presente lavoro si propone di confrontare i livelli di autostima esplicita ed implicita in soggetti con diagnosi di DCA in trattamento ambulatoriale e di verificare come questo costruito si modifichi in fase di guarigione.

Materiale e metodi: ad un campione di 65 soggetti è stata somministrata la Rosenberg Self Esteem Scale (RSE) come misura di autostima esplicita e l'Implicit Association Test (IAT) per la valutazione dell'autostima implicita. È stata valutata la distribuzione dei punteggi

dello IAT e della RSE relativamente all'indice di massa corporea (IMC). È stato inoltre considerato il giudizio del terapeuta sulla situazione clinica della paziente al momento della ricerca.

Risultati: le due misure di autostima risultano tra loro correlate e l'indice di correlazione aumenta relativamente al tempo della presa in carico. Le pazienti in guarigione si autoattribuiscono valori significativamente più positivi sia dei soggetti con caratteristiche cliniche di tipo anoressico sia dei soggetti con caratteristiche cliniche di tipo bulimico-purgativo. I punteggi dello IAT indicano come all'aumentare dell'IMC aumentino i livelli di autostima. Rispetto alle tre situazioni di giudizio del terapeuta (migliorata, invariata e peggiorata) emerge una tendenza dei livelli di autostima implicita ed esplicita a migliorare al migliorare delle valutazioni.

Conclusioni: le pazienti in guarigione presentano livelli di autostima significativamente più alti delle pazienti con un'attuale diagnosi di anoressia o bulimia (sindromi complete o parziali). Nel trattamento dei DCA il miglioramento sintomatologico influisce positivamente su un importante aspetto psicologico come la stima di Sé.

VENERDÌ 13 FEBBRAIO 2008 – ORE 13,20-15,20

SALA: POSTERS SESSION

TERZO GRUPPO

Alessitimia; Psicopatologia stress relata; Psichiatria di consultazione; Disturbi psichiatrici associati a disturbi somatici; Disturbi neuropsichiatrici

P180. Correlati biologici nella comorbidità tra depressione e fibromialgia

A. Aguglia, G. Commodari, I. Rossetto, M. De Vanna, E. Aguglia*

*Clinica Psichiatrica, Università di Trieste; * Clinica Psichiatrica, Università di Catania*

Le evidenze scientifiche dimostrano una correlazione tra la fibromialgia (FM) e i disturbi dell'umore, in particolare depressivi. Nella patogenesi dei sintomi affettivi giocano un ruolo rilevante i trasportatori della 5HT (SERT) e delle MAO (VNTR), il cui funzionamento è condizionato dalle varianti alleliche dei polimorfismi. Lo scopo dello studio è stato valutare i polimorfismi del SERT e delle MAO in pazienti con FM. Sono stati reclutati, nel periodo settembre-dicembre 2007, 30 soggetti (M/F = 1/29) con diagnosi di FM secondo i criteri dell'American College of Rheumatology, e sottoposti ad un'intervista semistrutturata e scale di va-

lutazione: Hamilton Rating Depression Scale (HRDS), Visual Analogic Scale (VAS) e Quality of Life (QoL); è stata eseguita la genotipizzazione mediante brushing buccale.

Risultati: non è stata riscontrata una correlazione significativa tra polimorfismi e sintomi algici ($p=0,77$) o affettivi ($p=0,771$), mentre, in accordo con la letteratura, è stata evidenziata una comorbidità tra FM e depressione nel 60% dei soggetti. In tutti i pazienti sono stati riscontrati life events di rilievo nei 24 mesi antecedenti alla diagnosi di FM.

Emerge una correlazione positiva (test di Spearman) tra la HRSD e la VAS ($p < 0,01$, $\rho = 0,454$), una negativa tra HRSD e QoL ($p < 0,01$, $\rho = -0,423$) e nessuna tra VAS e QoL.

Il test di Mann-Whitney evidenzia che punteggi HRSD > 14 , soglia per diagnosi di depressione, si associano a valori VAS più alti ($p = 0,039$) e QoL più bassi ($p = 0,062$).

P181. Vallo nevrotico e vallo psicotico dell'MMPI-2: fattori di rischio per cefalea o indicatori di disturbo psichiatrico?

S. Anastasi, G. De Giorgio, B. Gallai*, G. Coppola**, C. Firenze

*Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, * Ricercatore Neuropsichiatria Infantile, Università di Perugia; ** Dipartimento di Neurologia e Otorinolaringoiatria, Sapienza Università di Roma*

Introduzione: diversi studi su pazienti cefalalgici rilevano un'alta comorbidità psichiatrica (disturbi d'ansia e dell'umore). Meno uniformi sono i dati sulla personalità, sebbene dalle valutazioni con MMPI-2 si evidenzino alterazioni nelle scale Hs, D ed Hy.

Obiettivo: valutare se ci sia un profilo di personalità caratteristico dei pazienti cefalalgici e se questo sia correlato con il dolore o con il disturbo psichiatrico.

Materiali e metodi: 75 pazienti cefalalgici (53 , 22 ; età media 37,97; DS 11,88) suddivisi in soggetti con e senza comorbidità psichiatrica (DSM-IV-TR) sono stati confrontati con controlli sani. Il profilo di personalità è stato definito con MMPI-2.

Risultati: il profilo MMPI-2 di pazienti cefalalgici senza comorbidità psichiatrica non presenta differenze significative rispetto ai controlli sani, mentre quello dei cefalalgici con comorbidità psichiatrica (affetti da depressione o da disturbo algico) si caratterizza per il "vallo nevrotico". Tale condizione si presenta isolatamente nei pazienti con depressione maggiore, mentre si associa ad alti punteggi nella scala Si (introversione sociale) nei pazienti con disturbo algico. I pazienti con comorbidità psichiatrica che presentano alterazioni nelle scale del "vallo psicotico" sono più frequentemente affetti da disturbo algico (DA).

Conclusioni: il "vallo nevrotico" caratterizza i pazienti con comorbidità psichiatrica e quando associato ad elevati punteggi nella scala Si definisce un sottotipo di pazienti con DA.

P182. Predittori di outcome psicosociale in pazienti affetti da dolore cronico. Il ruolo dell'accettazione e dell'impegno

O. Bernini, C. Berrocal, T. Pennato, F. Cosci, M. Guazzelli

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

Obiettivo: l'obiettivo dello studio è stato esplorare se *impegno* e *accettazione*, misurati rispettivamente dall'"Activity Engagement" (AE) e dal "Pain Willingness" (PW) del Chronic Pain and Acceptance Questionnaire (CPAQ) sono predittori di outcome psicosociale in pazienti affetti da dolore cronico.

Metodi: 120 pazienti afferenti consecutivamente ad un

centro per il trattamento del dolore cronico sono stati valutati. AE e PW sono stati misurati con il CPAQ (McCracken et al. 2004; Italian version of Bernini et al. 2008). Inoltre sono state somministrate HADS, BASIS-32, PASS-20, l'item 5 del EQ-5D.

Risultati: l'analisi di regressione gerarchica, controllando per intensità e durata del dolore, e per altre variabili sociodemografiche, ha indicato che *l'accettazione* del dolore non è un predittore di outcome psicosociale, mentre *l'impegno* predice la depressione, l'ansia, la difficoltà nel funzionamento nella vita quotidiana, il benessere e la qualità di vita.

Conclusioni: il dolore cronico non è semplicemente un problema fisico ma coinvolge variabili psicologiche, come in questo caso *l'impegno* (AE). L'impegno, per esempio, dovrebbe essere parte dell'approccio medico e psicologico del trattamento del dolore. Gli interventi dovrebbero quindi essere finalizzati non solo ad insegnare al paziente ad accettare il dolore e migliorare il suo stato fisico o il disturbo cronico ma a vivere una vita piena di significati e obiettivi, nonostante il dolore.

P183. Studio di correlazione tra variabili sintomatologiche, alessitimia e decorso clinico in pazienti con disturbo di panico in terapia integrata

A. Bielli, C. Manoussakis, F. Dragogna, M. Porcellana, M. Ciabatti, C. Bressi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: numerosi studi si sono occupati di verificare l'efficacia della terapia integrata, farmacologica e psicoterapeutica breve (PB) o cognitivo-comportamentale (CBT), nel disturbo di panico (DAP) per evidenziare quali tecniche possano favorire un migliore outcome clinico a lungo termine. Scopo del nostro studio è verificare eventuali correlazioni tra sintomatologia clinica, funzionamento mentale e decorso di malattia.

Metodi: sono stati reclutati 20 pazienti all'esordio di un DAP, diagnosticato secondo i criteri DSM-IV-TR. Tutti i pazienti sono stati trattati con SSRI e assegnati alla PB o CBT attraverso la "blocking randomization"(Consort, 2001). Sono state somministrate Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale (PAAAS), Hamilton Ansia e Depressione (HAM-A, D) per la valutazione sintomatologica, Mark-Sheehan Phobia Scale (MSPS) per il grado di evitamento e Toronto Alexithymia Scale-20 item (TAS-20) per l'alessitimia.

Risultati: l'analisi bivariata (Spearman's correlations) ha evidenziato una correlazione tra il fattore F3 della TAS-20 (Pensiero orientato verso l'esterno) e il punteggio totale alla PAAAS ($r = 0,888$, $p = 0,044$).

Conclusioni: il nostro studio evidenzia come la presenza di una disregolazione nell'elaborazione delle esperien-

ze emotive e dei correlati cognitivi e somatici del DAP sia predittiva di una maggiore gravità sintomatologica. Tale funzionamento mentale potrebbe quindi contribuire alla persistenza di una vulnerabilità alla sintomatologia nel tempo.

Bibliografia

Galderisi S, Mancuso F, Mucci A, Garriamone S, Zamboli R, Maj M. *Alexithymia and cognitive dysfunctions in patients with panic disorder*. *Psychotherapy Psychosomatics* 2008;77:182-8.

De Bernardis D, Campanella D, et al. *Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder*. *Psychosomatics* 2007;48:239-46.

P184. Studio neuropsicologico e morfofunzionale di un paziente con sindrome di Capgras

C. Blundo, D. Marin*, A. Palma**

AO S. Camillo Forlanini e LUMSA, Roma; * Sapienza Università di Roma e Fondazione S. Lucia; ** Fondazione per la Schizofrenia Paolo Pancheri, Roma

Introduzione: la Sindrome di Capgras è caratterizzata da una ricorrente o continua convinzione che una persona, spesso un parente, sia stata sostituita da un sosia, da un impostore che assomiglia moltissimo all'originale. Tale sindrome è stata descritta in patologie psichiatriche e neurologiche (degenerative e non degenerative).

Case report: presentiamo il caso del paziente PR con sindrome di Capgras, che reduplicava esclusivamente la moglie scambiandola con persone realmente da lui frequentate in passato. PR negava il disturbo e di fronte all'evidenza, offriva giustificazioni implausibili.

Metodi: il paziente è stato sottoposto a una ampia e approfondita batteria di test neuropsicologici che hanno evidenziato capacità cognitive nella norma eccetto che per i punteggi patologici della memoria a lungo termine. Non si evidenziava alcuna difficoltà di tipo visuo-percettivo o di riconoscimento. La Risonanza Magnetica ha evidenziato atrofia frontale e atrofia occipito-temporale mesiale bilaterale. L'esame SPECT ha mostrato una ipoperfusione in sede frontoparietale dx.

Conclusioni: una possibile interpretazione di questo disturbo può essere fornita attraverso il modello proposto da Ellis e Young secondo il quale la prosopagnosia è il risultato del danno al sistema responsabile del riconoscimento consapevole dei volti, mentre la sindrome di Capgras è il risultato del danno al sistema di riconoscimento inconsapevole dei volti. L'importante deficit mnestico e la diagnostica neuroradiologica deporrebbero nel nostro paziente per una eziopatogenesi del disturbo di tipo degenerativo.

P185. REM Sleep Behaviour Disorder: una sindrome di confine tra Neurologia, Psichiatria e Neuropsicologia

C. Blundo, M. Bruschini*, A. Palma**

AO S. Camillo Forlanini e LUMSA, Roma; * Sapienza Università di Roma e Fondazione S. Lucia; ** Fondazione per la Schizofrenia Paolo Pancheri, Roma

Introduzione: il REM Sleep Behaviour Disorder (RBD) è una parasonnia caratterizzata dalla perdita della atonia muscolare propria delle fasi di sonno REM e dalla comparsa, nelle stesse fasi, di intensa attività motoria. Il RBD può essere idiopatico (RBDi) o associato ad altre patologie neurologiche. Studi recenti hanno evidenziato un'associazione, presente nel 65% dei casi, tra RBD i e lo sviluppo di alfa-sinucleinopatie quali morbo di Parkinson, demenza con corpi di Lewy e atrofia multisistemica.

Case report: viene presentato il caso di un paziente di 68 anni da noi osservato ed affetto da RBDi con episodici fenomeni onirici caratterizzati da contenuti aggressivi che venivano "agiti" nel sonno e dei quali aveva il ricordo al risveglio. Deficit cognitivi non venivano riferiti dal paziente né erano presenti durante il colloquio.

Metodi: il paziente è stato sottoposto ad esami neurofisiologici e di neuroimaging. È stata, inoltre, condotta una dettagliata valutazione delle funzioni cognitive ed è stata effettuata una analisi dei sogni del paziente mediante una metodologia specifica basata sulla ricostruzione di icone oniriche.

Risultati: i risultati dell'esame neuropsicologico hanno mostrato deficit selettivi nelle abilità visuo-costruttive e, in misura minore, in quelle visuo-spaziali. L'analisi dei sogni ha evidenziato costanti tematiche di violenza ed aggressività con contenuti vividi e ricchi d'azione.

Conclusioni: la presenza di deficit selettivi nel nostro paziente con RBDi, apparentemente asintomatico dal punto di vista cognitivo, evidenzia l'opportunità di un approfondito esame neuropsicologico. L'evoluzione temporale dell'RBDi, con possibile sviluppo di patologie associate a deterioramento mentale, rende indicato il monitoraggio longitudinale del profilo cognitivo.

I segni neurofisiologici, le modificazioni cognitive e la singolare attività onirico-motoria presenti nella RBDi, rendono questa sindrome un disturbo neuropsichiatrico che può aiutare a comprendere i rapporti tra Sonno REM ed attività onirica come pure tra gli specifici aspetti dell'iniziale profilo neuropsicologico e lo sviluppo di alfa-sinucleinopatie.

P186. Fra psiche e soma: alcune considerazioni sulle manifestazioni dell'ansia in utenti del pronto soccorso ed un gruppo di controllo

A. Boccadamo, B. Maccacchieri, F. Scapati

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, ASL Taranto

Talora viene richiesta una valutazione di ordine psichiatrico in utenti afferiti al pronto soccorso (PS) a causa di

sintomi prevalentemente cardiaci non giustificati, mediante controllo medico e tracciato elettrocardiografico, da patologia organica in atto.

È stata condotta da un unico operatore un'indagine attraverso la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) somministrata a soggetti del PS e ad un gruppo di controllo. In ambedue i casi non venivano riferite precedenti assunzioni di ansiolitici né diagnosi psichiatriche.

I dati preliminari dimostrano che un punteggio totale superiore a 15 viene riscontrato maggiormente negli utenti del PS rispetto agli esponenti del gruppo di controllo. Inoltre a differenza dei controlli nei quali è predominante l'ansia psichica, nei soggetti afferiti al PS si evidenziano prevalentemente i sintomi relativi al sistema cardiovascolare e quelli a carico del sistema nervoso autonomo; oltre a ciò, nell'anamnesi di questi ultimi emergono problematiche relazionali recenti.

Il cuore, considerato fin dall'antichità sede delle emozioni, sembra tradurre in questo studio la sofferenza emotiva in sintomi fisici ad ipotizzare che il corpo visuto (*Leib*) si serva del corpo anatomico (*Korper*) per rivelarla.

Bibliografia

Aguglia E, Forti B. *Le dimensioni della sofferenza psichica*. Giorn Ital Psicopat 2001;7(3).

Pascual JC, Castano J, Espluga N, Diaz B, Garcia- Ribera C, Bulbena A. *Somatic conditions in patients suffering from anxiety disorders*. Med Clin (Barc) 2008;130:281-5.

P187. Psicopatologia di asse I al terzo mese di gravidanza

C. Borri, M. Mauri, A. Oppo, S. Banti, C. Rambelli, D. Ramacciotti, M.S. Montagnani, V. Camilleri, S. Cortopassi, A. Bettini, S. Ricciardulli, B. Ciaponi, P. Rucci, S. Montaresi, G.B. Cassano

Perinatal Depression - Research & Screening Unit (PND-ReScU); Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

Introduzione: scopo della ricerca è valutare la prevalenza dei disturbi di asse I in donne al 3° mese di gravidanza.

Metodi: 1066 donne afferite al Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'AOUP per la prima valutazione ecografica (12^a-15^a settimana di gestazione) sono state valutate con la SCID-I.

Risultati: la prevalenza lifetime dei disturbi di asse I è del 50,4%. 255 donne (23,9%) hanno ≥ 2 disturbi in comorbidità. Il 26,3% ha un disturbo current. I disturbi lifetime più comuni sono i disturbi d'ansia (n = 378, 35,5%), in particolare il disturbo di panico (n = 184; 17,3%), e i disturbi dell'umore (n = 303, 28,4%), in particolare la depressione maggiore (n = 253; 23,7%). Il 21,7 e l'8,8%

delle donne hanno rispettivamente un disturbo d'ansia e un disturbo dell'umore in atto.

Conclusioni: una donna su cinque presenta un disturbo di Asse I in atto al terzo mese di gravidanza ed un'elevata percentuale ha un disturbo lifetime. Uno screening psicopatologico potrebbe essere utile per pianificare adeguate strategie di trattamento per ridurre il rischio di complicanze ostetriche e psicopatologiche e migliorare l'adattamento nel postpartum.

Bibliografia

O'Hara M, Swain A. *Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis*. Int Rev Psychiatry 1996;8:37-54.

Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. *Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study*. Am J Obstet Gynecol 2003;189:148-54.

P188. Riduzione del volume dell'ippocampo destro dopo 12 mesi da un trauma cranio-encefalico lieve

B. Bortolato, T. Toffanin, R. Preteroti, F. Nifosi, H. Follador, F. Zonta, S. Zoccarato, G. Pigato, P. Amistà*, A. Martinuzzi**, G.I. Perini***

*Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; * UO di Neuroradiologia, AO di Padova; ** La Nostra Famiglia IRCCS E. Medea, Conegliano (TV); *** Università di Padova/ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)*

Introduzione: il trauma cranio-encefalico lieve non è privo di sequele a distanza, in particolare disturbi cognitivi, come deficit di attenzione e memoria, e psichiatrici¹. Il substrato patogenetico che sta alla base dell'insorgenza di tali disturbi è probabilmente rappresentato da meccanismi di danno assonale e di danno neuronale selettivo. La morte neuronale, in regioni lontane dal sito d'impatto e vulnerabili, come l'ippocampo, può continuare per mesi in seguito al trauma². Nella progressione del danno e nel suo aggravamento intervengono probabilmente altri meccanismi tra cui l'inibizione della neurogenesi ippocampale³.

Scopo: valutare la variazione del volume ippocampale a distanza di 12 mesi dall'evento.

Metodi: a10 pazienti con diagnosi di TCE lieve, secondo i criteri dell'ACRM, è stata acquisita in RMN cerebrale, al momento della diagnosi (T0) e a distanza di 12 mesi dal trauma (T1), una sequenza sagittale T1 pesata 3D volumetrica, da cui utilizzando il software DCM View è stato determinato il volume del parenchima cerebrale totale, dell'ippocampo, delle sue porzioni e del cingolo anteriore.

Risultati: confrontando i dati tra il T0 e il T1 è emerso una riduzione significativa del volume dell'ippocampo di destra (p < 0,05); nessuna variazione significativa invece nel parenchima cerebrale, nel volume ippocampale di sinistra e delle singole porzioni bilateralmente e dei cingoli anteriori.

Conclusioni: questo dato longitudinale potrebbe fornire una spiegazione fisiopatologica plausibile delle sequele a distanza che si riscontrano dopo TCE.

Bibliografia

- 1 Gerberding JL, Binder S. *Report to Congress on mild traumatic brain injury: steps to prevent a serious public health problem*, 2003.
- 2 Cerqueira JJ, Catania C, Sotiropoulos I, Schubert M, Kalisch R, Almeida OFX, et al. *Corticosteroid status influences the volume of the rat cingulate cortex - a magnetic resonance imaging study*. J Psychiatr Res 2005;39:451-60.
- 3 Deb S, Lyons I, Koutzoukis C, Ali I, McCarthy G. *Rate of psychiatric illness one year after traumatic brain injury*. Am J Psychiatry 1999;156:374-8.

Lavoro eseguito per conto della Regione Veneto, Giunta Regionale, Ricerca Sanitaria Finalizzata, Venezia, Italia" ed è stata possibile grazie al finanziamento per il Progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata n. 187/anno 2004 all'ULSS 7 Pieve di Soligo (TV), dal titolo "Modulazione della neurogenesi nel cervello adulto: uno studio clinico e sperimentale" (responsabile scientifico della ricerca: dott. Andrea Martinuzzi, La Nostra Famiglia, IRCCS "E. Medea" Conegliano, Treviso).

P189. Efficacia della memantina in associazione con gli anticolinesterasici nei pazienti affetti da demenza

D. Buccomino, G. Drago, L. Bruno, M.G. Mazza, F. Trotta

CSM Roggiano Gravina, ASP Cosenza

La demenza è una malattia caratterizzata da deficit cognitivi multipli cui si associano frequentemente disturbi del comportamento e dell'umore. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia della memantina sui disturbi cognitivi e non nei pazienti con demenza, che afferiscono al nostro centro UVA.

Lo studio, longitudinale della durata di 18 mesi, è stato condotto su un campione di 57 pazienti, 25 maschi e 32 femmine, età compresa fra 65 e 85 anni (età media 77 anni), con MMSE < 20 e suddivisi in due gruppi: a) in trattamento con antiAChE in monoterapia; b) con memantina aggiunta all'antiAChE.

L'efficacia complessiva del trattamento è stata valutata considerando le variazioni nei punteggi alle seguenti scale: MMSE, ADL, IADL, BEHAVE-AD, NPI somministrate in basale, a 1, 6, 12 e 18 mesi di trattamento. Riguardo ai disturbi cognitivi sono state evidenziate differenze statisticamente significative nei due gruppi, con performances migliori specie nel gruppo in trattamento con memantina associata all'inibitore delle AchE. Inoltre l'aggiunta di memantina ha mostrato effetti positivi nel controllo dei disturbi comportamentali

nei pazienti con demenza che già stavano ricevendo trattamento stabile con inibAChE.

I risultati di questo studio suggeriscono che la terapia con memantina, in associazione agli antiAChE risulta avere una efficacia maggiore su un ampio spettro di sintomi, con un effetto positivo non solo sulla qualità di vita del paziente, ma anche sul carico del caregiver.

P190. Is there a specific pattern in Cerebral Perfusion Anomalies in Major Depressive Disorder and HashimotoThyroiditis?

M. Cadeddu, F. Zairo, P. Fanni, M.L. Seruis, M.C. Hardoy, P. Usai, P. Contu, S. Mariotti, M. Piga, M.G. Carta

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Cagliari

Background/aim: recent literature on this topic suggests: an association between depressive disorders (MDD) and Hashimoto thyroiditis (HT); a decrease in regional cerebral perfusion (CP) in MDD; abnormalities of CP in HT. The aim of this study is to evaluate the link among these three conditions (MDD, HT, CP) in terms of a possible specific pattern of cerebral perfusion in patients with HT and MDD.

Methods: observational study on 54 subjects of the data bank of two previous studies: 32 subjects with HT (29 women, mean age $38,8 \pm 13,9$): 22 subjects without HT (19 women, mean age $36,5 \pm 12,25$). Psychiatric diagnosis was obtained through the simplified Italian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDIS) using DSM-IV categories. Cerebral perfusion was measured by ^{99m}Tc -ECD SPECT. Statistical analysis through logistic regression.

Results: MDD seems to be associated with left frontal hypoperfusion, left temporal hypoperfusion, diffuse hypoperfusion and parietal perfusion asymmetry. The differential analysis of our samples seems to indicate a statistically significant association between parietal perfusion asymmetry and MDD only in the case group (HT) and not in controls.

Discussion: MDD appears to be associated with cerebral diffuse hypoperfusion, right frontal hypoperfusion, left frontal hypoperfusion, right temporal hypoperfusion. In HT, MDD is characterized by a parietal flow asymmetry.

CP specificity in MDD with HT should be confirmed in a sample with health controls and should be investigated both with a longitudinal perspective in order to explain a possible pathogenetic nexus and with a descriptive approach to clarify whether particular perfusion patterns are associated with a specific course or symptom cluster of MDD.

P191. Monitoraggio del profilo temporale della qualità del sonno in soggetti dializzati.

C. Calandra, P. Fatuzzo, E. Pistorio, A. Fatuzzo, M. Cristofolini, A. Luca

AOU "V. Emanuele", Clinica Medica "L. Condorelli", Sezione di Nefrologia e D. P., Catania; AOU Policlinico "G. Rodolico", UO Complessa Clinica Psichiatrica, Catania

Introduzione: i disturbi del sonno sono frequenti in pazienti con insufficienza renale e precario adattamento psicologico alla dialisi. La letteratura suggerisce che la qualità del sonno migliora la notte della seduta dialitica. Scopo del lavoro è mettere in relazione qualità del sonno in soggetti dializzati, fase del ritmo dialitico ed eventuale comorbidità psichiatrica.

Metodi: 30 soggetti (14 F, 16 M, età media 66 anni) in dialisi a giorni alterni, sono stati studiati nel corso della seduta, eseguita la mattina (12 pazienti) o il pomeriggio (18 pazienti), presso un Ambulatorio di Tecniche Dialitiche. È stata valutata la qualità del sonno nel mese precedente con il Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). I pazienti, dopo due giorni e ad una settimana di distanza, hanno risposto a domande standardizzate riguardo all'andamento del sonno notturno. Sono stati utilizzati anche l'Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) e l'Hamilton Anxiety Scale (HAM-A).

Risultati: il 63,3% dell'intero campione ha un punteggio allo PSQI > 10, in media 5 ore di sonno a notte e un punteggio > 8 all'HAM-D e > 18 all'HAM-A. Il 58,3 % dei soggetti sottoposti a dialisi la mattina dorme meglio la sera della seduta rispetto alle altre notti, in confronto al 33% dei soggetti sottoposti nel pomeriggio.

Conclusioni: un sonno non soddisfacente si correla ad una comorbidità psichiatrica e risente del ritmo dialitico.

Bibliografia

- Hsu CY, Lee CT, Lee YJ, Huang TL, Yu CY, Lee LC, et al. *Better sleep quality and less daytime symptoms in patients on evening hemodialysis: a questionnaire-based study.* *Artif Organs* 2008;32:711-6.
- Finazzi R, Padalino F, Rapisarda T, Santagostino E, Bottaro E, Roma R, et al. *Disturbi del sonno nei pazienti in dialisi peritoneale.* *Giornale Italiano di Nefrologia* 1999;16:677-80.

P192. Efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I) somministrata in gruppo

V. Castronovo, M. Anelli, L. Giarolli, A. Nante, S. Marelli, L. Ferini-Strambi

Centro di Medicina del Sonno, Università Vita-Salute San Raffaele e Istituto Scientifico San Raffaele, Milano

L'insonnia cronica crea spesso un impatto negativo sul funzionamento diurno e sulla qualità della vita. La CBT-I è considerata uno dei trattamenti standard per l'inson-

nia primaria (NIH 2005) ma solo pochi clinici sono specificatamente formati a somministrarla. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia clinica della CBT-I di gruppo in un campione di pazienti consecutivi afferenti al nostro centro del sonno con diagnosi di insonnia cronica primaria (ICSD-10).

Sono stati valutati 148 pazienti (82 F; 66 M, età media 42,20 ± 12,31) sottoposti a CBT-I di gruppo (7 sessioni con durata totale di 9 settimane).

Rispetto ai parametri del diario del sonno si è osservata una riduzione significativa della latenza del sonno (38,1 ± 35,9 vs. 20,1 ± 18,8) e della veglia intrasonno (64,3 ± 64,6 vs. 31,6 ± 30,7), un aumento dell'efficienza di sonno (%) (76,3 ± 15,1 vs. 86,3 ± 10,9), del tempo totale di sonno (min) (355,6 ± 81,0 vs. 371,3 ± 61,4) e della qualità del sonno (4,6 ± 1,6 vs. 5,9 ± 1,5 valutata su una scala Likert 1 = molto scarsa ... 10 = eccellente).

Dei pazienti che all'inizio della terapia assumevano farmaci (77%), il 27% ha interrotto completamente la terapia farmacologica ed il 25% ha diminuito il dosaggio più del 50% alla settimana 9.

La percentuale di drop out è stata del 7% e l'86% dei pazienti ha riferito un alto livello di soddisfazione.

L'indice della gravità dell'insonnia (ISI ≤ 14 = insonnia non clinicamente significativa) si è ridotto significativamente da 22,0 ± 7,9 a 13,4 ± 6,6. Anche altri questionari di valutazione dell'impatto dell'insonnia sulla qualità della vita e sull'umore hanno evidenziato un miglioramento significativo alla fine del trattamento.

La CBT-I somministrata in gruppo ha evidenziato miglioramenti clinicamente significativi sul sonno e sulla qualità della vita e anche un'importante riduzione nell'utilizzo di farmaci ipnotici. Alla luce dell'alta prevalenza dell'insonnia cronica, la CBT-I di gruppo potrebbe rappresentare un meccanismo di disseminazione per rendere più disponibile questo tipo di terapia.

P193. Qualità della vita in gravidanza e variabili psicologiche. Un contributo di ricerca

R. Catania, L. Barrale, P. Filì, G. Guarneri, M.A. Rubino*, I. Ruggirello, M. Russo, A. Schimmenti**, A. Vela, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo; * SPDC, AO "V. Cervello" AUSL 6, Palermo; ** Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Introduzione: al fine di approfondire la conoscenza dell'universo mentale in cui si muove la gestante, sono state indagate alcune variabili psicologiche che si ritiene, in linea con la letteratura, possano incidere sulla qualità della vita della donna.

Metodi: casistica: 89 donne in gravidanza.

Strumenti: SF-36, EDPS, WSAS (somministrati al I ed al III trimestre di gravidanza); MOOD, PASS (al II trimestre); TAS-20, ASQ, DES (al I trimestre).

Risultati: l'elaborazione statistica dei dati evidenzia che

la sintomatologia depressiva nel I trimestre di gravidanza si associa a sintomi dissociativi, condizioni Alessitimiche e dimensioni insicure dell'attaccamento di tipo ansioso-ambivalente, mentre al III trimestre tali variabili assumono – eccetto la dissociazione – un ridotto potere esplicativo ed emerge la relazione tra la qualità della vita percepita e i sintomi depressivi. Infatti nel periodo che precede immediatamente il parto, la modalità in cui la donna percepisce il proprio funzionamento mentale e la presenza di esperienze dissociative spiegano la sintomatologia depressiva, che in questo tempo risulta leggermente ridotta rispetto alle rilevazioni nei trimestri precedenti.

Conclusioni: alla luce dei risultati emersi dall'indagine, le variabili psicologiche studiate appaiono determinanti per la qualità della vita e necessitano adeguata attenzione in un'ottica preventiva.

Bibliografia

Ammaniti M. *Pensare per due. Nella mente delle madri*. Roma: Laterza 2008.

La Barbera D, Caretti V, a cura di. *Alessitimia*. Roma: Astrolabio 2005.

P194. La rabbia in testa: il vissuto degli affetti negativi nei pazienti con cefalea

G. Coppola, S. Anastasi*, G. De Giorgio*, G. Fiermonte, C. Firenze*, G. Ricotta, Paolo Rossi**, R. Quartesan*, F. Pierelli***

Dipartimento di Neurologia e ORL; * *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia;* ** *Clinica per la Cefalea, INI, Grottaferrata, Roma;* *** *Sapienza Università di Roma, Polo Pontino – ICOT, Roma & IRCCS Neuromed, Pozzilli (IS)*

Introduzione: diverse manifestazioni psicosomatiche sono associate a disregolazione degli affetti negativi, per esempio depressione e rabbia. Questi affetti possono essere correlati tra loro, come dimostrato dal fatto che i pazienti depressi spesso presentano difficoltà a gestire la rabbia, rivolgendola verso se stessi.

Obiettivo: sulla base di queste premesse valutiamo la possibile correlazione tra cefalea ed affettività¹, con particolare attenzione per depressione, ansia e rabbia.

Materiali e metodi: abbiamo reclutato 104 pazienti con emicrania senza aura e 54 volontari sani. Sono stati somministrati i seguenti test: Zung Self-Rating Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. Per l'elaborazione statistica dei dati sono state utilizzate analisi della varianza e regressione logistica.

Risultati: i pazienti con emicrania hanno mostrato valori significativamente elevati nelle scale della depressione, dell'ansia e della rabbia. La regressione logistica ha mostrato che la depressione è predittiva per la rabbia

rivolta verso l'interno, mentre non si può affermare il contrario.

Conclusioni: dai nostri dati emerge che nei pazienti con emicrania senza aura la depressione gioca un ruolo cruciale nell'espressione della rabbia.

Bibliografia

Perozzo P, Savi L, Castelli L, Valfre W, Lo Giudice R, Gentile S, Rainerol, Pinessi L. *Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache*. J Headache Pain 2005;6:392-9.

P195. Impatto della istituzione di una Unità Operativa di Psiconcologia in un contesto ospedaliero: dati preliminari psicologici e di interventi psicoterapeutici

A. Costantini, A.M. Pignatelli*, E. Tarolla*, S. Brunetti, L. Lentini, C. Navarra

*UOD Psiconcologia, Dipartimento di Scienze Oncologiche Ospedale San'Andrea, * Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma*

La sofferenza psichica secondaria al cancro e le conseguenze che questa determina nel paziente e nei suoi familiari è stata riconosciuta di importanza centrale in oncologia clinica^{1,2}. Il National Comprehensive Cancer Network, una alleanza non profit di 21 tra i principali centri per la cura del cancro nel mondo con lo scopo di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza della pratica oncologica, ha di recente individuato con DISTRESS un termine onnicomprensivo per definire la multidimensionalità psicologica, sociale e spirituale della sofferenza di chi si ammala di cancro e sviluppato linee guida per individuarla precocemente ed affrontarla correttamente³.

Il Distress è stato altresì proposto come 6° segno vitale. Al tempo stesso una importante istituzione europea ha stabilito una procedura internazionale per valutare la qualità e la soddisfazione per le cure ricevute dove l'aspetto psicologico viene riconosciuto ad alto impatto^{4,5}. Nonostante circa il 40% dei pazienti presenti in qualunque fase della malattia un disturbo diagnosticabile in senso psicopatologico ed un'ulteriore quota del 15-20% presenti sintomi sottosoglia, solo il 10 % dei pazienti con distress viene inviato a cure specialistiche con conseguenze negative sulla qualità della vita dei pazienti. Per rispondere a tali carenze assistenziali e sulla spinta culturale della SIPO (Società Italiana di Psiconcologia) alcuni Ospedali hanno sviluppato attività di consulenza psicologica in oncologia e alcuni più avanzati, vere e proprie Unità Operative di Psiconcologia che lavorano in modo integrato e continuativo con i diversi reparti.

Obiettivo: descrivere caratteristiche ed evoluzione dell'attività clinica di una Unità Operativa di Psiconcologia di recente istituzione in un contesto ospedaliero universitario, in particolare valutando le caratteristiche

socio-demografiche, psicologiche, le modalità di invio e di trattamento di un campione consecutivo di pazienti ambulatoriali.

Metodi: è stato condotto uno studio retrospettivo sulle cartelle cliniche di 262 pazienti, 210 donne (80,2%) e 52 uomini (19,8%), consecutivamente ammessi all'ambulatorio della Unità di Psico-Oncologia dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma dal 2006 al 2008. Variabili socio-demografiche, cliniche e psicologiche sono state analizzate mediante statistiche descrittive e correlazioni tra variabili.

Risultati: 262 pazienti, età media 53,30 anni (DS 12,48), il 77,1% vive in famiglia, il 66% è coniugato/convivente, il 74,8% ha figli con una media di 1,9 figli (DS 0,73), scolarità mediamente elevata (33,6% medie superiori; 18,7% laurea). Il 29,8% è impiegato/a, il 19,8% è casalinga, il 14,5% è artigiano/commerciante. Per quanto riguarda la sede primitiva della neoplasia la mammella è risultata la maggioranza con il 46,2% dei casi, nel 6,5% dei casi distintamente il polmone e il colon-retto. La maggioranza dei pazienti seguiti hanno una malattia avanzata o localmente avanzata (rispettivamente 14,9 e 21,4%) mentre il 17,6% presenta un'estensione locale. Il disagio emozionale all'ingresso, misurato con Termometro del Distress (DT), HADS, BSI e MINI MAC ha mostrato livelli di sofferenza elevati (DT: $7,03 \pm 2,531$; HADS totale: $16,79 \pm 9,491$, ansia: $9,77 \pm 5,337$, depressione: $6,99 \pm 4,650$; Mini MAC: Fighting Spirit $11,81 \pm 2,929$, Anxious Preoccupation $22,29 \pm 6,073$, Helpless Hopelessness $16,16 \pm 5,701$, Fatalism $13,55 \pm 3,132$, Avoidance $12,00 \pm 3,943$). Per rispondere a tale disagio sono stati effettuati interventi di counselling, psicoterapia cognitiva, psicoeducazione, interventi sulla crisi, interventi sul lutto, psicoterapia supportivo espressiva e psicoterapia centrata sul significato con una media di $4,20 \pm 5,354$ (range 1-38) colloqui clinici. Al follow-up i livelli di disagio emozionale sono significativamente diminuiti. Gli invii sono stati effettuati per il 50% da medici curanti, e per il 50% richiesti dal paziente stesso o dai familiari. Dal 2006 al 2008 si è osservato un incremento progressivo e marcato delle richieste di trattamenti ambulatoriali (449 prestazioni nel 2006 e 1264 nel 2007) e di consulenze per pazienti ricoverati (481 consulenze per paziente ricoverati nel 2006 e 784 nel 2007)

Conclusioni: un dato che emerge è l'alta frequenza di contatti femminili (8 pazienti su 10), un dato che va ben al di là del rapporto tra tumori maschili e femminili dei Servizi invianti. Questo suggerisce una diversa domanda, più sensibile da parte del mondo femminile, oppure maggiori problematiche nel mondo femminile, o maggiore tendenza ad inviare pazienti femmine o infine una motivazione composita di questi fattori. Solo ulteriori indagini possono chiarire questo punto. Il secondo punto è che i 260 casi in due anni, che equivalgono a circa un caso ogni due giorni, tenuto conto anche della durata media dell'intervento, suggerisce un consistente impatto di una nuova realtà quale una nuova Unità Operativa dedicata, considerato il turnover generale dei pazien-

ti con tumore. Tale dato suggerisce che un servizio di Psiconcologia integrato all'interno di un Dipartimento di Oncologia permette sia di rilevare i bisogni e la sofferenza altrimenti non riconosciuta, sia di differenziare l'esatta tipologia di questa sofferenza e di provvedere ad interventi specifici anche in collegamento con gli specialisti psichiatri nei casi di franca sofferenza psicopatologica, per una ampia gamma di queste condizioni. Un terzo punto è l'impiego di strumenti psicometrici quantitativi rapidi come il Termometro del Distress e l'HADS adatti ad uno screening veloce che si sono rilevati utili per il riscontro e la monitoraggio del grado di sofferenza, con una buona rispondenza nel colloquio clinico. Un quarto punto riguarda la ricaduta positiva, non oggetto dello studio qui presentato, con il cambiamento di mentalità e di cultura del personale sanitario riguardo alla sofferenza psicologica-psicopatologica dei malati tumorali, che ha rappresentato un'innovazione nelle procedure e nelle routine stesse dell'Ospedale. L'istituzione di una Unità Operativa a bassi costi di gestione, può avere un ritorno significativo in termini di qualità degli interventi e di assistenza con un ottimo rapporto costi/benefici

Bibliografia

- Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale pratico di Psiconcologia*. Il Pensiero Scientifico 2003.
- Pasquini M, Biondi M, Costantini A, Cairoli F, Ferrarese G, Sternberg C. *Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in an oncology division*. Depression and Anxiety 2006;23:441-8.
- www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
- Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie WC, Efficace F, Conroy T, et al.; EORTC Quality of Life Group and EORTC Quality of Life Unit. *Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire*. Eur J Cancer 2007;43:323-30.
- Arraras JL, Greimel E, Chi WC, Costantini A, Efficace F, Velikova G, et al. *The EORTC QLQ-INFO 26. An EORTC Questionnaire to Assess Information Received by Cancer patients*. Psycho-Oncol 2008;17:S99-S100.

P196. Comorbilità di ansia e depressione in pazienti affetti da tumori carcinoidi

P. Cotichelli, M. Piselli, A. Alpini, P. Moretti

Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica, Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: la presenza di sintomi psichiatrici tra i pazienti affetti da tumori carcinoidi è conosciuta da tempo. Tuttavia pochi studi provenienti dall'area psichiatrica hanno studiato la reale presenza di sintomi ansiosi e depressivi^{1,2}.

Metodi: sono stati intervistati consecutivamente 14 pazienti affetti da tumori carcinoidi durante le attività di

consulenza psichiatrica presso l'Ospedale S. Maria della Misericordia di Perugia e gli sono stati somministrati: HAM-D, HAM-A, EORTC QLQ-C30 e GI.NET21.

Risultati: i pazienti presentavano elevati livelli di ansia e numerosi sintomi depressivi; in particolare la sintomatologia era più evidente se la sede del tumore era gastroentero-pancreatica.

Conclusioni: la presenza di sintomi psichiatrici che si ripercuote negativamente sulla qualità della vita richiede l'attuazione di un programma multidisciplinare in tutto il percorso della malattia che preveda il supporto psicologico ed il sostegno psichiatrico nei pazienti con tumori carcinoidi.

Bibliografia

- Fröjd C, Larsson G, Lampic C, von Essen L. *Health related quality of life and psychosocial function among patients with carcinoid tumours. A longitudinal, prospective, and comparative study.* Health Qual Life Outcomes 2007;11:18.
- Larsson G, Haglund K, Von Essen L. *Distress, quality of life and strategies to "keep a good mood" in patients with carcinoid tumours: patient and staff perceptions.* Eur J Cancer Care 2003;12:46-57.

P197. Relazioni tra alessitimia, ansia da performance musicale e sintomi dissociativi: uno studio pilota

D. De Berardis^{1,2}, M. Cavuto^{3,4}, C. Ortolani³, E. Mancini⁵, D. Campanella^{1,2}, A. Pizzorno², N. Serroni², M. Caltabiano², C. Conti⁶, M. Fulcheri⁶, F.S. Moschetta², F. Gambi¹, G. Sepede¹, C. Cotellera¹, R.M.Salerno¹, F.M. Ferro¹

¹ Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. d'Annunzio" di Chieti; ² Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo; ³ Facoltà di Scienze della Comunicazione, Università di Teramo; ⁴ Istituto Musicale "G. Braga", Teramo; ⁵ Istituto di Psicologia, Università "Carlo Bo" Urbino; ⁶ Cattedra di Psicologia Clinica, Università "G. d'Annunzio" di Chieti

Introduzione: l'ansia da performance musicale (APM) è l'esperienza di un persistente e angoscioso timore per quanto concerne l'esibirsi in un concerto e/o una significativa riduzione della capacità esecutiva in un contesto pubblico non giustificabile dall'abilità musicale e dai livelli di allenamento e preparazione del musicista stesso. Poiché è noto che l'alessitimia possa influire in modo peggiorativo sui livelli di ansia, lo scopo di questo studio è stato quello di valutare in un campione non clinico le relazioni tra alessitimia e APM.

Metodi: sono stati valutati 156 studenti universitari che suonavano da almeno 5 anni uno strumento e che si esibivano almeno una volta all'anno in pubblico. Sono stati impiegati i seguenti reattivi psicometrici: Performance Anxiety Inventory (PAI), 20 item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Dissociative Experiences Scale (DES), Body Sensations Questionnaire (BSQ), Somatosensory

Amplification Scale (SSAS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI).

Risultati: i soggetti positivi per alessitimia (20 su 156) hanno riportato punteggi più elevati a tutte le scale (inclusa la PAI) anche controllando per livelli di ansia stato/tratto e sintomi depressivi. Nel campione totale la scala PAI è risultata altamente correlata alla DES, alla BSQ e alla TAS-20 totale e sottoscale difficoltà ad identificare le emozioni (sottoscala DIF) e descrivere le emozioni (sottoscala DDF) controllando per livelli di ansia stato/tratto e sintomi depressivi. I risultati di una regressione multipla con la PAI come variabile dipendente e tutte le altre scale come indipendenti (controllando sempre per livelli di ansia stato/tratto e sintomi depressivi) ha messo in evidenza come le sottoscale DIF e DDF della TAS-20 e la scala BSQ erano significativamente associate a più alti punteggi alla PAI. Nessuna associazione statisticamente significativa è stata trovata per la DES, la SSAS e la sottoscala pensiero orientato all'esterno (EOT) della TAS-20.

Conclusioni: la presenza di alessitimia è associata a più alti livelli di ansia da performance probabilmente mediante lo scatenamento di sintomi somatici associati all'ansia. I sintomi dissociativi non sembrano giocare un ruolo di primaria importanza nello scatenamento e/o mantenimento dell'APM. Comunque, i risultati dello studio sono preliminari e le limitazioni devono essere prese in considerazione.

Bibliografia

- De Berardis D, Cavuto M, Ortolani C, Mancini E, Salerno RM, Cotellera C, et al. *L'ansia da performance musicale: una revisione della letteratura.* Psicopatologia Cognitiva 2007;3:171-7.
- De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Sepede G, Carano A, Conti C, Valchera A, et al. *The impact of alexithymia on anxiety disorders: a review of the literature.* Curr Psychiatry Rev 2008;4:80-6.

P198. Alessitimia, dimensioni della personalità e sintomi cefalgici in un campione clinico

D. De Berardis^{1,2}, A. Carano^{1,3}, S. Spinella¹, F. Mastrangelo¹, D. Campanella^{1,2}, L. Ruscitti¹, M. Castrovilli¹, M. Cavuto⁴, A. Pizzorno², N. Serroni², F.S. Moschetta², F. Gambi¹, G. Sepede¹, R.M. Salerno¹, F.M. Ferro¹

¹ Dipartimento Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; ² Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Teramo; ³ Dipartimento di Salute Mentale ASUR Zona 8, Civitanova Marche; ⁴ Istituto Musicale "G. Braga", Teramo

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato che particolari pattern di personalità potrebbero essere alla base dell'etiopatogenesi e del decorso clinico di alcune forme di cefalee. Scopo del presente studio è l'analisi delle possibili variabili temperamentalmente della persona-

lità in un campione di pazienti affetti da patologie psichiatriche che riferivano una sintomatologia cefalalgica confrontandoli con un gruppo di controllo costituito da soggetti sani.

Metodi: il campione clinico reclutato è costituito da 25 soggetti (15 di sesso femminile e 10 di sesso maschile) mentre il gruppo controllo rappresentato da pazienti psichiatrici che non avevano manifestato all'anamnesi sintomi cefalgici. A tutti i partecipanti allo studio è stata somministrata la seguente batteria di test di valutazione: questionario clinico per la diagnosi delle cefalee primarie e secondarie, la Toronto Alexithymia Scale (TAS) con relative sottoscale per la difficoltà ad identificare le emozioni (sottoscala DIF), a descrivere le emozioni (sottoscala DDF), il pensiero orientato all'esterno (sottoscala EOT) e punteggio totale (TAS totale), nonché il Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) che esplora fondamentalmente 4 domini temperamentali corrispondenti, secondo Cloninger, a diversi sistemi aminergici centrali: Novelty Seeking (NS; dopamina); Harm Avoidance (HA; serotonina); Reward dependence (RD; noradrenalina); Persistence (P; glutammato).

Risultati: al 16,5% del campione è stata formulata diagnosi di emicrania, 24,1% presentava cefalee di tipo tensivo, il 65,4% cefalee non specificate. Per gli aspetti psicopatologici e temperamentali il gruppo pazienti cefalgici hanno totalizzato punteggi medi significativamente più alti del gruppo controllo alla TAS totale ($52,7 \pm 21,35$ vs. $48,62 \pm 10,26$; $p = 0,019$) e nelle sottoscale del TPQ. Nello specifico il gruppo pazienti cefalgici ha mostrato punteggi significativamente più elevate rispetto al gruppo controllo nelle sottoscale HA tot ($18,70 \pm 5,48$ vs. $15,6 \pm 5,41$; $p = 0,001$), e modicamente significative nelle sottoscale NS ($4,16 \pm 1,8$ vs. $3,5 \pm 1,4$; $p = 0,02$) e RD ($3,49 \pm 1,05$ vs. $3,05 \pm 1,19$; $p = 0,01$) del TPQ. Nessuna differenza significativa è emersa dal confronto tra le due categorie di cefalee.

Conclusioni: uno specifico pattern di personalità sarebbe tipico dei cefalgici e tra questi in particolare quei pazienti con emicrania ed elevati livelli Alessitimici. Tra l'altro l'alessitimia, associata all'elevazione della NS supporterebbe la maggiore tendenza alla somatizzazione in questi soggetti. Inoltre la constatazione di una elevata HA nel gruppo di pazienti con emicrania e cefalea di tipo tensivo concorderebbe con le tradizionali teorie sulle cefalee che attribuiscono al sistema serotoninergico un ruolo etiopatogenetico cruciale.

Bibliografia

- Siberstein SD, Lipton RB, Breslau N. Association with personality characteristics and psychopathology. Cephalalgia 1995;15:358-69.
- Cloninger R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psych 1987;44:573-88.

P199. Prevalenza dei disturbi psichiatrici in corso di terapia con Peg-interferone e ribavirina in pazienti affetti da epatite cronica HCV-correlata

B. Dell'Osso, G.M. Prati*, A. Aghemo*, R. D'Ambrosio*, E. Poli*, I. Balossi, N. D'Urso, F. Castellano, M.C. Palazzo, M. Colombo*, A.C. Altamura

UO di Psichiatria, Università di Milano, *A.M. Migliavacca Centro delle Malattie del Fegato e delle Vie Biliari, UO di Gastroenterologia 1, Fondazione IRCCS Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Università di Milano

Introduzione: la terapia con PegIFN e Rbv in pazienti affetti da epatite cronica HCV si associa alla comparsa di sintomi e sindromi psichiatriche nel 20% dei casi^{1,2}.

Metodi: la reale incidenza di questi effetti collaterali nella pratica clinica italiana è poco nota.

Scopo dello studio: è stato valutare: 1) l'incidenza di alterazioni psicopatologiche e di disturbi psichiatrici in corso di terapia con PegIFN e Rbv, 2) se gli effetti psichiatrici fossero correlati con il tipo di PegIFN. L'insorgenza di disturbi psichiatrici è stata valutata mediante la somministrazione della SCID in 431 pazienti, consecutivamente arruolati e randomizzati a ricevere terapia con PegIFN-alfa2a più Rbv (212 pazienti, Group A) o PegIFN-alfa2b più Rbv (219 pazienti, Group B).

Risultati: 140 pazienti (32%) hanno sviluppato in corso di terapia alterazioni psicopatologiche, indipendentemente dal tipo di PegIFN somministrato (71 pazienti del gruppo A vs. 69 pazienti del gruppo B). Nel 28% dei casi i pazienti hanno sviluppato un episodio depressivo maggiore. I sintomi psichiatrici più frequentemente osservati sono stati: aggressività, irritabilità, nervosismo (51%), insonnia (50%), ansia, attacchi di panico e difficoltà di concentrazione (16%), vertigini e labilità emotiva (2%). Dei 140 soggetti con alterazioni psicopatologiche solo il 16% ($n = 23$) riferiva un'anamnesi positiva per disturbi psichiatrici, che aveva richiesto in 20 pazienti una terapia farmacologica, mentre nei restanti 117 (84%) la sintomatologia psichiatrica si presentava "de novo". Il 41% (58 di 140) è stato trattato con SSRI e, occasionalmente, con benzodiazepine. La prevalenza è stata simile nei due gruppi di trattamento (41% vs. 41%, $p = ns$).

Conclusioni: la terapia con PegIFN e Rbv ha determinato l'insorgenza di disturbi dell'umore e sintomi psichiatrici in circa un terzo dei pazienti trattati, nella maggior parte dei casi con anamnesi negativa. Il tipo di PegIFN utilizzato non sembra influenzare l'incidenza dei sintomi.

Bibliografia

- Kraus MR, Schäfer A, Faller H, Csef H, Scheurlen M. Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. J Clin Psychiatry 2004;65:581-2.
- Constant A, Castera L, Dantzer R, Couzigou P, de Ledinghen V, Demotes-Mainard J, Henry C. Mood alterations during interferon-alpha therapy in patients with chronic hepatitis C: evidence for an overlap between manic/hypomanic and depressive symptoms. J Clin Psychiatry 2005;66:1050-7.

P200. Frequenza e caratteristiche dei sogni nei pazienti con sindrome delle apnee del sonno prima e dopo terapia con CPAP

P. Della Valentina, M.M. Anelli, M. Cabinio, L. Ferini-Strambi, M.L. Fantini

Università Vita-Salute San Raffaele

Si è osservato che i pazienti con sindrome delle apnee del sonno (OSAS) presentano un'attività onirica più intensa, vivida e ricca di emozioni negative, quale possibile effetto della frammentazione del sonno e dell'ipossia. Scopo dello studio è di analizzare l'effetto del trattamento con ventilazione notturna a pressione continua (CPAP) sulla frequenza del ricordo e sul contenuto onirico nei pazienti con OSAS. 241 pazienti con diagnosi di OSAS (202 M; età media: $55,1 \pm 13,6$ aa; ODI medio: $40,8 \pm 24,1$) sono stati sottoposti ad un esame polisonnografico in condizione basale (B), seguito dall'utilizzo di apparecchio CPAP nelle due notti successive (condizioni C e D). Al risveglio mattutino i pazienti hanno compilato un questionario riguardante le caratteristiche ed il contenuto dei sogni, quest'ultimo analizzato secondo il metodo di *Hall e Van De Castle*. Nella condizione B (baseline) è stata riscontrata una frequenza di ricordo onirico del 22,28%. Tale frequenza decresce in C al 17,3% ($p = 0,16$) e in D al 13,7% ($p = 0,09$) ma la differenza non è significativa. Rispetto alla condizione di baseline, durante le condizioni C e D i sogni sono stati meno intensi ($F = 3,88$; $p = 0,024$), tendendo ad essere meno significativi ($F = 2,94$; $p = 0,058$) e meno vividi ($F = 2,54$; $p = 0,084$). Rispetto alla condizione B, nella condizione D le emozioni associate ai sogni differivano per maggior presenza di gioia (53,1% vs. 25,4%; $p = 0,009$) e di sorpresa (71,9% vs. 36,4%; $p = 0,001$), una minor presenza di tristezza (10% vs. 43,6%; $p = 0,04$) e una tendenza ad una minore presenza di rabbia (49,1% vs. 20%; $p = 0,9$). Il contenuto onirico dei pazienti con CPAP presenta un minor numero di personaggi morti o immaginari (1% vs. 9%; $p = 0,032$) ed una tendenza ad aumentate interazioni amichevoli (80% vs. 38%; $p = 0,083$). La normalizzazione del quadro respiratorio ottenuta con il dispositivo CPAP, nei primi giorni di utilizzo, si associa ad una modifica delle caratteristiche dell'attività onirica nei pazienti con OSAS. Futuri studi potranno valutare gli effetti a lungo termine della terapia con CPAP sui sogni.

P201. Psicopatologia, qualità di vita e funzionamento sociale in una popolazione di soggetti in trattamento dialitico: studio di confronto tra pazienti in emodialisi ed in dialisi peritoneale

S. Di Mauro, M. Bernardini, G. Paluzzi, A. Famulari*, M. Giannangeli**, R. Roncone, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, * UO Trapianti d'Organo, ** Servizio Psichiatrico Universitario Diagnosi e Cura, Università dell'Aquila

Introduzione: scopo del nostro studio è stato quello di valutare nei pazienti dializzati, candidati al trapianto di rene, la presenza di sintomi ansiosi e depressivi, la qualità di vita, il coping ed il funzionamento sociale. Si sono, inoltre, indagate le eventuali differenze tra i soggetti in trattamento con emodialisi rispetto a quelli in dialisi peritoneale.

Metodi: sono stati arruolati 105 soggetti dializzati, 72 maschi e 33 femmine (età media 48,15 anni, DS 10,83) nel periodo ottobre 2007-settembre 2008. Tutti i soggetti erano in trattamento dialitico, 84 in emodialisi e 21 in dialisi peritoneale. Il campione totale è stato valutato tramite: HAM-D ed HAM-A; Jalowiec Coping Scale (JCS), per gli stili di fronteggiamento; STAI-Y1 e STAI-Y2; DISS per il funzionamento sociale; SF-36 per la qualità della vita correlata alla salute.

Risultati e conclusioni: non sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla sintomatologia depressiva e ansiosa tra i soggetti in trattamento con emodialisi rispetto a quelli in dialisi peritoneale. Il 29% dei soggetti (30 in emodialisi e 6 in dialisi peritoneale) presentava, tuttavia, una sintomatologia depressiva sopra il cut-off di riferimento (punteggio all'HAM-D > 7). I soggetti in emodialisi presentavano valori significativamente più elevati alla STAI-Y1 rispetto ai soggetti in dialisi peritoneale. Il livello di soddisfazione per la qualità di vita risultava basso per entrambi i gruppi, che mostravano un elevato livello di disabilità lavorativa.

Bibliografia

- Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. *Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients*. Nat Clin Pract Nephrol 2006;2:678-87.
- Udaya Kumar TR, Amalraj A, Soundarajan P, Abraham G. *Level of stress and coping abilities in patients on chronic hemodialysis and peritoneal dialysis*. Indian J Nephrol 2003;13:89-91.

P202. Differenze socio-demografiche e psicologiche tra gruppi di pazienti in peri e post menopausa

G. Fanara¹, A. De Vivo², E. Mezzatesta³, B. Cavallari⁴, R. Alfa⁵, R. D'Anna⁶, A. E. Di Rosa⁷, F.C. Spampinato⁸

¹ Psichiatra, Direttore Sanitario ANFFAS Onlus, Messina;

² Ginecologo, Assegnista di Ricerca e Dottorando di Ricerca in Sindrome Climaterica, Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e Medicina della Riproduzione; ³ Medico Psicologo Clinico, Medico dell'ANFFAS Onlus Messina; ⁴ Psicologo Clinico, Psicologo dell'ANFFAS Onlus Messina; ⁵ Psicologa, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche; ⁶ Associato di Ginecologia ed Ostetricia, Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e Medicina della Riproduzione; ⁷ Ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed A, Università di Messina; ⁸ Medico

Introduzione: i periodi della vita femminile, caratterizzati da cambiamenti ormonali, possono essere maggiormente esposti all'insorgenza di disturbi psicologici quali la depressione. La personalità è un vettore favorevole l'insorgenza di disturbi depressivi. Obiettivi di questa ricerca sono quelli di valutare: a) possibili differenze socio-demografiche tra un gruppo di donne in peri ed in post-menopausa, b) insorgenza di sintomi depressivi tra i due gruppi rispetto al costrutto di personalità.

Metodi: lo studio è stato condotto presso il Day-Hospital di Psicologia clinica del Policlinico Universitario di Messina in collaborazione con il Centro di Menopausa su 124 donne. Il questionario prevedeva: caratteristiche socio-demografiche, climaterio, disturbi ginecologici e dal BDI e Rorschach.

Risultati: è emersa una differenza significativa tra i due gruppi solo in riferimento a reddito alto ($p = 0,05$), uso di caffè ($p = 0,001$), alcol ($p = 0,001$), presenza di patologie concomitanti ($p = 0,001$). Sono emerse tra i gruppi solo presenza di patologie concomitanti ($p = 0,001$). La valutazione del reattivo di Rorschach evidenziava una differenza significativa tra le pazienti in peri-menopausa (53,8%) e in post-menopausa (26,7%) con DEPI+ ($p = 0,001$).

Conclusioni: il costrutto personologico individuale non influenza l'insorgenza di sintomi depressivi nel periodo peri e post-menopausale. Tale sintomatologia, che nel periodo peri-menopausale è più lieve, nel periodo post-menopausale può diventare medio-grave.

P203. La terapia antidepressiva nel trattamento della fibromialgia

D. Ferrari, M. Colaci, D. Ganazzi*, C.U. Manzini, F. Lumetti, E. Tedeschini**, C. Giubbarelli**, M. Rigatelli**, C. Ferri

*Cattedra ed Unità di Reumatologia, * Dipartimento Integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, ** Cattedra ed Unità di Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia*

La fibromialgia (FM), caratterizzata da dolore cronico, si associa frequentemente a depressione (D); la natura del rapporto tra le due patologie non è però ancora stata chiarita. I farmaci antidepressivi vengono largamente impiegati nel trattamento del dolore nella FM, anche in assenza di una comorbidità depressiva.

Scopo del lavoro è studiare l'efficacia e la tollerabilità di una terapia antidepressiva nella FM, anche in relazione a una sintomatologia depressiva eventualmente presente.

38 FM consecutive (M/F: 2/36, età media: $50,8 \pm 9,6$ anni) sono state trattate con fluoxetina (20-40 mg). All'inizio della terapia e alla 12^a settimana di trattamento sono stati somministrati il Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) e la Beck Depression Inventory (BDI).

13/38 (34%) hanno sospeso la terapia per intolleranza e/o aggravamento dei sintomi entro la 12^a settimana. Nei rimanenti 25, si ha una riduzione significativa del FIQ (da $57,02 \pm 14,56$ a $49,98 \pm 16,53$, $p = 0,026$), sebbene solo in 8 (32%) ciò risulti francamente evidente (riduzione score ≥ 12 punti). 18/25 (72%) erano basalmente depressi (BDI ≥ 10); in questi, dopo terapia si osserva una riduzione significativa del BDI (da $24,11 \pm 9,5$ a $20,22 \pm 10,9$, $p = 0,02$), ma non del FIQ, con un miglioramento evidente della D in 8 (44%).

Il 34% dei pazienti ha interrotto la terapia per intolleranza; nei rimanenti, la fluoxetina è risultata efficace; tuttavia, la coesistenza di D, assai frequente, sembra essere predittiva di una scarsa risposta alla terapia.

P204. Umore nelle puerpere e attaccamento dei partners: una indagine empirica

G.M. Festa, M. Saraceni

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

Introduzione: l'interiorizzazione di modelli costruiti su una base sicura rappresenta un fattore significativo per la capacità di rinforzare relazioni durature¹ e gratificanti col proprio partner, mentre schemi legati ad esperienze primarie d'insicurezza possono costituirsi come un fattore di vulnerabilità a funzionali rapporti di coppia. La presenza di modelli di sicurezza/insicurezza in ambito relazionale possono, inoltre, influenzare le strategie di coping impiegate per fronteggiare le fasi critiche del ciclo vitale degli individui. Nella donna la gravidanza rap-

presenta un periodo di generali ristrutturazioni interne ed esterne, per cui tale cambiamento, in mancanza di "contenitori" supportivi e comprensivi, può determinare incrinature del tono dell'umore. Lo scopo di questa ricerca è rappresentato dall'analisi dell'andamento dell'umore puerperale nelle donne. Costituisce, inoltre, oggetto d'indagine dello studio l'esame degli stili di attaccamento dei partner di queste donne e la relazione fra il tono dell'umore nelle donne e l'attaccamento dei partner.

Metodi: la ricerca nella fase iniziale è stata caratterizzata dalla somministrazione alle donne, entro 48 ore dall'espletamento del parto, della EPDS – Scala di Depressione Peripartum di Edimburgo². In una seconda fase, dopo quattro mesi dal parto, si è nuovamente somministrato alle donne la EPDS. Si è sottoposto ai relativi partner, sempre entro 48 ore dall'espletamento del parto delle donne, il test RQ – Relationship Questionnaire³.

Risultati: il campione delle donne è costituito da 21 soggetti (età media = 33,19; DS = 4,51). I mariti o i compagni delle donne che hanno partecipato alla ricerca sono 16 (età media = 35,87; DS = 5,62). I dati ottenuti dalla somministrazione dei questionari sono stati analizzati, dal punto di vista statistico, mediante t di Student, analisi della varianza (ANOVA) e test di tipo post hoc. Per evidenziare eventuali differenze fra i valori dell'EPDS nei due periodi (EPDS1 = entro 48 ore dall'espletamento del parto vs. EPDS2 = 4 mesi dopo il parto) sono stati esaminati i punteggi grezzi del test tramite t di Student per campioni dipendenti. Il confronto fra i punteggi dell'EPDS nei 2 tempi ha evidenziato una differenza significativa ($t = 4,73$; $gdl = 20$; $p < ,0005$). Le medie dei punteggi dell'EPDS del nostro campione femminile indicano, a distanza di quattro mesi dal parto, un innalzamento significativo del tono dell'umore (EPDS1 = 8,81 vs. EPDS2 = 4,62). È stata effettuata, inoltre, una ANOVA a 2 vie con misure ripetute utilizzando come variabile indipendente i diversi stili d'attaccamento così come emersi dall'RQ (attaccamento sicuro ed attaccamento insicuro) nel gruppo dei partner e come variabile dipendente i punteggi dell'EDPS nei 2 tempi (EPDS1, EPDS2) delle donne stesse. La ANOVA descrive come significativo l'effetto principale del Tempo ($F(1, 14) = 5,79$; $p < ,05$). Il post hoc (test LSD – Least Significant Difference) evidenzia come si verifichi un calo significativo del punteggio relativo all'EPDS delle donne nel confronto prima-dopo ($M = 8,71$ vs. $M = 4,93$; $p = ,005$) considerando, come variabile indipendente, il gruppo attaccamento sicuro dei partner. Mentre tale diminuzione non risulta significativa nel gruppo dei partner con attaccamento insicuro. Questo è un dato molto interessante in quanto suggerirebbe che la sicurezza nel pattern d'attaccamento del partner possa favorire un incremento del tono dell'umore della donna in seguito alla nascita di un figlio. Al momento attuale, tuttavia, questo risultato è da considerare con grande cautela dato il numero esiguo dei soggetti insicuri nei partner ($n = 2$) rispetto ai sicuri ($n = 14$) nel nostro campione.

Conclusioni: i dati della ricerca tendono ad evidenzia-

re il fenomeno di un miglioramento significativo dello stato umorale della donna dopo 4 mesi dal parto. Passando, inoltre, a considerare il rapporto tra le variazioni dell'umore della donna e lo stile di attaccamento del partner, è risultato come la vicinanza di un partner che ha interiorizzato schemi sicuri d'attaccamento influenzi positivamente la crescita dell'umore delle compagne in una fase molto sensibile della vita, come quella della nascita del figlio. Questo dato, per ora, è da considerare con grande prudenza a causa della disparità nella numerosità dei sottogruppi (14 attaccamenti sicuri vs. 2 attaccamenti insicuri). In ogni caso, questo indizio potrà essere meglio indagato attraverso la costituzione di un campione maggiormente rappresentativo numericamente e costituito da sottogruppi meglio bilanciati con diversi stili d'attaccamento.

Bibliografia

- ¹ Festa GM, Saraceni M, Malizia D, Saraceni C. *Il ruolo degli stili d'attaccamento nella durata delle relazioni di coppia*. In: Atti del VI Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia (SPR), Reggio Calabria 2006, pp. 57-58.
- ² Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edimburg Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
- ³ Bartholomew K, Horowitz LM. *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. J Pers Soc Psychol 1991;61:226-44.

P205. Tono dell'umore e attaccamento nel puerperio: uno studio pilota

G.M. Festa, M. Saraceni

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

Introduzione: dall'analisi della letteratura internazionale si evidenzia una carenza di dati riguardanti l'influenza degli stili di attaccamento sul tono dell'umore puerperale. Alcuni recenti studi hanno dimostrato che uno stile di attaccamento insicuro nella madre, oltre a rappresentare un fattore scatenante di sintomi depressivi durante il puerperio, determina una minore disponibilità alle cure e all'interazione con il neonato¹⁻⁴.

Lo scopo della ricerca è rappresentato dall'indagine dell'andamento del tono dell'umore nella donna nelle fasi "critiche" successive al parto. Inoltre costituisce oggetto d'interesse dello studio l'analisi delle eventuali influenze degli stili d'attaccamento sull'umore in queste donne.

Metodi: il disegno dello studio si è sviluppato su due rilevazioni. La prima fase è stata caratterizzata dalla somministrazione dei seguenti test psicologici: RQ – Relationship Questionnaire⁵ e EPDS – Scala di Depressione Peripartum di Edimburgo⁶. Questa prima batteria di test è stata sottoposta, entro 48 ore dall'espletamento del parto. Nella seconda fase si è risomministrata alle donne, dopo quattro mesi dal parto, la EPDS.

Risultati: il campione è costituito da 21 donne (età media = 33,19; DS = 4,51). I dati sono stati analizzati, dal punto di vista statistico, mediante analisi della varianza (ANOVA) seguita da confronti di tipo post hoc o t di Student. Per evidenziare eventuali differenze fra i valori della EPDS nei due periodi (EPDS1 = entro 48 ore dall'espletamento del parto vs. EPDS2 = 4 mesi dopo il parto) sono stati esaminati i punteggi grezzi del test tramite t di Student per campioni dipendenti. Il confronto fra i punteggi dell'EPDS nei 2 tempi ha messo in evidenza una differenza significativa ($t = 4,73$; $gdf = 20$; $p < ,0005$). Le medie dei punteggi dell'EPDS del nostro campione non superano il valore di cut-off (> 9); a distanza di quattro mesi dal parto si è manifestato un innalzamento significativo del tono dell'umore (EPDS1 = 8,81 vs. EPDS2 = 4,62). È stata effettuata un'ANOVA a 2 vie con misure ripetute, utilizzando come variabile indipendente i diversi stili d'attaccamento così come rilevato dall'RQ (attaccamento sicuro vs. attaccamento insicuro) nel gruppo delle donne e come variabile dipendente i punteggi dell'EPDS nei 2 tempi (EPDS1, EPDS2). Per indagare quali medie contribuivano all'effetto, dopo aver registrato il test *F* come statisticamente significativo dall'ANOVA, i dati sono stati sottoposti a confronti post hoc e nello specifico al test LSD (Least Significant Difference). La ANOVA ha descritto come significativo l'effetto principale del Tempo ($F(1,19) = 13,09$; $p < ,005$). Questo dato indica che esiste un calo complessivo, attraverso il tempo, nelle medie dei valori dei diversi gruppi relativamente alla variabile "depressione puerperale". L'interazione Gruppo x Tempo non è risultata significativa per la variabile psicologica in esame, non permettendo di assegnare esclusivamente all'azione della variabile indipendente (attaccamento) l'azione di calo delle medie nei valori delle variabili dipendenti (punteggi EPDS) attraverso le diverse rilevazioni. Successivamente i dati dell'EPDS sono stati analizzati mediante i post hoc entro i gruppi per i diversi intervalli temporali (EPDS1 vs. EPDS2) e attraverso i gruppi (attaccamento sicuro e attaccamento insicuro). Questo test statistico ha indicato un decremento statisticamente significativo, nel gruppo attaccamento sicuro, dell'EPDS ($M = 8,42$; $DS = 4,40$ vs. $M = 4,53$; $DS = 3,52$; $p = ,0005$) dal livello basale al follow-up a 4 mesi. È risultata significativa, anche se in misura minore, la diminuzione dell'EPDS nel gruppo attaccamento insicuro ($M = 12,50$; $DS = 7,78$ vs. $M = 5,50$; $DS = 7,78$; $p = ,02$) sempre nel confronto fra il livello basale ed a 4 mesi. I confronti attraverso i gruppi non hanno evidenziato differenze significative.

Conclusioni: i nostri dati tendono ad evidenziare, con l'uso di uno strumento di misura valido ed attendibile, il fenomeno di un miglioramento complessivo dello stato umorale della donna nella pienezza del puerperio. È stato possibile, inoltre, riscontrare come il miglioramento del tono dell'umore nel puerperio sia tendenzialmente influenzato dallo stile d'attaccamento, mostrando come in presenza di uno stile relazionale

sicuro si evidenzia una significativa crescita di sentimenti di benessere all'interno di una variabilità più contenuta rispetto a quella registrata nel gruppo dei soggetti con attaccamento insicuro. D'altro canto, pur non negando la significatività dei dati, non è saggio sopravvalutarne la portata innanzitutto perché il tono dell'umore migliora in tutto il campione e poi per la disparità evidentissima nella numerosità dei sottogruppi (19 attaccamento sicuri vs. 2 attaccamento insicuri). Ciò nonostante è bene non trascurare questo indizio, proponendo in un ulteriore studio l'aumento della numerosità del campione.

Bibliografia

- 1 McMahan C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. *Psychosocial factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style.* J Affect Disord 2005;84:15-24.
- 2 McMahan C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. *Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment.* J Child Psychol Psychiatry 2006;47:660-9.
- 3 Sabuncuoglu O, Berkem M. *The relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from turkey.* Turkish Journal of Psychiatry 2006;17:252-8.
- 4 McLaren L, Kuh D, Hardy R, Mishra G. *Postnatal depression and the original mother-child relationship: a prospective cohort study.* J Affect Disord 2007;100:211-9.
- 5 Bartholomew K, Horowitz LM. *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model.* J Pers Soc Psychol 1991;61:226-44.
- 6 Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale.* Br J Psychiatry 1987;150:782-6.

P206. La Psichiatria di consultazione per il paziente anziano: l'esperienza di Modena

M. Forghieri, L. Pingani, C. Giubbarelli, S. Po, M. Rigatelli

Cattedra e Unità di Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Le persone di età superiore ai 65 anni rappresentano il 18% della popolazione italiana e costituiscono il 37% dei ricoveri nell'ospedale generale. Il frequente riscontro, in questi soggetti, di comorbidità psichiatrica rappresenta una sfida per la psichiatria di consultazione. Lo studio analizza le caratteristiche cliniche di pazienti anziani, ricoverati presso il Policlinico di Modena, per i quali è stata richiesta una consulenza psichiatrica.

Sono stati raccolti i dati sociodemografici e i dati clinici di pazienti visti in consulenza nell'anno 2007.

Il 20,88% ($n = 222$) di tutte le consulenze sono state condotte su pazienti ultra-65enni (età media: 75,62

anni [SD 7,54]; sesso femminile: 62,93%). Il 24,77% delle richieste proveniva dal reparto di Medicina Interna; le motivazioni addotte più frequentemente sono state: valutazione psicopatologica (31,08%) e sospetta depressione (27,93%). Le patologie organiche più comunemente riscontrate appartenevano alla categoria dei disturbi digestivi (secondo la classificazione ICD-9-CM) (16,37%), mentre le diagnosi psichiatriche nel 35,45% dei casi rientravano nella categoria F 40-49, secondo l'ICD-10. Nel 25,40% delle consulenze è stata prescritta una terapia combinata con SSRI e benzodiazepine.

La psichiatria di consultazione dovrà sempre più confrontarsi con la presenza di soggetti anziani nell'ospedale generale; tale ambito merita di essere maggiormente esplorato al fine di identificare interventi mirati per pazienti psicogeriatrici.

P207. Contenuto onirico in pazienti narcolettici: analisi quantitativa in un campione di 157 sogni

A. Galiazzo, I. Tedeschi, M.M. Anelli, M.L. Fantini, L. Ferini Strambi

Università Vita-Salute San Raffaele

Pochi studi hanno indagato i sogni dei soggetti narcolettici. Scopo dello studio è analizzare quantitativamente il contenuto onirico nei pazienti narcolettici; valutare inoltre le possibili correlazioni tra sogni e alcune caratteristiche psicologiche quali l'aggressività e il profilo personologico. Sono stati selezionati 31 pazienti narcolettici (16 F; 15 M; età media 47,8 ± 18,1) e 31 soggetti sani. Sono stati raccolti 157 e 100 sogni nei due gruppi e codificati secondo il metodo di Hall & Van de Castle. È stata inoltre somministrato l'Aggression Questionnaire (AQ), il Temperament and Character Inventory (TCI)-R e il Questionario dei sogni tipici. I sogni dei narcolettici sono caratterizzati da una minor presenza di personaggi familiari (47% vs. 61%, $p = 0,028$) e una percentuale più alta di Sfortuna (50% vs. 32%, $p = 0,004$). Il contenuto del volo era presente in 16/157 sogni dei pazienti e solo in 1/100 sogni nel gruppo di controllo ($X^2 = 8,35, p = 0,0039$), ricorrendo soprattutto nei pazienti con cataplessia. È stata osservata una correlazione positiva tra frequenza di interazioni amichevoli nel sogno intraprese dal sognatore e livelli di aggressività diurni ($r = 0,56; p = 0,031$) e tra sottodimensione della TCI-R "evitamento del danno" ed emozioni negative in sogno ($r = 0,53; p = 0,04$). Alcune alterazioni del contenuto onirico (minor presenza di personaggi familiari e l'elevata sfortuna) sono state descritte nell'ambito del disturbo di adattamento, suggerendo una possibile comorbilità. Le correlazioni tra contenuto onirico e variabili psicologiche potrebbero supportare la nozione di natura compensatoria dei sogni.

P208. Profilo personologico e caratteristiche psicologiche in pazienti affetti da narcolessia

A. Galiazzo, I. Tedeschi, L. Giarolli, L. Ferini-Strambi, M.L. Fantini

Università Vita-Salute San Raffaele

La narcolessia è un disturbo del sonno altamente invalidante con un forte impatto sulla qualità della vita dei pazienti. Scopo dello studio è valutare la salute psichica, le caratteristiche psicologiche quali aggressività e impulsività, la qualità della vita e il profilo personologico nei pazienti affetti da narcolessia. 31 pazienti narcolettici (16 F, 15 M; età media: 47,8 ± 18,1 aa) e 31 soggetti di controllo sono stati sottoposti a Symptom Check List 90 (SCL-90), Beck Depression Inventory (BDI), Aggression Questionnaire (AQ), Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), Scala SF36, Temperament and Character Inventory R (TCI-R). I narcolettici presentano un punteggio più alto dei controlli in tutte le dimensioni dell'SCL90, nell'impulsività (BIS-11: 70 ± 11,9 vs. 59,7 ± 7,1, $p = 0,005$), aggressività (AQ: 74,7 ± 16,7 vs. 62,7 ± 11,5; $p = 0,002$), depressione (BDI: 9,5 ± 4,9 vs. 2,3 ± 3,2; $p = 0,0003$), e nella TCI-R relativamente alle scale dell'evitamento del pericolo (106,3 ± 15,4 vs. 85,1 ± 10,3; $p < 0,0001$) e all'autotrascendenza (79 ± 20,2 vs. 60,1 ± 14; $p = 0,005$). Presentano punteggi minori nella qualità della vita (SF36-salute fisica: 55,6 ± 21,4 vs. 88,3 ± 14,4; $p < 0,0001$; s. generale: 54,5 ± 18,4 vs. 70,6 ± 9,8; $p = 0,008$; s. psicoemotiva: 59,2 ± 24 vs. 77,5 ± 18,4; $p = 0,02$), e nella sottodimensione TCI-R dell'autodirezionalità (131,9 ± 17,7 vs. 150,1 ± 10,5; $p = 0,04$). I risultati indicano uno stato di severo malessere psicologico associato alla narcolessia. Una marcata tendenza all'evitamento del danno e una minor capacità ad orientare il proprio comportamento in relazione agli scopi caratterizzano i pazienti narcolettici. Questi ultimi potrebbero beneficiare in futuro di strategie di intervento psicoterapeutico mirate.

P209. Psicomatica e dermatosi: correlazione tra eventi stressanti, meccanismi di difesa, personalità e stili di vita

M.G. Guarneri, L. Nastri, M. Aricò*, A. Landi, B. Bonanno, M.R. Sergio, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, * UOC di Dermatologia e MTS, Università di Palermo*

Introduzione: alcuni studi condotti sull'insorgenza e sulla storia clinica di alcune dermatosi come la psoriasi e la vitiligine hanno mostrato correlazioni significative con la capacità di elaborare i correlati emotivi di qualsivoglia evento stressante, sostenendo l'ipotesi di uno stretto legame tra alterazioni cutanee e deficit nel processo di sviluppo psichico dell'individuo, ossia un deficit e/o arresto nel processo funzionale di acquisizione della

capacità di mentalizzare l'esperienza e di accedere all'ordine del simbolico. In base a tali dati di letteratura ci si propone di indagare questi aspetti e nella fattispecie la correlazione tra eventi stressanti, stili di vita, personalità, meccanismi di difesa, alestitimia ed alcune patologie dermatologiche quali la psoriasi e la vitiligo.

Metodi: il gruppo di studio è costituito da 100 soggetti: 50 casi di cui 30 affetti da vitiligo e 20 da psoriasi e 50 controlli indenni da patologie dermatologiche. Sono state compilate schede anamnestico-cliniche e somministrati i seguenti test: Defense Mechanisms Inventory (DMI), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R Forma Ridotta), IVE-Questionario Impulsività, Holmes Rahe Social Readjustment Rating Scale, Questionario sullo stato di salute SF-36, Tas-20.

Risultati: dalla disamina dei dati preliminari, emerge tra i casi una prevalenza di tendenza all'alestitimia in contrapposizione ai controlli, nei quali la stessa tendenza si riscontra in una percentuale trascurabile.

Conclusione: sebbene fattori genetico-costituzionali predispongano all'insorgenza di vitiligo e psoriasi, si può ragionevolmente supporre, a partire dai risultati dei test somministrati e nel contesto di un modello multidimensionale, una concomitanza con complessi meccanismi eziopatogenetici, particolarmente con un deficit originario del processo di mentalizzazione e di elaborazione delle emozioni.

Bibliografia

- Walker C, Papadopoulos L. *Psychodermatology. The psychological impact of skin disorders*. Cambridge: Cambridge University Press 2005.
- Todarello O, Porcelli P. *Medicina psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costo sociale*. Roma: Franco Angeli Editore 2002.
- Taylor GJ (1987). *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. ed. it. Roma: Astrolabio 1993.

P210. Psicosomatica e Ischemia cardiaca: correlazione tra eventi stressanti, meccanismi di difesa, personalità e stili di vita

M.G. Guarneri, L. Nastri, P. Assennato*, A. Landi, A. Li Puma***, B. Bonanno, G.B. Maggì, F. Bono**, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, * Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefrologiche, Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, ** Dipartimento di Contabilità Nazionale ed Analisi dei Processi Sociali, Università di Palermo; *** C.T.A Cristo Pantocratore, Borgetto (Palermo)*

Introduzione: vari lavori hanno sottolineato la notevole importanza dei fattori psico-sociali nella genesi della cardiopatia ischemica. Obiettivo dello studio è valutare la correlazione tra eventi stressanti, stili di vita, personalità, meccanismi di difesa ed ischemia cardiaca,

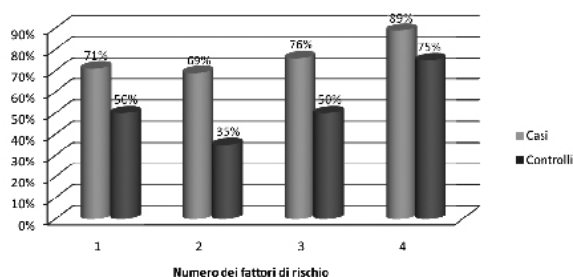


FIGURA 1. Percentuale di soggetti con evento stressante a parità di numero di fattori di rischio organici.

individuando in quale misura essi possano influire nel determinare la cardiopatia ischemica. Sono stati inoltre analizzati fattori socio-ambientali e vari fattori organici, indicati dalla letteratura come fattori di rischio cardiovascolare.

Metodi: il campione è costituito da 128 soggetti: 64 casi con recente evento ischemico cardiaco (infarto del miocardio o angina pectoris) e 64 controlli. Sono state compilate schede anamnestico-cliniche e somministrati i seguenti tests: Defense Mechanisms Inventory (DMI), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R Forma Ridotta), IVE-Questionario Impulsività e Holmes Rahe Social Readjustment Rating Scale.

Risultati: a parità di numero di fattori di rischio cardiovascolare, la percentuale di soggetti che hanno presentato un evento stressante nell'ultimo anno è significativamente maggiore ($p < 0,05$) tra quelli che hanno subito un evento ischemico rispetto ai controlli (Fig. 1). Nel 44% dei pazienti si è verificato un evento ad intensa carica emotiva nei giorni immediatamente precedenti l'ischemia, con maggiore incidenza (28%) di problemi lavorativi e familiari. Il punteggio medio della Holmes Rahe Social Readjustment Rating Scale è risultato statisticamente più elevato ($p < 0,05$) nei pazienti rispetto ai controlli. I casi, inoltre, mostrano livelli più elevati di impulsività e nevroticismo, nonché prevalenza di meccanismi di difesa arcaici quali negazione e rivolgimento contro sé stessi, mentre i controlli mostrerebbero il prevalere dell'uso di difese più evolute, quali l'intellettualizzazione.

Conclusione: oltre i fattori organici che predispongono all'insorgenza dell'evento ischemico, eventi stressanti, aspetti di personalità e difese utilizzate mostrano svolgere un ruolo fondamentale, amplificandone il rischio.

Bibliografia

- Saner H. *Stress as a cardiovascular risk factor*. Ther Umsch 2005;62:597-602.
- Jovanovic D, Jakovljevic B, Paunovic K, Grubor D. *Importance of personality traits and psychosocial factors for the development of coronary heart disease*. Vojnosani Pregl 2006;63:153-8.

P211. L'impiego della melatonina nell'ambulatorio di Medicina Generale

G. Janiri, S. Cesi, C. Giubbarelli, I. Montefiori, S. Po, C. Scura

UO Ospedaliero Universitaria di Psichiatria, Policlinico di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: la melatonina, la cui denominazione chimica è N-acetyl-5-methoxytryptamine, è una molecola secreta dalla ghiandola pineale che opera in modo selettivo, agisce cioè solo quando e dove è necessario e decresce nell'organismo con l'avanzare dell'invecchiamento. Il suo meccanismo di azione pare non sia né di natura chimica, né biochimica, né recettoriale, né ormonale. Tra gli effetti documentati si può affermare che la melatonina sostenga la funzione immunitaria, abbassi i livelli di colesterolo nel sangue, protegga dagli effetti negativi dello stress, ripristini i ritmi del sonno. Gli effetti sul sonno risultano indiretti, la melatonina infatti ripristina un sistema che risulta essere alterato nei suoi ritmi.

Metodi: il presente lavoro indaga l'utilizzo di melatonina in un gruppo di pazienti afferenti ad un ambulatorio di medicina generale.

Risultati: sono stati valutati 105 pazienti in un periodo di circa 6 mesi. Il campione, costituito prevalentemente da individui di sesso femminile (n = 78; 74,2%), mostra un'età media di circa 46 anni. Nel 38,3% dei casi è stata diagnosticata una forma di disturbo dell'umore, con prescrizione di melatonina in monoterapia ad una media di 2,5 mg nel 10% circa dei casi.

Conclusioni: da quanto emerso, la melatonina risulta efficace nel regolare il sonno dei pazienti con o senza comorbidità psichiatrica.

P212. Mindfulness e Alessitimia: uno studio su pazienti affetti da DCA

N.A. Losignore, C. Calia, R. Giangaspero, M. Mancini, A. Catucci, O. Todarello

DH per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: precedenti studi hanno dimostrato l'efficacia della mindfulness nei disturbi alimentari e psicosomatici così come un alto tasso di alessitimia nei DCA. Sviluppando la capacità di consapevolezza dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche, la mindfulness potrebbe incidere sul mancato apprendimento della capacità di mentalizzazione dei soggetti alessitimici.

Metodi: è stato reclutato, presso il D.H. dei DCA del Policlinico di Bari, un campione di 14 soggetti alessitimici con diagnosi di DCA secondo i criteri del DSM-IV-TR, di sesso femminile e di età compresa tra i 16 e i 32 anni. È stata somministrata la TAS-20 alla baseline ed effettuato un follow-up dopo un ciclo di 8 sedute settimanali di mindfulness.

Risultati: alla baseline le pazienti presentavano valori di alessitimia con un punteggio totale medio di 66,64, al completamento del trattamento, la media dei punteggi totali risulta essere di 60,92. In particolare è emerso che dei tre fattori che la TAS-20 valuta, quelli maggiormente compromessi ma anche più sensibili al trattamento sono F1 ed F2, con un miglioramento rispettivamente del 10,10 e del 10,58%.

Conclusioni: la mindfulness applicata al campione esaminato ha prodotto un miglioramento globale del 8,55%; risultano maggiormente sensibili al trattamento la capacità di identificare e di verbalizzare i sentimenti. I dati preliminari suggeriscono che la mindfulness possa avere un ruolo importante nel trattamento dell'alessitimia nei DCA.

Bibliografia

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: text revision (2000)*. Milano: Masson 2001.

Caretti V, La Barbera D. *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio 2005.

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness, al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri 2005.

P213. Alessitimia e sintomi psicotici: studio longitudinale preliminare

P. Marinaccio, M. Porcellana, C. Manoussakis, G. Tatti, C. Bressi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: obiettivo del presente studio longitudinale è valutare le correlazioni tra alessitimia e schizofrenia, considerata l'assenza attuale in letteratura di dati univoci^{1,2}, ed evidenziare la stabilità o meno del costrutto alessitimico in relazione all'andamento temporale della sintomatologia clinica.

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente 20 pazienti affetti da schizofrenia secondo i criteri del DSM-IV-TR residenti in un Centro Residenziale ad Alta assistenza (CRA). Al baseline (T0) ed a 6 mesi (T1), l'alessitimia è stata valutata mediante la Toronto Alexithymia Scale a 20 item (TAS-20), mentre le scale psicopatologiche utilizzate sono state la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e la Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

Risultati: l'analisi bivariata preliminare (Spearman's correlations) ha evidenziato la sola associazione statisticamente significativa tra i punteggi TAS-20 al T0 ed al T1 ($r = 0,466$, $p = 0,044$). La successiva regressione lineare condotta con metodica Stepwise ha confermato come unico predittore significativo del punteggio TAS-20 al T1 (variabile dipendente) il punteggio al T0 della medesima scala ($B = 0,633$; $SE = 0,269$; $\beta = 0,495$; $t = 2,351$; $p = 0,031$).

Conclusioni: i risultati preliminari confermano l'ipotesi descritta in letteratura ² dell'indipendenza del costrutto Alessitimico rispetto all'andamento della sintomatologia in pazienti affetti da schizofrenia.

Bibliografia

- ¹ Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. *Alexithymia in schizofrenia: an exploratory study*. *Psychol Rep* 2001;89:95-8.
- ² Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. *Is alexithymia related to negative symptoms in schizofrenia?* *Psychopathology* 2005;38:310-4.

P214. Alessitimia e problemi interpersonali: uno studio esplorativo

P. Marinaccio, M. Porcellana, C. Manoussakis, G. Tatti, C. Bressi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano; Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: diversi studi hanno evidenziato quanto la difficoltà a comprendere e comunicare le proprie esperienze emotive, caratteristica dei pazienti Alessitimici, correla con l'utilizzo di pattern relazionali disfunzionali ^{1,2}. Scopo di questo studio è valutare l'eventuale associazione tra Alessitimia e specifiche problematiche interpersonali.

Metodi: sono stati reclutati 21 pazienti consecutivi ambulatoriali affetti da disturbi d'ansia o depressivi minori secondo i criteri del DSM-IV-TR. L'Alessitimia è stata valutata con la Toronto Alexithymia Scale-20 item (TAS-20), il funzionamento relazionale mediante Inventory of Interpersonal Problems (IIP).

Risultati: l'analisi bivariata (Spearman's correlations) ha evidenziato le seguenti associazioni statisticamente significative ($p < 0,05$): la scala 1a (difficoltà a socializzare per egocentrismo) correla con il punteggio totale TAS-20 e con la difficoltà a identificare (fattore F1) e descrivere i sentimenti (fattore F2); la scala 6 (empatia e colpa) correla con il fattore F3 (pensiero orientato verso l'esterno), mentre la scala 9 (aggressività) correla con il punteggio totale e il fattore F1.

Conclusioni: i risultati preliminari mostrano che lo stile interpersonale dei soggetti Alessitimici è caratterizzato da ostilità, mancanza di empatia e disinteresse. Tali dati, in linea con la letteratura internazionale, confermano l'associazione tra Alessitimia e pattern relazionali disfunzionali.

Bibliografia

- ¹ Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. *Alexithymia and the temperament and character model of personality*. *Psychother Psychosom* 2001;70:261-70.
- ² Spitzer C, Siebel Jürges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ. *Alexithymia and interpersonal problems*. *Psychother Psychosom* 2005;74:240-6.

P215. Confronto di efficacia tra psicoterapia cognitivo comportamentale e un programma psicoterapico basato sulla meditazione e la cultura del cibo in pazienti obesi

F. Mazzi, D. Palazzi*

*Dipartimento Salute Mentale, Azienda USL di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia; * Centro per la Cura dell'Obesità "Joy Food", Reggio Emilia*

In Italia più del 35% delle persone adulte sono in sovrappeso e più del 15% sono obese. L'obesità e il sovrappeso sono tra le maggiori cause di decesso nella popolazione adulta delle società occidentali. Individuare approcci psicoterapeuti efficaci nel controllo del peso rappresenta un obiettivo di fondamentale rilevanza per i servizi sanitari nazionali. Lo scopo di questo studio è la valutazione di efficacia di un intervento psicoterapico breve basato sulla meditazione e sulla cultura del cibo nella cura dell'obesità rispetto ad un approccio abituale di tipo cognitivo comportamentale.

Sono stati arruolati 46 soggetti di età compresa tra 18-50 anni con un BMI compreso tra 25 e 35.

Questi soggetti sono stati randomizzati ai due tipi di trattamento che prevedevano incontri gruppalmente di 6-10 soggetti, 1 volta alla settimana della durata di 2 ore, per 10-12 sedute.

I valutatori dell'esito erano in cieco rispetto al tipo di trattamento dei pazienti. Entrambi gli interventi erano manualizzati. Sono stati assegnati 26 soggetti al gruppo meditazione e 20 soggetti al gruppo cbt. La perdita media di peso dopo 12 mesi dal trattamento era nel gruppo trattato con la meditazione di 6 kg, range 2-10, mentre nel gruppo trattato con un programma cognitivo comportamentale standard era di 3 kg range 1-5 kg. La differenza a favore dell'approccio basato sulla meditazione era significativa e suggeriva l'utilità di implementare un programma basato su questo tipo di approccio nella popolazione generale per la cura dell'obesità di grado lieve-medio.

P216. Un approccio integrato alla sclerosi amiotrofica laterale: la disabilità psichica nelle malattie neurodegenerative

C. Mezzatesta, V. Perricone, D. La Barbera, V. La Bella

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo, Servizio di Psichiatria

Introduzione: la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), conosciuta anche come malattia di Lou Gehrig, è una malattia progressiva del motoneurone, una delle più gravi tra le malattie neurodegenerative. L'approccio integrato alle patologie degenerative nasce dalla osservazione che esse coinvolgono più aspetti della vita del soggetto: la vita affettiva, relazionale, il contesto sociale, familiare e lavorativo. L'ipotesi della ricerca è che la qualità delle

relazioni familiari (caregivers) associate alle differenti personalità dei pazienti determinino delle alterazioni dell'umore ma influenzino anche l'andamento della patologia; infatti si è osservato: in che modo il paziente-caregiver intervenga nel tempo medio di sopravvivenza, l'incidenza dei sintomi ansiosi e depressivi, sia nei pazienti che nei caregiver; ma anche lo stile difensivo più utilizzato.

Casistica: 17 pazienti affetti da SLA, 17 caregivers.

Metodi: intervista psicodiagnostica con focalizzazione sui sintomi psicopatologici e sullo stile difensivo. La batteria dei test utilizzati per la valutazione delle caratteristiche di personalità di base è costituita da: EPI, STAI, Hamilton D.

I dati sono stati analizzati con T test (independent sample design).

Dallo studio sono stati esclusi pazienti con pregresse patologie psichiatriche e demenza.

Risultati: lo studio dimostra che i pazienti affetti da SLA hanno dei punteggi più alti nell'ansia di sto (contrariamente ai caregiver) depressione e presentano un rigido sistema difensivo e che il loro tempo di sopravvivenza è significativamente legato alla qualità della vita.

Bibliografia

Invernizzi G, Gala C, Rigatelli M, Bressi C. *Manuale di psichiatria di consultazione*. McGraw-Hill 2002.

Rothstein JD. *Of mice and men: reconciling preclinical ALS mouse studies and human clinical trials*. Ann Neurol 2003;53:423-6.

P217. Sintomi comportamentali e psicologici correlati alla demenza: incidenza e correlazione con variabili cliniche e demografiche in un campione di pazienti ambulatoriali

C. Mingrone, N. Birindelli, F. Castagna, M. Giugiaro, L. Pulvirenti, M. Sigaudò, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: i sintomi comportamentali e psicologici correlati alla demenza (BPSD) includono sintomi affettivi, sintomi psicotici e disturbi comportamentali; costituiscono un importante fattore di stress sia per i pazienti che per i familiari e sono spesso la ragione per cui i soggetti affetti da demenza vengono istituzionalizzati. La presenza di tali sintomi sembra, inoltre, essere correlata con una maggiore compromissione nell'autonomia ed un peggioramento nella qualità di vita dei pazienti stessi. L'obiettivo del nostro studio è di valutare, in un campione di pazienti ambulatoriali affetti da demenza (tipo Alzheimer ed altri tipi di demenza), l'incidenza dei BPSD e la loro correlazione con le variabili cliniche e demografiche.

Metodi: abbiamo condotto una valutazione trasversale su 77 pazienti ambulatoriali consecutivi, affetti da de-

menza, afferenti all'Unità Valutazione Alzheimer del Servizio Disturbi Cognitivi-SCDU Psichiatria 1, AOU San Giovanni Battista di Torino. L'indagine sui pazienti includeva un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali. Le valutazioni cognitive e psicocomportamentale sono state effettuate tramite il Mini Mental State Examination (MMSE) e la Neuropsychiatric Inventory (NPI). L'analisi statistica è stata condotta tramite il t-test per campioni indipendenti e il test di Pearson.

Risultati: l'incidenza dei BPSD nella popolazione considerata è dell'82%. I pazienti affetti da demenza di Alzheimer si differenziano dai soggetti affetti da altri tipi di demenza per quanto riguarda l'età d'esordio della patologia (più precoce nella Demenza di Alzheimer) e la gravità del sintomo apatia (maggiore nei soggetti affetti da altri tipi di demenza). La presenza di BPSD è, inoltre, correlata, nel campione totale dei pazienti, ad una maggiore compromissione cognitiva e ad una durata più breve di malattia.

Conclusioni: l'alta frequenza di BPSD in questo campione di pazienti ambulatoriali e la loro rilevanza clinica, testimoniata dalla correlazione con la compromissione cognitiva, sottolineano l'importanza di un'accurata e sistematica individuazione degli aspetti comportamentali e psicologici delle demenze e di un loro appropriato trattamento.

Bibliografia

Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, Camus V, Liperoti R, Marriott A, et al. *Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia*. Dement Geriatr Cogn Disord 2008;26:138-46.

Hersch EC, Falzgraf S. *Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia*. Clin Interv Aging 2007;2:611-21.

Piccininni M, Di Carlo A, Baldereschi M, Zaccara G, Inzitari D. *Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease: frequency and relationship with duration and severity of the disease*. Dement Geriatr Cogn Disord 2005;19:276-81.

P218. Il profilo psicologico e il comportamento sociale del soggetto adulto affetto da ipoacusia lieve o moderata

D. Monzani, E. Genovese, A. Marrara, M. Forghieri*, G.M. Galeazzi**, F. Bertani*, A. Martini***

Audiology Unit, Department of Neurosciences, Head-Neck and Rehabilitation, * Department of Psychiatry, University Hospital of Modena; ** East London NHS Foundation Trust, UK Department of Audiology; *** University of Ferrara

Scopo dello studio: verificare l'ipotesi che una popolazione di adulti affetti da una perdita uditiva di tipo neurosensoriale di grado lieve o moderato possa soffrire

di reazioni emotive negative e di limitazioni socio-situazionali in modo più consistente se confrontati con normoudenti.

Metodi: a 73 soggetti ipoacusici e 96 controlli sovrapponibili per caratteristiche socio-demografiche reclutati presso l'ambulatorio audiometrico delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena e Ferrara è stata somministrata una batteria psicométrica costituita da: HHIA, MOS 36-Item, Short Form Health Survey, SFQ, SCL 90-R.

Risultati: i pazienti ipoacusici percepiscono un maggior grado di handicap uditivo ed un peggioramento della qualità della vita nei domini della sfera emotiva e del comportamento sociale rispetto ai normoudenti ($p < 0,005$). Mostrano una maggiore tendenza alla depressione, all'ansia, alla sensibilità interpersonale e all'ostilità rispetto ai normoacusici ($p < 0,05$).

Conclusioni: è stato ipotizzato che l'indebolimento della funzione uditiva e la conseguente disabilità possano scoraggiare i soggetti ipoacusici dall'esporsi a situazioni sociali impegnative e addivenire così ad una situazione di isolamento che può portare alla depressione, all'irritabilità e al sentimento di inferiorità. Una presbiacusia in fase iniziale è meritevole di un inquadramento clinico multi-dimensionale allo scopo di non sottostimare le eventuali compromissioni del benessere psicosociale del paziente.

P219. Validazione della versione italiana del questionario DS-16

M. Nuti, A. Favaro, G. Zanuttigh, A. Realdi, A. Semplicini, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Padova

Introduzione: studi clinici evidenziano come la personalità tipo D sia un fattore prognostico negativo in soggetti con patologie cardiovascolari. Il crescente interesse per questo profilo personologico si lega alla necessità di uno strumento, in lingua italiana, in grado di valutare in modo affidabile tale costrutto. Obiettivo dello studio è la validazione del questionario DS-16 nella versione italiana.

Metodi: il DS-16, questionario autovalutativo composto da 16 item suddivisi in due distinte sottoscale, una per la valutazione dell'affettività negativa (NA) e l'altra per l'inibizione sociale (SI) a scelta multipla su scala Likert a 5 punti, è stato somministrato ad un campione clinico costituito da 139 soggetti con ipertensione essenziale. Le proprietà psicométriche del questionario sono state valutate mediante analisi sull'attendibilità e validità interna.

Risultati: il DS-16 nella sua versione italiana ha confermato la presenza delle due dimensioni principali, presenta buona attendibilità, coerenza interna e validità di contenuto. La dimensione NA correla con misure di depressione, mentre la sottoscala SI correla con aspet-

ti temperamentali di difficoltà nei processi di attaccamento.

Discussione: i dati preliminari confermano le proprietà psicométriche del questionario nella sua versione italiana. Se verranno confermati i dati sul valore prognostico delle due dimensioni nelle patologie cardiovascolari, la scala potrebbe diventare un promettente strumento di screening.

P220. Alessitimia ed invecchiamento: studio neuropsicologico

M.L. Onor, M. Trevisiol, M. Spano, E. Aguglia, S. Paradiso

Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, UCO di Clinica Psichiatrica, Università di Trieste; Department of Psychiatry, University of Iowa

Introduzione: l'alessitimia in ogni età è stata messa in relazione ad un'alterato funzionamento dell'emisfero destro, della trasmissione interemisferica e più recentemente della corteccia prefrontale mediale. L'invecchiamento si associa ad una riduzione strutturale e funzionale di strutture anatomiche importanti per il processamento di stimoli emotivi prevalentemente a carico dell'emisfero destro.

Scopo: comparare i livelli di alessitimia tra soggetti giovani ed anziani ed esaminare la correlazione dei livelli di alessitimia con la performance neurocognitiva.

Metodi: lo studio è stato condotto su un gruppo di 20 soggetti giovani e 20 soggetti anziani valutati con TAS-20, HAM-D, e la seguente batteria neuropsicologica comprendente Story Recall; Digit Span Forward e Backward, AVLT, the Rey's Figure; Raven Coloured Matrices, FAS, Categorical Word Production, Token test, Reversal Learning Test, Clock Drawing Test, Trail Making Test, Attentional Matrix.

Risultati: i soggetti anziani hanno dimostrato livelli di alessitimia significativamente più alti dei soggetti giovani ($p < 0,001$). I livelli di alessitimia si correlavano inversamente con l'educazione, la performance alla Figura di Rey e le Matrici di Raven. In un modello di analisi di regressione, la correlazione con la performance con la Figura di Rey rimaneva significativa controllando l'educazione e la performance al Raven.

Conclusioni: l'alessitimia nell'anziano pare esser associata ad un declino delle funzioni neurocognitive visuospatiali prevalentemente associate all'emisfero destro.

P221. Aumento del volume della testa dell'ippocampo dopo trattamento chirurgico in pazienti affetti da morbo di Cushing

A. Passamani, T. Toffanin, F. Nifosì, F. Zonta, H. Follador, R. Preteroti, G. Pigato, M. Scanarini*, P. Amistà**, G.I. Perini***

*Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; * UO di Neurochirurgia, ** UO di Neuroradiologia, AO di Padova; *** Università di Padova/ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)*

Introduzione: il m. di Cushing rappresenta un ottimo modello per studiare il ruolo, a livelli elevati, dei corticosteroidi nel determinismo delle alterazioni strutturali del sistema nervoso centrale ben documentate in diversi disturbi psichici, in particolare in corso di depressione maggiore. La formazione ippocampale rappresenta una delle strutture più coinvolte nel danno glucocorticoidi-mediato. Studi di neuroimaging eseguiti in pazienti affetti da Cushing hanno rilevato riduzione di volume della suddetta struttura, reversibile con il ripristino dell'eucortisolemia¹, senza mai indagare, come qui si propone, la variazione del volume delle sue porzioni (testa, corpo e coda) che presentano proiezioni neuroanatomiche e correlati funzionali differenti².

Metodi: a 10 pazienti con diagnosi di m. di Cushing, da adenoma ipofisario ACTH secernente, è stata acquisita in RMN cerebrale, al momento della diagnosi (T0) e a distanza di 12 mesi dall'intervento di adenectomia (T1), una sequenza sagittale T1 pesata 3D volumetrica, da cui utilizzando il software DCM View è stato determinato il volume del parenchima cerebrale totale, dell'ippocampo e delle sue porzioni.

Risultati: confrontando i dati tra il T0 e il T1 è emerso un aumento significativo del volume della testa ippocampale bilateralmente ($p < 0,05$); nessuna variazione significativa invece nel parenchima cerebrale e nel volume ippocampale totale.

Conclusioni: questo dato conferma la reversibilità del danno ippocampale da glucocorticoidi, il cui effetto sembra concentrarsi sulla porzione anteriore maggiormente suscettibile al danno eccitotossico dell'area CA1, a causa di una maggiore concentrazione di neuroni eccitatori e minore di neuroni inibitori³.

Bibliografia

- 1 Starkman MN, Giordani B, Gebarski SS, Berent S, Schork MA, Scheingart DE. *Decrease in cortisol reverses human hippocampal atrophy following treatment of Cushing's disease.* Biol Psychiatry 1999;46:1595-602.
- 2 Strange B, Dolan R. *Functional segregation within the human hippocampus.* Mol Psychiatry 1999;4:508-11.
- 3 Bernasconi N, Bernasconi A, Caramanos Z, Antel SB, Andermann F, Arnold DL. *Mesial temporal damage in temporal lobe epilepsy: a volumetric MRI study of the hippocampus, amygdala and parahippocampal region.* Brain 2003;126:462-9.

P222. Relazioni di coping, paura dell'incerto e alessitimia con il distress psicologico: il ruolo dell'evitamento esperienziale

T. Pennato, C. Berrocal, O. Bernini, F. Cosci

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

Obiettivo: il presente studio è volto a testare il ruolo mediazionale dell'evitamento esperienziale (Hayes et al., 1996) nella relazione tra strategie di coping di evitamento ed emotive, paura dell'incerto e alessitimia con l'outcome psicologico negativo.

Metodi: il campione è costituito da 177 soggetti adulti. L'evitamento esperienziale (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ), le strategie di coping di evitamento ed emotive (Brief COPE), la paura dell'incerto (Temperament and Character Inventory), l'alessitimia (Toronto Alexithymia Scale) e le variabili di outcome psicologico (Behavior and Symptom Identification Scale) sono stati misurati attraverso questionari standardizzati in auto-somministrazione. Il modello mediazionale è stato testato attraverso analisi di regressione.

Risultati: i risultati mostrano che l'effetto delle strategie di coping di evitamento e della paura dell'incerto sul distress emotivo e sulle altre variabili di outcome psicologico negativo si riduce quando i livelli di evitamento esperienziale sono controllati, mentre quest'ultimo continua a predire gli esiti psicologici.

Conclusioni: i dati suggeriscono che l'evitamento esperienziale potrebbe rappresentare un meccanismo generalizzato attraverso il quale sia le strategie di coping di evitamento che la paura dell'incerto influenzano lo stato psicologico. I risultati non supportano il ruolo di mediatore dell'evitamento esperienziale nella relazione tra l'alessitimia e gli outcome psicologici.

P223. Abnorme attività dell'ippocampo e della corteccia prefrontale durante compiti di memoria in pazienti con epilessia del lobo temporale

A.V. Perilli, F. Gambi, G. Blasi, G.N. Meldolesi*, A. Picardi*, P. Taurisano, L. Fazio, M. Nardini, G. Di Gennaro*, A. Bertolino

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; * IRCCS Neuromed, Centro per la Chirurgia dell'Epilessia, Pozzilli (IS)*

Studi precedenti hanno suggerito la rilevanza dell'interazione anatomica e funzionale fra formazione ippocampale e corteccia prefrontale per i processi mnesici. Altri studi hanno inoltre evidenziato che un danno in queste regioni cerebrali, è associato a deficit di memoria. L'epilessia del lobo temporale, che comporta alterazioni anatomo-funzionali di strutture temporo-mesiali tra cui l'ippocampo, rappresenta un

modello di anomalo funzionamento del circuito ippocampo-prefrontale. Scopo del presente studio è la valutazione dell'attività dell'ippocampo e della corteccia prefrontale in pazienti con epilessia del lobo temporale durante compiti di memoria di lavoro e di riconoscimento. Ipotizziamo la presenza di anomalie funzionali in queste regioni cerebrali. Con questo obiettivo, abbiamo studiato con Risonanza Magnetica Funzionale a 3 Tesla 9 pazienti con epilessia temporale (6 maschi; età $39,22 \pm 9,85$), e 11 controlli sani (4 maschi; età $39,73 \pm 6,03$), utilizzando compiti cognitivi che elicitano l'utilizzo di memoria di lavoro (*N-back*) ed *encoding* di memoria di riconoscimento. I risultati in SPM ($p < .005$) evidenziano nei pazienti una iperattività prefrontale durante memoria di lavoro ed una ipoattività paraippocampale durante *encoding* di memoria di riconoscimento rispetto ai controlli. Questi risultati suggeriscono anomalie funzionali nel circuito ippocampo-prefrontale in pazienti con epilessia del lobo temporale, che appaiono assumere caratteristiche compito specifiche.

P224. Quality of life in parents of children affected by rare diseases

R.L. Picci, F. Trivelli, R. Lala, C. Marmo, L. Ostacoli, M. Zuffranieri, P.M. Furlan

AUO S. Luigi Gonzaga, Orbassano (To)

Introduction: rare diseases are chronically debilitating, possibly impairing the quality of life both of the patient and of his parents.

Aims: to examine the quality of life and the coping strategies of the parents of children affected with rare diseases comparing 30 mothers and 25 fathers of children affected by rare diseases with 30 mothers and 26 fathers of non-rare chronic diseases. Anxiety, depression, coping strategies, satisfaction about their life are assessed.

Methods: all the subjects are interviewed and undergo an evaluation with the self-report tools Satisfaction With Life Scale, Profile of Mood States, COPE, Hamilton Rating Scale for Depression and Hamilton Rating Scale for Anxiety. The data are analyzed using one way and factorial ANOVA on SPSS (version 12.0).

Results: our results show that subjects having children with rare diseases experience more anxiety, but not a more severe depression, worse psychological well-being and have more difficulties to face the daily living. Comparing the mothers and the fathers of children with rare diseases, the first group show higher scores in HRSA.

Conclusions: So the feature of uncertainty of a rare disease in terms of aetiology, course and treatment can be associated with a more severe impact on the parents' psychological and emotional well-being.

P225. Gli effetti metabolici della somministrazione degli SSRI in acuto

E. Pierantozzi, L. Padula, M. Roggi, L. Bossini, A. Fagiolini, P. Bardi, A. De Lalla, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Divisione di Psichiatria; Dipartimento di Farmacologia Clinica, Università di Siena; Dipartimento di Psichiatria, Università di Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic

Introduzione: i cambiamenti di peso che si verificano durante il trattamento con antidepressivi sono frequenti effetti collaterali che tendono a ridurre l'adesione alla terapia¹. Scopo di questa indagine è valutare le variazioni di peso, leptina e adiponectina durante il trattamento con SSRI.

Metodi: 15 soggetti drug-free, con disturbi dell'umore e d'ansia, valutati al tempo 0 e dopo 3 mesi di terapia con vari tipi di SSRI (paroxetina, sertralina e citalopram). Nelle due fasi sono stati indagati: peso, valori ematici di leptina ed adiponectina, sintomatologia clinica tramite Hamilton Rating Scale-Depression (HAM-D).

Risultati: i dati ottenuti sono stati analizzati tramite Wilcoxon Signed Ranks Test. I risultati hanno mostrato che dopo 3 mesi di terapia con SSRI erano presenti differenze significative fra i valori ematici di leptina (da 15138,67 pg/ml a 23574,93) ($Z = -2,442$; $p = 0,015$; $n = 15$); non sono state riscontrate variazioni negli altri parametri indagati (adiponectina, peso e HAM-D). Non sono state trovate correlazioni fra variazioni di peso, parametri metabolici e sintomatologia clinica.

Conclusioni: tali risultati suggeriscono che il trattamento con SSRI in acuto non determina variazioni nel peso corporeo, ma va a modificare fattori ormonali che incidono in maniera autonoma sul rischio cardiovascolare². Ciò suggerisce la necessità di monitorare i parametri metabolici durante il trattamento psicofarmacologico indipendentemente dalla variazione di peso corporeo.

Bibliografia

- Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. *Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients.* J Psychiat Res 2003;37:193-220.
- Napoleone E, Di Santo A, Amore C, Baccante G, Di Febbo C, Porreca E, et al. *Leptin induces tissue factor expression in human peripheral blood mononuclear cells: a possible link between obesity and cardiovascular risk?* J Thromb Haemost 2007;5:1462-8.

P226. Obesità e comorbidità psichiatrica di asse I: risultati di uno studio caso-controllo

F. Pinna, S. Pirarba, G. Mellino, F. Zairo, S. Piredda, E. Sarritzu, A. Ortu**, R. Manca**, F. Velluzzi*, A. Loviselli*, W. Orrù**, B. Carpiniello

*Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; * UO Dipartimentale di Obesità, Policlinico Universitario di Cagliari; ** Istituto I.H. Schultz, Cagliari*

Introduzione: negli ultimi anni la ricerca ha manifestato un interesse crescente circa l'associazione tra obesità e disturbi psichiatrici, viste le importanti implicazioni da un punto di vista diagnostico, prognostico, e terapeutico. I dati di letteratura derivanti da studi di popolazione indicano, sebbene non univocamente, una elevata comorbidità tra obesità e disturbi mentali, in particolare disturbi d'ansia e dell'umore. Gli studi condotti su campioni clinici sono altrettanto contraddittori, indicando alcuni studi un'elevata comorbidità, che viene invece negata da altri. In generale, per quanto riguarda i campioni clinici, peraltro, sembrano carenti in letteratura gli studi su vaste popolazioni, condotti con metodologia controllata. Il presente lavoro è volto a valutare la prevalenza di disturbi di asse I in un vasto campione di pazienti afferenti ad un Centro per la cura dell'Obesità, messo a confronto con un campione di soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio, studiati mediante interviste cliniche strutturate. Tale studio costituisce l'estensione su un campione più ampio di un lavoro oggetto di precedenti presentazioni.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione costituito da 293 pazienti, 48 maschi e 245 femmine, messo a confronto con un campione di convenienza di pari numerosità costituito da soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio. La condizione di normopeso è stata definita in base ai parametri di BMI $\leq 24,9$, e circonferenza vita, nelle femmine ≤ 88 cm, nei maschi ≤ 102 cm. L'inquadramento diagnostico di asse I è stato effettuato rispettivamente tramite la SCID I e la SCID II. Per la valutazione della gravità e del funzionamento globale sono state utilizzate rispettivamente le scale CGI e GAF.

Risultati: il 55,3% (n = 162) degli obesi, rispetto al 26,3% (n = 77) dei non obesi, ha una diagnosi lifetime di asse I secondo i criteri del DSM-IV, con una differenza statisticamente significativa. Ugualmente significative le differenze tra i due gruppi in base alla presenza/assenza di una diagnosi di asse I in atto, rilevata nel 37,5% (n = 110) dei soggetti obesi, rispetto al 10,2% (n = 30) dei normopeso. Il 31,4% degli obesi vs. il 12,35 dei normopeso ha una diagnosi lifetime di disturbo dell'umore; il 30% degli obesi vs. il 12,6% dei normopeso ha una diagnosi lifetime di disturbo d'ansia; il 5,7% degli obesi vs. l'15% dei normopeso ha una diagnosi lifetime di disturbo della condotta alimentare (Binge Eating Disorder e bulimia nervosa).

Conclusioni: i risultati del nostro studio confermano, nel complesso, i dati della letteratura a favore di un'elevata associazione tra obesità e i disturbi di asse I, soprattutto

disturbi d'ansia e dell'umore. Emerge dai dati raccolti l'importanza di un intervento psichiatrico e psicologico in questa categoria di pazienti, nei quali un approccio multidisciplinare, orientato alla risoluzione delle problematiche di tipo medico, nutrizionale e psicopatologico correlate all'obesità, potrebbe migliorarne notevolmente la prognosi.

Bibliografia

Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, de Girolamo, et al. *Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys.* Int J Obes (Lond) 2007; advance online publication, 21 August, doi:10.1038/sj.ijo.0803701.

de Man Lapidoth J, Ghaderi A, Norring C. *Eating disorder and disordered eating among patients seeking non-surgical weight loss-treatment in Sweden.* Eating Behavior 2006;7:15-26.

Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL. *Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population.* Arch Gen Psychiatry 2006;63:824-30.

P227. Obesità e Alessitimia

F. Pinna, G. Serra, R. Tuveri, S. Piras, M. Taberlet, G. Trincas, A. Cappai, S. Lai, E. Piras, F. Manunza, F. Velluzzi*, A. Loviselli*, W. Orrù**, B. Carpiniello

*Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; * UO Dipartimentale di Obesità, Policlinico Universitario di Cagliari; ** Istituto I.H. Schultz, Cagliari*

Introduzione: un'ipotesi esplicativa molto accreditata tende a includere l'obesità fra i disturbi psicosomatici sulla base della presenza di tratti alessitimici. Un problema di fondo in questi soggetti sembrerebbe infatti risiedere nella difficoltà di gestione ed espressione delle emozioni. Ciò viene confermato dal fatto che molto spesso le persone in sovrappeso hanno un eccessivo controllo o inibizione della propria aggressività per cui questi soggetti, soprattutto nei momenti di grave coinvolgimento emozionale, tendono ad abbandonarsi agli eccessi alimentari. Diversi Autori hanno tentato di verificare la presenza di tratti alessitimici in campioni clinici di soggetti obesi, ma le differenze nei metodi di valutazione non hanno portato a risultati univoci. In realtà in molti casi in questi studi è stata messa in evidenza soprattutto la correlazione tra alessitimia e aspetti psicopatologici correlati all'obesità, in particolare tra alessitimia e Binge Eating Disorder, piuttosto che tra alessitimia e obesità in generale.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione costituito da 293 pazienti, 48 maschi e 245 femmine, messo a confronto con un campione di convenienza di pari numerosità costituito da soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio. L'inquadramento diagnostico di asse I e II, la valutazione psicopatologica globale e dell'alessitimia sono state effettuate rispettivamente tramite la SCID I, la SCID II, l'SCL-90-R e la TAS-20.

Risultati: per quanto concerne specificamente le correlazioni tra obesità e Alessitimia, sono state evidenziate differenze caso-controllo significative, con maggiori punteggi di prevalenza di Alessitimia negli obesi rispetto ai normopeso (12,9% vs. il 6,9%). Allo stesso modo, analizzando le differenze caso-controllo nei punteggi medi alla TAS totale e alle singole sottoscale F1, F2 e F3, sono state riscontrate differenze significative, con punteggi medi più elevati indicativi di una maggiore presenza di Alessitimia, negli obesi rispetto ai normopeso per quanto riguarda la TAS totale, le sottoscale F1 e F2, ma non la F3. L'insieme dei dati sembra inoltre indicare come non tanto la condizione di obesità quanto piuttosto la comorbidità psichiatrica sembra rilevante per spiegare la presenza dell'Alessitimia. Più in particolare, l'analisi della correlazione tra Alessitimia e BED, ha messo in evidenza, analogamente a quanto riscontrato in letteratura, differenze altamente significative sia in termini di una maggiore prevalenza dell'Alessitimia (32,5% vs. 8,2%), che di punteggi medi alla TAS totale e alle sottoscale F1, F2, F3 più elevati nei soggetti con BED rispetto ai soggetti senza BED.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con i dati di letteratura da cui emerge come il comportamento Alessitimico non sia una caratteristica propria dell'obesità in sé e per sé, quanto piuttosto sia una dimensione correlata alla presenza di aspetti psicopatologici, specialmente in pazienti affetti da Binge Eating Disorder.

P228. Può considerarsi la vigoressia un vero disturbo del comportamento alimentare?

L. Procopio, C. Segura García

Cattedra UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Università Magna Graecia di Catanzaro

Introduzione: la vigoressia è un disturbo tipicamente maschile maggiormente riscontrato nei bodybuilders non ancora inquadrato tra gli attuali sistemi di classificazione. Lo scopo dello studio è valutare la associazione tra esercizio fisico, disturbi dell'immagine corporea e DCA in soggetti che praticano body-building e analizzare le differenze con donne palestrate e donne con DCA.

Metodi: 134 palestrati (86 M, 48 F) e 20 pazienti di sesso femminile con DCA sono stati valutati mediante: EDI-2, BUT, MDI, e un questionario riguardante le abitudini alimentari e l'attività fisica.

Risultati: tutte le donne, pazienti e non, desiderano dimagrire. Tra i maschi palestrati, il 45% desidera dimagrire mentre il 55% desidera incrementare il peso corporeo. Questo ultimo sottogruppo presenta differenze molto significative rispetto a tutti gli altri sottogruppi riguardo: la non autoinduzione del vomito e l'assunzione di integratori alimentari, mentre non si registrano differenze per

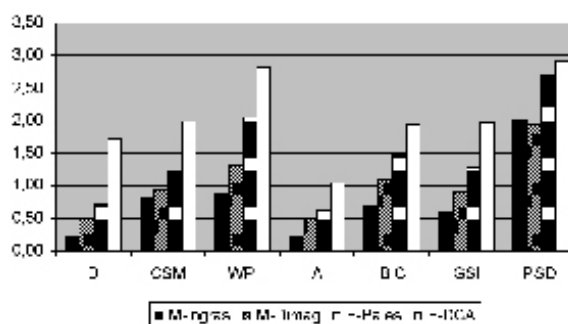


FIGURA 1.
Body Uneasy Test.

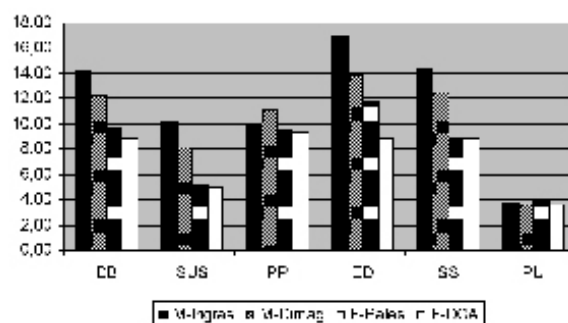


FIGURA 2.
Muscle Dysmorphia Inventory.

l'uso di diuretici e lassativi. Tutte le donne (palestrate e DCA) hanno valori medi superiori nell'EDI-2, maggiore insoddisfazione corporea e appaiono più preoccupate di ingrassare rispetto ai maschi (BUT) (Fig. 1). Nell'MDI i punteggi più elevati sono stati totalizzati dai maschi che cercano di potenziare la massa muscolare (Fig. 2).

Conclusioni: tra le donne palestrate, le pazienti con DCA e gli uomini che desiderano dimagrire si riscontra un comportamento sovrapponibile. Al contrario i maschi che praticano body-building per incrementare la massa muscolare presentano un comportamento diverso rischiando di diventare vigoressici. La loro attenzione è principalmente focalizzata sulla magrezza percepita come difetto fisico: iniziano col frequentare assiduamente le palestre fino ad arrivare alla dipendenza dall'esercizio fisico mostrando un elevato perfezionismo. Diventano meccanismi di rinforzo positivo le diete iperproteiche e povere di grassi e l'uso di integratori e di steroidi anabolizzanti.

Alla luce dei dati osservati la vigoressia potrebbe essere allocata in un crocevia tra i DCA, il disturbo da dimorfismo corporeo e la "dipendenza comportamentale".

Bibliografia

- Mosley PE. *Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia*. Eur Eat Disord Rev 2008 Sep 1.

² Rhea DJ, Lantz CD, Cornelius AE. *Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI)*. J Sports Med Phys Fitness 2004;44:428-35.

P229. Aspetti psicopatologici della Burning Mouth Sindrome - un'indagine sul campo

M.G. Ravel¹, V. Schiavone², D. Adamo³, S. Leuci⁴, C. Mazza¹, M. Piantadosi¹, E. Ruoppo³, G. Ventrella¹, M.D. Mignogna⁵, E.B. De Notaris⁶, M. Morlino⁶

¹ Area Didattico-Scientifica di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, ² Dottorato di ricerca, Dipartimento di Neuroscienze, ³ Contrattista assistenziale, Area Funzionale di Patologia Speciale Odontostomatologica, ⁴ Dottorato di ricerca, Area Funzionale di Patologia Speciale Odontostomatologica, ⁵ Professore Associato, Area Funzionale di Patologia Speciale Odontostomatologica, ⁶ Ricercatore, Area Didattico-Scientifica di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Federico II, Napoli

La Burning Mouth Syndrome (BMS) è una patologia ad etiologia ignota caratterizzata da bruciore alla bocca, ad andamento cronico, in assenza di lesioni locali o patologie sistemiche. Sintomi associati sono xerostomia, disgeusia e parestesie orali. La prevalenza varia tra lo 0,7 ed il 15%; è colpito prevalentemente il sesso femminile. Incostante la relazione con disturbi psichiatrici.

Scopo del presente lavoro è valutare l'associazione tra disturbi psichiatrici e la BMS. Gli affetti ed i controlli verranno valutati mediante colloquio clinico e scale validate (HAM-D, SCL-90, STAI-Y, TAS-20, SF McGill PQ, SF Q-LES-Q)

L'ANOVA condotta sui dati preliminari (25 affetti e 25 controlli sui 50 e 50 previsti per braccio) ha evidenziato un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,01$) fra la BMS ed il disturbo depressivo (HAM-D). Significativa parimenti ($p < 0,01$) l'associazione con alcune dimensioni della SCL-90-R (depressione, sensibilità, ansia, collera, somatizzazione e psicoticismo).

I dati preliminari indicano un'associazione tra disturbi psichiatrici e BMS. Si può inoltre ipotizzare un modello patogenetico del sintomo, che potrebbe rappresentare la manifestazione clinica di un disturbo depressivo con componente somatica o far parte di un quadro clinico più complesso come lasciano supporre gli alti punteggi nelle aree della sensibilità e dello psicoticismo.

Bibliografia

Zakrzewska J. *Burning mouth*. In: Zakrzewska JM, Harrisson SD, editors. *Assessment and management of orofacial pain. Pain research and clinical management, vol. 14*. Amsterdam: Elsevier 2002, pp. 367-80.

Bergdahl M, Bergdahl J. *Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors*. J Oral Pathol Med 1999;28:350-4.

Grushka M. *Clinical features of burning mouth syndrome*. Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology 1987;63:30-6.

P230. L'alessitimia nei disturbi del comportamento alimentare: una prospettiva transculturale

S. Roma, D. Alliani, M.P. Zerella, Yu Xin*, C. Loriedo

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma; * Institute of Mental Health, the Sixth Hospital, Peking University

Introduzione: nel corso degli ultimi decenni svariati studi empirici hanno evidenziato l'associazione tra *alessitimia* e *disturbi del comportamento alimentare*. Scopo del nostro studio è valutare e confrontare tale relazione in due diversi campioni di pazienti, arruolati rispettivamente in Italia ed in Cina, dove tali patologie oggi rappresentano un problema in via di espansione.

Metodi: 12 pazienti consecutivi con diagnosi DSM-IV-R di disturbo del comportamento alimentare (75% anoressia nervosa, 8% bulimia nervosa, 17% disturbo del comportamento alimentare Nas) tutti di sesso femminile, di nazionalità italiana e di età compresa tra i 18 e i 30 anni, ricoverati presso il nostro servizio speciale per i DCA del Policlinico Umberto I e 12 pazienti consecutivi con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare secondo i criteri del DSM-IV-R (75% anoressia nervosa, 25% bulimia nervosa) tutti di sesso femminile e di nazionalità cinese, di età compresa tra i 17 ed i 28 anni, ricoverati presso l'Ospedale n. 6 dell'Istituto di Salute Mentale dell'Università di Pechino, sono stati osservati e confrontati per rilevare la presenza o assenza di tratti personologici comuni. La valutazione psicometrica è stata condotta utilizzando il MMPI test e la TAS-20, entrambi somministrati al momento del ricovero.

Risultati: i dati preliminari fin qui ottenuti evidenziano punteggi elevati alla TAS-20 solo nelle pazienti italiane (range 41-71, valore medio 62,4). Nelle pazienti cinesi i punteggi oscillano invece tra 32 e 62, con un valore medio di 51,2. Al MMPI le pazienti italiane presentano punteggi elevati nelle scale fondamentali Hs, D, Hy, Pt, Pa, Sc, Si, mentre nelle pazienti cinesi tali punteggi sono nel range di normalità.

Conclusioni: le pazienti italiane esaminate nel nostro studio presentano evidenti tratti di *alessitimia*, differentemente dalle pazienti cinesi, nelle quali essi risultano ancora sottosoglia. Tali dati preliminari rappresentano uno stimolo a continuare la ricerca per monitorare l'evoluzione del complesso quadro clinico dei DCA in un Paese in pieno sviluppo come la Cina.

Bibliografia

Speranza M, Loas G, Wallier J, Colcos M. *Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3 year prospective study*. J Psychosom Res 2007;63:365-71.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *I disturbi della regolazione affettiva*. Roma: Fioriti 2005.

Xiongzhaoy Z, JinYao Y, Shugiao Y, Ryderb AG, Taylor GJ, Bagby RM. *Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. Compr Psychiatr 2007;48:489-96.

P231. Pemfigo: life events e disturbi di personalità

F. Rossano, E. Ruocco, F. Perris, A. Baroni,
F. Catapano, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Il pemfigo è una rara patologia dermatologica autoimmune, nella cui genesi intervengono fattori predisponenti genetici e fattori scatenanti di varia natura. L'obiettivo dello studio è stato di valutare il ruolo degli eventi di vita stressanti e delle caratteristiche di personalità nell'insorgenza del pemfigo. La valutazione psicopatologica basale è stata effettuata mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), la Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) e la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). La scala di Paykel ed il Questionario degli Avvenimenti di Vita (QAV) sono stati utilizzati per valutare la frequenza e la tipologia degli eventi stressanti nell'anno precedente l'insorgenza della malattia. I pazienti con pemfigo (n = 25) sono stati confrontati con un numero uguale di soggetti affetti da altre patologie dermatologiche e di controlli sani, appaiati per sesso e per età. I soggetti con pemfigo presentano una marcata sintomatologia ansiosa e depressiva, come indicato dai punteggi più elevati alla CPRS ed alla MADRS rispetto ai controlli. Sebbene il numero di eventi totali non sia significativamente differente nei tre gruppi, i soggetti con pemfigo risultano essere più frequentemente esposti ad eventi incontrollabili o indesiderabili rispetto ai soggetti dei gruppi di controllo. Il 68% dei pazienti con pemfigo soddisfa i criteri per almeno un disturbo di personalità; il disturbo evitante ed il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità risultano essere più frequenti. I risultati dello studio confermano che alcune caratteristiche di personalità possono modulare la vulnerabilità individuale alla malattia e avvalorano l'ipotesi secondo la quale non è tanto la quantità di eventi a cui si è sottoposti ad essere determinante nella comparsa o esacerbazione delle patologie dermatologiche, quanto piuttosto la presenza di eventi che abbiano la caratteristica di indesiderabilità e incontrollabilità.

P232. Trattamento farmacologico del morbo di Parkinson e rischio di Gambling

G. Russo, A. Longobardi, D. Galletta, F. Sorge,
G. Di Pietro

Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria, Università di Napoli "Federico II"

In letteratura risulta frequente un'associazione tra il trattamento farmacologico del morbo di Parkinson ed il Discontrollo degli Impulsi, ma non è chiaro se tale associazione sia causata direttamente dall'uso di farmaci specifici o se debba considerarsi la slatentizzazione di

un'alterazione biochimica e di un disturbo preesistenti. In questo lavoro descriviamo due casi clinici a cui è stata fatta diagnosi di Parkinson e che durante il trattamento farmacologico hanno presentato improvvisamente sintomatologia per Gambling patologico, come espressione del Discontrollo degli Impulsi.

È stato valutato il quadro clinico, familiare e quello psicopatologico del momento tramite test di Rorschach ed SCL-90, quest'ultimo ripetuto dopo sei mesi in seguito alla sospensione dei farmaci Dopamino-agonisti.

Pur essendo simili, i due casi presentano delle diversità nell'assetto psicopatologico che permettono di acquisire dati descrittivi ma non conclusivi rispetto alla tematica esaminata.

Bibliografia

Weintraub D, Siderowf AD, Potenza MN, Goveas J, Morales KH, Duda JE, et al. *Association of Dopamine Agonist Use With Impulse Control Disorders in Parkinson Disease*. Arch Neurol 2006;63:969-73.

Stamey W, Jankovic J. *Impulse control disorders and pathological gambling in patients with Parkinson disease*. Neurologist 2008;14:89-99.

P233. Psichiatria di consultazione in pazienti ricoverati in un ospedale clinicizzato: variabili sociodemografiche, profili clinici ed interventi terapeutici

I. Santini, M.C. Bernardini, P. Pomerò*, V. Marola*,
M. Giannangeli*, R. Roncone**, R. Pollice**

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; * Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura, ** Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: scopo dello studio è stato quello di monitorare retrospettivamente l'attività di consultazione svolta nell'arco di quattro anni dall'SPDC a direzione universitaria dell'Aquila, al fine di valutare alcune variabili sociodemografiche, i profili clinici dei pazienti e le strategie terapeutiche adottate.

Metodi: i dati sono stati ricavati dall'analisi del registro delle consulenze mediche, effettuate tra la primavera 2004 e l'estate 2007, ottenendo un campione di 1518 pazienti. Sono stati presi i dati sociodemografici e anagrafici del paziente, le caratteristiche della consulenza ed il tipo di intervento effettuato.

Risultati e conclusioni: dal nostro studio è emerso che il 44% delle richieste proveniva dal Pronto Soccorso, il 43% dai reparti di Medicina (10% Oncologia, 14% Medicina Interna) e il 12% dai reparti Chirurgici, con preponderanza del sesso femminile (53%). Il 44% delle visite è stato effettuato per una popolazione al di sopra dei 60 anni. Non si è registrata differenza di richieste in relazione alle stagioni dell'anno. I disturbi depressivi ed i disturbi d'ansia interessano rispettivamente il 31 e il 42%

delle consulenze totali, inoltre il 18% dei pazienti presentava in comorbidità entrambi i disturbi. Nel 63% dei casi è stata prescritta una terapia farmacologica, mentre nel 13% dei casi si è reso necessario il ricovero in reparto psichiatrico. Dal momento che è stata effettuata una diagnosi psichiatrica nel 90% dei casi, si è registrata un'elevata la concordanza di identificazione del disturbo psichico fra il medico curante ed il consulente.

Bibliografia

Stewart M, Drake F, Winokur G. *Depression among medically ill patient*. Gen Hosp Psychiatry 1982;4:171-8.

P234. Empatia e riconoscimento delle emozioni espresse dal volto in pazienti parkinsoniani: studio fMRI

L. Scarponi, S. Cerquetani, K. Dimitrelis, C. Piccolini*, M. Muti**, A. Di Renzo**, M. Principi**, F. Viti, A. Alpini, R. Quartesan, P. Ottaviano*, M. Piccirilli

*Dipartimento Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; * Dipartimento di Neuroscienze, ** Dipartimento di Diagnostica per Immagini, AO di Terni*

Introduzione: nel morbo di Parkinson (MP) è stata segnalato un deficit dell'elaborazione di stimoli emotivi, in particolare con riferimento al disgusto. Scopo del presente studio è di utilizzare la risonanza magnetica funzionale (fMRI) per valutare nei pazienti parkinsoniani il pattern di attivazione cerebrale durante la presentazione di volti che esprimono emozioni.

Metodi: sono stati esaminati 7 pazienti con MP e 7 soggetti di controllo. I pazienti sono stati selezionati sulla base di: compromissione motoria bilaterale e simmetrica, tipo ipertonico-bradicinetico, gravità di malattia fra

2 e 3 (scala H-Y), assenza di deterioramento cognitivo (MPC 47). L'empatia è stata esaminata mediante l'indice di reattività interpersonale (IRI) e il quoziente di empatia (QE). L'indagine fMRI è stata condotta utilizzando quattro serie di stimoli: volti inespressivi, volti che esprimono gioia o tristezza (tratti dalla serie di Ekman e Friesen) e figure geometriche.

Risultati: rispetto ai controlli i pazienti presentano una riduzione di attività nelle regioni frontomediali, in particolare nel cingolo anteriore. Inoltre i punteggi di empatia correlano con l'attivazione frontale.

Conclusioni: in alcuni pazienti parkinsoniani è riscontrabile una anomalia delle strutture cerebrali deputate all'elaborazione delle emozioni, che correla con i punteggi ottenuti nelle misure di empatia.

P235. Esistono relazioni documentabili tra dimensioni temperamentali e vissuto del dolore cronico?

C. Segura García, P. Gentile, L. Iozzo, F. Caglioti, A. Barberi, F. Corasaniti, D. Chiodo, M. Sirianni, P. Rizza, A. Donadio

Cattedra e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Università Magna Graecia di Catanzaro

Introduzione: il dolore in pazienti affetti da patologia osteoarticolare cronica sembra essere influenzato dal temperamento del soggetto. Obiettivo di tale lavoro è valutare l'associazione tra il vissuto del dolore e le dimensioni di temperamento e carattere.

Metodi: 50 pazienti (17M; 33F) in cura per dolore cronico secondario a patologie osteoarticolari e neurologiche presso l'ambulatorio di Riabilitazione Funzionale e Idrokinesiterapia della ASL TA/1, sono stati sottoposti al

Tabella I. Correlazioni tra MGPD e TCI-R.

		Intensità dolore attuale	Dolore peggiore	Cefalea
NS	Ricerca di novità			0,286*
NS2	Impulsività		0,322*	
NS3	Prodigalità			0,305*
NS4	Disordine			0,302*
PS	Persistenza	-0,348*	-0,291*	
PS1	Sforzo	-0,375**		
PS2	Forza nel lavoro		-0,314*	
PS3	Ambizione	-0,326*		
PS4	Perfezionismo	-0,333*	-0,286*	-0,31*
C2	Empatia		-0,352*	

* p < 0,05; ** p < 0,01.

McGill Pain Questionnaire (MGPQ) ed al Temperament and Character Inventory-R (TCI-R).

Risultati: i valori del PRI-R, PRI-S e PPI sono di grado medio. L'intensità del dolore viene descritta come aumentata sia nel momento peggiore che in altri casi di dolori forti. Solo l'intensità nel momento peggiore correla con il sesso (F > M). Esistono correlazioni significative tra MGPQ e TCI-R. La ricerca della novità e le sue sottodimensioni prodigialità e disordine si associano a maggiore cefalea, l'impulsività si associa a maggiore intensità del dolore peggiore. La persistenza e le sue sottodimensioni correlano inversamente con l'intensità del dolore attuale, con l'intensità del dolore peggiore e con la cefalea, l'empatia (sottodimensione della Cooperatività) correla con l'intensità del dolore peggiore. (Tab. I).

Conclusioni: nei limiti del presente campione, alcune dimensioni del temperamento e del carattere interferiscono con il vissuto del dolore nei pazienti affetti da patologia osteoarticolare cronica.

Bibliografia

- Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. *A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases.* Arch Phys Med Rehabil 2002;83:461-8.
- Dersh J, Gatchel RJ, Mayer T, Polatin P, Temple OR. *Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders.* Spine 2006;31:1156-62.

P236. Medicina di Base e Psichiatria (risultati di una indagine)

N. Serroni, L. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, I. Potena, A.M. Pizzorno, A. D'Agostino, N. D'Eugenio, A. Carano, F.S. Moschetta

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

Gli Autori hanno condotto una indagine con lo scopo stato di conoscere i rapporti tra medicina di base e strutture psichiatriche pubbliche nella ASL di Teramo sia attraverso le modalità della relazione medico-paziente che attraverso la collaborazione e la conoscenza che il medico di base ha delle strutture pubbliche. Gli Autori hanno somministrato ai 93 medici di Medicina Generale un questionario di auto compilazione composto da 7 item che esploravano le seguenti aree: la loro pertinenza nel trattare i disturbi psichici, il tipo di intervento privilegiato (farmacologico o supporto psicologico), la frequenza delle patologie maggiormente riscontrate nell'attività ambulatoriale, le strutture contattate per l'invio dei pazienti non trattati direttamente, il loro livello di conoscenza personale circa l'uso degli psicofarmaci e quelli più frequentemente utilizzati direttamente (escludendo le prescrizioni specialistiche).

I 93 medici di Medicina Generale sono stati suddivisi secondo i seguenti parametri: età, sesso, numero di assistiti e specializzazioni conseguite per verificare come queste variabili modificassero le dinamiche del rapporto medico-paziente e del rapporto con la struttura pubblica.

Nel nostro campione 25 (26,9%) medici di Medicina Generale sono stati dell'opinione che, per scarsa empatia da parte loro e per la peculiarità del problema, solo lo psichiatra debba farsi carico di tali pazienti e i 52 (55,9%) che affermano di trattare pazienti con patologia psichiatrica hanno fatto una netta distinzione tra disturbi psichiatrici minori (disturbi d'ansia e dell'umore) e maggiori (schizofrenia e altre psicosi) escludendo quest'ultimi dal loro campo di azione. Per quanto riguarda la modalità di trattamento solo il 15,58% utilizza contemporaneamente psicofarmaci e terapia di supporto, il 42,85% utilizza solo farmaci e il 41,56% il solo approccio psicologico. Le patologie più osservate maggiormente sono i disturbi d'ansia (76,4%) e i disturbi dell'umore (22,7%) e ciò trova concordanza con le prescrizioni di psicofarmaci tra i quali i più utilizzati sono le benzodiazepine e gli antidepressivi e in modo particolare quelli di nuova generazione, mentre solo nel 2% dei casi vengono prescritti autonomamente neurolettici.

Per quanto riguarda le strutture contattate per l'invio dei pazienti non trattati direttamente, i medici di Medicina generale, inviano maggiormente all'ambulatorio del SPDC, poi al CSM, ma in un numero considerevole anche a specialisti privati psichiatri e neurologi. La persistenza della figura del neurologo nel trattamento della patologia mentale trova in realtà diverse motivazioni: se in tempi passati il ricorso a questo di specialista si spiegava con l'esistenza di una specializzazione che inglobava le due branche (Clinica delle Malattie Nervose e Mentali) attualmente gli Autori ritengono che almeno nella realtà teramana, il perdurare di tale atteggiamento è legato soprattutto all'intento del medico di Medicina Generale di non evocare nel paziente lo spettro dello "psichiatra". A conclusione del loro lavoro gli Autori ritengono il medico di Medicina Generale come elemento fondamentale quale filtro tra la popolazione generale e i servizi psichiatrici pubblici e anche perché è la figura che ha il privilegio di osservare "... una quota non trascurabile di popolazione che, verosimilmente sfugge in buona parte al circuito specialistico". Il medico di Medicina Generale è "interlocutore privilegiato" del paziente, della sua famiglia, del suo mondo sociale e lavorativo ed è necessario quindi che non svolga solo il ruolo di terapeuta dei disturbi psichici ma che indaghi ed intervenga sulla realtà che circonda il malato per prevenire il radicarsi di eventuali fattori di rischio socio-ambientali.

Lo Psichiatra non può fare a meno della collaborazione del medico di Medicina Generale.

P237. Rapporti tra Medicina di Base e Servizi Psichiatrici Pubblici

N. Serroni, L. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, I. Potena, A.M. Pizzorno, A. D'Agostino, N. D'Eugenio, A. Carano, F.S. Moschetta

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

“Anche nei paesi sviluppati la maggior parte dei pazienti con disordini psichiatrici non è trattata nei servizi psichiatrici”. Gli Autori sono partiti da questa affermazione di Goldberg e Huxley che trova conferma in tutti i dati di letteratura concernenti l'argomento in questione, per verificare per verificare quali fossero i rapporti tra medicina di base e servizi psichiatri pubblici nella realtà della ASL di Teramo, focalizzando la loro attenzione tra il primo e secondo livello dell'intervento sul disagio psichico secondo Goldberg e Huxley. Il modello che questi due Autori hanno proposto comprende 5 livelli e 4 filtri e descrive schematicamente l'ipotetico iter diagnostico-terapeutico di un individuo ed i processi di selezione che si possono verificare: al primo livello della medicina di base, al secondo livello dello specialista o al terzo livello delle strutture ospedaliere. Lo scopo dell'indagine è stato quello di conoscere i rapporti tra medicina di base e strutture psichiatriche pubbliche nella ASL di Teramo sia attraverso le modalità della relazione medico paziente che attraverso la collaborazione e la conoscenza che il medico di Medicina Generale ha delle strutture pubbliche. Ai 93 medici di Medicina Generale gli Autori hanno somministrato un questionario di auto compilazione composto da 7 item che esploravano le seguenti aree:

- autovalutazione del medico circa la propria pertinenza o meno nel trattare i disturbi psichici;
- tipo di intervento privilegiato (farmacologico o supporto psicologico);
- stima della frequenza delle patologie maggiormente riscontrate nell'attività ambulatoriale;
- servizi specialistici pubblici o privati più frequentemente contattati per l'invio dei pazienti non trattati direttamente;
- livello di conoscenza personale circa l'uso degli psicofarmaci;
- psicofarmaci più frequentemente utilizzati direttamente (escludendo le prescrizioni specialistiche);
- risposta aperta sulle modalità di maggiore collaborazione tra Medicina Generale e servizi psichiatrici pubblici.

I 93 medici di Medicina Generale sono stati suddivisi secondo i seguenti parametri: età, sesso, numero di assistiti e specializzazioni conseguite. Per verificare come queste variabili modificassero le dinamiche del rapporto medico-paziente e del rapporto con la struttura pubblica. I risultati sono stati ottenuti attraverso la statistica descrittiva e il test ANOVA per misure ripetute.

I risultati ottenuti hanno evidenziato che sino ad alcuni anni fa lo “stigma” di caso psichiatrico per un paziente

con problematiche che esulassero completamente dalla sfera somatica, creava delle resistenze nell'opinione pubblica ma anche nei medici di Medicina Generale e che oggi grazie ad una maggiore sensibilizzazione ed informazione di quelle che sono le problematiche connesse alla psichiatria, gli Autori ritengono che il problema, anche se di minore entità è pur sempre attuale, nonostante se da tempo la legge 180 abbia fatto sì che il medico di Medicina Generale debba partecipare più attivamente alla gestione del paziente psichiatrico.

P238. Qualità della vita, immagine del corpo e complicità psichiatriche in pazienti con trauma da ustione

L. Sideli*, R. Grassia*, A. Prestifilippo*, G. Adragna*, A. Di Pasquale, F. Conte, D. La Barbera*

*UO di Chirurgia Plastica e Terapia delle Ustioni, AO Civico e Benfratelli, Palermo; * Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo*

Introduzione: è noto come il trauma da ustione eserciti un impatto significativo sulla qualità della vita dell'individuo, causando non solo menomazioni fisiche e funzionali ma anche sintomi psichiatrici, come ansia e depressione¹. La Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) è uno strumento specifico per la valutazione della qualità della vita del paziente ustionato ancora in attesa di validazione italiana; si tratta di un questionario composto da 40 item che esplorano diverse aree della disabilità nella vita quotidiana, nel lavoro e nelle relazioni interpersonali².

Metodi: il nostro gruppo di ricerca sta lavorando alla validazione italiana del BSHS-B, la quale è stata somministrata ad un campione costituito, ad oggi, da 32 pazienti ustionati, assistiti presso l'UO di Chirurgia Plastica e Terapia delle Ustioni dell'ARNAS di Palermo. Sono state somministrate inoltre l'SF-36 (Ware, Sherbourne, 1992), l'SCL-90 (Derogatis et al., 1970), il BUT (Cuzzolaro et al., 1999) ed il COPE (Carver et al., 1989).

Risultati: i questionari verranno valutati attraverso il metodo dell'analisi fattoriale esplorativa. La consistenza interna della scala sarà calcolata mediante l'alpha di Cronbach. Saranno evidenziate eventuali relazioni tra gli indici di qualità della vita del paziente ustionato (BSHS-B, SF-36) e la localizzazione e l'estensione dell'ustione, il grado di soddisfazione per l'immagine di sé (BUT), la presenza di sintomi psichiatrici (SCL-90), gli stili di coping (COPE) con i quali viene fronteggiato l'evento traumatico.

Conclusioni: i risultati definitivi saranno discussi in riferimento ai dati della letteratura internazionale.

Bibliografia

- ¹ Van Loey NE, Van Son MJ. *Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management.* Am J Clin Dermatol 2003;4:245-72.

- ² Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, Lannerstam K, Gerdin B. *Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B)*. The Journal of Trauma 2001;51:740-6.

P239. Fenomenologia delle allucinazioni ipnagogiche nei pazienti narcolettici

I. Tedeschi, A. Galiazzo, L. Ferini Strambi, M.L. Fantini

Università Vita-Salute San Raffaele

Le allucinazioni ipnagogiche e ipnopompiche (All) rappresentano un sintomo di narcolessia. Scopo dello studio è valutare la fenomenologia delle All nei pazienti narcolettici e l'eventuale relazione con aspetti psicologici. Trentun pazienti con diagnosi di narcolessia (16 F; età: $47,8 \pm 18,0$) sono stati sottoposti ad intervista semistrutturata per la valutazione delle All e ai questionari SF36 e Temperament and Character Inventory-R. Ventitre pazienti (74%) riportavano All per un totale di 94 All. Le All semplici (69,1%) erano più frequenti delle multimodali (30,9%); le modalità sensoriali più coinvolte sono state quella visiva (34,4%), somatica (32,8%) e uditiva (19,5%). I contenuti più frequenti sono stati la visione di figure umane (34,9%), la sensazione di tocco debole (20,8%), la sensazione di levitazione (20,8%) e l'udire voci (61,5%); 13,8% delle All riguardava la sensazione di presenza mentre l'esperienza di fuoriuscita corporea (OBE) era presente nel 10,64% dei casi. Le All sono associate ad emozioni più frequentemente negative (69,1%). Nel 55,3% delle HHE è presente consapevolezza del carattere non reale della percezione. I pazienti con All presentano una peggior salute fisica dei pazienti senza All (SF36 s. fisica: $59,7 \pm 25,8$ vs. $82,2 \pm 12,6$, $p = 0,003$) ed una maggior Autotrascendenza alla TCI-R ($32,9 \pm 6,6$ vs. 22 ± 7 , $p = 0,04$). La durata in anni di All correla negativamente con la Salute fisica ($r = -0,61$, $p = 0,001$) e la Salute generale ($r = -0,45$, $p = 0,015$). Le All rappresentano un fenomeno generalmente spiacevole per il paziente. In assenza di adeguata informazione sulla loro natura, le All possono contribuire allo sviluppo di credenze irrazionali nei pazienti con narcolessia.

P240. Light therapy come possibile trattamento nelle disfunzioni sessuali

M. Valdagno, M. Roggi, L. Bossini, M. Samoilovitch, V. Tallis*, S. Trovarelli*, R. Ponchietti*, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Urologia, Università di Siena, Facoltà di Medicina*

Introduzione: vista l'alta incidenza delle disfunzioni sessuali, sia primarie che secondarie ai trattamenti

psicofarmacologici si impone l'esigenza di una ricerca mirata alla risoluzione contemporanea dei sintomi sessuali e dei disturbi di asse I. Un'alternativa ai trattamenti farmacologici convenzionali, di comprovata efficacia e praticamente priva di effetti collaterali, è la Light Therapy.

Scopo del nostro studio è valutare l'efficacia terapeutica della light therapy sia nelle disfunzioni sessuali primarie e secondarie sia sulla sintomatologia depressiva e ansiosa.

Metodi: 28 pazienti (18-70 anni), reclutati negli ambulatori della Psichiatria e dell'Urologia, senza patologie organiche che potessero interferire con la funzionalità sessuale, sono stati suddivisi random, in due sottocampioni: ad uno è stata effettuata la Light Therapy (21 soggetti), ad un altro una somministrazione di luce placebo (7 soggetti).

A tutti i soggetti sono stati somministrati questionari diagnostici, scale di valutazione psicopatologica e una scheda anagrafica da noi formulata per la rilevazione soggettiva della soddisfazione sessuale.

Risultati: la Light Therapy risulta efficace sia sulla sintomatologia depressiva e ansiosa (diminuzione dei punteggi di HAM-D e HAM-A), sia sulla sintomatologia sessuale con la perdita della diagnosi di DS in 8 soggetti ed un miglioramento soggettivo della soddisfazione sessuale nella totalità del campione sottoposto a Light Therapy, rispetto al gruppo placebo.

P241. Fibromialgia: utilità terapeutica della duloxetina

T. Vannucchi

Servizi Sanitari di Base, Azienda USL 4 Prato

Introduzione: la fibromialgia (FM) è un reumatismo non articolare cronico caratterizzato da dolore muscolare diffuso e dolorabilità muscolare evocata dalla pressione in specifiche sedi anatomiche "Tender Points". La FM frequentemente è associata a disturbi vegetativi, funzionali ed a disturbi del sonno (fase 4 non-REM); i disturbi psichici spesso associati sono l'ansia e la depressione. L'eziologia della sindrome è sconosciuta e scarsamente efficaci sono le terapie con FANS, d'altro canto farmaci antidepressivi hanno mostrato una buona efficacia¹. Scopo di questo studio è stato di valutare l'efficacia di un antidepressivo di tipo SNRI, duloxetina (DUL) in 24 pazienti affetti da FM.

Metodo: 24 pazienti, 22 F + 2 M, (età: $29 + 5$ aa) che rispondevano ai criteri ACR (1990) per la FM sono stati trattati con DUL (60-120 mg/die) per 12 sett., i disturbi del sonno, l'intensità del dolore, la fatica ed altri sintomi sono stati valutati con scale visivo analogiche (VAS) mentre la depressione è stata valutata con HDRS.

Risultati: al termine delle 12 settimane 18 pazienti (75%) hanno presentato un forte miglioramento della sintomatologia dolorosa, della fatica, dei disturbi del sonno e della depressione; 3 pazienti (12,5%) hanno presentato

un miglioramento alla VAS per il dolore e per i disturbi del sonno ma non per la fatica ed una risposta parziale all'HDRS; 3 pazienti (12,5%) hanno interrotto la terapia per intolleranza agli effetti collaterali del farmaco (nausea, gastralgia).

Conclusioni: studi sull'animale dimostrano il coinvolgimento della NA e 5HT nel controllo del dolore ². La DUL, per la sua azione noradrenergica e serotoninergica, sembra dimostrarsi efficace nel trattamento della FM, in particolare sul sintomo dolore. Dato il limitato numero di pazienti ed il tipo di studio "aperto" sono necessari ulteriori studi in doppio cieco per confermare tali dati.

Bibliografia

- Guilland B, Harrison C. *Principi di Medicina Interna*. 14^a edn. Mc Graw Hill 1999, pp. 2230-2.
- Sawynok J, Reid A. *Intereactions of descending serotonergic systems with other neurotransmitters in the modulation of nociception*. *Behav Brain Res* 1996;73:63-8.

P242. Un nuovo protocollo per la valutazione di ansia, depressione e bisogni del paziente oncologico

P. Zeppego, M. Colombo, M. Probo, L. Lavatelli, G. Gambaro*, M. Krengli*, E. Torre

SCDU Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, * SCDU Radioterapia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: per confrontare bisogni espressi dai pazienti e dai radioterapisti curanti, è stata modificata la Camberwell Assessment of Need (CAN).

Metodi: sono state eliminate 4/22 aree della CAN, specifiche per i pazienti psicotici, per l'utilizzo nei pazienti

Tabella I.		
	Bisogni espressi dai pazienti	Bisogni percepiti dai radioterapisti
Media bisogni soddisfatti	1,87	3
Media bisogni insoddisfatti	0,63	1,03
Area salute fisica	3/30	7/30
Area informazioni ricevute	2/30	7/30
Area disagio psicologico	5/30	20/30
Area vita di relazione	2/30	9/30

oncologici (CANo). La CANo è stata somministrata a 30 pazienti ricoverati nel 2007 presso SCDU Radioterapia, ed ai rispettivi medici. Ai pazienti è stato somministrato il seguente protocollo: HADS; lista degli eventi stressanti di Paykel; MBTI; EORTC QLQ-C30.

Risultati: il numero di bisogni espressi alla CANo correla (coefficiente di Spearman: SC) con i livelli di ansia (SC: 0,4; p = 0,002) e depressione (SC: 0,48; p = 0,006). Maggiori sono i punteggi nelle scale funzionali dell'EORTC, minori sono i bisogni espressi alla CANo. La Tabella I riassume le differenze alla CANo tra pazienti e staff.

Conclusioni: è importante conoscere i bisogni del paziente, al fine di migliorare la qualità delle cure.

Bibliografia

- Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. *Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction*. *Patient Educ Couns* 2000;41:145-56.
- Wen KY, Gustafson DH. *Needs assessment for cancer patients and their families*. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:1-12.

P243. Profilo personologico pre-post operatorio in pazienti sottoposti a chirurgia ortognatodontica

P. Zeppego, M. Probo, V. Dalò, A. Bennec*, E. Torre

SCDU Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, * SCDU Chirurgia Maxillo-Facciale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: scopo del lavoro è valutare i profili personologici pre e post operatori in pazienti sottoposti a chirurgia ortognatodontica.

Materiali e metodi: 31 pazienti ai cui è stato somministrato il seguente protocollo testistico, in fase pre-operatoria e ad un anno dall'intervento: MMPI-2 e Test dell'albero (misurazione di tronco e chioma e posizione nello spazio), BC-scale.

Tabella I.	
MMPI-2 Scale	% di modificazione del profilo
Ipocondria	14,8%
Depressione	17,9%
Isteria	7,1%
Paranoia	10,7%
Psicoastenia	14,3%
Schizofrenia	21,4%
Mania	17,9%
Introversione sociale	14,3%

Risultati: il 40% dei pazienti afferma di sottoporsi all'intervento anche per ragioni estetiche; il 45,2% non è però soddisfatto del proprio aspetto fisico (punteggio alla BC scale < 3,6). Tra valutazione pre-post operatoria non emergono differenze statisticamente significative alla BC-scale, mentre al test dell'albero si è modificata la larghezza della chioma (t-student= -3,553 p < 0,002). Nella Tabella I è riportata la percentuale dei pazienti che hanno modificato il proprio profilo personologico all'MMPI-2.

Conclusione: per migliorare la qualità delle cure e la valutazione degli esiti è importante prendere in considerazione anche le variabili personologiche.

Bibliografia

- Palumbo B, Cassese R, Fusetti S, Tartaro GP. *Psychological aspects of orthognathic treatment*. Minerva Stomatol 2006;55:33-42.
- Bertolini F, Russo V, Sansebastiano G. *Pre- and post-surgical psycho-emotional aspects of the orthognathic surgery patient*. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 2000;15:16-23.

SABATO 14 FEBBRAIO 2008 – ORE 13,20-15,20

SALA: POSTERS SESSION

QUARTO GRUPPO

Disturbi di personalità; Doppia diagnosi e abuso di sostanze; Studi su popolazioni di soggetti sani; Disturbi dell'adolescenza/infanzia; Psichiatria forense e aspetti medico legali correlati con la psichiatria

P244. Profili di personalità e Driving-While-Intoxicated (DWI)

C. Accattatis, F. Botticelli, M.T. Capasso, R. Di Donato, R. Pellegrino, L.D. Sabella, A. Vitale, M. Fioravanti

Sapienza Università di Roma

L'ISTAT riporta che 2 incidenti stradali mortali su 5 sono causati da guidatori con tasso alcolemico maggiore dei limiti. Studi^{1,2} hanno cercato di individuare fattori psicopatologici specifici. Anche in questa ricerca si è cercato di individuare un possibile profilo di personalità prevalente mediante l'analisi di scale e subscale cliniche del test di personalità MMPI-2, applicabile alla popolazione italiana, al fine di una migliore strutturazione di strategie riabilitative volte ad evitare il ripetersi di condotte a rischio. È stato condotto uno studio caso-controllo presso la UOC di Psicologia Clinica della Sapienza Università di Roma. Il campione è composto da 500 sogg. afferiti presso questa UOC: gruppo caso 250 sogg. sottoposti a valutazione psicodiagnostica per ritiro della patente per guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope; gruppo controllo 250 sogg. afferiti alla UOC per altri motivi (campione: 87% uomini, età media 37; 13% donne, età media 44). Tutti i sogg. hanno compilato il test MMPI-2. L'esame comparativo dei profili ha mirato a identificare differenze nello stile di compilazione del test da correlare alle specifiche motivazioni verso la prova. Mediante tecniche multivariate si sono identificati, preliminarmente, indicatori probabilistici

di controllo, negazione delle problematiche e alterazione dei risultati e quindi dei pattern tipici di profili riscontrabili tra la popolazione sottoposta a ritiro della patente.

Bibliografia

- ¹ Cavaiola AA, Strohmets DB, Wolf JM, Lavender NJ. *Comparison of DWI offenders with non-DWI individuals on the MMPI-2 and the Michigan Alcoholism Screening Test*. Addict Behav 2003;28:971-7.
- ² Donovan DM, Umlauf RL, Quiesser HR, Salzberg PM. *Personality sub-types among driving-while-intoxicated offenders: follow-up of subsequent driving records*. J Consult Clin Psychol 1986;54:363-5.

P245. Valutazione della Teoria della Mente in un campione di bambini frequentanti la scuola materna e nelle rispettive madri

P. Airoldi, C. Dalcielo*, A. Colotto, P. Zeppego**, E. Torre**

*Struttura Complessa Psichiatria, USL Valle d'Aosta, Aosta; * Dipartimento Salute Mentale, ASL 18, Alba; ** Facoltà di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università del Piemonte Orientale, Novara*

Introduzione e scopi: possedere una teoria della mente (ToM) significa essere in grado di attribuire stati mentali a sé ed agli altri e di prevedere, sulla base di tali inferen-

ze, il proprio e l'altrui comportamento. Questo studio valuta le abilità ToM in un gruppo di bambini in età prescolare, ricercando eventuali correlazioni tra le loro abilità ToM e quelle delle madri.

Materiali e metodi: è stata somministrata una batteria di test per la ToM ad un gruppo di 29 bambini ed alle rispettive madri. Sono quindi state condotte una analisi descrittiva ed una statistica del campione.

Risultati e conclusioni: l'82,7% dei bambini del campione dimostra di aver superato il compito di falsa credenza di primo ordine, il 17,2% dei bambini sono in grado di risolvere anche il compito di falsa credenza di secondo ordine. Nei compiti di falsa credenza di primo e di secondo ordine le variabili associate ad una migliore performance sono: il sesso femminile, avere una madre con un QI più elevato, la maggiore frequenza di lettura di libri illustrati nel contesto familiare. Nel compito di riconoscimento delle emozioni dallo sguardo performano meglio i bambini le cui madri hanno un QI più elevato, ma non vi è relazione tra l'abilità materna e quella infantile di riconoscere le emozioni. La performance nel test degli occhi delle mamme non è correlata al loro QI e non risulta significativamente differente per titolo di studio. Il QI è invece significativamente differente per titolo di studio.

Bibliografia

- Lecciso F. *Prospettive teoriche – Terre conosciute e nuovi orizzonti*. In: *Teoria della mente. Tra normalità e Patologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
- Liverta Sempio O, Marchetti A, Castelli I, Lecciso F, Pezzotta C. *Mentalizzazione e competenza sociale. La comprensione della falsa credenza nello sviluppo normale e patologico*. Milano: Franco Angeli 2005.
- Perner J, Wimmer H. "John thinks that Mary thinks that ...": attribution of second order false beliefs by 5 to 10 year old children. *J Exp Child Psychol* 1985;5:125.
- Wimmer H, Perner J. *Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception*. *Cognition* 1983;13:103-28.

P246. Indicatori clinici e socio demografici nella popolazione con doppia diagnosi afferente al DSM dell'AO S. Gerardo di Monza

F. Amidani, M. Benedetti, E. Giampieri, M. Clerici
Università di Milano Bicocca

Con il termine "doppia diagnosi" (DD) si identifica la comorbilità tra disturbi legati all'uso di sostanze e altri disturbi mentali. Nonostante questo fenomeno sia studiato da anni continuano a manifestarsi difficoltà di comprensione e di inquadramento per questo tipo di utenza. In tale contesto si inserisce il presente studio, che ha l'intento di definire le caratteristiche e la rilevanza del fenomeno nella popolazione di Monza e Brianza.

Obiettivi: *Primario:* stima della prevalenza della popolazione con DD afferente ai servizi territoriali (CPS) del DSM di Monza nell'anno 2005. *Specifici:* individuazione del profilo socio-demografico della popolazione; valutazione del profilo di utilizzo delle sostanze, dei principali quadri clinici riscontrati e delle prestazioni effettuate.

Metodi: studio epidemiologico trasversale condotto sugli utenti con DD afferenti ai CPS del DSM di Monza.

Risultati: la prevalenza dei pazienti con DD è 5,4%, nella maggior parte costituita da soggetti di sesso maschile, con età media di 40 anni (DS: 12). La sostanza d'abuso più utilizzata è l'alcool (59,6%) e la diagnosi psichiatrica più frequente è quella di disturbo di personalità (50,4%). I servizi cui questi soggetti si rivolgono sono i SerT per i problemi correlati all'uso di sostanze, ed i CPS per quanto riguarda i disturbi psichici.

Conclusioni: Il fenomeno della DD, nella realtà territoriale indagata, si presenta in linea rispetto alla letteratura.

P247. Profili di popolazione e percorsi diagnostici nell'utenza in doppia diagnosi: l'esperienza del DSM di Monza (MI)

M. Benedetti, F. Amidani, E. Giampieri, M. Clerici
Università di Milano Bicocca

Negli ultimi venti anni si è assistito ad un aumento, nella popolazione psichiatrica, di disturbi correlati all'uso di sostanze. Uno degli aspetti più problematici, per questo tipo di utenza, risulta essere la presa in carico e ciò spiega gli alti tassi di modificazione diagnostica che si rilevano in letteratura. Da follow-up della durata di un anno risulta infatti che le diagnosi arrivino a modificarsi in circa il 50% dei casi.

Obiettivi: *Primario:* stima della prevalenza e delle caratteristiche dell'utenza doppia diagnosi (DD) afferente ai servizi territoriali (CPS) del DSM monzese, nel 2006 e confronto con studio analogo condotto l'anno precedente. *Specifici:* individuazione dei percorsi diagnostici e clinici dell'utenza DD.

Metodi: studio epidemiologico longitudinale della durata di due anni condotto sugli utenti con DD afferenti ai CPS del DSM di Monza.

Risultati: il profilo di popolazione risulta sovrapponibile all'analisi precedente per alcuni indicatori (sesso, età, diagnosi e ricoveri in SPDC). Esistono significative differenze nel profilo di utilizzo delle sostanze se rapportate alle fasce d'età. Solo il 46% della popolazione si mantiene in carico rispetto all'anno 2005 con un alto tasso di modificazioni diagnostiche (33%).

Conclusioni: il fenomeno della DD, nella realtà territoriale indagata, si presenta sostanzialmente in linea rispetto ai dati disponibili in letteratura, sia a livello internazionale che a livello italiano.

Parole chiave: doppia diagnosi; disturbi correlati all'uso di sostanze; disturbi psichiatrici; studio descrittivo; percorsi diagnostici.

P248. Variabili psicopatologiche e funzionali in una popolazione di individui con patologie mobbing correlate

M.C. Bernardini, L. Verni, I. Santini, V. Marola*, R. Pollice**

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, * Servizio Psichiatrico Universitario Diagnosi e Cura, ** Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: scopo del nostro studio è stato quello di valutare la presenza e l'entità della sintomatologia ansioso-depressiva, la qualità della vita e la disabilità percepita in un campione di soggetti con disagio psicosociale in ambito lavorativo. Lo studio si proponeva inoltre di valutare se ad uno specifico disturbo psichiatrico corrispondesse una differente percezione delle condotte aversive subite.

Metodi: il campione in esame era costituito da 90 soggetti (53% femmine), età media 46 aa (d.s. 8,4), afferenti all' "Ambulatorio per i Disturbi Psichiatrici da Costrittività Organizzativa sul Lavoro" dell'INAIL e allo " Sportello per il disagio e lo stress psicosociale in ambito lavorativo" del nostro Ospedale. Il campione è stato suddiviso in base alla diagnosi psichiatrica formulata: d. dell'adattamento (61,1%), d. bipolare (11,1%), d. di personalità (16,7%), depressione maggiore (5,6%). Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: HAM-D; STAI Y1 e STAI Y 2; DISS; SCL-90; SF-36. È stato inoltre somministrato a tutti i soggetti il Leymann Inventory of Psychological Terrorism – Ege (2001), questionario di autovalutazione del mobbing e dello stress psicosociale in ambito lavorativo.

Risultati e Conclusioni: nel campione in esame emerge una sintomatologia ansioso-depressiva di grado moderato e bassi livelli di qualità della vita. I soggetti con disturbo bipolare mostrano la presenza di una più marcata sintomatologia ansiosa e di sentimenti di inadeguatezza personale, inferiorità ed irreparabilità del danno, con una peggiore qualità della vita. Identificano inoltre, seppur con una minore quota di stress percepito rispetto agli affetti da disturbo dell'adattamento, l'isolamento e il continuo cambiamento delle mansioni come principali cause di disagio psicosociale in ambito lavorativo.

Bibliografia

- Sanderson K, Andrews G. *Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology.* Can J Psychiatry 2006;51:63-75.
- Hansen AM, Hogh A, Persson R, Karlson B, Garde AH, Ørbaek P. *Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response.* J Psychosom Res 2006;60:63-72.

P249. Patterns di abuso di sostanze correlati al sesso in 1090 eroinomani all'ingresso in trattamento

S. Canoniero, M. Carlini, F. Golia, A.G.I. Maremmani, I. Maremmani, L. Dell'Osso

Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

In letteratura non vi è accordo sul fatto che il pattern d'abuso dei maschi differisca da quello delle femmine. Alcuni studi indicherebbero, nei pazienti che richiedono un trattamento per eroino-dipendenza, una propensione al concomitante uso di alcol, BDZ e cannabinoidi nei maschi eroinomani mentre nelle eroinomani femmine vi sarebbe un maggior uso di cocaina. È inoltre controversa anche l'entità del consumo oppiaceo che per alcuni Autori tende ad essere superiore nei maschi mentre per altri nelle femmine.

1090 eroinomani 831 maschi e 259 femmine sono stati indagati mediante l'AbSo (Scheda di Rilevazione dell'abuso di sostanze) riguardo alla storia tossicomana e mediante l'analisi urinarie (metodo immunoenzimatico) per la ricerca dei metaboliti degli oppiacei (morfini e metadone), benzodiazepine, ipnotici, cocaina, amfetamine, allucinogeni, cannabinoidi e inalanti al loro ingresso in trattamento. Per l'uso problematico di alcol si è fatto riferimento alla presenza in anamnesi di frequenti episodi di ubriachezza con conseguente disadattamento lavorativo familiare e sociale. I risultati delle analisi urinarie sono stati sottoposti ad analisi fattoriale. Le variabili indagate ed i risultati dell'analisi fattoriale sono state paragonate nei due gruppi mediante il T-Test di Student.

Nessuna differenza è stata osservata riguardo all'assunzione giornaliera o meno di eroina, alla modalità d'uso, alla fase clinica, alla presenza di stressors psicosociali prima dell'uso di sostanze, alla capacità di interrompere l'uso di eroina uno o più volte nel decorso della malattia. Riguardo alle sostanze abusate, invece, i maschi usano con maggiore frequenza eroina e cannabinoidi mentre le femmine utilizzano metadone illegale, anestetici, amfetamine.

L'analisi fattoriale evidenzia 3 dimensioni caratterizzate la prima dall'uso di eroina, stimolanti e cannabinoidi; la seconda da ipnotici, benzodiazepine e antidoloriferi; la terza da inalanti e anestetici. La prima dimensione sarebbe appannaggio dei maschi, la seconda delle femmine.

I patterns d'abuso di sostanze nella dipendenza da eroina sarebbero, dunque, diversi a seconda del sesso. Di particolare interesse clinico appare il ricorso all'uso di analgesici oppiacei, benzodiazepine, ipnotici, anestetici e metadone illegale da parte delle femmine. Una possibile spiegazione di questo fenomeno potrebbe essere la tendenza delle donne, una volta diventate dipendenti da sostanze illegali come l'eroina, a cercare di sostituirla, in una sorta di autoterapia con sostanze legali mentre per gli uomini la tendenza alla perseverazione nell'uso di eroina sarebbe maggiore.

P250. Validazione del Temperament and Character Inventory-Revised: uno studio sulla popolazione generale italiana

C. Capanna*, F. Struglia*, E. Daneluzzo, P. Stratta**, A. Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale, * Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università dell'Aquila, ** Dipartimento di Salute Mentale, ASL 04, L'Aquila

Obiettivo del presente studio è la validazione su un campione italiano di popolazione generale del Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R), una nuova versione del questionario di personalità sviluppato da Cloninger per la misura di sette dimensioni che esplorano tratti temperamentali e caratteriali¹.

Hanno partecipato alla ricerca 830 soggetti eterogenei per sesso, età e scolarità. Due analisi fattoriali delle componenti principali sono state implementate rispettivamente sulle 16 sottodimensioni temperamentali e sulle 13 caratteriali. Attendibilità e validità di costrutto della scala sono state esaminate attraverso il calcolo dell'alpha di Cronbach e delle correlazioni con i Big Five misurati con il BFQ². Sono state infine analizzate le differenze nei punteggi medi delle sette dimensioni del TCI-R tra maschi e femmine, per diverse fasce d'età e di scolarità.

I risultati mostrano che anche nel contesto italiano, la struttura fattoriale delle dimensioni temperamentali e di carattere del TCI-R è confermata. La coerenza interna delle dimensioni che compongono lo strumento risulta accettabile. Le correlazioni con i Big Five supportano la validità di costrutto dello strumento. Sono emerse differenze significative tra maschi e femmine sia nelle dimensioni temperamentali che caratteriali, ad eccezione di *novelty seeking* e *persistence*, mentre quelle legate all'età sono emerse in tutte le dimensioni temperamentali e nella dimensione del carattere *self-transcendence*, e quelle legate al livello di scolarità sono emerse in tutte le dimensioni temperamentali tranne la *persistence* e solo nella dimensione del carattere *self-directedness*.

Bibliografia

- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. *A psychobiological model of temperament and character*. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-90.
- Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. *BFQ, Big Five Questionnaire, Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1993.

P251. Correlazione tra neurosteroidi (cortisolo e cortisolo/DHEAS) e sintomi di spettro panico agorafobico in un campione di controlli sani

C. Carmassi, E. Da Pozzo, D. Marazziti, S. Tonini, F. Mundo, D. Cesari, C. Vizzaccaro, P. Landi, A. Maremmani, C. Martini, L. Dell'Osso

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

Studi clinici e neurobiologici hanno evidenziato il ruolo dei neurosteroidi nella modulazione dei sintomi d'ansia. In particolare, alterati livelli sono stati riscontrati in pazienti con disturbo di panico (DP). Ad oggi, non sono tuttavia riportati studi che abbiano indagato le correlazioni tra sintomi di spettro panico-agrafobico e i livelli di neurosteroidi in soggetti senza DP. Obiettivo del presente studio era quello di esplorare, in un campione di soggetti senza disturbi psichiatrici di asse I, le possibili correlazioni tra cortisolo, DHEAS e il loro rapporto (cortisolo/DHEAS) e la sintomatologia di spettro panico agorafobico.

47 soggetti sono stati valutati mediante la SCID-P (DSM-IV-TR) e il Panic Agoraphobic Spectrum-SR versione lifetime, questionario per la valutazione dello spettro panico agorafobico. I dosaggi dei neurosteroidi sono stati effettuati su 10 ml di sangue venoso prelevati tra le 8.30 e le 9.30 del mattino, a digiuno.

I livelli di cortisolo e del rapporto cortisolo/DHEAS sono risultati inversamente e significativamente correlati al punteggio totale del PAS-SR ($p = 0,012$; $p = 0,026$) e dei seguenti Domini: *sensibilità alla separazione* ($p = 0,018$; $p = 0,039$), *sintomi di panico tipici e atipici* ($p = 0,025$; $p = 0,014$) e *sensibilità alle sostanze* ($p = 0,003$; $p = 0,049$).

Questi dati dimostrano la presenza di una correlazione significativa tra le alterazioni subsindromiche dello spettro panico-agrafobico e i neurosteroidi quali cortisolo e DHEAS.

P252. Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) in età adulta: indagine su 25 pazienti con disturbo da uso di sostanze

G. Ceraudo, D. Popovic, S. Rizzato, A. Maremmani, A. Romano, M. Benvenuti, M. Fornaro, C. Toni, G. Perugi

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

L'ADHD è un disturbo caratteristico dell'età scolare che tende a risolversi con la maggiore età; tuttavia, è stimato che il 50-80% degli individui affetti, continui a manifestare sintomi in età adulta, senza soddisfare pienamente i criteri del DSM-IV. Nell'85% dei casi è presente una comorbidità con disturbo della condotta, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia e disturbo da uso di sostanze. Il 90% dei pazienti mostra disadattamento in vari ambi-

ti. L'obiettivo della ricerca è di studiare la prevalenza e le caratteristiche cliniche dell'ADHD in età adulta negli utenti di un SerT.

Metodi: i criteri di inclusione prevedono la maggiore età e una diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Con sequenza casuale sono stati reclutati 25 pazienti in trattamento ambulatoriale a cui è stato somministrato in autovalutazione l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1), ed è stata eseguita una valutazione diagnostica attraverso il Diagnostic Clinical and Therapeutic Checklist (DCTC).

Risultati: il 40% erano eroinomani, 32% alcolisti, 16% cocainomani, 16% facevano abuso di THC e 8% di MDMA, 12% facevano poliuso. La comorbidità era per il 40% DB, 24% DAP, 4% GAD, 4% FS, 4% DCA, 4% DCI. La risposta agli antidepressivi era stata per il 40% irritabilità, 32% instabilità dell'umore, 16% viraaggio ipo/maniacale e 12% resistenza al trattamento. Il 60% del campione mostra punteggi elevati al test per l'ADHD senza avere una diagnosi in età scolare, e questi comprendono tutti gli eroinomani. Il confronto tra pazienti con punteggi elevati e pazienti che non raggiungono la soglia al test per l'ADHD, non mostra differenze statisticamente significative su comorbidità e funzionamento. I limiti dello studio sono rappresentati dalla numerosità del campione e dai criteri di selezione della casistica.

P253. Disturbi di personalità: il carico sui Servizi. Studio osservazionale retrospettivo nella UOSM di Sapri (SA)

F. D'Agostino, F. D'Agostino**, F.G.M. Giordano, G. Roberto, A. Pace, L. Pizza*

UOSM Sapri, ASL SA/3; * UOC Salute Mentale Sapri; ** Direzione Medica di Presidio, AO "G. Rummo", Benevento

Introduzione: i disturbi di personalità rappresentano una variabile di difficile approccio e di difficile quantificazione. Lo studio rileva il forte impiego di risorse rispetto all'economia generale del Servizio.

Metodi: raccolta dati dalle cartelle cliniche con diagnosi di asse II, posta in base ai criteri del DSM-IV-TR, nel corso dell'anno 2007: per un numero complessivo di 99 utenti. Creazione di un gruppo di controllo di utenti non affetti da disturbo di personalità. Appaiamento per diagnosi di asse I, scolarità, anni di trattamento, eventuale cronicità e quadro psicopatologico di base, misurato con la CPRS (scala di valutazione psicopatologica globale). E somministrazione di GAF e CPRS all'ultimo controllo clinico.

Risultati: riportati in Tabella I, II III. Essendo uno studio retrospettivo, è probabilmente sottostimata l'entità degli eventi sentinella; con una verosimile riduzione della significatività delle differenze.

Conclusioni: i disturbi di personalità assorbono molte risorse dei Servizi Territoriali e comunque in misura su-

	Campione	Controllo
Maschi	41 (41,4%)	38 (38,4%)
Femmine	58 (58,6%)	61 (61,6%)
Età	44,1 ± 15,2	46,5 ± 15,3
Scolarità Medio-bassa (fino alla licenza media inferiore):	53 (53,5%)	54 (54,5%)
Scolarità Medio-alto:	46 (46,5%)	45 (45,5%)
Anni di malattia	4,9 ± 4,1	4,6 ± 4,3
Fino a 9:	81	82
Oltre i 10 (pazienti cronici):	18	17
CPRS	45,3 ± 15,9	45,0 ± 15,9
GAF	12,1	3,2

	Campione	Controllo
Visite nel 2007:	1613	446
Ricoveri nel corso della storia di malattia:	67	16
Interventi urgenti 2007:	79	8
TS nella storia di malattia	17	4

Eventi sentinella più frequenti nei casi che nei controlli	Significatività
Primo accesso in emergenza	p < ,05
Telefonate frequenti	p < ,05
Frequenti cambi di terapeuta	p < ,05
Terapie meno favorevoli (politerapie, trattamenti depot)	p < ,05
Pazienti vissuti dal comparto come più fastidiosi, stressanti ed impegnativi	p < ,05
Maggior controtrasfert negativo da parte del terapeuta	p < ,001

periore a quanto la gravità del quadro clinico non lascerebbe supporre. Con l'evidenza di un rapporto costi/benefici tendenzialmente negativo.

Bibliografia

- Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. *The economic burden of personality disorders in mental health care*. J Clin Psychiatry 2008;69:259-65.
- Halsteinli V, Karterud S, Pedersen G. *When costs count: the impact of staff size, skill mix and treatment intensity on patient outcome for psychotherapeutic day treatment programmes*. Health Policy 2008;86:255-26.
- van Asselt AD. *The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients*. Eur Psychiatry 2007;22:354-61.

P254. I legami parentali possono interferire con le scelte d'abuso?

P. De Fazio, M. Sirianni, A. Manfrida, D. Chiodo, A. Barberi, F. Corasaniti, P. Gentile, P. Rizza, L. Iozzo, F. Caglioti

Cattedra UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Università Magna Graecia di Catanzaro

Introduzione: l'alterato legame parentale è spesso legato allo sviluppo di dipendenze, predisponendo al precoce accesso alle droghe. Una relazione genitoriale povera sembra correlata ad anomalie dei sistemi biologici coinvolti nella tossicodipendenza. Scopo del lavoro è valutare il legame parentale in un gruppo di tossicodipendenti.

Metodi: il Parental Bonding Instrument (PBI) è stato utilizzato per valutare un gruppo di tossicodipendenti afferenti al SERT di Catanzaro.

Risultati: i 62 soggetti reclutati (M = 64,5%, F = 35,5%; età m = 32,5 ± 9,8 anni) sono tutti in terapia (66,1% metadone, 33,9% subutex), per lo più privi di nucleo familiare (40,3% divorziati, 48,2% liberi) e con precoce contatto con le droghe (14,7 ± 1,6 anni). Il PBI mostra bassi valori di *care* ed alta *protection*, indicativi di legame parentale tipo controllo anaffettivo (90,3% madri, 83,9% padri). È emersa una relazione tra *care* paterno ed età al primo contatto con le droghe ($p = ,03$). C'è anche correlazione tra legame parentale e droga scelta, in particolare tra *controllo anaffettivo* paterno ed LSD, *costrizione affettuosa* paterna ed ecstasy, *costrizione affettuosa* materna ed ecstasy positivamente ed LSD negativamente (Tab. I).

Conclusioni: nei nuclei familiari del campione prevalgono legami con alta *protection* e basso *care*. Il basso *care* paterno è correlato all'età di primo contatto con la droga. Le correlazioni tra tipo di legame e droga suggeriscono di approfondire la relazione tra legame parentale e sostanza scelta.

Bibliografia

- ¹ Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U. *Insecure family bases and adolescent drug abuse: a new approach to family patterns of attachment*. Attach Hum Dev 2007;9:111-26.
- ² Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. *Rain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies*. J Child Psychol Psychiatry 2007;48:262-87.

P255. Valutazione neurocognitiva dei soggetti in trattamento con GHB

A. De Giorgi*, S. Dimalto***, G. Placidi, D. Potenza**, C. Cammeo**, M. De Pinis*, M. Giordano*, A. Bellomo**

* Dipartimento Dipendenze Patologiche, SerT, Manfredonia, ASL Foggia; ** Dipartimento Salute Mentale, SPDC, Manfredonia, ASL Foggia; *** Università di Foggia

L'acido γ -idrossibutirrico (CHB) metabolita del GABA è considerato da molti autori trasmettitore/neuromodulatore. La letteratura internazionale propone un gran numero di studi che hanno ben documentato l'efficacia del GHB del trattamento dell'astinenza da alcool nonché della soppressione del craving per l'etanolo. Pochi autori si sono concentrati sulla valutazione dell'impatto della terapia condotta con GHB sulle funzioni corticali frontali dei pazienti alcolisti.

Scopo dello studio: è quello di valutare una specifica correlazione tra eventuali deficit cognitivi connessi alla fisiologia del paziente affetto da tale disturbo prima della somministrazione farmacologica e successivamente a questa per verificarne gli eventuali miglioramenti.

Metodi: sono stati reclutati 20 pazienti affetti da dipendenza da alcool secondo i criteri del DSM IV-TR drug free da almeno una settimana, successivamente trattati in monoterapia con GHB e 20 controlli sani comparabili per caratteristiche socio demografiche. La sintomato-

Tabella I. Correlazioni tra PBI e droga d'abuso.

	Cocaina	Eroina	Cannabis	PF	LSD	Ecstasy	Crack
OP	,	0,155	-0,071	0,099	0,25*	-0,265*	-0,218
CP	,	*-0,304	0,145	0,084	***-0,571	***0,543	0,047
OM	,	-0,036	-0,009	0,001	0,019	0,063	-0,097
CM	,	-0,231	0,029	0,203	-0,278*	**0,315	0,034

logia è stata valutata con il Michigan Alcoholism Screening Test di Salzer e con il Munich Alcoholism Test di Feuerlein. Tutti i pazienti hanno subito una valutazione clinica tramite SCID e neuropsicologica con Wisconsin Cord Sorting Test per le funzioni esecutive ed N-Bach per la working-memory.

Risultati e conclusioni: l'analisi statistica ha evidenziato una correlazione tra sintomi clinici e deficit neuropsicologici evidenziando come i pazienti in trattamento con GHB siano più performanti.

Bibliografia

- 1 Carteri LP, Richardsl BD, Mintzerl MZ, Griffith RR. Relative Abuse liability of GHB in human: a comparison of psychomotor, subjective, and cognitive effects of supratherapeutic doses of triazolam, pentobarbital, and GHB. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2537-51.
- 2 Barker JC, Harris SL, Dyer JE. *Esperiences of gamma hydroxybutyrate (GHB) ingestion: a focus group study.* *J Psychoactive Drug* 2007;139:115-29.

P256. Impatto della stimolazione farmacologica con bromocriptina sull'attività cerebrale durante Working Memory: uno studio di fMRI

G. De Simeis, L. Fazio, R. Romano, S. Aquilino, A. Di Giorgio, A. Rampino, L. Ursini, A. Papazacharias, B. Gelao, L. Lo Bianco, M. Rizzo, C. Castellana, P. Taurisano, L. Ferranti, T. Popolizio*, G. Blasi, G. Caforio, M. Nardini, A. Bertolino

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; *IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)*

Un tono dopaminergico ottimale in corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) e nello striato è fondamentale per l'esecuzione di compiti di working memory (WM). In particolare, il signaling mediato dai recettori D2 sembra essere cruciale in questo ambito. La bromocriptina è un agonista dei recettori D2 postsinaptici che può essere utilizzata per studiare la fisiologia associata a WM durante condizioni di signaling D2 differenziale. Obiettivo di questo studio è di valutare l'effetto della somministrazione di bromocriptina sull'attività cerebrale durante un compito di WM. In questo studio controllato con placebo e in doppio cieco, 12 soggetti sani (9 femmine e 3 maschi, età media $27,58 \pm 3,37$, IQ $115,1 \pm 17,7$) sono stati sottoposti a fMRI durante l'esecuzione dell'N-back (1, 2 e 3 back) dopo somministrazione di bromocriptina o placebo. L'analisi dei dati comportamentali ha mostrato un effetto del carico di WM, nessun effetto del farmaco, e nessuna interazione fra farmaco e carico di WM. L'analisi dei dati di fMRI (SPM5, $p < 0,005$) ha indicato un effetto di interazione tra farmaco e carico di WM nel caudato di sinistra e DLPFC di destra. Questi dati suggeriscono che il signaling D2 modula la fisiologia del network

cortico-sottocorticale associato all'esecuzione di compiti di working memory.

P257. Atomoxetina in bambini con deficit attentivo con iperattività (ADHD) e disturbo oppositivo provocatorio (ODD): risultati della fase di estensione in aperto dello studio LYCY

G. Dell'Agnello, D. Maschietto¹, A. Pascotto², F. Calamoneri³, G. Masi⁴, P. Curatolo⁵, D. Besana⁶, F. Mancini, A. Rossi, R. Escobar⁷, A. Zuddas⁸, for the LYCY Study Group

Medical Department Eli Lilly Italia, Italy; ¹ Unit of Child Neuropsychiatry, Azienda USL 10 Veneto Orientale, San Donà di Piave, Venezia, Italy; ² Department of Child Neuropsychiatry, 2nd University of Naples, Italy; ³ Clinic of Child Neuropsychiatry, University Hospital of Messina, Italy; ⁴ Department of Child Neuropsychiatry, IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone, Pisa, Italy; ⁵ Department of Child Neuropsychiatry, Tor Vergata University of Rome, Italy; ⁶ Child Neuropsychiatry, Hospital of Alessandria, Italy; ⁷ Eli Lilly & Co Lilly Research Centre Windlesham, Surrey, UK; ⁸ Child Neuropsychiatry, Department of Neuroscience, University of Cagliari, Italy

Lo studio LYCY è costituito da una fase randomizzata di 8 settimane in doppio cieco con placebo e una di estensione in aperto di circa 24 mesi con atomoxetina. I risultati della prima fase hanno mostrato un miglioramento dei sintomi di ADHD e ODD e della qualità della vita (QoL) nei pazienti trattati con atomoxetina vs. placebo. Il nostro scopo è quello di presentare i risultati della fase di estensione in aperto con atomoxetina per circa 24 mesi. 132 pazienti (100 precedentemente trattati con atomoxetina, 32 con placebo) hanno continuato o iniziato il trattamento con atomoxetina. Lo studio è stato interrotto da cinque pazienti del gruppo atomoxetina e uno del gruppo placebo. I pazienti, indipendentemente dal trattamento ricevuto in precedenza, hanno mostrato un notevole miglioramento in tutte le scale di valutazione di ADHD e ODD e nei sottodomini del Children Health and Illness Profile, utilizzato per valutare la QoL. Gli eventi avversi più comuni sono stati cefalea (17,0 e 9,4% dei pazienti precedentemente trattati rispettivamente con atomoxetina e placebo), anoressia (7,0 e 6,8%), nausea (11,0 e 3,1%) e vomito (10,0 e 6,3%). Il peso corporeo medio è aumentato sia nei pazienti trattati precedentemente con atomoxetina (+ 4,4 kg; 95% CI: 3,3 a 5,5) che in coloro che avevano ricevuto placebo (+ 2,2 kg; 95% CI: -0,3 a 4,8). I risultati sull'efficacia e sulla sicurezza di atomoxetina nella fase in doppio-cieco dello studio sembrano confermati nell'osservazione a lungo termine.

P258. Sindrome del burn-out ed atmosfera organizzativa negli operatori della ASL 4 dell'Aquila

E. Di Giovambattista, E. Di Nardo*, R. Marzetti*, R. Roncone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila; * Ufficio Formazione, Direzione Aziendale, ASL L'Aquila

Introduzione: scopo del presente studio è stato quello di indagare le relazioni esistenti tra clima organizzativo e burn-out in un campione di operatori sanitari della ASL 4 dell'Aquila nell'ambito di un modulo formativo ECM su tali tematiche della durata di 2 giornate (12 ore) condotto dagli stessi Autori.

Metodi: lo studio è stato condotto nel periodo compreso tra marzo e dicembre 2007. Sono stati coinvolti tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, personale ausiliario, personale tecnico, personale amministrativo) della ASL 4 dell'Aquila. Ogni partecipante ha compilato un questionario, costruito *ad hoc*, che indagava le principali variabili sociodemografiche e professionali (età, sesso, stato civile, livello professionale, anni di lavoro in campo sanitario, tipologia del contratto di lavoro) e le principali dimensioni del clima organizzativo: *carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori* (Maslach e Leiter, 1997). Abbiamo, inoltre, valutato il livello di burn-out attraverso il Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 1996) che valuta le tre dimensioni del burn-out: esaurimento emotivo (EE); de-personalizzazione (DP) e realizzazione personale (RP).

Risultati e Conclusioni: sono stati valutati in totale 549 soggetti con un'età media di 46,1 anni (DS = 8). La maggior parte dei soggetti erano infermieri (n = 288, 52,5%); il 75,4% del campione era costituito da donne, il 76% era coniugato. Il tempo medio di lavoro in ambito sanitario era di circa 20,4 anni (DS = 9,3). Il campione totale presentava un moderato livello di EE (20,84 DS = 11,7) e di RP (37,08 DS = 8,4) con un alto livello di DP (4,92 DS = 5,3). Le donne presentano un più elevato EE rispetto agli uomini ($p < 0,05$), mentre il personale ausiliario presentava un più basso livello di RP ($p = 0,001$) rispetto alle altre categorie professionali. Tutte le dimensioni del clima organizzativo indagate, inoltre, sono risultate significativamente correlate con le dimensioni del burn-out.

I risultati del nostro studio confermano la stretta connessione esistente tra l'ambiente lavorativo ed il benessere psicologico esperito dai dipendenti.

Bibliografia

- Payne R, Firth Cozens J. *Lo stress negli operatori della sanità*. Roma: Kappa 1999.
- Maslach C, Leiter MP. *The truth about burn-out*. 3rd edn. San Francisco, CA: Jossey-Bass 1997.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory*. 3rd edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1996.

P259. Un polimorfismo del gene *HTR3B* è associato con alcolismo in comorbidità con disturbo antisociale di personalità e ridotto voltaggio alpha - un endofenotipo per alcolismo e disturbo antisociale di personalità

F. Ducci, M. Catena, L. Dell'Osso, D. Goldman

Laboratory of Neurogenetics, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH, Rockville, USA

Il disturbo da uso di alcol (AUD) in comorbidità con il disturbo antisociale di personalità (ASPD) è stato associato con alterazioni del sistema serotoninergico. Il recettore 5-HT_{3R} è potenziato dall'etanolo e appare coinvolto nel processo di reward alle sostanze di abuso. Gli antagonisti del recettore 5-HT_{3R} hanno mostrato una certa efficacia nel trattamento dell'alcolismo in comorbidità con disturbo antisociale di personalità. Un basso voltaggio nel ritmo alpha misurato con l'EEG di riposo è una caratteristica di tratto altamente ereditaria che è stata associata sia con AUD che con ASPD. In un recente studio di whole genome linkage condotto in un campione di nativi americani che è anche incluso nel presente studio, è stato riscontrato un piccolo di linkage per il voltaggio alpha nella regione cromosomica dove sono localizzati i geni codificanti per le subunità A e B (*HTR3A* e *HTR3B*) che compongono il recettore 5-HT_{3R}. In questo studio abbiamo valutato se variazione genetica nei geni *HTR3A* e *HTR3B* influenzi la vulnerabilità a sviluppare alcolismo in comorbidità con disturbo antisociale di personalità (AUD + ASPD) e influenzi il voltaggio alpha misurato durante l'EEG di riposo.

Questo studio includeva tre campioni: un campione di 284 alcolisti e 234 controlli reclutati in Finlandia; due campioni comunitari dove l'EEG era stato registrato: un campione di 191 soggetti caucasici reclutati in Maryland, Bethesda, e un campione di 306 nativi americani. Nel campione di Finlandesi, un polimorfismo intronico del gene *HTR3B* (rs3782025) è risultato associato con AUD + ASPD ($p = 0,004$). Nel campione raccolto a Bethesda, lo stesso allele risultava associato con basso voltaggio alpha ($p = 7,37 \times 10^{-5}$). Nel campione di nativi americani abbiamo riscontrato un'associazione tra voltaggio alpha e altri due polimorfismi del gene *HTR3B* ($p = 0,03$). Un aplotipo localizzato al 3' del gene *HTR3B*, dove è localizzato il polimorfismo rs3782025, è risultato associato con AUD + ASPD nel campione di Finlandesi ($p = 0,02$) e con ridotto voltaggio alpha nel campione raccolto a Bethesda ($p = 0,00009$). Un altro aplotipo nella stessa regione del gene *HTR3B* è risultato associato con voltaggio alpha nel campione di nativi americani ($p = 0,03$). Nessuna associazione è stata riscontrata per il gene *HTR3A*.

In conclusione, variazione genetica a carico del gene *HTR3B* appare influenzare la vulnerabilità a sviluppare alcolismo in comorbidità con disturbo antisociale di personalità. Il recettore 5-HT_{3R} appare coinvolto nella genesi delle alterazioni elettroencefalografiche associate con maggiore vulnerabilità a sviluppare alcolismo.

P260. Un polimorfismo funzionale del gene MAOA e l'esposizione ad abuso sessuale nell'infanzia influenzano il rischio di sviluppare alcolismo e disturbo antisociale di personalità in un campione di soggetti di sesso femminile

F. Ducci, M. Catena, L. Dell'Osso, D. Goldman
Laboratory of Neurogenetics, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH, Rockville, USA

Donne esposte ad abuso sessuale nell'infanzia (ASI) sono a maggior rischio di alcolismo e disturbo antisociale di personalità (ASPD). Negli uomini, un polimorfismo funzionale (*MAOA-LPR*) localizzato nel promoter del gene *MAOA* influenza il rischio di comportamento antisociale in soggetti esposti a maltrattamento. Lo scopo di questo studio è quello di valutare se *MAOA-LPR* influenzi la vulnerabilità ad alcolismo e ASPD in un campione di 291 donne il 50% delle quali sono state esposte a ASI; abbiamo inoltre valutato se aplotipi della regione cromosomica dove i geni *MAOA* e *MAOB* sono localizzati influenzino il rischio di alcolismo e ASPD. L'allele del locus *MAOA-LPR* associato con minore attività dell'enzima appariva aumentare il rischio alcolismo ($p = 0,005$) ed ASPD ($p = 0,00009$), esclusivamente nel gruppo di donne esposte ad ASI. Le donne esposte ad ASI che erano omozigoti per l'allele associato a minor attività avevano maggior prevalenza di alcolismo e ASPD rispetto a donne omozigoti per l'altro allele. Le donne eterozigoti presentavano un rischio intermedio. In contrasto, non c'era nessuna associazione tra alcolismo/ASPD e genotipo nel gruppo di donne non esposte. L'allele associate a minor attività si collocava su tre distinti back-ground aplotipici. Di questi, l'aplotipo più comune è risultato più frequente in soggetti alcolisti ($p = 0,008$) e con ASPD ($p = 0,001$), rispetto ai controlli. In conclusione, *MAOA* sembra influenzare l'impatto del trauma infantile sul rischio di sviluppare psicopatologia nelle donne come precedentemente dimostrato negli uomini. Un aplotipo del gene *MAOA* sembra avere un potere predittivo sul rischio di sviluppare alcolismo e ASPD superiore rispetto a quello del singolo locus *MAOA-LPR*.

P261. Correlati neurali dell'estroversione e del nevroticismo durante elaborazione di stimoli emotivi a valenza negativa

F. Elifani*, A. Di Giorgio**, L. Fazio*, G. Blasi*, B. Gelao*, R. Romano*, P. Taurisano*, L. Lobianco*, G. De Simeis*, T. Popolizio***, M. Nardini*, A. Bertolino***

* Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ** Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Neuroradiologia, Università di Catania; *** Dipartimento di Neuroradiologia, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

L'estroversione (E) ed il nevroticismo (N) sono tratti di personalità che sembrano spiegare parte della varianza associata alle risposte individuali a stimoli emotivi. Recenti studi di neuroimaging hanno dimostrato come l'elaborazione di stimoli emotivi coinvolga un network di regioni cerebrali in cui un ruolo chiave è svolto dall'amigdala e dalla corteccia prefrontale mediale (mPFC). Scopo del presente studio è stato quello di valutare se E e N si associano ad una differente attivazione di queste due aree cerebrali durante l'elaborazione di stimoli a valenza emotiva spiacevole. A tal proposito sono stati studiati 94 soggetti sani paragonabili per una serie di caratteristiche demografiche e suddivisi in base ai loro punteggi al NEO (Neuroticism Extraversion Openness) in individui a basso ed alto N e bassa ed alta E. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale a 3 Tesla mentre svolgevano un compito di elaborazione implicita di immagini a contenuto avverso. Una ANOVA fattoriale in SPM5 ($p < 0,005$) ha mostrato un effetto dell'E sull'attività dell'amigdala e della mPFC (maggiore attività nei soggetti con alta E), ed un effetto del N solo sull'attività dell'amigdala (maggiore attività nei soggetti con alto N). Nel complesso, i nostri dati suggeriscono che l'attività amigdaloidea durante l'elaborazione emozionale non è influenzata in maniera differenziale dai tratti di E e N mentre esiste una diversa modulazione dell'attività della mPFC sulla base del solo tratto E.

P262. Un polimorfismo del gene per il recettore dopaminergico D3 modula l'attività cerebrale in compiti di working memory

L. Fazio, G. Caforio, G. Blasi, A. Rampino, M. Rizzo, R. Romano, A. Di Giorgio, P. Taurisano, T. Quarto, B. Gelao, A. Papazacharias, L. Lo Bianco, M. Nardini, W. Sadée*, A. Bertolino

Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; * Program in Pharmacogenomics, Department of Pharmacology, College of Medicine, and Division of Biostatistics, College of Public Health, The Ohio State University, Columbus

Alterazioni a carico dei recettori dopaminergici di tipo D3 potrebbero essere rilevanti nella schizofrenia

(SCZ). Molteplici studi mostrano una associazione tra SCZ ed il polimorfismo di un singolo nucleotide (SNP)(rs6280) del gene dei D3 (*DRD3*), ma i risultati non univoci indicherebbero il ruolo di altre varianti geniche. Un recente lavoro evidenzia una associazione tra SCZ e alcuni SNP presenti in regioni introniche del *DRD3*, suggerendo possibili alterazioni a carico dei meccanismi di splicing o di espressione genica. Il presente studio indaga, in soggetti sani, l'effetto di un SNP (*rs963468*) presente nella 4° regione intronica del *DRD3*: l'obiettivo è valutare un eventuale ruolo funzionale di tale SNP nel modulare la risposta neurale a compiti di working memory (WM), funzione cognitiva compromessa nella SCZ. 127 soggetti sani (AA = 21 AG = 56 GG = 46) hanno svolto un compito di WM (N-Back) durante fMRI. I dati di fMRI hanno mostrato un effetto di tale SNP nello striato di sinistra e nella corteccia prefrontale dorso-laterale bilaterale. L'ANOVA condotta sul segnale BOLD in tali aree ha mostrato una attività neurale maggiore nei soggetti con genotipo GG confrontati con i soggetti AG ed AA ($p < 0,005$). Questi risultati suggerirebbero che tale SNP ha un effetto funzionale: le principali differenze sono nelle aree striatali, dove i D3 sono primariamente diffusi. L'evidenza di tali effetti durante WM, fenotipo cognitivo compromesso nella SCZ, rende questi dati rilevanti nello studio di tale patologia.

P263. Interazione geneticamente mediata fra trasportatore della dopamina e cure materne sull'attività cerebrale durante l'elaborazione di stimoli emotivi in soggetti sani

F. Ferrante*, P. Taurisano*, G. Blasi*, B. Gelao*, R. Romano*, L. Lo Bianco*, A. Di Giorgio*, L. Fazio*, F. Sambataro*, G. Caforio*, A. Rampino*, A. Papazacharias*, M.T. Attrotto*, G. Ursini**, L. Sinibaldi**, G.M. Giannatempo***, M. Nardini*, B. Dallapiccola**, A. Bertolino*

* Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Psichiatria e Neurologia, Università di Bari, ** IRCCS "Mendel", Roma; *** IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo, Foggia

Il trasportatore della dopamina (DAT) è il principale inattivatore della dopamina (DA), un neurotrasmettitore fortemente implicato nei processi emotivi. Studi precedenti hanno mostrato che il polimorfismo 3' VNTR nel gene del DAT modula l'espressione della proteina e l'attività cerebrale misurata con fMRI. Altri studi hanno mostrato l'influenza delle cure materne (CM) sulla regolazione emotiva. In particolare, queste avrebbero effetti sui livelli di dopamina nella corteccia prefrontale (PFC). Il nostro scopo è indagare con fMRI la possibile interazione fra il polimorfismo funzionale 3'VNTR DAT e CM sull'attività cerebrale durante processamento esplicito di stimoli emotivi avversivi.

58 soggetti sani sono stati reclutati (19 M, età media

= 24,05 ± 4,54) e genotipizzati per la variante 3' VNTR DAT (22 10_10 e 36 9 carriers). Sono stati inoltre suddivisi tramite il PBI (Parental Bonding Instrument) in 38 soggetti ad alte CM (ACM) e 20 con basse CM (BCM). Tutti i soggetti sono stati sottoposti a fMRI durante processamento esplicito di stimoli emotivi a valenza negativa. Una ANOVA in SPM5 ($p < 0,005$) ha evidenziato una interazione fra le CM e il genotipo 3' VNTR DAT in PFC dorsolaterale e nel polo temporale. In particolare i BCM, mostravano una minore attivazione se 9 carriers. Questi risultati suggeriscono che l'interazione fra fattori genetici ed ambientali associati a modulazione del tono dopaminergico potrebbe avere un impatto sull'attività cerebrale durante processamento emotivo.

P264. L'équipe psichiatrica tra ideale e realtà: l'opinione degli operatori del DSM di Modena

S. Ferrari, V. Barbanti Silva, M. Pighi, S. Mimmi*, L. Bigi*, P. Vistoli*, E. Bertacchini*, L. Sola*, V. Scrofani*, R. Covili*, N. Colombini*, M. Rigatelli
 UO Psichiatria Ospedaliera, Policlinico Modena, AUSL Modena, Università di Modena e Reggio Emilia; * Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Modena

Introduzione: il lavoro di équipe è un elemento specifico e caratterizzante l'organizzazione delle cure territoriali in psichiatria. L'identificazione e l'analisi delle variabili che possono influenzarlo è un obiettivo rilevante, allo scopo di vigilare sulla funzionalità di questo strumento insostituibile.

Materiale e metodi: un questionario strutturato a 15 item ideato *ad hoc* è stato somministrato a 241 operatori del Dipartimento di Salute Mentale di Modena. I dati raccolti includono: caratteristiche socio-demografiche e professionali; livelli di soddisfazione ed identificazione; opinioni su scopo e caratteri reali e "ideali" dell'équipe.

Risultati: gli operatori di Modena sono prevalentemente donne (75%), di età media pari a 42,5 anni, in servizio da una media di 12 anni. Il 49% degli operatori si è dichiarato soddisfatto della propria équipe ed il 59% vi si identifica. L'équipe pare ben funzionante rispetto a scambio di informazioni e decisioni pratiche, risulta deficitaria quanto a sostegno empatico ed ascolto reciproco dei suoi membri. Il livello di corrispondenza percepito tra ideale e realtà si correla con la soddisfazione ($p = 0$), l'identificazione ($p = 0$) ed il sesso dell'operatore ($p = 0,007596$), ma non con età e longevità di servizio.

Conclusioni: lo sforzo di identificare e quantificare determinanti qualitativi rilevanti del lavoro di équipe in psichiatria è un tentativo preliminare di analizzare questo complesso argomento, per suggerire limiti e potenzialità dell'attuale organizzazione della cura in psichiatria in Italia.

P265. Caratteristiche sintomatologiche e tratti di personalità nei pazienti che lamentano alitosi

M. Giugiario, B. Crivelli, E. Pigella*, F. Romano*, M. Aimetti*, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino; * Dipartimento di Odontostomatologia, Reparto di Parodontologia, Centro di Ricerca e Terapia Alitosi, Università di Torino

Introduzione: avere un alito cattivo è una preoccupazione comune, tuttavia, mentre alcuni soggetti non sono neppure consapevoli di avere l'alitosi, altri arrivano a sviluppare una falsa percezione relativa al proprio alito che influenza interamente le loro vite (definita da alcuni Autori "alitifobia"). Gli studi che hanno indagato i soggetti che lamentano alitosi sono pochi ed identificano una correlazione tra alitosi soggettiva ed alcuni indici psicopatologici.

Metodi: abbiamo condotto una valutazione trasversale su 44 soggetti afferenti all'Ambulatorio Alitosi, Reparto di Parodontologia, AOU San Giovanni Battista di Torino. L'indagine includeva una valutazione obiettiva e soggettiva del grado di alitosi, un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali, la somministrazione di scale per l'autovalutazione dei sintomi psichiatrici (SCL-90-R, SDS e SAS) ed un'analisi delle caratteristiche di personalità (MMPI).

Risultati e conclusioni: dieci soggetti soddisfacevano i criteri per una diagnosi di asse I (DSM-IV-TR) e, di questi, quattro rientravano nella discussa diagnosi di "alitifobia". Emergeva una correlazione significativa tra la valutazione soggettiva di alitosi e alcune dimensioni dell'SCL-90-R (ostilità, psicotismo e fobia). I nostri risultati confermano l'importanza, per questa tipologia di pazienti, di un intervento multidisciplinare che includa anche un trattamento psicologico o psichiatrico.

Bibliografia

- Eli I, Baht R, Kozlovsky A, Rosenberg M. *The complaint of oral malodour: possible psychopathological aspects*. Psychosom Med 1996;58:156-9.
- Oho T, Yoshida Y, Shimazaki Y, Yamashita Y, Koga T. *Psychological condition of patients complaining of halitosis*. J Dent 2001;29:31-3.
- Yaegaki K and Coil JM. *Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives*. J Can Dent Assoc 2000;66:257-61.

P266. Autostima, sensation seeking e impulsività nell'uso problematico delle nuove tecnologie in adolescenza

C. La Cascia, L. Sideli, D. Mangiapane, C. Sartorio, S. Amato, A. Bruno, C. Maniscalco, I. Ruggirello, A. Uttilla, R. Valsavoia, A. Vela, M. Inguglia*, M.G. Guarneri, E. Piro**, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo, * Dipartimento di Salute Mentale, ASL 6 Palermo; ** Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo

Introduzione: recenti linee di ricerca individuano tra i fattori maggiormente responsabili della qualità del percorso di crescita l'autostima, che include processi di autorealizzazione, autodeterminazione, fiducia in sé e negli altri; la ricerca di sensazioni nuove, *sensation seeking* (Zuckerman, 1979); l'impulsività, che comporta azioni scarsamente concettualizzate. Tali fattori sembrerebbero influenzare l'insorgenza di eventuali condotte a rischio o additive, comprese quelle tecnologiche.

Metodi: casistica: 1291 soggetti delle scuole medie superiori di Palermo. Strumenti: *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire ZKPQ* (v.it. De Pascalis, Russo, 2000); Test di valutazione multidimensionale dell'autostima TMA (Bracken, 1992); *Tech Style Behavior TSB* (La Barbera, et al. 2006); Questionario costruito ad hoc sull'uso delle nuove tecnologie.

Risultati: i risultati preliminari indicano una correlazione negativa tra la propensione ad un uso intensivo e disfunzionale delle nuove tecnologie e i livelli di autostima, particolarmente per gli aspetti dell'emotività e del senso di competenza (uso problematico di Internet, videogiochi e TV) e per quello della vita di relazione (videogiochi e TV). Si osserva inoltre una correlazione positiva tra i livelli di impulsività e *sensation seeking* e la tendenza ad un uso problematico di Internet e videogiochi.

Conclusioni: in linea con la letteratura recente emerge che *sensation seeking* e bassa autostima sembrano costituire fattori di rischio per un uso problematico delle nuove tecnologie.

Bibliografia

- Zuckerman M. *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1979.
- La Barbera D, Mezzatesta C, Perricone V, La Cascia C. *Uno strumento di indagine per la valutare i nuovi stili di comportamento adolescenziale: TSB (Tech Style Behaviour)*. Psico-tech 2006;2:57-68.

P267. Il valore diagnostico-clinico del sogno in psicopatologia

D. La Torre, S. Oteri

Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, UOC di Psichiatria, Università di Messina

L'attività onirica quale peculiare espressione della psiche è stata soggetta a numerosi studi e ricerche di orientamento ed estrazione teorica molto diversa. L'analisi dei sogni, secondo il lascito freudiano, ha costituito la *via regia* per accedere ai contenuti inconsci rimossi, ma nel corso di quest'ultimo secolo ha stimolato numerose riflessioni teoriche e molteplici possibili applicazioni. Noi riteniamo che l'attività onirica possa essere considerata una modalità comunicativa della psiche che per le sue specificità vada intesa quale vero e proprio linguaggio in cui poter individuare elementi espressivi formali e contenuti simbolici soggettivi che permettono di formulare ipotesi predittive relativamente al processo psicoterapeutico in corso. L'interazione tra questi due livelli espressivi consente di utilizzare i sogni quale strumento clinico, attraverso cui comprendere il funzionamento psichico del soggetto e attraverso cui poter costruire un'ermeneutica interpretativa capace di mostrarsi un valido strumento al fine di una valutazione diagnostica e prognostica per una psicopatologia differenziale. Dall'analisi della letteratura prodotta in merito e dalla valutazione dell'attività onirica riportata dai pazienti seguiti in psicoterapia all'interno del Servizio di Psicoterapia, abbiamo costruito una scheda di valutazione dell'attività onirica da cui abbiamo estrapolato indicatori specifici che delineano a nostro avviso alcune aree fondamentali del funzionamento psichico del paziente.

Bibliografia

Mangini E. *Il sogno fotografia e indicatore del funzionamento psichico del soggetto e del processo analitico*. Rivista di Psicoanalisi anno XLV, 1999;2:255-72.

Resnik S (1982). *Il teatro del sogno*. Torino: Bollati Boringhieri 2007.

Riolo F, a cura di. *L'analisi dei sogni. Gli scritti del VI colloquio di Palermo*. Milano: Franco Angeli 2003.

P268. Primarietà e secondarietà della doppia diagnosi rispetto all'abuso di sostanze nella dipendenza da eroina

F. Lamanna, D. Popovic, A. Romano, M. Pacini, I. Maremmiani

Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Nonostante l'evidenza di un'alta comorbidità psichiatrica nella dipendenza da eroina, ricerche in questo campo rimangono insufficienti per provare una chiara

progressione tra abuso di sostanze e altre patologie psichiatriche. Abbiamo selezionato un campione di 574 eroinodipendenti con doppia diagnosi, 418 maschi e 156 femmine, di età di 29 ± 4 anni (nel range da 17 a 50 anni) dal totale di 1090 eroinodipendenti che si sono presentati per trattamento presso l'Unità per Doppia Diagnosi "V. P. Dole" dell'Ospedale Universitario di Pisa. La malattia psichiatrica era antecedente alla tossicodipendenza in 144 pazienti (111 maschi e 33 femmine, di età 29 ± 6). L'eroinopatia era antecedente la malattia psichiatrica in 430 pazienti (317 maschi and 113 femmine, di età 29 ± 6). Abbiamo confrontato questi due gruppi relativamente alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche per trovare caratteristiche discriminanti dei pazienti con doppia diagnosi nei quali la comorbidità psichiatrica era primaria. I risultati permettono di evidenziare come la dipendenza da eroina sia di minore entità e gravità al momento dell'ingresso in trattamento se la malattia mentale era antecedente alla dipendenza da eroina. Questi stessi pazienti erano stati diagnosticati come affetti da disturbo da panico o schizofrenia prima dell'uso di eroina. Pazienti con depressione unipolare ricorrente o bipolari mostrano invece un'età di insorgenza della malattia mentale superiore a quella dell'uso di eroina.

P269. Tratti di personalità in soggetti trapiantati

E. Manzato, A. Bolognesi, F. Fabbian

Centro Multidisciplinare DCA, AOU di Ferrara

Introduzione: in letteratura sono scarsi gli studi sui tratti personologici di pazienti con trapianto renale. Scopo del presente lavoro è quello di indagare come si distribuiscono tratti quali estroversione, stabilità emozionale e adattamento sociale.

Metodi: campione di 54 soggetti sottoposti a trapianto renale e seguiti presso l'UO di Nefrologia dell'Arcispedale S. Anna. È stato utilizzato un questionario di personalità (EPQ-R).

Risultati: il 46% dei soggetti ha rifiutato di compilare il questionario. La maggioranza dei partecipanti si colloca in una posizione intermedia del continuum Estroversione-Introversione; il 31% tende all'estroversione, mentre il 10% presenta tendenza alla riservatezza e all'introspersione. Nella scala Nevroticismo, il 90% dei soggetti ha una buona stabilità emotiva, mentre i rimanenti sono sul versante dell'instabilità. Il 93% presenta un buon adattamento sociale, mentre il 7% scarse capacità relazionali e di adattamento. Alla scala di controllo il 31% ha dato punteggi che rimandano ad aspetti di desiderabilità sociale.

Conclusioni: l'alto tasso di rifiuto e i punteggi alla scala di controllo, denotano una preoccupazione rispetto all'immagine offerta di sé. Da notare come i valori di instabilità emozionale risultino piuttosto modesti considerata la qualità di vita di tali pazienti.

Bibliografia

- Weiner RB. *Psychological aspects of treatment for renal failure*. In: Brenner and Rector, editors. *The Kidney*. Philadelphia: WB Saunders Co.
- Eysenck H, Eysenck S. *Scale di personalità Eysenck per adulti, forma ridotta*. Firenze: OS.

P270. Caratterizzazione dei recettori dopaminergici di tipo 4 (D₄) nel cervello umano

D. Marazziti, S. Baroni, I. Masala, G. Giannaccini, L. Betti, M. Catena Dell'Osso*, G. Consoli, M. Picchetti

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; *Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze*

I recettori dopaminergici di tipo 4 (D₄) sono diventati di recente oggetto di interesse da parte dei ricercatori per il loro possibile coinvolgimento nella fisiopatologia di vari disturbi neuropsichiatrici, come le psicosi e il morbo di Parkinson. Infatti, il prototipo degli antipsicotici atipici, la clozapina, esercita uno specifico effetto al loro livello, in particolare sono scarse le conoscenze relative alla loro presenza nella corteccia prefrontale e nel sistema limbico, aree probabilmente coinvolte nei disturbi sopra elencati. Pertanto il nostro studio si propone di esplorare e caratterizzare la distribuzione e la densità dei recettori D₄ a livello della corteccia prefrontale, striato e nell'ippocampo, nel cervello umano postmortem, mediante il binding del ³H-YM-09151-2.

Campioni di cervello umano sono stati ottenuti nel corso di cinque autopsie in soggetti deceduti per cause che non coinvolgevano primariamente l'encefalo. Il tessuto omogenato è stato incubato con concentrazioni crescenti di ³H-YM-09151-2, un antagonista selettivo dei recettori D₂-like, famiglia a cui appartengono anche i recettori D₄, e L-745,870 e/o sulpiride per definire il legame non specifico. È stata inoltre effettuata la caratterizzazione farmacologica di questo binding.

Il nostro studio ha evidenziato una bassa densità di recettori D₄ nell'ippocampo, mentre nella corteccia prefrontale e nello striato è stata evidenziata un'alta densità di recettori sigma.

In conclusione i risultati ottenuti suggeriscono che i recettori D₄ sono distribuiti soprattutto nell'ippocampo, mentre nello striato e nella corteccia prefrontale, l'elevata densità dei recettori sigma interferisce significativamente con la possibilità di marcarli. Lo studio dei D₄ nel cervello umano con le attuali tecniche disponibili risulta quindi tuttora poco agevole, difficoltoso. Non vi è dubbio che la scoperta di radioligandi selettivi per i D₄ potrà promuovere studi futuri in questo campo contribuendo a chiarire la fisiopatologia di vari disturbi neuropsichiatrici.

P271. Correlazione tra il trasportatore piastrinico della serotonina e l'ossitocina

D. Marazziti, S. Baroni, I. Masala, S. Silvestri, G. Consoli, M. Carlini, M. Catena Dell'Osso*, L. Dell'Osso

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; *Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze*

L'ossitocina (OT) è un neuropeptide sintetizzato nei nuclei paraventricolare e supraottico (SON) dell'ipotalamo. Dati preliminari suggeriscono che l'OT potrebbe giocare un ruolo nella fisiopatologia di vari disturbi psichiatrici, come la depressione, il disturbo di panico, il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), la schizofrenia, l'autismo, tutte condizioni caratterizzate da alterazioni dei sistemi serotoninergici.

La concentrazione sinaptica di serotonina è regolata da un sistema di re-uptake nei terminali pre-sinaptici tramite una proteina specifica che è il trasportatore (SERT). Alcuni studi hanno sottolineato che il sistema dell'OT e il SERT potrebbero essere collegati, in particolare, tecniche immunocitochimiche e immunofluorescenti hanno dimostrato un grado elevato di sovrapposizione tra le fibre implicate nel trasportare la 5-HT e le cellule contenenti OT nei PVN e SON. Dal momento che non esistono dati nell'uomo, questo studio si è proposto di esplorare l'esistenza di un possibile legame tra OT e SERT per mezzo di due markers periferici, il binding piastrinico della [³H]-paroxetina, il ligando più selettivo per marcare il SERT, e i livelli plasmatici di OT.

Venti individui (10 uomini e 10 donne – età media 28 ± 5 anni) sani, senza storia personale o familiare di disturbi psichiatrici maggiori, sono stati inseriti nello studio. L'OT plasmatica e il SERT piastrinico sono stati valutati secondo metodiche standardizzate.

I risultati hanno evidenziato che la B_{max} (media ± SD, fmol/mg proteine) era 1125 ± 112 e la K_d (media ± SD, nM) era 1,3 ± 0,6. I livelli plasmatici di OT (media ± SD, pg/ml) erano 1,14 ± 1,07. È stata osservata una correlazione significativa tra i valori di K_d e i livelli di plasma OT (r = 0,466, p = 0,038).

Questi risultati, dimostrando che la K_d (che è l'inverso della costante di affinità) del binding della [³H]-paroxetina delle membrane piastriniche è correlata ai livelli plasmatici di OT, suggerirebbero che il SERT e il sistema OT, probabilmente interagiscono anche a livello periferico.

P272. Attaccamento romantico e sottotipi di gelosia

D. Marazziti, G. Consoli, F. Albanese, S. Baroni, A. Sbrana, M. Picchetti, M. Catena Dell'Osso*

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze*

La teoria dell'attaccamento sviluppata da Bowlby è stata ben presto estesa anche alle relazioni affettive. Mentre esistono studi che hanno esplorato i rapporti tra stili di attaccamento e caratteristiche della gelosia, non ci sono dati relativi all'attaccamento romantico. Pertanto con la nostra ricerca ci siamo proposti di esplorare i possibili rapporti tra le diverse componenti della gelosia normale e l'attaccamento romantico.

Sono stati inseriti nel nostro studio 75 soggetti (43 di sesso maschile e 32 di sesso femminile, età media $34,31 \pm 7,9$ anni) reclutati tra i dipendenti del distretto di polizia di Firenze e tra i familiari di pazienti visitati presso il Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa, Italia. L'attaccamento romantico è stato valutato mediante il questionario "Experience in Close Relationships" (ECR, Brennan et al., 1998) che include due scale per la valutazione dell'ansietà e dell'evitamento e il Questionario della Gelosia (QUEGE).

I risultati hanno evidenziato che gli stili di attaccamento romantico presentano la seguente distribuzione: sicuro ($n = 47, 62,7\%$), preoccupato ($n = 19, 25,3\%$), timoroso-evitante ($n = 5, 6,7\%$) e distanziante ($n = 4, 5,3\%$). Tutte le dimensioni del QUEGE sono risultate significativamente correlate con la dimensione ansietà dell'ECR e con i coefficienti delle dimensioni relative ad ogni stile di attaccamento.

I risultati ottenuti dimostrano che i soggetti che avevano uno stile di attaccamento preoccupato presentano un più alto punteggio nelle dimensioni ossessività, paura della perdita e sensibilità interpersonale: il timore dell'abbandono da parte del partner potrebbe rappresentare il nucleo centrale della gelosia che genera il pensiero ossessivo di un possibile tradimento con il conseguente controllo del partner. Inoltre, i soggetti preoccupati presentavano un punteggio elevato nelle dimensioni paranoia e autostima e questo potrebbe essere legato al modello negativo di sé determinando un sentimento di inadeguatezza, tanto da considerare il tradimento come inevitabile.

I soggetti timorosi-evitanti riportavano alti punteggi nelle dimensioni ossessività, controllo, timore della perdita, paranoia e autostima. Se confrontati soggetti preoccupati e timorosi-evitanti si riscontrava che questi ultimi avevano un più basso punteggio nella dimensione controllo probabilmente dovuta al fatto che considerano inutile il controllo del partner. Al contrario, i soggetti evitanti registravano un più basso punteggio nelle dimensioni ossessività, sensibilità interpersonale, timore dell'abbandono e paranoia.

I soggetti sicuri riportano invece bassi punteggi in tutte le dimensioni del QUEGE.

I risultati ottenuti suggeriscono che i soggetti preoccupati e timorosi-evitanti hanno un più alto punteggio in tutte le dimensioni della gelosia rispetto ai sicuri e agli evitanti.

Questi dati potrebbero supportare il concetto che la gelosia emerge da tratti di personalità preesistenti e/o da dimensioni psicologiche che prendono origine durante il processo di attaccamento. La gelosia potrebbe quindi essere considerata la punta dell'iceberg di tratti sottostanti di fragilità.

P273. Efficacia della cabergolina nella prevenzione della ricaduta in cocainomani disintossicati

I. Maremmani, F. Lamanna, B. Capovani, M. Pacini, *Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa*

Nonostante non vi siano terapie ufficialmente riconosciute efficaci nel trattamento della dipendenza da cocaina alcune osservazioni propongono l'uso di dopaminoagonisti negli abusatori di cocaina. 30 cocainomani disintossicati (25 maschi e 5 femmine) di età media 31 ± 6 (min 20 max 45) che continuavano ad esperire *craving* per la cocaina una settimana dopo la disintossicazione sono stati trattati con cabergolina (a dosaggi compresi fra 1-3 mg/die) ($1,96 \pm 0,3$ in media) in uno studio osservazionale in aperto della durata di 218 ± 253 giorni (min 0, max 960). Il tempo di sopravvivenza in trattamento con cabergolina è stato paragonato per ogni soggetto con il tempo massimo di interruzione dell'assunzione di cocaina nell'esperienza dei soggetti. Il modello di studio utilizzato è stato quello delle tavole di sopravvivenza. Per evento terminale è stata considerata la ricaduta nell'uso di cocaina documentata da analisi urinarie effettuate 2 volte alla settimana.

8 pazienti sono ricaduti nel primo mese di trattamento, uno dopo 90 gg, 2 dopo 120, 2 dopo 540. Il tasso di sopravvivenza è risultato di $0,33$ a 960 giorni di max osservazione. Rispetto al loro max periodo di astensione dall'uso di cocaina 21 pazienti sono rimasti in trattamento più a lungo, 8 per un periodo minore ed 1 per lo stesso periodo. Nel complesso il tempo trascorso in trattamento è stato, significativamente maggiore del periodo di astensione più lungo per ogni paziente ($z = -3,60$ 2-tailed $p = 0,0003$). La cabergolina sembra dunque possedere proprietà antiricaduta nei cocainomani disintossicati

P274. Indagine epidemiologica sull'organizzazione e sui vissuti degli operatori dei servizi di salute mentale nella regione Campania

C. Mazza, M. Buonocore, A. Calento, M. Piantadosi, M.G. Ravel, M. Morlino

Area Funzionale di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli "Federico II"

Introduzione: a 30 anni dalla L. 180 abbiamo intervistato 289 medici dei servizi di salute mentale (SSM) della Campania sulle loro pratiche professionali.

Metodi: sono stati rilevati dati anagrafici, percorso formativo, operatività quotidiana, trattamenti farmacologici e psicoterapie, riabilitazione, vissuti relativi ad alcune aree critiche nell'attività professionale.

Risultati: 155 operatori hanno svolto almeno un corso di formazione, il 46,7% in ambito psicoterapeutico. L'81,7% dichiara che all'interno del SSM si svolgono riunioni di equipe, in più della metà dei casi a cadenza settimanale. Nella prescrizione di trattamenti farmacologici il 56,1% dichiara di fare riferimento alle linee guida, mentre il 29,4% fa riferimento unicamente alla propria esperienza. La principale fonte di aggiornamento farmacologico è rappresentata dagli informatori farmaceutici (71,3%) e solo nel 33,2% dalla letteratura. La psicoterapia è applicata dal 48,4% degli operatori (il 30,7% senza formazione psicoterapica). Quando si applicano tecniche riabilitative solo nel 20,5% dei casi sono coinvolti anche tecnici della riabilitazione e nel 30,1% gli infermieri. Il 15,3% degli operatori è favorevole ad una revisione della Legge 180, mentre il 65,1% ne auspica la piena applicazione.

Conclusioni: si evidenziano aree critiche rispetto ai trattamenti farmacologici, alla formazione psicoterapica e alla riabilitazione. Si evince un generale sostegno alla L. 180, di cui si auspica una piena applicazione.

P275. Trattamento psicofarmacologico dei disturbi istrionico e narcisistico di personalità

G. Mircoli, S. Bascioni, C. Bellantuono

SOD Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: i disturbi di personalità costituiscono da sempre una sfida per il clinico¹. Le più recenti linee guida suggeriscono di associare l'intervento farmacologico a quello psicoterapico, soprattutto per quei pazienti con frequenti recidive². In questo lavoro è stato indagato l'approccio psicofarmacologico ai disturbi di personalità Istrionico e Narcisistico.

Materiali e metodi: nella Clinica Psichiatrica d'Ancona dal 2000 al 2005 sono afferiti in regime di degenza ospedaliera 30 soggetti con disturbo di personalità narcisistico (NPD) e 19 con disturbo di personalità istrionico (IPD), diagnosticati con la SCID 2.0. Ad ogni sogget-

to è stato proposto sia un trattamento farmacologico sia psicoterapico.

Risultati: l'indagine ha rilevato che:

- entrambi i campioni si avvalgono della terapia farmacologica mirata al trattamento della sintomatologia prevalente;
- nei NDP è più frequente l'utilizzo di una polifarmacoterapia, mentre la monoterapia trova un maggiore
- impiego negli IDP;
- i NDP si avvalgono della psicoterapia in numero maggiore rispetto agli IPD.

Conclusioni: mentre i soggetti IPD, con la loro ricerca d'attenzione, ricorrono prevalentemente all'utilizzo delle Benzodiazepine, i NDP le assumono in associazione con antidepressivi e antipsicotici, quest'ultimi soprattutto in presenza di disturbi ideativi.

La psicoterapia, intrapresa soprattutto dai soggetti NDP è volta a favorire l'elaborazione dei cambiamenti, dei comportamenti incongrui e della loro ricerca di ammirazione.

Bibliografia

- ¹ Bellino S, Paradiso E, Fenocchio M, Borsetto F. *Trattamento farmacologico del disturbo borderline di personalità: linee guida e acquisizioni della ricerca*. Minerva Psichiatri 2007;48:21-41.
- ² Hertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders*. World J Biol Psychiatry 2007;8:212-44.

P276. Disturbi di personalità e mentalizzazione: uno studio longitudinale sugli effetti della psicoterapia

G. Mircoli, M. D'Isidori, V. Manini, C. Bellantuono
S.O.D. Clinica Psichiatrica-Università Politecnica delle Marche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: nell'ultimo decennio la ricerca empirica sul trattamento dei disturbi di personalità (DP) ha rilevato l'efficacia della psicoterapia nell'indurre cambiamenti a lungo termine della mentalizzazione e dei modelli di attaccamento¹. Il presente studio longitudinale ha analizzato l'evoluzione di tali fattori in un campione di soggetti DP.

Materiali e metodi: il campione clinico è composto da 35 soggetti DP (età media 32 aa) afferiti consecutivamente alla Clinica Psichiatrica di Ancona, diagnosticati con la SCID II vers. 2.0, il gruppo di controllo (GC) da 35 soggetti volontari. Nella prima valutazione (T1) ai due campioni sono stati somministrati l'SCL-90 (Symptom Check List 90), l'Adult Attachment Interview (AAI) e la Reflective Self Function Scale (RSF). Dopo due anni (T2) è stata effettuata una seconda valutazione a 10 soggetti del campione clinico in psicoterapia. Per 5 soggetti di questo sottogruppo è stato possibile determinare un'ulti-

ma valutazione dopo quattro anni di trattamento (T3).

Risultati: nel campione clinico si registra una prevalenza di modelli di attaccamento insicuro e di indici di dissociazione del pensiero legati a traumi e lutti irrisolti. Nei soggetti in psicoterapia si evidenzia un cambiamento di questi fattori nel tempo. In particolare si osserva una graduale riduzione della disorganizzazione del pensiero ed un miglioramento della capacità riflessiva².

Conclusioni: i dati confermano l'associazione tra DP, modelli di attaccamento insicuro e deficit nella mentalizzazione. Inoltre dimostrano l'efficacia della psicoterapia sul cambiamento di tali fattori nel tempo.

Bibliografia

- ¹ Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.
- ² Visintini R, Ubbiali A, Donati D, Chiorri C, Maffei C. *Referral to group psychotherapy: a retrospective study on patients' personality features associated with clinicians' judgements*. Int J Group Psychother 2007;57:515-24.

P277. Adattamento scolastico in bambini con deficit di attenzione/iperattività (ADHD)

R. Muccio, A. Miragliotta

Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

Introduzione: l'obiettivo è quello di studiare la relazione tra la costellazione sintomatologica dell'ADHD e la presenza di problemi relativi all'adattamento scolastico in bambini di età prescolare e del primo ciclo delle scuole elementari.

Metodi: il campione è costituito da 109 bambini (61 m e 48 f): gr. A) 50 soggetti (età media 5 anni e 5 mesi, d.s. 0,34) di scuola materna; gr. B) 59 soggetti (età media 7 anni e 2 mesi d.s. 0,43) di scuola elementare. Le insegnanti hanno compilato i questionari IPDDAI (gr. A), SDAI (gr. B) e RIPIS (gr. A e B).

Risultati: 1) si rileva una differenza significativa alla dimensione iperattività/impulsività con punteggi maggiori ottenuti dai maschi rispetto alle femmine, sia in età prescolare ($p,042$ – IPDDAI) che in bambini di scuola elementare ($p,0023$ – SDAI); 2) non si rilevano difficoltà di adattamento scolastico nei gruppi A e B (RIPIS), infatti i punteggi sono inferiori al cutoff clinico seppure i maschi avevano punteggi più alti delle femmine in tutte le sottoaree; 3) alte correlazioni si rilevano tra la dimensione disattenzione delle scale IPDDAI e SDAI e le sottoaree della scala RIPIS.

Conclusioni: i risultati in merito all'influenza della variabile sesso sono in linea con una buona parte della letteratura, che suggerisce che la differenza di genere può essere determinante nell'espressione fenotipica dell'ADHD ed inoltre vi è un'assenza di comorbidità tra ADHD e Adattamento scolastico.

Bibliografia

- Ammaniti M. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- APA (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Tr. It. Milano: Masson 1996.

P278. Il First Year Inventory: risposte retrospettive dei genitori al questionario per identificare i bambini di un anno di età a rischio per l'autismo

A. Narzisi, F. Muratori, F. Apicella, R. Tancredi, F. Fulceri, S. Calderoni

Divisione di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Scientifico Stella Maris, Università di Pisa

Introduzione: lavori recenti (Watson et al., 2007) indicano il First Year Inventory (Reznick, Baranek et al., 2006) come uno strumento per identificare i bambini di un anno di età a rischio di autismo e per descrivere il comportamento, durante il loro primo anno di vita, di quelli già diagnosticati. Il nostro obiettivo è quello di esaminare la validità del FYI – forma retrospettiva in una popolazione di soggetti prescolari con autismo.

Metodi: il FYI è stato somministrato ai genitori di 50 bambini in età prescolare con diagnosi di Autismo giunti all'IRCCS Stella Maris di Calambrone (PI) per una valutazione. Le diagnosi dei bambini sono state confermate con l'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-G). Inoltre, il MacArthur Communication Development Inventory e la Leiter International Performance Scale-Revised (Leiter-R) sono stati usati per esaminare il livello cognitivo e lo sviluppo del linguaggio. I genitori hanno risposto anche all'Early Development Questionnaire (EDQ; Ozonoff, 2005) per valutare la presenza di regressione.

Risultati: le analisi preliminari hanno mostrato: 1) alti punteggi di rischio nel dominio Social-communication (in particolare nelle aree: Social orienting e receptive communication; Imitation ed Expressive communication) rispetto al dominio Sensory-regulatory; 2) i bambini che riportano regressione dopo i 12 mesi di età hanno punteggi più bassi al FYI; 3) una proporzione di bambini ha ottenuto punteggi totali di rischio sotto la soglia del cutoff; 4) correlazioni significative tra il dominio Social-communication del FYI e alcuni item del MacArthur. **Conclusioni:** Il FYI è un'utile strumento per investigare l'autismo precoce nelle sue differenti forme di insorgenza e per capire meglio le forme regressive di autismo.

P279. Profili di personalità in pazienti tossicomanici: un'analisi conoscitiva con la *Structural Clinical Interview Diagnostic* – II

A. Narzisi* **, R. Muccio**

* Ce.I.S. Comunità Terapeutica per Tossicodipendenti, Lucca; ** Centro Munar, Pisa

Introduzione: valutare le organizzazioni di personalità in pazienti con disturbo da uso di sostanze (DUS).

Metodi: il campione è costituito da: a) 30 pazienti (età media $36,07 \pm 11,1$ anni) con DUS adesso inseriti in un programma di trattamento specifico; b) gruppo di controllo non clinico di 32 soggetti (età media $35,42 \pm 8,75$ anni). Entrambi hanno compilato il questionario SCID II.

Risultati: emergono differenze significative al disturbo borderline (DB) ($t 3,003$ $p,008$) al disturbo narcisistico (DN) ($t 2,581$ $p,019$) e al disturbo antisociale (DA) ($t 3,007$ $p,007$) con punteggi medi maggiori e superiori al cutoff clinico nei soggetti con DUS.

Conclusioni: 1) i soggetti con DUS sono caratterizzati dai disturbi del cluster B; 2) gli item relativi al DA sono proposti in modo retrospettivo (si riferiscono a prima del 15° anno di età), quindi la presenza di questo disturbo nei soggetti con DUS rispetto al gruppo di controllo, lo conferma come l'outcome psicopatologico del disturbo della condotta (DC) dell'età infantile. Pertanto i tratti di personalità del DC (poi disturbo antisociale) possono predisporre al disturbo da uso di sostanze; 3) gli item relativi ai tratti del DN e DB mettono in evidenza una comorbidità tra disturbi di personalità e abuso di sostanze; 4) è necessario aumentare l'impegno sociale per attuare programmi d'intervento precoce per quei soggetti che presentano, come confermano anche i nostri risultati, tratti della personalità che possono predisporre al DUS.

P280. Dimensioni psicopatologiche in 1055 eroinomani all'ingresso in trattamento

M. Pacini, D. Popovic, A. Romano, A.G.I. Maremmanni, I. Maremmanni

Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Background: i tentativi di tipizzare gli individui tossicodipendenti in base alla psicopatologia hanno storicamente seguito due orientamenti: da una parte l'individuazione di tratti e dimensioni personali e l'altra per la quale la tossicodipendenza da eroina è vista, di caso in caso, come epifenomeno o autoterapia. di un sottostante elevato numero di psicopatologie mettendo in dubbio l'esistenza o meno di quadri psicopatologici tipici dopo un abuso protratto di oppiacei.

Metodi: 1055 soggetti dipendenti da eroina (884 maschi e 171 femmine), secondo i criteri del DSM-IV-R, di età media 30 ± 7 anni, (min 16, max 59) sono stati valutati

all'ingresso in trattamento per mezzo della scheda per la rilevazione della storia tossicomanica e con l'inventario sintomatologica SCL-90 per individuare dimensioni psicopatologiche tipiche degli eroinomani quando si rivolgono ad un servizio sanitario per il trattamento con agonisti degli oppiacei e le relazioni di queste dimensioni con l'età, il sesso e la durata della dipendenza.

Risultati: l'analisi fattoriale ha mostrato una struttura dimensionale a 5 fattori. Il primo fattore riflette una dimensione depressiva caratterizzata da sentimenti di inutilità ed intrappolamento che caratterizza 150 eroinomani (14,2%). Il secondo fattore che caratterizza 257 eroinomani (24,4%) riflette una dimensione composta da sintomi di astinenza; il terzo fattore riflette una dimensione di sensitività e psicoticismo che è appannaggio di 205 eroinomani (19,4%). L'ansia panica è rappresentata nel quarto fattore che caratterizza 235 (22,3%) eroinomani. Infine il quinto fattore riflette, in 208 (19,7%) eroinomani, una dimensione di etero ed autoaggressività. Queste dimensioni non appaiono correlate all'età, al sesso e alla durata della dipendenza

P281. Analisi quantitativa del volume cerebrale: validazione di un software dedicato

G. Padovan, T. Toffanin, F. Nifosì, H. Follador, R. Preteroti, F. Zonta, R. Riundi, G. Pigato, P. Amistà*, C. Gatto**, G. Ghelli**, G.I. Perini****

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; * UO di Neuroradiologia, AO di Padova; ** G-Squared Srl, Vicenza; *** Università di Padova/ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)

Introduzione: a partire dall'800 lo studio (anche quantitativo) dei volumi cerebrali (totale e parziali) – dalla frenologia "classica" alle neuroscienze contemporanee – si è affermato come elemento imprescindibile per la ricerca, ma importante anche per la clinica¹.

Per il calcolo volumetrico si è reso necessario l'ausilio di supporti informatici adeguati, alcuni dei quali oggi molto affermati e di ampio utilizzo in medicina.

Scopo dello studio: fornire una prima validazione del software di cui si è avvalsa la Clinica Psichiatrica – Dipartimento Neuroscienze – Università di Padova in alcuni recenti studi.

Metodi: è stato raccolto un campione casuale di 10 soggetti (provenienti da studi precedenti) sui quali era stata eseguita una scansione di risonanza magnetica nucleare (campo: 1.0 T, voxel: $0,85 \times 0,85 \times 1,4$ mm, sequenza: T1 pesata 3D volumetrica, asse di acquisizione: sagittale, macchina: Picker-Marconi Polaris 1.0 a superconduttori); su ciascuna collezione di file risultanti è stata eseguita una segmentazione su sezioni coronali con modalità semi-automatica del Volume Cerebrale Totale (VCT) ed il calcolo del volume indipendentemente con il programma validando (DCMView®) e con il programma di riferimento dell'NIH (MIPAV®)².

Risultati: i dati sul VCT elaborati con il software da va-

lidare e quelli ottenuti con il *gold standard* hanno presentato una differenza assolutamente *non* significativa (con $p > 0,05$).

Conclusioni: il software utilizzato risulta pertanto validato.

Bibliografia

- ¹ Lacerda AL, Keshavan MS, Hardan AY, Yorbik O, Brambilla P, Sassi RB, et al. *Anatomic evaluation of the orbitofrontal cortex in major depressive disorder*. Biol Psychiatry 2004;55:353-8.
- ² Bazin PL, Cuzzocreo JL, Yassa MA, Gandler W, McAuliffe MJ, Bassett SS, et al. *Volumetric neuroimage analysis extensions for the MIPAV software package*. J Neurosci Methods 2007;165:111-21.

P282. Una proposta di intervento sugli adolescenti a rischio

A.M. Pagano, R.S. Marotta, F. Ferrara, L. Carpinelli
Struttura Dipartimentale "Cure Territoriali ed Integrazione Ospedale – Territorio", DSM ASL Salerno 2

Obiettivi: dall'Osservatorio Epidemiologico della Salute Mentale, a cura del Dipartimento suddetto, partiranno progetti mirati e valutati tesi a mettere in essere interventi volti a ridurre specifiche condizioni di disagio psicofisico e a migliorare la qualità della vita dell'utenza.

Destinatari: gli adolescenti; saranno prese in esame tutte le situazioni legate a specifici disturbi della condotta (comportamenti antisociali) e ai comportamenti a rischio (tossicodipendenze).

Metodi: le fasi saranno due:

1. rilevazione e valutazione mediante strumenti sociologici del campione di riferimento a cura di Dipartimenti Universitari;
2. interventi di integrazione socio-sanitari tesi a ridurre il disagio psichico emerso dalla prima fase. Questo significherà collaborare con scuola, famiglia e tutti quelli che possono essere i contesti di appartenenza dei destinatari. Tali interventi saranno:
 - psicodiagnosi;
 - sostegno psicologico individuale;
 - familiare;
 - coppia;
 - gruppo;
 - mediazione familiare;
 - sostegno farmacologico.

P283. Adolescenti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività e attaccamento distanziante

C. Paloscia, S. Guarino*, R. Alessandrelli, C. Rosa, L. Casarelli, P. Curatolo, M. Ammaniti*, A. Pasini

*UOC Neuropsichiatria Infantile, AFA Neuroscienze Cliniche, Policlinico di Tor Vergata, Roma; *Dipartimento di Psicologia Dinamica, Sapienza Università di Roma*

Introduzione: il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è uno dei più frequenti disturbi neuropsichiatrici ad esordio in età evolutiva. Durante l'adolescenza la presenza di ADHD può rappresentare un importante fattore di rischio per altri disturbi mentali, per abuso di sostanze e abbandono scolastico. I modelli operativi interni dell'attaccamento possono rappresentare, a loro volta dei fattori di rischio o di protezione rispetto allo sviluppo di alcuni disturbi psichiatrici e di un adattamento sociale problematico. Non esistono ricerche, in letteratura, che studiano l'attaccamento in adolescenti con ADHD ed il suo possibile ruolo protettivo.

Metodo: nel nostro studio abbiamo valutato i modelli operativi dell'attaccamento (MOI) in un campione di 15 pazienti con ADHD (13-18), confrontati con un campione di 15 ragazzi senza disturbi mentali obiettabili. I pazienti ed i controlli erano valutati con i seguenti strumenti: K-SADS-PL, SNAP-IV, le scale CRS-R e la C-GAS. L'Attachment Interview for Childhood and Adolescence (AICA) era utilizzata per la valutazione dei MOI dell'attaccamento.

Risultati: il campione di adolescenti con ADHD presentava una prevalenza di attaccamento di tipo distanziante rispetto al gruppo di controllo, con una distribuzione caratterizzata da 8 distanzianti (Ds), 6 Sicuri (F) e 1 preoccupato (E). I pazienti con attaccamento Ds mostravano una gravità della sintomatologia paragonabile a quella dei pazienti F, con, tuttavia, un funzionamento globale più basso misurato alla C-GAS.

Conclusioni: il campione di adolescenti con ADHD ha evidenziato una prevalenza di ragazzi con attaccamento distanziante rispetto al gruppo di controllo. Relativamente al possibile effetto protettivo dell'attaccamento sicuro rispetto a quello distanziante, il nostro studio non è stato in grado di rilevare alcuna relazione tra MOI di tipo Ds e gravità sintomatologica. L'unico dato che era correlato alla presenza di MOI di tipo Ds era un funzionamento globale più basso rispetto ai pazienti con attaccamento sicuro.

P284. Attaccamento paterno insicuro ed iperattività in un campione di bambini con ADHD

C. Paloscia, R. Alessandrelli, S. Guarino*, M.B. Pitzianti, C. Rosa, P. Curatolo, M. Ammaniti*, A. Pasini

UOC Neuropsichiatria Infantile, AFA Neuroscienze Cliniche, Policlinico di Tor Vergata, Roma; * Dipartimento di Psicologia Dinamica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: il ruolo degli stili di attaccamento dei genitori nello sviluppo o nella modulazione della sintomatologia dell'ADHD è stato scarsamente esplorato. Rispetto agli orientamenti clinici che tendono a dare una spiegazione psicologista della genesi dell'ADHD, il nostro studio si inserisce nella ricerca clinica che ha evidenziato una chiara origine neurobiologica dell'ADHD. Lo studio dell'attaccamento, in questa cornice, rappresenta, uno strumento che può consentire una maggiore comprensione del ruolo del rapporto genitori-bambini sull'espressione clinica dell'ADHD.

Metodi: è stato studiato un campione di 20 pazienti (6-12 anni), di sesso maschile con ADHD di tipo combinato. Sono stati valutati i genitori dei bambini (20 madri e 20 padri) ed un gruppo di controllo costituito da 20 uomini e 20 donne nello stesso range di età. Ai bambini è stata somministrata una batteria clinica costituita da: K-SADS-PL, SNAP-IV, le scale CRS-R, la MASC e la CDI. Per la valutazione dei genitori e del campione di controllo sono state utilizzate le SCID I, la SCID II e l'Attachment Style Questionnaire.

Risultati: i padri dei bambini con ADHD presentavano punteggi sull'ASQ che non differivano statisticamente da quelli del gruppo di controllo. Tuttavia, l'analisi della regressione evidenziava una relazione significativa tra i punteggi ottenuti alle scale "preoccupazione per le relazioni" e "secondarietà delle relazioni" ed il punteggio relativo all'iperattività ottenuto alla CPRS. Più alti erano i punteggi sulle due scale, più alta era l'iperattività dei bambini.

Conclusioni: questi risultati indicano la presenza di una relazione tra stile di attaccamento insicuro del padre e la gravità dell'iperattività nei bambini. Questo dato, fa supporre che lo stile di attaccamento insicuro, possa influire sulla relazione padre-bambino, in modo tale da modulare la sintomatologia clinica dei bambini con ADHD. Tale evidenza può rafforzare l'importanza di una presa in carico globale della "famiglia ADHD", con particolare riguardo ad un adeguato supporto alla genitorialità, in cui vi sia un coinvolgimento attivo dei padri.

P285. Immagine di sé e contesto di vita in adolescenza: primi dati di uno studio comparativo

M.F. Pantusa, F. Sarcone, C. Scornaienchi, R. Zappone*

Centro di Salute Mentale, Rogliano, ASP, CS; * CSM, Taurianova

Diverse ricerche hanno messo in risalto come le relazioni familiari rivestano un ruolo cruciale nel determinare la competenza e la fiducia con cui gli adolescenti ristrutturano il concetto di sé e affrontano il periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta. È verosimile ipotizzare che contesti di crescita difficoltosi influiscano sulla costruzione di un'identità personale stabile e positiva

Obiettivi: 1) confrontare l'immagine di sé che possiedono ragazzi allontanati dalla propria famiglia, con quella di ragazzi che vivono all'interno del proprio nucleo familiare.

Metodi: il campione è costituito da un gruppo di adolescenti residenti in comunità per minori n. 44 (M/F: 28/16. Età media $15,9 \pm 1,6$, r 14-19) e da un gruppo di confronto costituito da n.198 adolescenti (M/F: 80/118, età media $16,1 \pm 1,5$, r 14-19) residenti in famiglia. Tutti i soggetti sono stati valutati con un questionario socio-demografico e con l'Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) di Offer et al., 1987, versione italiana, adattata da E. De Vito, 1989.

Risultati: rispetto ai ragazzi residenti in famiglia quelli istituzionalizzati presentano valori significativamente più bassi in PS1, PS2, SS1, FS, CS1, CS2. Le ragazze istituzionalizzate presentano rispetto al gruppo di controllo, valori significativamente inferiori in: PS2, SS1, SS3, SX, CS2, CS3.

Discussione: gli adolescenti di comunità, indipendentemente dal sesso, presentano un minore controllo affettivo, con tendenza alla tensione e alla depressione, si sentono soli, incapaci di instaurare e mantenere rapporti con i coetanei; sperimentano una varietà di sintomi, tra cui disforia e tensione, dirompenti a livello cognitivo e nelle relazioni interpersonali (PS2, SS1, CS2). Nei maschi sono presenti anche uno scarso controllo degli impulsi con tendenza a reagire in modo massivo alle frustrazioni (PS1), sentimenti negativi rispetto alla famiglia (FS) e scarsa fiducia nelle proprie possibilità (CS1). Le ragazze mostrano difficoltà a sviluppare progetti realistici per il futuro (SS3), scarse capacità di coping (CS3) e una difficile ed inibita gestione della sessualità (SX).

Conclusioni: negli adolescenti istituzionalizzati l'esperienza adolescenziale si presenta più difficile e problematica, configurando una condizione di vulnerabilità che, se non adeguatamente affrontata, potrebbe trasformarsi in fattore di rischio per una patologia futura.

P286. Effetto dell'interferenza emotiva sull'attività del cingolo anteriore durante controllo attentivo: uno studio di fMRI

A. Papazacharias*, G. Blasi*, P. Taurisano*, L. Lo Bianco*, L. Fazio*, A. Di Giorgio****, G. Caforio*, R. Romano*, M. Lasaracina*, G. De Simeis*, T. Popolizio**, M. Nardini*, A. Bertolino*

*Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; **Dipartimento di Radiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo; *** Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Neuroradiologia, Università di Catania

Diversi studi hanno suggerito che i processi attentivi sono influenzati dal contesto emotivo nel quale essi si verificano. Altre evidenze hanno indicato la presenza di un network neuronale associato all'esecuzione del controllo attentivo che comprende la corteccia del cingolo anteriore (ACC). D'altro canto, esistono pochi dati su come la fisiologia associata al controllo attentivo possa essere modificata da interferenze emotive. L'obiettivo del presente studio è la valutazione dell'effetto di tali interferenze sulla fisiologia associata all'esecuzione di un compito con carichi crescenti di controllo attentivo.

Sono stati reclutati 22 soggetti sani (13 maschi, età media + SD: 23 ± 2,5, QI+SD: 104 ± 15, manualità + SD: 0,7 ± 0,3, stato socioeconomico + SD: 39 ± 14). I soggetti sono stati sottoposti a fMRI durante l'esecuzione di un compito con livelli crescenti di controllo attentivo e l'interferenza di facce con espressioni neutre e di paura.

Un'ANOVA in SPM5 ha mostrato un'interazione ($p < 0,005$) tra carico attentivo ed interferenza emotiva sull'attività dell'ACC. In particolare, in questa area cerebrale l'interferenza con facce neutre rispetto a quella con facce di paura era associata a maggiore attività al più alto carico di controllo attentivo.

Questi dati suggeriscono che l'interferenza emotiva modula l'attività dell'ACC durante controllo attentivo. È possibile che stimoli a valenza emotiva negativa possano aumentare il livello di allerta ottimizzando la risposta fisiologica cognitiva.

P287. Caratterizzazione dei meccanismi di difesa nei disturbi di personalità.

D. Paradiso, P. Bozzatello, A. Blandamura, S. Bellino

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

Introduzione: in anni recenti la ricerca sui meccanismi di difesa ha prodotto nuovi strumenti standardizzati per la valutazione psicopatologica dei disturbi di personalità ma gli studi che li utilizzano riguardano prevalentemente le singole categorie diagnostiche. Oggetto di

questa ricerca è il confronto degli stili difensivi dei tre cluster del DSM-IV-TR.

Strumenti: la *Response Evaluation Measure* (REM-71, Steiner et al, 2001), strumento validato in italiano, valuta 21 difese dividendole in due fattori che distinguono quelle più mature ed adattative da quelle più immature e disadattative.

Metodi: abbiamo valutato con la REM-71 un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di disturbo di personalità (DSM-IV-TR) dopo averli suddivisi nei tre cluster di appartenenza tramite l'intervista SCID-II. I risultati ottenuti sono stati confrontati con l'analisi della varianza.

Risultati: in accordo con la letteratura disponibile i risultati attesi dovrebbero evidenziare che i pazienti appartenenti ai cluster A (*odd cluster*) e B (*dramatic cluster*) utilizzano strutture difensive più disadattative rispetto ai pazienti appartenenti al cluster C (*anxious cluster*).

Discussione: i risultati ottenuti saranno esaminati e discussi in confronto con i dati della letteratura.

Bibliografia

Steiner H, KB Araujo, C. Koopman. *The Response Evaluation Measure (REM-71): a new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents*. Am J Psychiatry 2001;158:467-73 (ed. it. di Prunas et al., 2008).

Sinha BK, Watson DC. *Personality disorder clusters and the Defence Style Questionnaire*. Psychol Psychother 2004;77:55-66.

P288. Obesità e disturbi di personalità: risultati di uno studio caso controllo

F. Pinna, L. Lai, S. Pirarba, E. Pisano, S. Piredda, P. Milia, M. Pitzalis, F. Biggio**, F. Velluzzi*, A. Loviselli*, W. Orrù**, B. Carpiello

Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; * UO Dipartimentale di Obesità, Policlinico Universitario di Cagliari; ** Istituto I.H. Schultz, Cagliari

Introduzione: i dati di letteratura da tempo indicano alcune caratteristiche personalologiche come molto comuni nei soggetti affetti da patologia alimentare, quali difficoltà nel controllo degli impulsi e nelle relazioni interpersonali, labilità emotiva, deficit di autostima, rigidità mentale. Più di recente il focus dell'attenzione si è spostato sull'analisi della comorbidità fra disturbi di personalità in senso stretto e disturbi del comportamento alimentare, inclusa l'obesità, sebbene gli studi concernenti questo aspetto siano tuttora scarsi e raramente basati su campioni cospicui e metodologie di indagine standardizzate. Scopo del presente lavoro, che costituisce la prosecuzione di altri precedentemente presentati e che concerne un più vasto campione, è di valutare la prevalenza dei disturbi di personalità in un vasto campione di pazienti obesi afferenti ad un Centro per il trattamento dell'Obesità, messi a confronto con un

campione di soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio, attraverso l'uso di interviste cliniche strutturate.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione costituito da 293 pazienti, 48 maschi e 245 femmine, messo a confronto con un campione di convenienza di pari numerosità costituito da soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio. La condizione di normopeso è stata definita in base ai parametri di BMI $\leq 24,9$, e circonferenza vita, nelle femmine ≤ 88 cm, nei maschi ≤ 102 cm. L'inquadramento diagnostico di asse I e II è stato effettuato rispettivamente tramite la SCID I e la SCID II.

Risultati: il 29,4% (n = 86) degli obesi vs. l'8,9% (n = 26) dei non obesi ha una diagnosi di asse II, riscontrandosi differenze tra i gruppi significative sul piano statistico. Nell'ambito dei disturbi di personalità riscontrati nel gruppo di obesi del nostro campione prevale la diagnosi di disturbo di personalità NAS. Il 24,2% (n = 71) degli obesi vs. il 5,8% (n = 17) dei normopeso soddisfa contemporaneamente i criteri per un disturbo di asse I lifetime e per un disturbo di asse II; il 19,5% (n = 57) degli obesi vs. il 3,4% (n = 10) dei non obesi soddisfa contemporaneamente i criteri per un disturbo di asse I in atto e per un disturbo di asse II: in entrambi i casi si evidenziano differenze significative sul piano statistico tra i due gruppi di obesi e non obesi.

Il 60% dei pazienti obesi affetti da un disturbo del comportamento alimentare (*Binge Eating Disorder* e bulimia nervosa) ha in comorbidità un disturbo di asse II.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano, nel complesso, con i dati di letteratura sull'elevata prevalenza di disturbi di personalità nei pazienti obesi, in particolare nei soggetti con diagnosi di *Binge Eating Disorder*.

Bibliografia

Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. *Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status*. Am J Psychiatry 2007;164:328-34.

Hudson J, Lalonde J, Berry J, Pindych L, Bulik C, Crow S, et al. *Binge-Eating Disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:313-9.

van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. *The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity*. Psychol Med 2003;33:1311-7.

P289. La promozione della salute mentale negli adolescenti. Uno studio in una città del Nord Italia

R. Pioli, C. Buizza, S. Lechi, L. Pedrini, M. Danesi
IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli, Brescia

Introduzione: sempre più numerose evidenze mostrano che i disturbi mentali giungono al trattamento

alcuni anni dopo il loro esordio. Tale ritardo appare oggi uno dei fattori più importanti nel determinare una cattiva prognosi^{1,2}. Esso sembra principalmente dipendere dalla mancanza di conoscenze sulla salute mentale e dall'assenza di programmi specifici per la prevenzione, i trattamenti precoci e la promozione della salute mentale.

Metodi: 9 classi del secondo, terzo e quarto anno di un liceo delle scienze sociali della città di Brescia sono state coinvolte in un percorso di formazione/azione finalizzato a identificare le conoscenze sui disturbi mentali e relative false credenze e a mettere a punto un percorso sperimentale organizzato da studenti e insegnanti diretto ad aumentare le conoscenze e a superare i pregiudizi nel mondo della scuola.

Risultati: hanno partecipato al progetto 33 insegnanti e 177 studenti. Al baseline il 77,4% degli studenti affermano ancora che le persone che soffrono di disturbo mentale sono socialmente pericolose. In sede congressuale saranno presentati i dati del follow-up.

Conclusioni: una diffusa divulgazione in specifici gruppi target di informazioni adeguate e l'impegno in un percorso attivo che ha visto protagonisti studenti e insegnanti costituiscono gli elementi chiave per ridurre i pregiudizi e avvicinare le persone ai servizi quando necessario.

Bibliografia

¹ Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. *Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis*. Am J Psychiatry 2005;162:1785-804.

² Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Cus P. *Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort*. J Psychiatr Res 2008;42:982-90.

P290. Uso di sostanze, salute fisica e salute mentale tra le detenute

M. Piselli, F. Fabbri, L. Ferranti, P. Cotichelli, D. Cimarello, S. Elisei

Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica, Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: negli ultimi anni numerosi studi, soprattutto statunitensi, hanno evidenziato come molte detenute presentino notevoli problemi di salute mentale, tossicodipendenza o entrambi^{1,2}.

Questo lavoro analizza la relazione tra uso di sostanze, salute mentale, salute fisica e funzionamento sociale.

Metodi: sono state esaminate 41 detenute del carcere di Perugia con interviste semi-strutturate: ASI-X e SCID I.

Risultati: il 29,3% delle detenute era affetta da disturbi mentali, il 31,7% era tossicodipendente ed il 22,0% presentava entrambi i disturbi. Le detenute tossicodipendenti presentavano maggiori problemi di salute fisica,

mentale ed un peggior funzionamento sociale rispetto alle detenute non tossicodipendenti.

Conclusioni: i risultati di questo studio rafforzano le ricerche fatte in letteratura sui problemi relativi all'uso di sostanze, problemi di salute fisica e mentale e sull'utilizzazione dei servizi tra le detenute tossicodipendenti.

Bibliografia

- 1 Abram KM, Teplin LA, McClelland GM. *Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail*. Am J Psychiatry 2003;160:1007-10.
- 2 Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. *Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study*. Br J Gen Pract 2008;58:630-6.

P291. Il disagio mentale tra detenuti stranieri in un carcere italiano

M. Piselli, F. De Giorgi, F. Fabbri, P. Cotichelli, L. Ferranti, S. Elisei

Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica, Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: nonostante il notevole incremento di stranieri all'interno delle strutture penitenziarie in tutte le nazioni europee, solo una piccola parte di letteratura considera le possibili differenze dei bisogni di salute mentale tra i differenti gruppi etnici^{1,2}.

Metodi: sono stati intervistati 302 detenuti nel carcere di Perugia con ASI-X e SCID-I e sulla base delle aree di provenienza sono stati distinti 3 gruppi: Nord-Africani (NA), Europei dell'Est (EE) e Italiani (I). Questi gruppi sono stati quindi confrontati in relazione ai disturbi psichiatrici, all'uso di sostanze ed a varie problematiche mediche e sociali.

Risultati: i detenuti NA (39,4%) presentavano maggiori problematiche socio-sanitarie rispetto agli altri gruppi. La metà era tossicodipendente ed un terzo era affetto da doppia diagnosi.

Conclusioni: il carcere si rivela il luogo di prima accoglienza per gli stranieri tossicodipendenti e con disturbi psichici che hanno notevoli difficoltà nell'utilizzo degli interventi sanitari nei servizi pubblici a causa delle condizioni di isolamento sociale.

Bibliografia

- 1 Coid J, Petruckevitch A, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Jenkins R, et al. *Ethnic differences in prisoners. 1: criminality and psychiatric morbidity*. Br J Psychiatry 2002;181:473-80.
- 2 Primm A, Osher F, Gomez M. *Race and ethnicity, mental health services and cultural competence in the criminal justice system: are we ready to change?* Community Ment Health J 2005;41:557-69.

P292. L'importanza del temperamento ciclotimico ed irritabile negli eroinomani

D. Popovic, A. Romano, A.G.I. Maremmani, M. Pacini, I. Maremmani

Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

59 eroinomani consecutivi, in fase di stabilizzazione con metadone, 34 con e 25 senza comorbidità psichiatrica, sono stati confrontati per quanto riguarda il temperamento affettivo, secondo la formulazione Akiskal e Mallya, con 58 volontari sani con simili caratteristiche socio-ambientali. Non sono state osservate differenze tra i tossicodipendenti ed i controlli per quanto riguarda il temperamento depressivo e quelli ipertimico. Differenze significative sono state rilevate nel temperamento ciclotimico e quello irritabile. nei quali gli eroinomani hanno ottenuto un punteggio più alto, indipendentemente dalla presenza o meno di doppia diagnosi. Nell'analisi discriminante soprattutto i tratti ciclotimici, e (in misura minore) irritabili, sono diversi tra eroinodipendenti e controlli, ma non tra tossicodipendenti con e senza doppia diagnosi. Il presente studio dimostra come nella dipendenza da eroina i pazienti tendano a presentare tratti ciclotimici e in misura minore irritabilità e come queste caratteristiche non siano correlate alla presenza o assenza di doppia diagnosi.

P293. Uso di metadone illegale in eroinomani in attesa del trattamento

D. Popovic, A.G.I. Maremmani, A. Romano, M. Pacini, I. Maremmani

Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Policlinico Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Scopo del presente studio è il confronto delle caratteristiche cliniche e della storia tossicomane di soggetti eroinomani in fase attiva di malattia, che si presentano per un trattamento con agonisti oppiacei, divisi in base all'utilizzo o meno di metadone non prescritto (illegale). L'ipotesi da testare è se il metadone reperibile sul mercato grigio è utilizzato come sostanza d'abuso (aggravando le caratteristiche cliniche dei pazienti) o se rappresenta, comunque, un tentativo di porre un freno all'utilizzo dell'eroina e delle altre sostanze d'abuso, in assenza di un trattamento strutturato. Il campione è risultato composto da 964 eroinomani, 748 maschi (77,6%) e 148 femmine (19,8%) di età media 30 ± 6 (min 16 max 51). 749 di questi (601 maschi (80,2%) e 148 femmine (19,8%) di età media 30 ± 6 min 16 max 51) mostravano urine positive alla ricerca della morfina, 215 (147 maschi (68,4%) e 68 femmine (31,6%) di età media 30 ± 6 (min 18 max 45.) avevano, nelle urine, anche la presenza del metadone. L'uso combinato di

eroina e metadone illegale è più frequente nelle donne. Nessuna differenza statisticamente significativa si rileva per l'età, lo stato civile, l'istruzione e l'attività lavorativa. Sul piano clinico non vi sono differenze per quanto riguarda la positività HIV, l'adattamento sociale (soprattutto il tempo libero ed i problemi legali), l'età d'inizio della pratica tossicomane, della dipendenza, la durata della dipendenza e l'età del primo trattamento. I pazienti con l'uso combinato di eroina e metadone illegale mostrano più complicanze fisiche, psicopatologiche, difficoltà familiari e di coppia. La loro storia naturale della tossicodipendenza è più grave. Tuttavia il loro consumo di eroina è minore. Dall'altro lato i soggetti senza uso combinato di eroina e metadone mostrano un maggiore poliuso di sostanze. L'uso di sostanze è maggiore per tutte le sostanze d'abuso indagate, tranne l'uso di inalanti. Dunque gli eroinomani che giungono al trattamento non utilizzando metadone illegale abusano maggiormente di alcool, benzodiazepine, ipnotici, cocaina, anfetamine, allucinogeni e cannabinoidi. I soggetti con uso combinato di eroina e metadone da una parte sono i soggetti più gravi per storia tossicomane, ma dall'altra tendono ad abusare meno di eroina e di altre sostanze quando si presentano per richiedere un trattamento con agonisti oppiacei. L'uso di metadone illegale sembra comunque riflettere un tentativo autoterapico del paziente più che una tendenza al poliuso.

P294. Prevalenza di disturbi di personalità in un campione di pazienti sottoposti a valutazione per l'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso

A. Prunas, D. Hartmann

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca; Dipartimento di Psichiatria "Niguarda 1", Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Introduzione: obiettivo del presente studio è valutare la prevalenza di disturbi di personalità (DSM-IV) in un campione di pazienti che si rivolgono a un ambulatorio specialistico pubblico con la richiesta di avviare un percorso di riassegnazione chirurgica del sesso (RCS).

Metodi: 40 pazienti (27 maschi biologici e 13 femmine biologiche; età media = $32,16 \pm 7,61$ anni) ammessi consecutivamente al servizio e affetti da disturbo dell'identità di genere (DIG) sono stati sottoposti all'intervista clinica SCID-II.

Risultati: la prevalenza di una qualsiasi diagnosi di personalità è risultata pari al 55%, senza alcuna differenza rispetto al sesso biologico di appartenenza. I disturbi di personalità più frequentemente diagnosticati sono risultati quelli di cluster B (20% del campione totale), seguiti da quelli di cluster C (12,5%) e cluster A (2,5%). Rilevante è apparsa anche la prevalenza del disturbo di personalità NAS (20%). Nessuna differenza è emersa nella prevalenza di alcun quadro clinico di asse II tra transessuali MtF e transessuali FtM.

Conclusioni: i dati di prevalenza a nostra disposizione of-

frono stime superiori rispetto a quelle disponibili in studi precedenti^{1,2}. Essi sottolineano la necessità di un accurato screening dei candidati al percorso di RCS poiché, per quanto una diagnosi di asse II non costituisca una controindicazione assoluta all'avvio del percorso stesso, essa si configura come un fattore prognostico sfavorevole³.

Bibliografia

- ¹ Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ III. *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses*. Arch Sex Behav 1997;26:13-26.
- ² Haraldsen IR, Dahl AA. *Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults*. Acta Psychiatr Scand 2000;102:276-81.
- ³ Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Höjerback T. *Personality traits and disorders among transsexuals*. Acta Psychiatr Scand 1993;88:322-7.

P295. Il polimorfismo intronico rs1076560 del gene DRD2 modula l'attività cerebrale e la connettività funzionale delle aree sottocorticali coinvolte nell'esecuzione di un compito motorio durante fMRI

T. Quarto, L. Fazio, R. Romano, A. Di Giorgio, P. Taurisano, L. Lobianco, A. Papazacharias, G. Caforio, G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino

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

Recenti studi hanno dimostrato che polimorfismi intronici del gene dei recettori D2 influenzano l'attività neuronale durante compiti mnemonici e attentivi, nei ratti e nell'uomo. In particolare l'allele minore T dello SNP19-rs1076560 del gene DRD2 è stato associato ad una risposta maggiore dello striato e della DLPFC durante compiti di WM. Disfunzioni nel sistema nigro-striatale dopaminergico sono alla base di malattie cerebrali con deficit motori (morbo di Parkinson) e potrebbero essere responsabili dell'anomala lateralizzazione motoria riscontrata nei soggetti affetti da schizofrenia.

Il presente studio si propone pertanto di indagare l'effetto della variante rs1076560 del gene DRD2 sull'attività funzionale delle regioni cerebrali deputate al controllo motorio.

Il campione è costituito da 48 soggetti sani (24 GG, 24 GT) che hanno svolto un compito motorio semplice durante fMRI. I due gruppi risultano omogenei per manualità e variabili socio demografiche.

Dall'analisi dei dati risulta che i portatori dell'allele T attivano maggiormente le regioni sottocorticali del talamo e del pallido di sinistra rispetto ai soggetti GG. Inoltre l'analisi della PPI (*Psychophysiological Interaction*) mostra un significativo aumento, nei soggetti GT, della connettività funzionale tra queste regioni ed il putamen bilaterale.

I risultati di questo studio confermano l'importanza della neurotrasmissione dopaminergica nelle regioni cerebrali coinvolte in un compito motorio e dimostrano che varianti introniche dei geni che regolano la dopamina potrebbero essere responsabili della variabilità individuale sia normale che patologica del SNC umano.

P296. La psicoterapia interpersonale modificata nella terapia combinata del disturbo borderline di personalità: confronto con la farmacoterapia

C. Rinaldi, M. Fenocchio, F. Fermo, M. Zizza, S. Bellino

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

Introduzione: in precedenti studi realizzati dalla nostra équipe la terapia combinata con psicoterapia interpersonale (IPT) e antidepressivi è risultata più efficace della farmacoterapia singola in pazienti depressi con disturbo borderline di personalità (DBP). Recentemente Skodol e Markowitz hanno proposto un adattamento della IPT per il DBP (DBP-IPT). Il presente studio ha lo scopo di confrontare l'efficacia della terapia combinata con DBP-IPT rispetto alla farmacoterapia singola in pazienti con DBP senza comorbidità di asse I o II.

Metodi: un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di DBP secondo il DSM-IV-TR è stato randomizzato e assegnato a uno dei due tipi di trattamento per 32 settimane: fluoxetina 40 mg/die e DBP-IPT (34 sedute) o monoterapia con fluoxetina 40 mg/die e clinical management. Il campione è stato valutato al baseline, dopo 16 e 32 settimane con SCID-II, CGI, HDRS, HARS, SOFAS, BPD Severity Index, SAT-P.

Risultati: i dati raccolti sono sottoposti ad un'analisi statistica tramite GLM per calcolare l'effetto dei due fattori (durata e tipo di trattamento) su ogni scala di valutazione.

Conclusioni: i risultati sono descritti e discussi in riferimento alle implicazioni cliniche e ai dati di letteratura.

Bibliografia

Markowitz JC. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender BS, editors. *Textbook of personality disorder*. Washington, DC: APA 2005, pp. 321-34.

Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. *Combined treatment of major depression in patients with BPD: a comparison with pharmacotherapy*. *Can J Psychiatry* 2006;7:453-9.

P297. Interazione tra dimensioni di personalità e varianti genetiche del trasportatore della dopamina nella modulazione delle performance a compiti cognitivi

R. Romano*, B. Gelao*, A. Porcelli*, V. Perilli*, P. Taurisano*, G. Caforio*, A. Di Giorgio**, L. Lo Bianco*, L. Fazio*, L. Ursini***, G. Blasi*, M. Nardini*, A. Bertolino*

** Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ** Dipartimento neuroscienze, Sezione Neuroradiologia, Università di Catania; *** IRCCS-CSS Mendel, Roma*

La dopamina striatale e dimensioni di personalità associate a particolare attenzione nello svolgere compiti della vita quotidiana sono stati correlati ad abilità cognitive. I livelli di dopamina nello striato sono regolati dal DAT che è codificato da un gene con un polimorfismo funzionale (il 3' VNTR a 10 o a 9 ripetizioni). Abbiamo valutato l'interazione tra DAT e coscienziosità nell'influenzare accuratezza e tempi di reazione a compiti di attenzione e working memory (WM). Sono stati studiati 79 soggetti (25M, età $25 \pm 5,72$) suddivisi in base al polimorfismo DAT 3'VNTR e al punteggio ottenuto sia alla scala della coscienziosità del Big Five Questionnaire sia alle subscale perseveranza e scrupolosità. Sono stati utilizzati l'Nback per misurare la Working Memory e il CPT (Continuous Performance Test) per l'attenzione. I risultati dimostrano che nei soggetti con bassi punteggi alla Coscienziosità e alla Scrupolosità, gli omozigoti per l'allele10 presentano migliore accuratezza al CPT rispetto ai 9carrier ($p = 0,05$; $p = 0,04$). Invece, i 9carrier con alti punteggi alla Perseveranza presentano migliori performance ($p = 0,03$). All'Nback i 10/10 con bassa perseveranza risultano più veloci rispetto ai 9carrier con bassa perseveranza ($p = 0,2$). I risultati suggeriscono che, in base al polimorfismo del DAT, la coscienziosità e la scrupolosità influenzano l'attenzione, mentre la perseveranza la velocità psicomotoria.

P298. Comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio all'interno delle carceri italiane: un'indagine multicentrica

C. Santilli, M. Piselli, F. Fabbri, F. De Giorgi, G. De Giorgio, L. Ferranti, S. Elisei

Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica, Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio rappresentano un grande problema all'interno della popolazione carceraria. La prevalenza di detenuti con anamnesi positiva per gesti autolesivi e/o tentativi di suicidio negli Stati Uniti varia dall'1,4 al 2,2%, mentre per quanto riguarda le carceri italiane sono ancora pochi gli studi epidemiologici. Spesso tali studi sono effettuati all'interno di un singolo istituto, insufficienti sono le ricerche multicentriche^{1,2}.

Metodi: un questionario contenente informazioni socio-demografiche, carcerarie e medico-psichiatriche è stato inviato a 84 istituti detentivi in 15 regioni e compilato da psichiatri durante l'attività clinica.

Risultati: su 895 detenuti intervistati, il 72% aveva un'anamnesi negativa per gesti autolesivi e/o tentativi di suicidio e il 28% un'anamnesi positiva. Sono emerse numerose differenze statisticamente significative tra le due popolazioni nelle variabili ambientali (condizione lavorativa), in quelle detentive (carriera carceraria, provvedimenti durante carcerazione) e in quelle psichiatriche (abuso di sostanze, terapia farmacologica, sintomi psichiatrici).

Bibliografia

- Lohner J, Konrad N. *Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior.* Int J Law Psychiatry 2006;29:370-85.
- Preti A, Cascio MT. *Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002.* Med Sci Law 2006;46:127-34.

P299. Empatia nel disturbo borderline di personalità: dati preliminari

C. Segura García, D. Chiodo, M. Sirianni, A. Barberi, F. Corasaniti, P. Gentile, P. Rizza, L. Iozzo, F. Cagliati, A. Bertuca, M.J. Moreno Díaz*

Università Magna Graecia di Catanzaro, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Cattedra UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria; * Cátedra de Psicología Médica y Psiquiatría, Universidad de Córdoba, Spagna

Introduzione: dimensioni temperamental del DBP comprendono impulsività, labilità affettiva ed attaccamento insicuro. Obiettivo dello studio è valutare la relazione tra dimensioni temperamental, empatia e legame parentale in pazienti con DBP

Metodi: un campione di 15 soggetti con diagnosi di DPB e 15 controlli sani sono stati valutati con TCI-R, IRI, PBI.

Risultati: comparando soggetti con DBP e controlli, si rileva: al TCI-R valori significativamente più bassi nelle dimensioni evitamento del danno, persistenza, autodirezione e cooperazione; all'IRI differenze nelle dimensioni immedesimazione e malessere personale e al PBI maggiore *overprotection* materna e minore care paterno.

La capacità di immedesimazione correla positivamente con autodirezione e cooperazione e negativamente con ricerca di novità. L'empatia correla positivamente con la cooperazione e l'autotrascendenza. Il malessere personale correla positivamente con evitamento del danno e negativamente con persistenza e autodirezione (Tab. I).

Conclusioni: i dati preliminari indicano maggiore malessere personale, impulsività ed evitamento del danno e minore capacità empatica, autodirezione, cooperazione e persistenza nei soggetti con DBP. Il legame parentale è caratterizzato da minori cure paterne e da maggiore controllo materno. L'empatia associata a specifiche dimensioni temperamental, appare indipendente dal tipo di legame parentale.

Bibliografia

- Zanarini MC, Frankenburg FR. *The essential nature of borderline psychopathology.* J Personal Disord 2007;21:518-35.
- Barnarow S, Herpertz SC, Spitzer C, Stopsack M, Preuss UW, Grabe HJ, et al. *Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account.* Psychopathology 2007;40:369-78.

P300. Frequenza di fenomeni di bullismo tra i bambini delle scuole elementari

L. Serroni, N. Serroni, A.M. Pizzorno, N. D'Eugenio, D. De Berardis, D. Campanella, A. D'Agostino, F.S. Moschetta, A. Carano, F.M. Ferro

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale Civile di Teramo

La frequenza di episodi di bullismo tra i bambini delle scuole elementari è sostanziale. Numerosi studi hanno

Tabella I. Correlazioni IRI-TCI-R.

	NS	HA	RD	P	SD	C	ST
TP	-0,390***	-0,082	0,047	0,099	0,317**	0,268 *	0,151
PE	-0,110	0,130	0,192	0,072	0,038	0,378**	0,337**
MP	0,062	0,695***	0,002	-0,406***	-0,511***	-0,069	0,210
F	0,273*	0,135	0,310**	0,005	-0,256*	-0,037	0,175
IRITOT	-0,033	0,399***	0,150	-0,128	-0,240	0,161	0,349**

* p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001.

TP: immedesimazione; PE: preoccupazione empatica; MP: malessere personale; F: fantasia; IRITOT: punteggio IRI totale; NS: ricerca di novità; HA: evitamento del danno; RD:dipendenza dalla ricompensa; P: persistenza; SD: autodirezione; C:cooperazione; ST: autotrascendenza.

evidenziato un'associazione diretta tra episodi di bullismo subiti e gravi problemi scolastici: il problema non va quindi sottovalutato. L'allarme giunge da uno studio pubblicato sugli *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*.

I ricercatori dell'University of Washington e dell'Harborview Injury Prevention and Research di Seattle hanno analizzato i dati dell'anno scolastico 2001-2002 riferiti alle scuole elementari urbane situate nel distretto scolastico della Costa Ovest degli Stati Uniti, per un totale di 3530 studenti. Il 22 per cento dei bambini analizzati è risultato implicato in episodi di bullismo, sia nella veste di bullo che di vittima, o entrambi. Tutte e tre le categorie hanno riportato una sensazione di profonda insicurezza riferita alla scuola. Tra i bambini vittime e bulli-vittime è molto diffusa la sensazione di non appartenenza alla propria scuola. Bulli e vittime, prevalentemente maschi, hanno una frequenza significativamente più elevata di giorni tristi durante l'anno scolastico. Al fine di verificare l'incidenza del fenomeno del bullismo nel nostro territorio abbiamo svolto una indagine tramite la somministrazione di un questionario in alcune scuole elementari di Teramo. Vengono presentati i dati preliminari del lavoro. Il questionario composto da 19 item esplorava il fenomeno del bullismo all'interno della scuola. Il questionario è stato sottoposto a 5 classi di 4 elementare di una scuola di Teramo centro, per un totale di 81 ragazzi, di cui 35 ragazzi e 46 ragazze. Prima di sottoporre il questionario è stato necessario chiarire ai ragazzi il significato della parola "bullo" ed il comportamento che andavamo a sondare e ad analizzare sottolineando ai ragazzi che non si trattava di singoli episodi di incomprensione o anche di litigi tra pari. Il questionario ha evidenziato che i ragazzi si trovano bene con il gruppo dei pari e nella scuola vivendo con soddisfazione il rapporto con gli insegnanti e ritenendo anche che l'interesse dei genitori per la loro esperienza scolastica è appropriato. La ricreazione e ancor di più il tempo libero, sono vissuti con entusiasmo dai ragazzi che si sentono ben inseriti nel gruppo classe e non vivono esclusioni di sorta. Tuttavia 67 ragazzi riferiscono che nella scuola c'è qualcuno che si comporta da bullo, 12 sembrano avere una opinione contraria, ma pur rispondendo di "no" molti di loro portano a termine il questionario rispondendo alle domande successive. I ragazzi ritengono nell'ordine di essere stati o di essere a conoscenza di episodi di "bullismo" di prese in giro, di offese e di minacce. Molti ragazzi rispondono di essere a conoscenza di altre prepotenze rispondendo "altro" ma non specificano meglio di che tipo di comportamento si tratti. Anche alla domanda su dove avvengono più frequentemente azioni di questo genere ben 33 rispondono "altro" e solo alcuni specificano "gli scout", ma i ragazzi che hanno aggiunto la specificazione non sono molti. Pertanto sarebbe utile avere un incontro con i ragazzi che chiarisca questi due dati. Altri ritengono che i bagni, i corridoi e fuori della scuola sono i luoghi dove avven-

gono più frequentemente queste azioni. Purtroppo il dato più rilevante è che queste azioni continuano anche in classe (26). I ragazzi sembrano essere coscienti che i bulli operano preferibilmente in due o in gruppo e che sono prevalente maschi o sia maschi che femmine. Molti ragazzi si schierano a difesa della vittima e cercano di aiutarla ma 25 di loro fa finta di nulla e ancora peggio 20 si divertono. 61 ragazzi dichiarano di aver subito prepotenze, mentre 13 hanno addirittura autodenunciato un comportamento da "bullo".

P301. Adolescenza e dipendenza

L. Serroni, N. Serroni, D. De Berardis, N. D'Eugenio, A.M. Pizzorno, M.A. Di Pietro Piccirilli, D. Campanella, A. D'Agostino, F.S. Moschetta, A. Carano

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale Civile di Teramo

Unitamente alla famiglia la scuola è il referente preferenziale privilegiato degli sforzi e delle aspettative della prevenzione della tossicodipendenza. Gli Autori hanno voluto sondare in una ricerca l'incidenza e le abitudini sull'uso di droghe e alcool, in una popolazione di adolescenti in due istituti superiori della città di Teramo, attraverso la somministrazione di un questionario rigorosamente anonimo composto da 13 item. Alla ricerca ha dato la adesione un campione di 1876 studenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni. Dalla ricerca è emerso che 916 ragazzi (48,8%) fanno uso di qualche sostanza. L'assunzione di alcolici (prevalentemente birra nel 70% circa) occupa il primo posto infatti ne fanno uso 723 ragazzi (38,5%), segue l'assunzione di droghe leggere per 347 (18,4 %) e l'assunzione di droghe pesanti e psicofarmaci in 47 (2,5 %). In relazione ai motivi dell'assunzione 645 soggetti adducono come pretesto la scusa di "sentirsi più grandi" (probabilmente per sopperire al senso di inadeguatezza tipico dell'età), 547 soggetti per un "errato senso di solidarietà e conformità alle tendenze del momento", 589 soggetti per il "senso di euforia che ricavano dall'assunzione delle sostanze", 245 soggetti perché credono di riuscire in qualche modo a affrontare meglio i propri problemi alla ricerca di quel senso di equilibrio che ancora non riescono a raggiungere. Dopo aver cercato di conoscere le motivazioni che possono spingere un adolescente all'uso di sostanze, gli Autori hanno cercato di conoscere quali fossero le reali informazioni sulle eventuali conseguenze e sugli effetti indesiderati che queste sostanze possono produrre. La metà dei soggetti (54,3 %) è consapevole della sensazione effimera e limitata nel tempo che induce la sostanza e sa bene che l'effetto non permette di risolvere eventuali problemi e disagi esistenti.

P302. Livelli serici di prolattina in corso di trattamento con risperidone o olanzapina in bambini ed adolescenti con patologie psichiatriche

R. Siracusano, E. Germanò, A. Gagliano, T. Calarese, G. Migliardi*, C. D'Arrigo**, V. Santoro***
E. Spina**

*Divisione di Neuropsichiatria Infantile, * Sezione di Farmacologia, Dipartimento Clinico Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università di Messina; ** IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", Messina*

Introduzione: l'iperprolattinemia è spesso osservata in pazienti adulti trattati con antipsicotici, in particolare con risperidone. È stato condotto uno studio su pazienti in età evolutiva trattati con risperidone e olanzapina per valutare gli effetti a breve e lungo termine di entrambi i farmaci sulle concentrazioni seriche di prolattina.

Metodi: hanno preso parte allo studio 29 pazienti in età evolutiva trattati con risperidone e 13 con olanzapina, affetti da diverse psicopatologie. Le concentrazioni di prolattina sono state rilevate prima del trattamento e dopo 1, 3, 6 e 12 mesi.

Risultati: i pazienti in terapia con risperidone ed olanzapina presentavano valori basali di prolattinemia nella norma. In quelli trattati con risperidone la prolattinemia è aumentata significativamente nel breve termine ma è diminuita nel lungo termine. I pazienti trattati con olanzapina hanno mostrato un incremento medio della prolattina minore rispetto al risperidone sia nella fase acuta che durante il mantenimento. Non vi era correlazione tra le concentrazioni degli antipsicotici e l'iperprolattinemia.

Conclusioni: un trattamento con risperidone in bambini ed adolescenti induce un incremento della prolattinemia che tende a diminuire nel tempo. Il trattamento con olanzapina determina un lieve e transitorio aumento della prolattinemia con valori che si mantengono nei range fisiologici. Questa differenza è verosimilmente dovuta ad una diversa affinità dei due farmaci sui recettori dopaminergici D₂.

P303. Comportamenti criminali e disturbi di personalità in un campione di detenuti minorenni

R. Sperandeo, V. Cioffi, N. Nascivera, M. Architravo, F. Perris, F. Catapano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

L'impatto sociale della criminalità minorile suscita notevole attenzione dei ricercatori rispetto alle caratteristiche psicopatologiche dei giovani delinquenti, con l'interesse di definire con accuratezza il quadro etiopatogenetico multifattoriale della delinquenza minorile. In accordo con questi obiettivi il nostro studio intende valutare la frequenza dei disturbi di personalità in un campione di detenuti minorenni, descriverne

le modalità di gestione dell'aggressività e della rabbia e, infine, correlare le caratteristiche di personalità e la gestione dell'aggressività con lo stile criminale del soggetto. Il campione è costituito da 93 soggetti maschi detenuti nell'Istituto Penale Minorile di Airola (BN). I soggetti sono stati suddivisi, in relazione alla tipologia criminale, in due categorie: i Serious Offenders (SO) (responsabili di delitti contro il patrimonio) e i Violent Offenders (VO) (responsabili di crimini caratterizzati da violenza fisica contro le persone). Gli strumenti di indagine utilizzati sono stati: 1) la Structured Clinical Interview for the Axis II del DSM-IV (SCID II); 2) lo State Trait Anger Expression Inventory (STAXI); 3) la Mini International Psychiatric Interview (MINI); 4) una scheda ad hoc per la rilevazione delle caratteristiche socio-demografiche e criminologiche. Il 98% dei soggetti esaminati soddisfa i criteri per almeno un disturbo di personalità (DP). La diagnosi di asse II più frequente è il disturbo antisociale di personalità (ASPD). L'83% dei soggetti presenta una rabbia di tratto significativamente più marcata rispetto ai campioni normativi. Il 68% dei soggetti appartiene al sottogruppo dei VO e manifesta una tendenza ad agire la rabbia in modo socialmente meno adattivo rispetto ai SO. L'elevata frequenza di disturbi di personalità all'interno del nostro campione, e soprattutto del disturbo ASPD, esprime la grave compromissione psicopatologica dei giovani criminali. I punteggi ottenuti alle scale di valutazione della gestione della rabbia documentano una tendenza caratteriale all'aggressività ed un controllo della rabbia globalmente inadeguato. Nel nostro campione è frequente la coesistenza nello stesso soggetto di tratti antisociali, narcisistici e istrionici. Questa combinazione di elementi psicopatologici è ritenuta da molti Autori alla base di una modalità di espressione dell'aggressività più violenta e calcolata e sembra determinare l'orientamento del comportamento criminale verso forme più gravi e meno trattabili. I dati emersi sottolineano che una descrizione della struttura caratteriale dei soggetti criminali basata su modelli dimensionali possa consentire la messa in atto di interventi riabilitativi in modo più efficiente di quanto non sia possibile fare sulla base delle attuali categorie diagnostiche.

P304. Efficacia dell'olanzapina in associazione alla psicoterapia sulle principali dimensioni psicopatologiche del disturbo borderline di personalità

S. Tarantelli, D. Alliani, M.A. Caruso, V.V. Di Caprio

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

Introduzione: i pazienti con disturbo borderline di personalità sono difficilmente gestibili per psichiatri e psicoterapeuti, a causa della scarsa compliance che

frequentemente tali pazienti presentano e dei precoci drop-out.

Oggetto: lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia di un trattamento integrato con l'antipsicotico atipico olanzapina e psicoterapia cognitivo-comportamentale rispetto ad un trattamento con sola psicoterapia cognitivo-comportamentale in pazienti che soddisfano i criteri diagnostici del DSM-IV per il disturbo borderline di personalità.

Metodo: sono stati selezionati 20 pazienti con diagnosi di DPB, 14 donne e 20 uomini, con età media 35,6 anni, e sono stati suddivisi in 2 gruppi di ugual numero (10 pazienti) dei quali uno è stato trattato per 6 mesi consecutivi olanzapina al dosaggio medio di 7 mg/die e una seduta settimanale di psicoterapia cognitivo-comportamentale, l'altro è stato trattato esclusivamente con una seduta settimanale di psicoterapia cognitivo-comportamentale. Ai pazienti sono state somministrate con cadenza mensile le seguenti scale: DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline-Revised), ZAN-BPD (Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder), CGI (Clinical Global Impression), GAF (Global assessment of Functioning).

Risultati: tutti i pazienti selezionati hanno portato a termine lo studio, anche se il numero di assenze alle sedute settimanali di psicoterapia è risultato significativamente superiore nel gruppo di pazienti in trattamento con sola psicoterapia.

Dai risultati delle scale di valutazione somministrate il trattamento integrato con olanzapina + psicoterapia si è dimostrato significativamente ($p < 0,05$) superiore rispetto al trattamento con sola psicoterapia nel migliorare le principali dimensioni psicopatologiche del DPB quali instabilità affettiva, instabilità nelle relazioni interpersonali, impulsività, episodi psicotici brevi. Nel gruppo in trattamento con olanzapina si è verificato un incremento ponderale medio di 4 kg e nel 50% dei pazienti si è manifestata, soprattutto nei primi 2 mesi di trattamento, una eccessiva sedazione ridottasi poi nei successivi mesi.

Conclusioni: l'olanzapina può rappresentare un valido strumento terapeutico per il DPB, in quanto migliorando l'instabilità affettiva, l'instabilità nelle relazioni interpersonali e l'impulsività tipiche di questo disturbo può facilitare gli effetti del trattamento psicoterapeutico, la cui efficacia in monoterapia è spesso fortemente ridotta dall'elevato numero di drop-out precoci, causati dal lungo periodo di latenza di tale trattamento in monoterapia.

P305. Interazione funzionale fra varianti genetiche di AKT1 e D2 sull'attività del cingolo anteriore durante controllo attentivo

P. Taurisano¹, G. Blasi¹, A. Papazacharias¹, G. Caforio¹, R. Romano¹, L. Ursini¹, L. Sinibaldi^{2,3}, L. Fazio¹, L. Lo Bianco¹, M. Lasaracina¹, A. Di Giorgio¹, G. De Simeis¹, T. Popolizio⁴, B. Dallapiccola^{2,3}, W. Sadée⁵, M. Nardini¹, A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ² IRCCS-CSS Mendel, Roma; ³ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma; ⁴ IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG); ⁵ Dipartimento di Psichiatria, Divisione di Genetica Umana, College di Medicina, e College di Farmacia, e Divisione di Biostatistica, College di Salute Pubblica, Ohio State University, Columbus

Il *signaling* dei recettori D2 per la dopamina è fondamentale per l'esecuzione di processi cognitivi. Una SNP intronica nel gene per i D2 (rs1076560-G>T) è stata associata a espressione differenziale prefronto-striatale dei D2 e a modulazione dell'attività di queste aree cerebrali durante working memory. La serina/treonina protein chinasi (AKT) è un mediatore chiave della trasduzione del segnale dei D2. Studi precedenti hanno mostrato che una SNP nel gene AKT1 (rs1130233-G>A), già associato alla schizofrenia, modula l'espressione della proteina e l'attività prefrontale durante working memory. Scopo di questo studio è la valutazione di una possibile interazione fra le SNP D2 rs1076560 e AKT1 rs1130233 sull'attività cerebrale durante controllo attentivo. 73 soggetti sani (28 M, età 24,5 ± 4,7) sono stati caratterizzati per i suddetti genotipi (DRD2 e AKT1 N = 30 GG/GG; 29 GG/GAcar; 7 GT/GG; 7 GT/GAcar) e sottoposti a fMRI durante un compito con livelli crescenti di controllo attentivo. In assenza di differenze comportamentali, i dati di fMRI hanno indicato la presenza di un effetto di interazione fra polimorfismi D2, AKT1 e carico attentivo sull'attività del cingolo anteriore. Inoltre, indipendentemente dal genotipo D2, gli AKT1 GG mostrano un andamento lineare dell'attività del cingolo, mentre negli Acarrier esso è non lineare. Questi dati suggeriscono un'interazione funzionale geneticamente determinata fra AKT1 e D2 sull'attività del cingolo durante controllo attentivo.

P306. Possibili applicazioni dell'Iowa Gambling Task nell'accertamento di idoneità alla guida

C. Terranova, L. Gallimberti, G. Forza, H. Xihani, R. Snenghi, S.D. Ferrara*

UOC di Tossicologia Forense e Antidoping, AO, * Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università di Padova

Introduzione: l'Iowa Gambling Task (IGT) è un test computerizzato sviluppato per la valutazione della sindrome orbito-frontale (SOF) ¹.

Tabella I.						
Scommesse	1-20	21-40	41-60	61-80	81-100	Totale
DUI	-0,63 ± 5,92	-0,84 ± 7,36	-2,47 ± 6,30	-2,58 ± 7,31	-0,11 ± 6,83	-6,63 ± 25,38
Controlli	0,69 ± 6,60	3,83 ± 7,34	8,69 ± 8,15	7,66 ± 9,52	7,71 ± 10,45	28,57 ± 29,99
p (t-test)	n,s,	0,008	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Il soggetto deve scegliere fra quattro mazzi di carte cercando di vincere la maggior somma possibile. Due dei mazzi ("svantaggiosi") danno un maggiore guadagno immediato ma, sulla lunga distanza, una perdita sproporzionatamente maggiore rispetto agli altri due ("vantaggiosi").

I soggetti affetti da SOF continuano a scommettere sui mazzi svantaggiosi; lo stesso avviene, in modo meno pronunciato, nei soggetti con disturbo da uso di sostanze².

Scopo di questo lavoro è testare le possibili applicazioni dell'IGT nella valutazione dell'idoneità a condurre auto-moto veicoli di guidatori in stato di ebbrezza.

Metodi: la valutazione dell'IGT è stata attuata in due gruppi: 1° gruppo, n = 50, guidatori in stato di ebbrezza (DUI); 2° gruppo, n = 50, controlli.

Risultati: riportiamo in Tabella I i punteggi ottenuti nei cinque blocchi di 20 scommesse ed in totale, distinti nei due gruppi studiati. Il gruppo di controllo migliora e mantiene nel tempo la preferenza per i mazzi vantaggiosi, mentre il gruppo DUI non dimostra un analogo apprendimento.

Conclusioni: i soggetti DUI manifestano una minore capacità di valutare svantaggi a lungo termine rispetto a vantaggi a breve termine. Tale comportamento potrebbe giustificare la tendenza a recidivare nella guida in stato di ebbrezza.

Bibliografia

- Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. *Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex.* Cognition 1994;50:7-15.
- Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hindes A, Anderson SW, Nathan PE. *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers.* Neuropsychologia 2001;39:376-89.

P307. Studio esplorativo in una popolazione di studenti universitari: temperamento ipertimico e ADHD giovanile

A. Tomassini, M. Malavolta, V. Bianchini, N. Giordani Paesani, R. Roncone*, R. Pollice*
Scuola di Specializzazione in Psichiatria, *Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: obiettivo del nostro studio era verificare la presenza di una personalità ipomaniacale e di ADHD

in una popolazione di studenti universitari. Lo studio si proponeva, inoltre, di indagare su tale popolazione l'uso di sostanze e l'impulsività, le caratteristiche di personalità e la presenza di eventuali ambiti di disfunzionamento globale ed, in particolare, accademico.

Metodi: lo screening è stato effettuato in una popolazione di studenti iscritti ai corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Aquila. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Mood Disorder Questionnaire, per l'individuazione di soggetti che possono rientrare nello spettro bipolare, in particolare nello stato ipomaniacale; Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist; CAGE; Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11); Adult Functional Impairment Rating Scale-Revised; Tridimensional Personalità Questionnaire- Short Version.

Risultati e conclusioni: sono stati valutati 163 soggetti (72 maschi e 91 femmine) con età media di 24 anni. Il dato più rilevante del nostro studio è la presenza di tratti ipomaniacali e/o ipomania nella gran parte (63%) dei soggetti esaminati. Nel 4,8% del campione è stata osservata una positività per lo screening dell'ADHD. L'11% dei soggetti risultava, inoltre, positivo al CAGE. Il tratto di personalità RD era presente nel 74,6% e i tratti HA e NS rispettivamente nel 17,5 e 7,9% dei casi.

Il 24% dei soggetti riferiva di aver pensato di abbandonare gli studi universitari, il 7,9% di aver ripetuto almeno 1 anno alle scuole medie superiori e inferiori o almeno 1 esame all'università ed il 23% ha imputato la "difficoltà a mantenere la concentrazione" quale causa di tali eventi.

Bibliografia

- Akiskal HS. *Validating "hard" and "soft" phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity?* J Aff Disord 2003;73:1-5.

P308. Decision making, impulsività e tratti di personalità in soggetti con dipendenza da alcol

A. Tomassini, F. Striglia*, C. Capanna*, P. Stratta**, R. Pacifico, D. Spaziani***, A. Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale, *Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università dell'Aquila; **Dipartimento di Salute Mentale, ***Servizio per le Tossicodipendenze, ASL 4, L'Aquila

Obiettivo del presente studio è valutare la relazione tra la capacità di decision making, l'impulsività ed i tratti

temperamentali e caratteriali, misurati rispettivamente con l'Iowa Gambling Task (IGT) ¹, la Barratt Impulsiveness Scale -11 item (BIS-11) ed il Temperament and Character Inventory - 125 item (TCI-125) in un campione di soggetti alcolisti in fase di astinenza.

Lo studio è stato condotto su 30 soggetti con dipendenza da alcol, afferenti al Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T) dell'Aquila.

Un campione di controllo di 15 soggetti, reclutati dalla popolazione, generale è stato valutato solo con IGT.

Il campione clinico e quello di controllo differiscono significativamente nella loro performance all'IGT in quanto il primo opera scelte meno vantaggiose ottenendo punteggi più bassi. È stata riscontrata una correlazione significativa tra il Net score dell'IGT e l'impulsività Non Planning della BIS, mentre non sono state osservate correlazioni significative tra l'IGT e gli altri fattori della BIS o i punteggi del TCI-125.

I risultati supportano l'ipotesi di un deficit di decision making in soggetti alcolisti ², sebbene in fase di astinenza. La mancanza di correlazione con i fattori dell'impulsività ed i tratti di personalità supporta l'ipotesi che, ad un livello dimensionale, le abilità di decision making potrebbero rappresentare un costruito distinto. L'abilità di decision making è tuttavia correlata all'impulsività Non Planning.

Bibliografia

- ¹ Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. *Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex*. Cognition 1994;50:7-15.
- ² Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hines A, Anderson SW, Nathan PE. *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. Neuropsychologia 2001;39:376-89.

P309. Interazione tra varianti genetiche del trasportatore della dopamina e dei recettori D2 sull'attività cerebrale durante compiti di memoria

G. Ursini^{1,2}, L. Fazio¹, A. Di Giorgio¹, G. Blasi¹, R. Romano¹, P. Taurisano¹, G. Caforio¹, L. Sinibaldi², T. Popolizio³, E. Tirota⁴, A. Papp⁵, B. Dallapiccola^{2,3}, W. Sadee⁵, E. Borrelli⁴, A. Bertolino¹

¹Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ²Istituto CSS Mendel e Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma; ³IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG); ⁴Department of Microbiology & Molecular Genetics, University of California Irvine, CA, USA; ⁵Program in Pharmacogenomics, Department of Pharmacology, College of Medicine, and Division of Biostatistics, College of Public Health, The Ohio State University, Columbus, USA

La dopamina ha un'azione trofica sui neuroni e sulle sinapsi e modula l'attività del circuito cortico-striato-

talamo-corticale, implicato nella cognizione e nella memoria. Il trasportatore della dopamina (DAT) e i recettori dopaminergici D2 (DRD2) modulano il signaling dopaminergico nello striato e nella corteccia prefrontale (PFC). Queste proteine possono regolarsi reciprocamente, e sono codificate da geni che presentano varianti funzionali note. Obiettivo di questo studio è analizzare come le varianti geniche DAT 3' VNTR e DRD2 rs1076560 interagiscono nel modulare la densità della sostanza grigia e l'attività cerebrale durante compiti mesici.

142 soggetti sani sono stati genotipizzati per le varianti suddette e sottoposti a MRI strutturale e a fMRI durante compiti di memoria. Per valutare la possibilità che le due proteine interagiscano in maniera diretta abbiamo studiato ex-vivo l'immunoprecipitazione di DAT e DRD2 in modelli murini.

I risultati mostrano una significativa interazione delle due varianti geniche sia sulla densità della sostanza grigia nel caudato sia sul segnale BOLD nello striato e nella PFC durante compiti di working memory e di encoding. In particolare l'effetto del genotipo DAT è più evidente nel contesto del genotipo DRD2 associato a minore espressione presinaptica. Le due proteine risultano interagire in maniera diretta in estratti dello striato di topi e questa interazione è assente nei topi DRD2 -/-.

I nostri dati indicano che l'interazione tra i geni DAT e DRD2 può modulare in maniera cruciale la relazione non lineare tra dopamina e attività neuronale.

P310. Valutazione dell'empatia in un gruppo di psichiatri e medici di altre specialità

A. Virzì, O. Bianchini, S. Dipasquale, C. Guglielmino, F. Loi, M. Signorelli, G. Previti, E. Aguglia

Clinica Psichiatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania

Introduzione: nel corso dell'ultimo secolo molti studi in ambito clinico psichiatrico hanno evidenziato l'importanza terapeutica della relazione con il paziente e l'empatia è stata riconosciuta come elemento importante in essa.

Obiettivi: valutare l'empatia in un campione di psichiatri e di medici di altre specialità.

Materiali e metodi: il campione è costituito da 362 medici dei diversi dipartimenti dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico di Catania. Sono state somministrate la Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) e Jefferson Scale of Physician Empathy (JES)

Risultati: è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa fra gli psichiatri e i medici afferenti agli altri dipartimenti anche se non mancano tra questi, soggetti con bassi livelli empatici. Gli psichiatri esprimono inoltre una maggiore esigenza di miglioramento della propria preparazione al rapporto con il paziente.

Conclusioni: la maggiore capacità empatica riscontrata negli psichiatri può essere interpretata sia sulla base di una formazione specifica maturata nel corso degli anni, ma anche come un elemento influenzante la scelta professionale. Infine la richiesta di un ulteriore approfondimento formativo da parte degli psichiatri rispetto ai colleghi di altre specialità indica l'esistenza di differenze culturali che richiedono interventi specifici.

P311. Positivity to Mood Disorder Questionnaire, Suicidality and Substance Abuse in a large sample of French Public Education workers

F. Zairo, M.G. Carta, M.C. Hardoy, D. Sapinho, F. Gilbert, E. Nerriere, C. Sevilla, V. Kovess

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Cagliari

Background: suicide is a major public health problem, as it is shown to be associated with Bipolar Disorder (particularly type II) and with Alcohol and Substance Abuse.

Objective: the aim of this study was to estimate the rate of positives to a screening questionnaire for Bipolar Disorder among a population of insured individuals, and to assess the risk of Suicidality and Addiction among the positives.

Methods: a postal survey was conducted in France between 2005 and 2006 among the population of holders of a health care insurance provided by the MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale). A self-rated questionnaire was mailed to 20,099 policyholders aged 18+ randomly selected. The Mood Disorder Questionnaire (MDQ) was used as a screening tool for Bipolar Disorder, whereas suicidal tendencies, alcohol and drugs consumption were explored by an "ad hoc" questionnaire.

Results: the response rate was about 53% (n = 10288). The negatives at the MDQ (96.4%, n = 9920) showed less frequent suicidal tendencies (both in terms of ideation [OR = 0.26 CL95% from 0.21 to 0.32], plans [OR = 0.23 CL95% from 0.18 to 0.30] and attempts [OR = 0.27 CL95% from 0.19 to 0.37]). On the contrary, those who scored positive (3.6%, n = 368) showed more frequent Alcohol consumption [OR = 1.41 CL95% from 1.08 to 1.83] and use of Drugs (particularly stimulants).

Conclusions: the analyses confirmed an existing relationship between being positive at a screening for Bipolar Disorder and an increased risk for suicidal behavior and Drugs and Alcohol abuse.

P312. Positive mental health, actual depression and positivity to Mood Disorder Questionnaire: what is the relationship between hyperactivity, hyper-energy and well-being?

F. Zairo, M.G. Carta, M.C. Hardoy, D. Sapinho, F. Gilbert, E. Nerriere, C. Sevilla, V. Kovess

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Cagliari; MGEN Paris and Université Paris V

Objective: apparently, some typical characteristics of Bipolar Disorder seem to overlap with some aspects of so-called "positive mental health". In this study we have taken into account the answers given by a large sample of individuals subject to a screening program for Bipolar Disorder to a questionnaire which evaluates typical well-being features such as vitality and energy. Then we have analyzed if those who screened positive showed high scores to the items evaluating vitality and energy, typical characteristic of well-being which are also often elevated in patients affected by Bipolar Disorder.

Methods: Between 2005 and 2006 a self-rated questionnaire was mailed to 20,099 individuals aged 18+ randomly selected among the holders of a health care insurance provided by the MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale). The Mood Disorder Questionnaire (MDQ) was used as a screening tool for Bipolar Disorder and the CIDI-SF was used to diagnose Depressive Episodes. Perceived health status during the four weeks prior to the survey was measured by means of SF-36, Sense of Mastery and Rosenberg Self-Esteem Scales.

Results: the main results about mood and positive mental health in the positives at the screening were:

Mild depression OR = 2.0 [CL 95% from 0.9 to 4.3]

Moderate depression OR = 3.9 [CL 95% from 3.0 to 5.2]

Severe depression OR = 6.3 [CL 95% from 4.4 to 9.0]

Sense of Mastery Scale OR = 0.6 [CL 95% from 0.5 to 0.9]

Rosenberg Scale OR = 2.3 [CL 95% from 1.9 to 2.8]

SF-36_MH (subscale exploring mental health distress) OR = 2.2 [CL 95% from 1.7 to 2.7]

SF-36_VT (subscale exploring vitality) OR = 1.6 [CL 95% from 1.3 to 2.0]

SF-36_RE (subscale exploring impairment) OR = 3.2 [CL 95% from 2.5 to 4.1]

Discussion/Conclusions: the fact of having a lifetime episode of hyperactivity/hyper-energy during one's life is associated with a low "actual" score on the positive mental health rating scales. The good performance shown by the MDQ in recognizing bipolar individuals confirms this seemingly paradoxical statement. It is known that individuals with bipolar disorder have more frequent depressive than manic episodes; according to Judd, depressive phases are 37 times longer than manic phases in Bipolar II and 3 times longer in Bipolar I. The higher frequency of "actual" depression in MDQ positives is in fact confirmed by our study. The frequent lifetime low mood phases shown by the positives at MDQ may be the rationale of the scarce positive mental health. The study also confirms that depressions in subjects at risk of bipolar disorder are usually more severe.

P313. Studio delle correlazioni tra teoria della mente, sintomatologia e caratteristiche personologiche in una popolazione non psichiatrica

P. Zeppegno, M. Probo, M. Antona, A. Gogliani, D. Ferrante*, E. Torre

S.C.D.U. *Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, *Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Oncologica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara*

Introduzione: la teoria della mente (ToM) è studiata con risultati contrastanti in varie patologie psichiatriche. Scopo dello studio è valutare in una popolazione non psichiatrica la correlazione tra personalità, sintomatologia e prove di teoria della mente e riconoscimento delle emozioni.

Materiali e metodi: 130 studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'UPO con anamnesi psichiatrica negativa. Il protocollo testistico è costituito da: EPQ-R per l'analisi della personalità; 13 storie per le abilità di ToM; 58 scene per la capacità di riconoscimento delle emozioni; SCL-90 per la valutazione dei sintomi.

Risultati: non emergono correlazioni statisticamente significative tra EPQ-R e abilità di ToM. Nella Tabella I sono riportate le correlazioni (Coefficiente di Spearman) statisticamente significative ($p < 0,05$) tra ToM e scale sintomatologiche.

Tabella I.	
SCL-90	Test di teoria della mente
Ossessività-compulsività	-0,251
Depressione	-0,224
Ansia	-0,204
Ansia fobica	-0,234
GSI	-0,233
PSDI	-0,216

Le capacità di riconoscimento di specifiche emozioni correla selettivamente con alcune scale sintomatologiche.

Conclusioni: ridotte abilità di ToM potrebbero essere alla base di sintomi diversi, indipendentemente da una diagnosi specifica.

Bibliografia

- Brune M. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005;31:21-42
- Brüne M, Brüne-Cohrs U. *Theory of mind--evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology*. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:437-55.