

GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA

ITALIAN JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY

15° CONGRESSO
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA

PSICHIATRIA 2011:
Vulnerabilità, esordi, intervento precoce

Roma, 15-19 febbraio 2011

ABSTRACT BOOK

sotto gli auspici della Fondazione Paolo Pancheri

15° CONGRESSO
a cura di
Roberto Brugnoli, Adalgisa Palma
della Società Italiana di Psicopatologia

Segreteria Scientifica

Coordinatore

Roberto Brugnoli

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

17

**MARZO
2011**

NUMERO

S1



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

Fondatori:

Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Editor-in-chief:

Alessandro Rossi

Citato in

**EMBASE - Excerpta Medica
Database**

Index Copernicus

PsycINFO

SCOPUS

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

Roma, 15-19 febbraio 2011



Finito di stampare nel mese di Febbraio 2011
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedica.it

PSICHIATRIA 2011:
Vulnerabilità e evento precoce
SESSIONI PLENARIE



15° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia



Roma, 15-19 febbraio 2011

MARTEDÌ 15 FEBBRAIO – ORE 18.00-19.00
SALA MICHELANGELO

Sessione Inaugurale

CHAIRMAN
M. Maj (Napoli)

Potential and challenges in early interventions for mental disorders

M. Rutter

Institute of Psychiatry, London, UK

The growing interest in the possibility of effective early interventions to prevent or alleviate mental disorders has been fuelled by several different sets of findings. These include evidence from several long-term, prospective, epidemiological studies showed that developmental impairments in the preschool years are significant precursors of schizophrenia spectrum disorders in adult life (but *not* of bipolar disorders or unipolar depression); that the same applies to psychotic-like manifestations in pre-adolescence; and to so-called prodromata of schizophrenia in late adolescence/early adult life. Second, research has shown the long-term, environmentally-mediated risk effects of early abuse and neglect in predisposing to adult depression and other mental disorders. Third, both home videos and prospective studies of

the baby sibs of children with an autism spectrum disorder (ASD) have shown that there are often premonitory manifestations of autism at 12 to 18 months before a diagnosis of ASD is made. Fourth, the Dunedin longitudinal study showed that a majority of mental disorders in early adult life receiving treatment were first diagnosable in childhood/adolescence. Fifth, naturalistic studies of individuals experiencing serious adversity showed that some nevertheless had a good outcome (i.e. showed resilience). Sixth, it is evident that many disorders develop on the basis of a multiphase causal pathway – with major transitions such as from the broader phenotype to autism ‘proper’; or from schizotypy to schizophrenia, or from recreational use of drugs to dependency and abuse. Seventh, there have been major developments in the field of biomarkers (using DNA, imaging and cognitive patterns) that suggested that early identification might be possible. Despite all these encouraging findings, there remain considerable conceptual, empirical, and practical/ethical challenges. These will be critically considered in the lecture, with a focus on clinical implications.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO – ORE 9.30-11.30
SALA MICHELANGELO

Sessione I: Vulnerabilità e fattori protettivi

CHAIRMAN
F. Bogetto (Torino)

The interplay between genetic and environmental factors in the development of mental disorders

P. McGuffin

MRC SGDP Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

“Classical” genetic epidemiological studies, that is, family, twin and adoption designs, have provided consistent evidence indicating moderate to high levels of heritability of most common mental disorders. However, such studies also provide the best evidence that we have of the importance of environmental contributors. Therefore the phoney debate about “nature *versus* nurture” should be at an end. The truth is that “nature *and* nurture” are both necessary and neither is sufficient in the development of mental disorders. Types of gene-environment interplay include coaction (simple additive effects), interaction (multiplicative effects) and gene environment covariation (or correlation). Recent studies have explored these using both quantitative and molecular genetic methods. There is also

mounting evidence that “environmental” effects are often mediated via epigenetic “marks” on the genome consisting of changes in DNA methylation or chromatin structure. Finally, a particular form of gene-environment interplay concerns the individual differences that occur when patients take medication. Studies of such variation, using pharmacogenetic and pharmacogenomic approaches, are beginning to yield tantalising results that can take us closer to the goal of personalised medicine where tailored and targeted treatments are directed to the needs of individual patients.

An attachment perspective on psychopathology

M. Mikulincer

School of Psychology, Interdisciplinary Center (IDC), Herzliya, Israel

Attachment theory (Bowlby, 1982/1969, 1973) was a theory of psychopathology from the start. Like other psychoanalysts,

Bowlby assumed that the explanation of disordered behavior lay somewhere in childhood, especially in early relationships with primary caregivers. However, what was unique about attachment theory was its reliance on empirical evidence and its articulation of empirically testable propositions explaining why and how early relationships contribute to mental health and psychopathology. According to our elaboration of the theory (Mikulincer & Shaver, 2007), the sense of attachment security provides the foundation for mental health and is built from repeated experiences with loving, caring, and sensitive attachment figures. In contrast, attachment insecurities, negative models of self and others, and regulatory deficits rooted in discouraging experiences with unavailable, rejecting, or neglectful attachment figures put a person at risk for psychological disorders.

In this talk I focus on the associations between attachment insecurities and various forms of psychopathology. I review studies of both clinical and non-clinical samples aimed at determining whether and how attachment insecurities relate to affective disorders, post-traumatic stress disorder, suicidal tendencies, eating disorders, conduct disorders, personality disorders, dissociative disorders, and schizophrenia. I also discuss the salutary effects of attachment security and review evidence concerning the decrease in psychopathological symptoms produced by experimentally augmented attachment security. Finally, I consider Bowlby's (1988) perspective on psychotherapy and the therapeutic effects of the formation of a secure client-therapist attachment.

Mental disorders and the social context

Paul Bebbington

Department of Mental Health Sciences, UCL, London, UK

Mental disorders are defined following similar principles to the definition of physical disorders. This involves the conceptualisation of distinct syndromes. Syndromes are essentially concatenations of symptoms, and sometimes signs, which are hypothesised to represent some consistent underlying reality. The medical method involves using them as the basis of theories of aetiology, pathology, course and treatment. However, the syndromes characteristic of mental disorders are defined primarily in terms of symptoms that are mental experiences. While physical symptoms are based on self-report, they map relatively simply on to physical signs and processes. This is not true of mental events. Moreover, mental events have intentionality, i.e. they are internal events that concern externally experienced phenomena. The external phenomena that most concern us as human beings are essentially social, and it is therefore not surprising that social contexts have a major influence on mental states, and therefore on mental disorders. This leads to the concept of the "psychosocial", which I will formulate in this presentation. The nature of external social events is ambiguous, but may be made less so by a process of consensus. Even so, they will retain an element of subjectivity, making the investigation between social context and mental states methodologically demanding. In the final part of this talk, I will illustrate how a proper social study of mental disorders can be conducted, through examples of research involving, variously, life events, traumas and social capital.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO – ORE 9.30-11.30

SALA MICHELANGELO

Sessione II: Precursori ed esordi

CHAIRMAN

G.B. Cassano (Pisa)

Moving backwards in neurodevelopment toward prevention of psychosis

T.H. McGlashan

Professor of Psychiatry, Yale University, USA

As a new psychiatrist I spent 15 years of my early career treating patients with psychotic disorders at Chestnut Lodge Hospital using psychoanalytic techniques and eventually a combination of psychotherapy and pharmacotherapy. Repeated therapeutic failure with this treatment resistant population led me back to academia and to inquiry about the nature of psychosis. These efforts ultimately taught me that psychosis is neurodevelopmentally generated, primarily somatic in nature, and largely treatment resistant when fully developed. Once convinced of the validity of this etiologic perspective, it became apparent that finding ways to prevent disorder development and severity were vital to pursue.

World psychiatry has indeed begun to explore the early stages of psychosis (schizophrenia) in order to understand more about the nature of such devastating disorders and their treatment. One set of initiatives has focused on identifying as early as possible persons who are in a first psychotic episode. A second set of initiatives has focused on identifying (and treating) persons who are prodromal, i.e., who show signs and symptoms indicating that they are at risk of developing psychosis in the near future. The goal of each initiative is to move backwards in time with persons whose brains remain neurodevelopmentally flexible such that early identification and treatment of risk might reduce chronicity, delay onset, or even prevent disorder altogether.

I have been active in both sets of initiatives and will describe each, but with extra focus on the pre-onset strategies insofar as they are the newest and in many ways the most controversial frontier.

Are childhood behavior problems risk factors for bipolar disorder?

G.A. Carlson

Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY, USA

As a child and adolescent psychiatrist, I have long been interested in childhood precursors to future bipolar I disorder. We will see that the issue is complicated. Affective and behavioral symptoms in children at familial risk for BP may portend significantly impairing bipolar I disorder. However, while they may be precursors to bipolar disorder, these behavior problems could be harbingers of disorders comorbid with BP or they could be transient developmental deviations from the norm. If schizophrenia is any example, many years elapse between the onset of non-specific behavioral disturbance, development of idiosyncratic thoughts and perceptions, and ultimate psychosis. The relationship of behavioral symptoms and the eventual development of psychosis is much more easily demonstrated once the person has developed the disorder than prospectively anticipating who will develop it.

Although we cannot yet divide who of those with at risk will become ill, there are data on interventions that at least don't hasten the onset, and may delay it. Given the long age of risk for Bipolar disorder, it will be impossible to say we've prevented it.

Precursors and early manifestations of anxiety disorders

D. Pine

National Institute of Mental Health Intramural Research Program, Mood and Anxiety Disorders Program, Bethesda, USA

Research on anxiety carries significant implications for integrative clinical neuroscience. This presentation focuses on the relevance of anxiety-related neuroscience research for developmental approaches to clinical neuroscience. Prior work is reviewed in three areas. First, data is reviewed very briefly on developmental manifestations of anxiety, which reveal predictive relationship between early anxiety and later mood or anxiety disorders. Second, data is reviewed only slightly more deeply on efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and cognitive behavioral psychotherapy (CBT). Third, data is reviewed in most depth from affective neuroscience. Anxiety predicts both later anxiety and later major depression. These two groups of conditions, in turn, respond to SSRIs and CBT, with treatment generally exerting stronger effects in anxiety than depression. Taken together, these sets of findings suggest the importance of examining neural circuitry impacted by SSRIs and CBT. Finally, neuroscience research on attention and on fear learning generates ideas for novel therapeutics. Specifically, work on attention provides insights for computer-based attention retraining therapies that might treat anxiety. Similarly, work on extinction generates ideas about how to use knowledge of fear learning to prevent anxiety. In conclusion, research on anxiety demonstrates the manner in which longitudinal, treatment, and neuroscience research informs developmental clinical neuroscience research.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 9.30-11.30

SALA MICHELANGELO

Sessione III: Prevenzione ed interventi precoci

CHAIRMAN

A.C. Altamura (Milano)

Preventing the onset of mental disorders: possibilities and challenges

P. Cuijpers

Clinical Psychology, VU University, Amsterdam, Netherlands

The public health significance of mental disorders is high. Common mental disorders such as depression, anxiety and substance use disorders are highly prevalent, and are associated with considerable loss of quality of life and huge economic costs. Treatments can reduce the disease burden of mental disorders only to a limited extent. A growing number of studies has examined the possibilities to prevent the onset of mental disorders. In this presentation, the results of this research field will be described, its weaknesses and strengths, and the challenges for the future. First, we will describe what prevention is, and why it is important. We will also describe new techniques to identify the optimal target populations for prevention. Then we will give an overview of the research examining the possibilities to prevent the onset of

mental disorders. Results of meta-analysis in this field suggest that it may be possible to prevent or delay the onset in some cases. Finally, we will describe the possibilities to apply preventive interventions in routine care, and we will describe stepped-care models for prevention, as well as the possibilities of Internet-interventions and psychoeducational prevention in primary care. We will also discuss the limitations of the research that has been conducted, as well as the challenges for future research.

Early intervention in psychiatry: lessons from psychosis

P.D. McGorry

University of Melbourne and Orygen Youth Health and Orygen Youth Health Research Centre in Victoria, Australia

Mental and substance use disorders are the key health issue for emerging adults, which if persistent, may constrain, distress and disable for decades. Epidemiological data indicate that 75% of

people with mental disorders have an age of onset by 24 years of age, with new onsets peaking in the early twenties. In recent years, a worldwide focus on the early stages of psychotic disorders has improved understanding of these complex disorders and their outcomes. This reform paradigm has also illustrated how a staging model may assist in interpreting biological data and refining diagnosis and treatment selection. We now have a strong evidence base supporting early intervention in psychosis including robust cost effectiveness data and growing evidence that intervention even prior to full expression of the psychosis phenotype is feasible and effective. This paradigm can now be extended to mood and other major mental disorders. Furthermore the critical developmental needs of emerging adults are poorly met by existing service models. Young people need a different culture of service provision to engage with and benefit from interventions. The need for structural reform and a new research agenda is clear.

Prevention and early intervention for eating disorders

E. Stice

University of Texas at Austin, USA

The objective of this presentation will be to describe empirically supported prevention and early interventions for eating disorders. Clinicians have developed universal prevention programs

for unselected populations, selective prevention programs for individuals at elevated risk for developing eating disorders (e.g., those with body dissatisfaction), and indicated prevention programs for delivery to individuals with early symptoms of eating disorders (e.g., those with subthreshold levels of eating pathology). Results from a meta-analytic review of eating disorder prevention programs will be presented, with a focus on participant, intervention, and design features associated with larger intervention effects. Results indicate that larger intervention effects occurred for programs that were (a) selected or targeted (versus universal), (b) promoted body acceptance, (c) used dissonance-induction procedures to reduce attitudinal risk factors, (d) lacked educational content, (e) interactive (versus didactic), (f) multisession (versus single session), (g) solely offered to females (versus both sexes), (h) offered to participants over 15 years of age (versus younger ones), and (i) delivered by professional interventionists (versus endogenous providers). Universal, selective, and indicated prevention programs with the strongest empirical support are highlighted, with a focus on dissonance-based prevention programs that currently have the strongest evidence base from independent laboratories. Important gaps in the literature will also be identified, such as, how to make the most efficacious programs even more efficacious, the importance of conducting effectiveness trials with the most promising prevention programs, whether it is possible to simultaneously prevent eating disorders and obesity, and how to best disseminate empirically supported prevention programs.

SABATO 19 FEBBRAIO – ORE 9.30-11.30

SALA MICHELANGELO

Sessione IV: Salute mentale di comunità

CHAIRMAN

G.F. Placidi (Firenze)

Early intervention for mental disorders in the community: barriers and opportunities

M. Birchwood

School of Psychology, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, UK

Public health and prevention is assuming a pre-eminent position in the landscape of healthcare in the UK, including mental health. The outgoing government outlined a number of frameworks for this including the 'New Horizons' (2009) in mental health report and the linked public mental health framework 'Confident Communities, Brighter Futures. A framework for developing well-being (2010); and the 'Foresight' report on developing the mental capital of citizens (2009). The common theme here is the realisation that the overwhelming majority of 'adult' mental health problems begin in adolescence and greater understanding of the key risk and resilience factors in young people that may be translated into a preventive framework; together with improved understanding of which groups of young people are at 'high risk'

of developing mental health problems. Together these data provide sufficient rationale to support the development of a serious preventive public mental health strategy. YouthSpace is such a programme developing in Birmingham, UK that was highlighted in the 'New Horizons' framework. The aims and function of YouthSpace is outlined together with the literature on the risk factors for, and early development of, mental health problems.

Future direction in suicide prevention in young people

D. Shaffer

Director Division of Child Psychiatry, Columbia University, New York, USA

This lecture aims to review the relative benefits and costs of the more commonly used approaches that have been recommended or tried to prevent suicide in adolescents. It will discuss, with reference to effectiveness and cost, the value of interventions designed to reduce the incidence of an uncom-

mon condition. Such methods include enhancing problem-solving skills; promoting participation in effective treatment, focusing on the factors that increase a propensity to commit suicide either through case-finding – either by advertising or education – or programs designed to reduce stigma; early identification of risk states by direct screening; educating professionals about appropriate and effective interventions and destigmatization programs; modifying the environment during moments of suicide intent by method control; influencing media on how to minimize the risk of provoking suicidality; and developing crisis services when the urge to commit suicide is at its most intense. Primary prevention is not currently an option. Broad mental-hygiene approaches, including training in coping skills and enhancing emotional regulation, remain controversial and unproven. Method control and crisis intervention address the moments of acute suicidality, but we need to know more about whether a youth in that state can take advantage of those interventions. I will conclude that case-finding and appropriate treatment are the most conservative, but most promising, avenues for youth suicide prevention.

The collaboration between psychiatrists and general practitioners in the early recognition of mental disorders

A. Tylee

Department of Population & Health Service Research, King's College, London, UK

This talk will contain a review of the different models of collaboration that have developed between general practitioners and psychiatrists in different settings with particular reference to the treatment of common mental disorders from a general practitioner's perspective. Some reference will be made to current changes in the commissioning of care in the UK, where GPs are becoming responsible for commissioning care from mental health providers.

How GPs and psychiatrists can work together to achieve early recognition will be discussed with particular emphasis on comorbid physical conditions and depression and anxiety using coronary heart disease as an example from a five year research programme entitled UPBEAT, funded by NIHR to improve the care of people with coronary heart disease and depression. The range of psychosocial needs of patients with both conditions will be described and the views of GPs on how best to meet those needs together with mental health professionals, using a case management personalized approach.

PSICHIATRIA 2011:
Vulnerabilità e intervento precoce
SIMPOSI SPECIALI



15° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia



Roma, 15-19 febbraio 2011

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MICHELANGELO

SS1. Psicopatologia degli esordi psicotici

COORDINATORI:

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

First person perspective in the beginning schizophrenia

J. Parnas

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

Since the beginning of the schizophrenia concept, prominent psychopathologists linked its conceptual validity to a characteristic and peculiar Gestalt, which, however, resisted attempts of specification.

Recent research in phenomenologically oriented psychiatry has described the generative core of this Gestalt as being linked to the instability of the structures of consciousness, in particular, the disorders of first person perspective and of self-presence with consequential estrangement from the world and the others. This contribution will address theoretical, empirical, and pragmatic consequences of this view, focusing on diagnostic and etiological issues.

Update of psychosis treatment in Germany. A model of integrated care

J. Gallinat

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

About 20% of the patients with the diagnosis schizophrenia have complex medical and psychosocial needs and are very high intensity users of hospital emergency departments in Germany. Their care is often poorly coordinated and expensive resulting in a portion of cost of 60-80% in schizophrenia care.

Social and health resources are available but insufficiently coordinated. The talk presents a health care model recently established in the urban area of Hamburg and Berlin focusing on chronic and severe mental disorders including schizophrenia. Assertive community teams with a high professional standard, high availability and favourable physician/patient ratio shift the therapeutic setting from inpatient to outpatient care. Data on medical, psychosocial and economic outcome of the model are presented and implications for future care systems are discussed.

Riflessioni sull'esordio psicotico

F.M. Ferro

Istituto di Psichiatria, Università "G. d'Annunzio" di Chieti

La psicopatologia ha, dalla sua fondazione ottocentesca, seguito varie linee di approfondimento. Dalla impostazione psichiatrici-

ca classica, volta ad evidenziare categorie diagnostiche precise sulla base di fenomeni oggettivabili, si è spostata l'attenzione ai vissuti soggettivi ed ai conflitti interiori, che la psicoanalisi ha contribuito a delineare in maniera dinamica. Nei corsi e ricorsi storici, tuttavia, si è mantenuta costante la difficoltà di conciliare l'ambito oggettivo con quello soggettivo.

La necessità clinico-terapeutica di classificare le patologie si è sempre scontrata con l'esplorazione profonda dei vissuti soggettivi e, dunque, delle differenze interindividuali. Tali problemi si sono rivelati particolarmente intensi nell'ambito dello studio delle psicosi.

Alla luce della necessità di effettuare una revisione del concetto psicopatologico di psicosi, appare fondamentale lo spostamento di interesse dall'oggettivo al soggettivo e dalla manifestazione clinica conclamata agli esordi. Questo non solo al fine di effettuare una prevenzione secondaria e conseguenti scelte terapeutiche più adatte all'individuo, ma anche ai fini della ricerca degli aspetti specifici della patologia psicotica, nella convinzione che essi siano espressione diretta del suo nucleo patologico. Lo studio delle fasi prodromiche e degli esordi della psicosi assume quindi un'importanza maggiore, in quanto può contribuire alla riformulazione teorica della patologia psicotica e alla ricerca di eventuali correlati anatomico-funzionali della stessa.

Vengono discussi i possibili ambiti di ricerca in cui l'indagine sugli aspetti nucleari della psicosi può avvalersi delle moderne tecnologie di neuroimaging.

Psicopatologia e clinica dei disturbi psicotici acuti transitori

C. Maggini

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

La provvisorietà diagnostico-nosografica aleggia sul concetto di psicosi acute: la diagnosi di disturbo psicotico breve (DSM-IV) o di disturbo psicotico acuto transitorio (ICD-10) non chiude il discorso diagnostico suscettibile di essere riaperto in ogni momento del decorso. Solo il decorso può consentire infatti di chiudere il discorso diagnostico (molti pazienti guariscano ed eventualmente ricadono con simili presentazioni psicotiche, altri vanno incontro ad una psicosi schizofrenica o schizoaffettiva o a un disturbo dell'umore).

L'incerto statuto nosologico di questi disturbi rende conto delle loro concettualizzazione come schizofrenia a buona prognosi, disturbi dell'umore, componenti di un continuum psicotico e come "terza psicosi".

La presentazione si interroga sul contributo che l'analisi psicopatologica fenomenologica può dare alla risoluzione di queste diatribe diagnostico-nosografiche.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011– ORE 11,40-13,40
SALA TIZIANO

SS2. Geni, ambiente e psicosi: dai modelli animali all'uomo

COORDINATORE
M. Nardini (Bari)

Genes, environment and schizophrenia

R.M. Murray

Institute of Psychiatry De Crespigny Park, London

It has long been known that there is a genetic predisposition to schizophrenia. Molecular genetic studies suggest that perhaps 30% of variance is due to the additive effects of multiple genes of small effect; very recent evidence indicates that copy number variants may account for 5%. The risk-increasing effect of obstetric complications is well known as is the excessive use of stimulant drugs and cannabis also increases risk of schizophrenia. Finally there is increasing evidence implicating exposure to adverse social factors including migration, urbanisation, and childhood maltreatment; it is suggested that such factors may have in common the experience of social defeat. The task now is to understand how all these disparate effects influence the risk of schizophrenia. One possibility is that all ultimately induce striatal dopamine dysregulation which appears to be the final common pathway underlying psychotic symptoms.

Imaging genetics in schizophrenia

T. Kircher

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Germany

Aetiological models of schizophrenia implicate interactions of genetic variants and environmental factors that elevate the risk for the disorder. The heritability in liability to schizophrenia is estimated at about 50-80%. In a series of own studies with a large number of subjects, the influence of single genetic variants on behaviour ($n > 500$ subjects), brain structure and function ($n = 101$) was investigated. Among the variants tested were SNPs in *NRG1*, *DTNBP1*, *ZNF*, *G72* and *CACNA1C*. For several variants, an influence on behavioural variables such as verbal fluency and executive functioning could be detected. In addition, several variants e.g. in *NRG1*, *G72* and *DTNBP1* showed an influence on neuroticism and schizotypal personality. During fMRI scanning, subjects performed several cognitive tasks tapping into domains like working memory, verbal fluency, episodic memory encoding and retrieval and attention. During these tasks, carriers of the minor alleles in a number of susceptibility genes exhibited differential activations in prefrontal, temporal and parietal regions that were also found to be differentially activated in patients with schizophrenia in independent studies. Voxel based morphometry (VBM) analyses revealed differences in brain structures such as the amygdala in carriers of minor alleles in *NRG1*. Diffusion tensor imaging (DTI) could show an overlay of middle temporal hyperactivations found during a semantic fluency task in minor allele carriers of *DTNBP1* that was accompanied by reduced fractional anisotropy in the same region.

The data show that single susceptibility variants for schizophrenia exert an influence on behaviour and neural systems that can be detected in healthy subjects. These results could possibly shed more light on the pathogenetic mechanisms underlying the aetiology of psychiatric disorders and might lead to novel insights into diagnosis, classification and therapeutic strategies in the schizophrenias.

Modificazioni genetiche e funzioni cognitive in modelli murini: implicazioni per la schizofrenia

F. Papaleo

Dipartimento di Neuroscienza e Brain Technologies, Istituto Italiano di Tecnologia, Genova

Specifici disturbi cognitivi, in particolare quelli che dipendono dalla corteccia prefrontale, sono tra i sintomi presenti con grande frequenza nei pazienti con schizofrenia. L'eziologia della schizofrenia è complessa e comprende sia fattori genetici che ambientali. In particolare, negli ultimi anni sono stati identificati diversi geni che conferiscono rischio per la schizofrenia (tra cui *COMT*, *disbindina*, *neuregulina*, *BDNF*, ecc.). Nonostante ciò, studi clinici non hanno fornito risultati chiari a causa di complesse interazioni di diversi polimorfismi presenti nelle popolazioni studiate, eterogeneità genetica e variabilità clinica. In questo senso, topi geneticamente modificati per specifici geni che conferiscono rischio per la schizofrenia costituiscono uno strumento estremamente utile per studiare i meccanismi genetici e molecolari che portano all'insorgenza di specifici disturbi psichiatrici e cognitivi. Dal punto di vista terapeutico questi modelli murini consentono inoltre di valutare l'efficacia di trattamenti farmacologici per i deficit cognitivi e/o sintomi presenti nella schizofrenia causati da specifiche modificazioni genetiche.

Interazioni geni ambiente su fenotipi cerebrali di schizofrenia

A. Bertolino

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

Il rischio di ammalarsi di schizofrenia è fondamentalmente spiegato da fattori genetici. Il ruolo di fattori ambientali non è trascurabile. L'epigenetica è la regolazione reversibile di varie funzioni genomiche che occorrono indipendentemente dalla sequenza di DNA e che è mediata da metilazione del DNA e della struttura della cromatina. Questi meccanismi di regolazione epigenetica sono coinvolti nella quantità, nella regionalità e nella regolazione temporale dell'espressione genica. Diversi studi in animali hanno dimostrato che la metilazione è sensibile a vari fattori ambientali quali lo stress e il comportamento materno. Pertanto, la valutazione dello stato di metilazione di

specifici geni potrebbe rappresentare uno strumento per valutare in termini biologici l'interazione tra geni e ambiente con il loro effetto sul rischio di varie malattie del cervello. Il polimorfismo Val¹⁵⁸Met del gene della Catecol-O-Metiltransferasi (COMT) ha ricevuto molta attenzione in psichiatria perché, modificando la cinetica e l'espressione della proteina, ha importanti effetti sulla dopamina prefrontale, su fenotipi cognitivi e di attività prefrontale nonché sulla sensibilità a stress e dolore. Allo stesso tempo, questo polimorfismo ha un effetto sul rischio di schizofrenia interagendo con l'uso di cannabis durante l'adolescenza, dimostrando un'interazione gene ambiente. In studi recenti in

soggetti sani abbiamo valutato in linfociti la metilazione del gene COMT in diverse posizioni e abbiamo dimostrato che: lo stress aumenta la metilazione dell'allele Val¹⁵⁸; la percentuale di metilazione nei soggetti ValVal è correlata a performance di working memory; la percentuale di metilazione in interazione con lo stress modula l'attività prefrontale durante working memory nei soggetti; la percentuale di metilazione è correlata sia all'espressione che ai livelli di proteina della isoforma cerebrale di COMT suggerendo un meccanismo molecolare per gli effetti misurati in vivo. Questi risultati potrebbero aprire un nuovo campo di indagine per valutare l'interazione geni ambiente su specifici fenotipi

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA RAFFAELLO

SS3. Durata di malattia, durata di malattia non trattata ed esito clinico

COORDINATORE
A.C. Altamura (Milano)

What can treatment for mental disorders change? From Hollywood to successful symptom management

H.U. Wittchen

Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technical University of Dresden, Germany

In absence of perfect causal aetiological models and only partial knowledge about the core aetiological factors it would be more than surprising if we would expect that mental disorders could be cured. Further complicating factors include the heterogeneity of expressions of mental disorders over time and by age, the range of complications and consequences resulting from mental disorders as well as and individually highly variable social contexts. Although all of us clinicians have probably single patient examples, where we consider ourselves to have had "impressive success" in helping patients to have a successful and satisfying life ultimately, it might be more than fair to state that these cases remain remarkable exceptions.

Thus the question arises, what might be reasonable and empirically based benchmarks that might guide us in setting - generally across diagnostic groups as well as by diagnosis and individual factors appropriate goals and expectations in our treatments?

This presentation will review the natural course, core developmental features and critical trajectories of several untreated mental disorders in the community, highlighting the spontaneous course and outcome patterns and contrasting them with established efficacy measures from controlled trials. The presentation will emphasize the typically long (sometimes lifelong) highly complex clinical developmental pathways of mental disorders, comorbidity within symptom progression models as well as interactions with consequences of symptoms. It is concluded that the effect of our current treatments remain typically quite limited, by only providing temporally quite limited symptom relief by decreasing symptom severity and duration of symptoms. Best possible outcomes are likely to differ by age and even in its most successful variants might as best result in longterm successful symptom management rather than cure.

Influence of duration of untreated illness on treatment response and overall clinical outcome in depressed patients

D. Baldwin

Clinical Neuroscience Division, University of Southampton, Southampton, UK

Greater duration of untreated illness (DUI) is known to be associated with poorer clinical outcomes among patients with schizophrenia. The influence of untreated illness duration on outcomes in patients with mood and anxiety disorders is less certain, although accumulating evidence suggests a similar association, to that in non-affective psychosis¹.

Naturalistic studies in Italian patients indicate that longer delay (more than 12 months) in starting antidepressant treatment is associated with an earlier onset and a longer duration of illness, a higher number of recurrences, and a greater chance of subsequent comorbid mental disorders^{2,3}. Furthermore, in a recent Spanish study, the likelihood of responding to antidepressant treatment was significantly lower in patients with a longer duration (more than eight weeks) of untreated depressive episodes, particularly so among patients experiencing a first episode⁴. The adverse effect of longer DUI on overall response and symptomatic remission was also seen in Japanese outpatients experiencing their first depressive episode, treated with fluvoxamine⁵.

The exact nature of the relationship between DUI and outcome in patients with schizophrenia remains controversial: for example, it has been argued that poorer outcomes with longer DUI may simply reflect the characteristics of the episode, rather than result from the delay in treatment⁶. In depressed patients the influence of potential confounding factors such as symptom severity (including reduced insight and psychotic symptoms), comorbidity with other mental disorders or physical illness, and adequacy of treatment has not been determined, and understanding whether this influence is important depends upon the findings of large-scale and detailed prospective studies.

References

- ¹ Altamura AC, Camuri G, Dell'Osso B. *Understanding the role of the duration of untreated illness in psychiatric disorders: a narrative review*. Riv Psychiatr 2010;45:197-208.
- ² Altamura AC, Dell'Osso B, Mundo E, et al. *Duration of untreated illness in major depressive disorder: a naturalistic study*. Int J Clin Pract 2007;10:1697-700.
- ³ Altamura AC, Dell'Osso B, Vismara S, et al. *May duration of untreated illness influence the long-term course of major depressive disorder?* Eur Psychiatry 2008;23:92-6.
- ⁴ de Diego-Adelino J, Portella MJ, Puigdemont D, et al. *A short duration of untreated illness (DUI) improves outcomes in first-depressive episodes*. J Affect Disord 2010;120:221-5.
- ⁵ Okuda A, Suzuki T, Kishi T, et al. *Duration of untreated illness and antidepressant fluvoxamine response in major depressive disorder*. Psychiatry Clin Neurosci 2010;64:268-73.
- ⁶ Owens DC, Johnstone EC, Miller P, et al. *Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk*. Br J Psychiatry 2010;196:296-301.

Percorsi di cura e durata della psicosi non trattata in pazienti con schizofrenia all'esordio

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

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

La durata di psicosi non trattata (DUP), intesa come il ritardo tra la comparsa dei sintomi psicotici e il primo trattamento adeguato, rappresenta uno dei fattori più importanti di esito della schizofrenia. I pazienti con DUP superiore a un anno hanno un rischio di ricadute tre volte maggiore, una peggiore risposta ai trattamenti e un funzionamento sociale più scadente rispetto ai pazienti con DUP minori. La DUP è influenzata da diversi fattori, quali la modalità di comparsa dei sintomi, l'età di esordio, l'uso di sostanze, lo stigma e l'accessibilità ai servizi psichiatrici.

Nel nostro campione, costituito prevalentemente da pazienti giovani (26 anni \pm 5,4), di sesso maschile (69%), single (86%) e disoccupati (64%), abbiamo indagato: a) i percorsi di cura e gli interventi ricevuti dai pazienti con schizofrenia all'esordio; b) la durata di psicosi non trattata; c) l'associazione tra la DUP e le principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.

La DUP è risultata, in media, di 28,5 settimane (\pm 49,2), con ampie variazioni dovute al contesto socio-culturale di riferimento. Prima di rivolgersi ad uno psichiatra, l'86% dei pazienti ha contattato altri operatori, soprattutto medici di base (50%), neurologi (21%) e psicologi (15%). Al primo contatto sanitario, i pazienti sono stati trattati con antipsicotici (24%), ansiolitici (7%) o antidepressivi (3%); il 35% ha ricevuto un intervento esclusivamente psicoterapico, mentre il 31% non ha ricevuto alcun trattamento. Il primo contatto con i servizi di salute mentale è stato mediato, nel 71% dei casi, dalla famiglia; per il 43% dei pazienti si è reso necessario il ricovero, più spesso (29%) in TSO.

Le strategie per ridurre la DUP devono tener conto del fatto che molto spesso i pazienti con schizofrenia all'esordio si rivolgono ad operatori diversi dagli psichiatri. Programmi di formazione specifici per questi operatori, associati a campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale, potrebbero garantire un accesso più precoce dei pazienti con schizofrenia ai servizi di salute mentale.

Durata di malattia, durata di malattia non trattata ed esito clinico

A.C. Altamura

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

La durata di malattia non trattata (DUI), intesa come l'intervallo di tempo tra l'esordio di uno specifico disturbo psichiatrico e l'impostazione del primo trattamento farmacologico adeguato¹, è stata sempre più studiata come predittore di esito in diverse patologie, in particolare nel campo della schizofrenia e degli esordi psicotici in genere. Nell'ultimo decennio lo studio di tale variabile è stato esteso anche ai disturbi affettivi, dove recenti evidenze scientifiche hanno riportato, come per i disturbi psicotici, un'associazione tra una lunga DUI ed un peggior outcome.

Lo studio delle cause e delle conseguenze della DUI è di una certa rilevanza per diversi motivi, a partire dal fatto che tale variabile è potenzialmente modificabile² e che la riduzione della stessa potrebbe influenzare positivamente il decorso di diverse patologie mentali. Inoltre, una correlazione tra DUI e decorso potrebbe contribuire a chiarire le alterazioni neurobiologiche che hanno luogo con il progredire della patologia stessa. È infatti noto come una lunga durata di malattia si associ ad una serie di alterazioni morfologiche cerebrali. Nella schizofrenia, una lunga DUI è parsa associata a deficit volumetrici corticali e sottocorticali, verosimilmente su base eccitotossica da glutammato o sulla base di un danno neuronale indotto da glucocorticoidi. Anomalie neuroanatomiche che procedono di pari passo con la malattia sono state riscontrate anche nei disturbi dell'umore, in particolare a livello delle regioni corticali frontali e di alcune aree del sistema limbico.

Per quanto attiene la relazione tra DUI ed outcome, nella schizofrenia è emersa un'associazione tra una lunga latenza ai trattamenti farmacologici ed una maggior gravità del quadro clinico, un maggior numero di ricorrenze ed un rischio suicidario più elevato¹. Nel disturbo depressivo maggiore (DDM) e nel disturbo bipolare (DB) una lunga DUI è stata associata ad un esordio più precoce, una più lunga durata di malattia, un maggior numero di recidive e un rischio più significativo di cronicizzazione; inoltre, nella DDM è emersa anche una più frequente comorbidità con disturbi di Asse I e nel DB più frequenti ospedalizzazioni ed un maggior rischio suicidario¹. Infine, nei disturbi d'ansia è stata osservata un'associazione tra una lunga DUI ed una peggior risposta alle terapie psicofarmacologiche, oltre che una più frequente comorbidità psichiatrica nel disturbo di panico e nel disturbo d'ansia generalizzato (GAD); sempre nel GAD, tra una lunga DUI, un'età di esordio più precoce e una più lunga durata di malattia; infine, tra una lunga DUI ed un peggior outcome nel disturbo ossessivo-compulsivo.

Alla luce di tali evidenze e al fine di ridurre la latenza ai trattamenti, l'interesse della comunità psichiatrica si sta focalizzando sugli interventi precoci, al fine di prevenire lo sviluppo della patologia, effettuare una diagnosi/un trattamento precoce e di minimizzare la disabilità e il rischio di cronicizzazione nel lungo-termine.

Infine, sarebbe interessante i dati attinenti la DUI con la durata di malattia stessa, al fine di valutare in che modo le due variabili possono essere in grado di condizionarsi a vicenda.

Bibliografia

- ¹ Altamura AC, Camuri G, Dell'Osso B. *Understanding the role of the duration of untreated illness in psychiatric disorders: a narrative review*. Riv Psichiatr 2010;45:197-208.
- ² Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, et al. *Prevention of negative*

symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. Arch Gen Psychiatry 2008;65:634-40.

- ³ Goldberg JF, Ernst CL. *Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder*. J Clin Psychiatry 2002;63:985-91.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA TINTORETTO

SS4. Fattori di rischio, prevenzione ed intervento precoce nei disturbi del comportamento alimentare

COORDINATORE
P. Monteleone (Napoli)

A neuroscience model for anorexia nervosa and its clinical application

B. Lask

Gt. Ormond St Hospital for Children, London, UK

Anorexia nervosa is a severe and life threatening condition, manifested by an excessive preoccupation with weight and shape, distorted body image and determined and persistent weight loss. The causation is complex and includes psychological, social and neuro-biological factors.

Neuroimaging and neuropsychological studies from our research group, and from those of others, have indicated an abnormality in brain function that appears to predate the onset of the illness. We believe this reflects an underlying neurobiological substrate that forms the basis of the development and maintenance of the illness. Using this empirical evidence, we have developed a neurobiological hypothesis to explain the common features of anorexia nervosa.

This presentation aims to give an accessible overview of the research leading to this hypothesis, so that colleagues not otherwise immersed in the neurosciences can participate in the debate. It describes the journey towards a testable model of this hypothesis, and shares how emerging neuroscience knowledge is revolutionising our understanding and treatment of young people with anorexia nervosa.

Hot and cold cognition in anorexia nervosa (AN): what we know and what could be translated in treatment?

K. Tchanturia

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

Inflexible thinking and extreme attention to detail are possible maintaining factors in anorexia nervosa (AN), and is likely to affect treatment outcomes (Tchanturia et al., 2005; Schmidt and Treasure, 2006). In terms of "cold cognitions" poor flexibility and weak central coherence are relatively robust findings (e.g. Roberts et al., 2007; Lopez et al., 2008 systematic reviews). "Hot" cognition or social cognition, however, is relatively less

explored experimentally although clinical observations and self report literature allows us to conclude that people with AN have problems in recognising and labelling own emotions, regulating and expressing emotions (Oldershaw et al., 2010; Davies et al., under review).

This presentation will outline recent main findings from the Maudsley eating disorder group which allow us to provide some insights into which research findings could be translated in treatment interventions and how they could be done so. A case series, for example, was successfully piloted using a Cognitive Remediation intervention (Tchanturia et al., 2008). The main focus of the intervention involves reflecting on own thinking styles, exploring alternative ways of thinking and applying to real life behaviours. A psychological intervention addressing affective cognition is currently under development.

Stress prenatale, complicanze ostetriche e infezioni perinatali come fattori di rischio nell'anoressia nervosa

A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Vari tipi di esposizione prenatali e perinatali sono associati ad alterazioni del neurosviluppo e rappresentano quindi potenziali fattori di rischio dei disturbi psichiatrici. Tra le complicanze perinatali particolare importanza hanno le complicanze che causano potenziali danni ipossici e i ritardi di crescita fetale (o dismaturità). Altre esposizioni prenatali che hanno dimostrato un ruolo patogenetico in malattie psichiatriche vi sono le infezioni virali, la malnutrizione materna, e lo stress in gravidanza.

Esistono varie evidenze di un ruolo di questi fattori nella eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare. Le complicanze che causano danni potenzialmente ipossici sono associate con un più alto rischio di sviluppare anoressia nervosa, con una peggior prognosi a lungo termine, e con una maggiore presenza, nelle pazienti con anoressia nervosa, di deficit delle funzioni visuo-spaziali. Il ritardo di crescita fetale e la dismaturità neonatale sono associate con una maggior rischio di sviluppare sia anoressia nervosa che bulimia nervosa, con una

maggior ansia anticipatoria, una minore risposta ai trattamenti convenzionali, ed una maggior vulnerabilità allo stress. Anche l'esposizione materna a eventi stressanti potrebbe rappresentare un fattore di rischio per l'anoressia nervosa, essendo significativamente più riportata dalle madri di pazienti con anoressia rispetto alle madri di soggetti di controllo (OR = 2,4). Gli eventi stressanti in gravidanza sono a loro volta associati con un più alto numero di complicanze in gravidanza e con la dismaturità neonatale, con una maggior ansia anticipatoria (sia nei casi che nei controlli), e con maggior difficoltà visuo-spaziali nei soggetti con anoressia nervosa.

Fattori di rischio genetici nei disturbi del comportamento alimentare

P. Monteleone

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

L'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) sono disturbi psichiatrici per i quali si suppone un'etiopatogenesi multifattoriale con una componente genetica, verosimilmente responsabile della trasmissione di una vulnerabilità biologica per le due sindromi. Negli ultimi 10 anni, diverse varianti polimorfe dei geni codificanti molecole coinvolte nella modulazione del comportamento alimentare e nella regolazione di dimensioni psicopatologiche correlate con i due disturbi alimentari sono state oggetto di studi di asso-

ciazione caso-controllo. I risultati sono stati spesso incongruenti, verosimilmente a causa delle differenze e dei limiti metodologici tra i vari studi come, per esempio, le piccole dimensioni dei campioni, l'eterogeneità etnica delle popolazioni studiate, la mancanza di correzioni statistiche per analisi multiple, l'adozione di differenti criteri diagnostici e la stratificazione delle popolazioni. Inoltre, gli effetti dei fattori di rischio ambientali sull'espressione genica sono stati finora completamente trascurati.

Sebbene, al momento non sia stata fornita alcuna prova convincente dell'associazione di geni specifici con l'AN e la BN, il gene per il recettore *5-HT_{2A}* e quello per il *BDNF* sembrano essere candidati promettenti nell'AN, giacché varianti polimorfe di questi geni sono stati trovati abbastanza regolarmente, sebbene non specificamente, collegate con il sottotipo restrittivo dell'AN in studi con ampi campioni. Il secondo dato interessante derivante dagli studi di associazione genetica è che, sia nell'AN sia nella BN, varianti polimorfe di geni candidati sono state spesso trovate associate con tratti fenotipici dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) piuttosto che con le singole sindromi. Si suppone che l'eterogeneità fenotipica dei DCA rappresenti la principale variabile responsabile dei risultati contraddittori e, a tutt'oggi, non conclusivi. Studi futuri dovranno focalizzarsi su sottogruppi più omogenei di pazienti e, soprattutto, dovranno considerare l'esistenza di possibili endofenotipi. Inoltre, dovranno essere incoraggiati studi collaborativi multicentrici allo scopo di raccogliere campioni più ampi di pazienti con un più affidabile potere statistico.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MICHELANGELO

SS5. Dolore mentale e suicidio: considerazioni teoriche e cliniche

COORDINATORE

F. Gabrielli (Genova)

Narcissistic trauma and suicide

E. Ronningstam

Harvard Medical School Psychologist, McLean Hospital

Certain stressful life events become traumatic and life-endangering as they evoke narcissistic vulnerability. Intolerable affects and sensitivity to failure and defeat challenge narcissistic self-regulation and efforts to maintain internal control. While people with pathological narcissism or narcissistic personality disorder have severe vulnerability, even relatively well functioning individuals can in specifically challenging situations experience a loss of central organizing fantasies, ideals or of supportive and protective functions associated to the external other or the internalized object. The internal meaning of the external event become traumatic as it can threaten or damage sustaining experiences and functions of self and others.

This paper focuses on identifying the nature and function of the suicide provoking internal narcissistic trauma, i.e., the acute internal state that threatens the individual's sense of continuity, coherence, stability and wellbeing. The experience of an outside stressful or challenging event, the narcissistic meaning of such event, and the accompanying degree of suffering or disorganization, are highly dependent upon the individual's internalized representations, ability for self-regulation and affect tolerance.

Studies have proved that pathological narcissism is connected to suicide with higher risk for lethality. Due to the narcissistic individuals' often interpersonally provocative clinical presentation, absence of depression and limited disclosure of their inner functioning, overwhelming internal narcissistic traumas can be bypassed. This paper will identify several central aspects of narcissistic trauma that can aggravate suicide, i.e., perfectionism, loss of internal control, loss of ideals, intolerable affects and emotional dysregulation.

Formulating risk for suicide: can we reasonably assess imminent risk?

A.L. Berman

International Association for Suicide, Prevention and Executive Director, American Association of Suicidology, Washington, USA

Over the past half century, a great deal has been learned about suicide risk. At a minimum, there are more than sixty variables with an evidence-base to associate them with increased risk for suicide. These range from diagnosable psychiatric disorders, to significant medical conditions, to historical markers, and various symptoms and behaviors indicative of acute psychological pain, dysfunction, and distress.

Mental health professionals have a duty to assess risk of suicide in patients presenting to them. In many countries in the developed world, clinicians are held legally responsible should they be found negligent in the assessment of imminent risk, where that finding of negligence can be proximately tied to injuries (typically death) suffered by a patient due to an intentional (suicidal) act. An understanding of how to formulate levels of risk is essential to accomplishing that duty, as a proper formulation of risk underlies treatment planning and disposition, notably whether the clinician is compelled to intervene to prevent suicide. Unfortunately, most clinicians are not systematically taught how to reasonably and appropriately accomplish this function. One tragic outcome of this problem is that clinicians over-rely on the presence (versus absence) of suicide ideation and, if present, ideation characterized as active (versus passive) as the cardinal indicator of imminent risk.

This presentation will review the theoretical, clinical, and legal issues inherent in our understandings of the concept of imminent risk and the process of imminent risk formulation within a research-based understanding of acute (versus chronic) risk for suicidal behavior.

Il ruolo del dolore psicologico nella fenomenologia del suicidio

M. Pompili

Sapienza Università di Roma, Harvard Medical School, USA

Il concetto di intersoggettività è spesso usato come meccanismo per capire come gli esseri umani siano in grado di empatizzare gli uni con gli altri circa le esperienze, e di impegnarsi in una comunicazione significativa su di esse. Spesso l'attenzione non è posta sui motivi che hanno portato al suicidio, né sulla fenomenologia di questo atto, ma è posta piuttosto sugli elementi che caratterizzano piccole coorti di individui suicidi. La fenomenologia del suicidio affronta la questione epistemologica della trattazione delle emozioni negative puntando l'attenzione a come colmare il gap nella comunicazione della sofferenza umana. Quello che osserviamo nei nostri pazienti con tendenze suicide è ciò che Morselli chiamava dolore morale, come vergogna, senso di colpa, abbandono, noia, disforia e disperazione, ciò che Shneidman chiama *psychache*. La teorizzazione di Shneidman si basa sul presupposto che il suicidio sia il risultato di un dolore psicologico insopportabile sperimentato dal suicida. Shneidman suggerisce una serie di

domande chiave che possono essere rivolte alla persona che vuol commettere un suicidio che sono: "Dove senti dolore?" e "Come posso aiutarti?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un insopportabile dolore mentale, allora il compito principale di colui che deve occuparsi di un individuo suicida, è quello di alleviare questo dolore. Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che desiderava morire sceglierà di vivere. Questa presentazione affronta il ruolo del dolore mentale insopportabile nella determinazione del suicidio e illustra come avvicinarsi alla comprensione del dramma della mente suicida.

Alterazioni affettive e cognitive nelle sindromi suicidarie

F. Gabrielli, P. Solano

Università di Genova

Shneidman¹ ha sviluppato il concetto di "dolore mentale" (*psychache*), inteso come straziante combinazione di colpa, paura, vergogna, indecisione, vulnerabilità, rabbia, solitudine, delusione che portano a disperazione e sentimenti d'impotenza responsabili dell'ideazione suicidaria. Maltzberger², approfondendo il concetto di dolore mentale, propone il modello dell'"*inondazione affettiva*": la mente, sopraffatta da sentimenti di mancanza di speranza, impotenza e dolore mentale, si abbandona al suicidio quale fuga da angosce soverchianti di disintegrazione. Nei casi più gravi le difese messe in atto contro il dolore mentale protratto possono arrivare ad un progressivo disinvestimento nel confronti del mondo esterno: le azioni perdono significato, trasformandosi in semplici atti motori in cui la capacità di "pensare" gli stati affettivi è persa ed aumentano gli agiti impulsivi. Il soggetto fluttua tra passività, propria delle fasi caratterizzate da vissuti depressivi e di impotenza, e mancanza di speranza ed impulsività, che spingono all'agito³. A tali modificazioni affettive si associano distorsioni cognitive tipiche degli stati suicidari quali iper-generalizzazione e pensiero dicotomico che determina una riduzione della realtà a due categorie mentali contrapposte accompagnata da un restringimento del campo di coscienza con focalizzazione sullo *psychache* caratteristica della "*visione tunnel*"⁴. Questa presentazione si propone di esplorare, in un campione di soggetti ospedalizzati in seguito ad un gesto autosoppressivo, i differenti pattern di correlazione tra impulsività, mancanza di speranza e depressione, dimensioni queste che rispecchiano il particolare stato cognitivo-affettivo in cui versa il paziente suicidario, offrendo una chiave di comprensione dell'evento fondamentale per un corretto approccio terapeutico.

Bibliografia

- Shneidman E. *Suicide as psychache*. J Nerv Ment Dis 1993;181:145-9.
- Maltzberger J. *The descent into suicide*. Int J Psychoanal 2004;85:653-68.
- Baumeister R. *Suicide as escape from self*. Psychol Rev 1990;97:90-113.
- Shneidman E. *Definition of suicide*. New York: Wiley-Interscience 1985.

MERCLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA TIZIANO

SS6. Disturbi psicotici all'esordio: che fare?

COORDINATORE

M. Casacchia (L'Aquila)

A developmental perspective on early intervention, from youth mental health and detection of at risk mental states to first episode services: evidence from UK trials and longitudinal studies and prospects for interventions

D. Fowler

School of Medicine, Health Policy & Practice, UEA; Mental Health Research Lead, Faculty of Health, UEA, Norwich, UK

Effective early intervention services provide clear hope for recovery for many if not most people with early psychosis. The evidence suggests that the provision of evidence based interventions within early intervention services can assist improve social and symptomatic outcomes compared to traditional mental health services. However, the outcomes from early intervention are diverse: some make rapid symptomatic and social recoveries, others may recover only after variable delays and more intensive intervention, and a minority may remain severely disabled despite provision of even the best quality interventions. This may in part reflect the heterogeneity of presenting problems, and factors such as premorbid history, comorbid emotional disorder, engagement and service variation. This paper reviews current evidence particularly with respect to recent trials and service evaluations carried out in the UK. The paper will map out what may be different pathways of social and symptomatic recovery in early intervention and at risk cohorts. These studies will be used to outline a preliminary framework for a stepped care approach to delivering progressively more selective and intensive interventions for more socially disabled patients. We will also briefly describe a cognitive behaviour therapy approach focused on improving social recovery amongst socially withdrawn delayed recovery cases, including pilot studies and a ongoing trial.

Management and rehabilitation in early psychosis intervention service in Japan

M. Mizuno, T. Nemoto, H. Kobayashi

Department of Neuropsychiatry, Toho University School of Medicine, Tokyo; Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

For many years, the Japanese psychiatric service has struggled against conservative hospital-based psychiatry to realize a transition to community-based psychiatry. Despite these efforts, the psychiatric service in Japan remains predominantly hospital-based, involving huge numbers of psychiatric beds and long-term stays. Such reliance on hospital-based psychiatry is a barrier to the development of early intervention in the community settings.

However, several leading centers are now developing the early

intervention centers. The Tokyo Youth Club (Tokyo), the Department of Neuropsychiatry of Toyama University Hospital (Toyama), the Sendai At-risk Mental State and First Episode (SAFE) service (Sendai), and the Il Bosco of Toho University Omori Medical Center (Tokyo) have unique and active psychiatric programmes. Each center has their own clinical research program and treatment strategies. In this session, the characteristics, methods, and activities of early intervention studies and implementation at these leading institutions in Japan will be presented.

Especially, Toho University Omori Medical Center in Tokyo established a new early-psychosis-specific day-care unit named 'Il Bosco' in 2007. Its treatment strategies consist of cognitive training and cognitive adaptation under optimal pharmacotherapy. The cognitive training program targets divergent thinking deficits, because we revealed that interventions for divergent thinking significantly led to improvements in negative symptoms and social functioning in schizophrenia patients. The results of examining the efficacy of cognitive rehabilitation in people with early psychosis, especially in combination with training for divergent thinking, will be shown.

Vantaggi e limiti dell'implementazione e la valutazione di interventi innovativi per l'esordio psicotico nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani

M. Ruggeri¹, G. de Girolamo², M. Gennarelli³, P. Brambilla^{4,5}, A. Lasalvia¹, G. Neri², L. Bocchio³, C. Perlini¹, M.E. Bertani¹, C. Bonetto¹, D. Cristofalo¹, S. Bissoli¹, F. Pileggi², P. Rucci², A. Fioritti², P. Santonastaso⁶, F. Giubilini⁷, D. Ghigi⁸, M. Miceli⁹, A. Cocchi¹⁰, S. Scarone¹¹, S. Torresani¹² for the GET UP Group

¹ Section of Psychiatry and Clinical Psychology, Dept of Public Health and Community Medicine, University of Verona;

² Health Care Research Agency, Region Emilia Romagna;

³ IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Brescia;

⁴ DPMSC, Section of Psychiatry, Inter-University Center for Behavioural Neurosciences, University of Udine;

⁵ Scientific Institute, IRCCS "E. Medea", Udine;

⁶ Section of Psychiatry, University of Padova;

⁷ Department of Mental Health, Parma;

⁸ Department of Mental Health, Rimini;

⁹ Department of Mental Health, Florence;

¹⁰ Programma 2000, Department of Mental Health, Ospedale Niguarda, Milano;

¹¹ Section of Psychiatry, University of Milano;

¹² Department of Mental Health, Bolzano

Numerosi dati presenti in letteratura dimostrano che gran parte del deterioramento clinico e sociale dei soggetti affetti da disturbi psicotici si instaura entro i primi 5 anni dall'esordio, il che sta ad indicare che occorre intervenire precocemente nei pazienti al primo episodio psicotico, per ottenere una rapida remissione dei sintomi, prevenire il deterioramento del funzio-

namento, migliorare le capacità di coping ed adattive, e fornire, al paziente ed ai suoi familiari, informazioni precise su origini, evoluzione e fattori di rischio per possibili ricadute del disturbo. Gli interventi psicosociali specifici per il trattamento degli esordi psicotici sono risultati efficaci in alcuni studi clinici randomizzati, ma ben pochi sono gli studi che hanno esaminato l'efficacia di questi interventi nella pratica clinica.

Il Programma Strategico GET UP (Genetic Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psychosis) è centrato su di uno studio controllato randomizzato che confronta l'efficacia a 9 mesi di un trattamento psicosociale integrato basato sulle linee-guida^{1,2} per i pazienti all'esordio psicotico ed i loro familiari vs. il trattamento di routine attualmente fornito dai servizi psichiatrici pubblici in Italia. Nell'ambito dello studio vengono valutati parametri clinici, sociali, genetici e relativi alle alterazioni morfofunzionali cerebrali. Il campione di riferimento è costituito dai pazienti all'esordio psicotico e dai loro familiari che giungeranno all'attenzione dei Centri di Salute Mentale (CSM) randomizzati ai due bracci e localizzati in alcune aree dell'Italia Centro-Settentrionale (Veneto, Emilia-Romagna, Milano, Bolzano, Firenze; catchment area di circa 10 milioni di abitanti) nell'arco di un periodo di 12 mesi. Questo studio contribuirà ad affinare le modalità operative e ad identificare i vantaggi e i limiti di una applicazione su vasta scala dei trattamenti specifici per l'esordio psicotico e contribuirà anche ad individuare il peso relativo dei fattori biologici, psicologici ed ambientali nell'esordio psicotico e la loro capacità di condizionare il decorso e la risposta ai trattamenti, con implicazioni cliniche e speculative di cruciale importanza.

Bibliografia

- 1 National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica* (ed. it. a cura di G. Carrà, F. Barale, A. Marinoni). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma 2004.
- 2 Ministero della Salute. *Sistema Nazionale Linee Guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia* - 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_714_allegato.pdf

Disturbi psicotici all'esordio: gli interventi modificano il destino biopsicosociale?

M. Casacchia

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Il disturbo schizofrenico presenta un esordio precoce nella vita di una persona rispetto ad altre malattie mentali gravi. Poiché più è precoce l'insorgenza e più sono profonde le conseguenze, è opportuno da parte dei servizi di salute mentale intervenire più precocemente nella identificazione del disturbo ai suoi esordi. Peraltro è dimostrato che la maggiore precocità dell'esordio determina disturbi cognitivi più gravi ed un quadro psicopatologico più rilevante con una maggiore possibilità di ricadute e di ricoveri.

La precocità può essere determinata dalla familiarità e, in questi casi, non è possibile attuare nessun intervento preventivo. In altri casi, invece, è possibile mettere in atto interventi che riducono il rischio dell'insorgenza della malattia.

L'uso della cannabis è fra i fattori più implicati nell'esordio precoce della malattia. Un'attenzione particolare agli stili comportamentali dei giovani per quanto attiene l'uso della cannabis è una mission progressivamente più importante per i servizi di salute mentale che devono collegarsi con i servizi delle dipendenze per curare tempestivamente la dipendenza per evitare o ridurre il rischio d'insorgenza della patologia mentale.

La stessa presentazione della malattia condiziona la tempestività di intervento: l'esperienza clinica e i dati di letteratura confermano che l'esordio improvviso ed eclatante di un quadro schizofrenico in un giovane comporta, pur nella sua drammaticità, una maggiore possibilità di risoluzione in quanto la famiglia è in grado di riconoscere la patologia del figlio e richiedere un intervento urgente dei servizi psichiatrici. Diverso è il caso in cui il quadro clinico si manifesta lentamente e subdolamente. In questi casi, come noto, la prognosi è più sfavorevole in quanto è più difficile intercettare, da parte della famiglia e dei servizi, i prodromi della psicopatologia. In questi casi un buon servizio deve mettere in atto una serie di campagne di informazione sui comportamenti a rischio dei giovani per incrementare la loro accessibilità.

Inoltre, il notevole sviluppo della valutazione dei deficit cognitivi, come quelli relativi alla vigilanza, alla memoria e all'attenzione, ha stimolato i servizi a operare una riabilitazione cognitiva precoce per ridurre i deficit cognitivi considerati come mediatori della psicopatologia ingravescente.

I dati sulla possibilità di prevenire e di cambiare i destini delle persone con incipiente disturbo schizofrenico non sono univoci. Verranno discussi alcuni aspetti relativi, comunque positivi e incoraggianti, che derivano dai trattamenti orientati al recovery.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00
SALA CARAVAGGIO

SS7. Fattori di rischio e precursori dei disturbi d'ansia

COORDINATORE
P. Castrogiovanni (Siena)

Risk factors and precursors of obsessive-compulsive disorders

E. Hollander

Impulsive and Autism Spectrum Disorders Program, Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, New York, USA

Various environmental and genetic risk factors have been identified that increase individual vulnerability to the development of obsessive-compulsive disorder (OCD) and related or spectrum conditions (OCSD's), such as body dysmorphic disorder, and autism spectrum disorders. Various genetic single nucleotide polymorphisms (SNP's) have been identified as common genes of minor effect in these conditions.

Likewise, copy number variations (CNV's) such as microdeletions or microduplications have also been identified, that suggest rare causal effects of specific chromosomal regions involving coding and promoter regions of unique genes. Likewise, epigenetic factors have also been identified that may also play an important role in developmental disorders contributing to OCSD's. Animal models of OCD and autism have also been studied that provide important clues to these risk factors, and suggest that modulation of specific systems may rescue symptom domains at various stages of development. This suggests that gene x environment risk factors and precursors play an important role not only in anxiety disorders such as post-traumatic stress disorder (PTSD), but also other anxiety disorders such as OCD, as well as OC spectrum disorders.

Risk factors and precursors of PTSD

J. Zohar

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

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is clearly precipitated by trauma exposure, yet differences in exposure do not fully determine either the development of, or recovery from, PTSD. In recent years there has been a growing interest in identifying biological and clinical risk factors that increase the likelihood that PTSD will develop following trauma exposure. These have ranged from genetic to environmental factors, and have included both pre-existing traits, characteristics of the traumatic event, and aspects of the victim's peri- and post-traumatic response. Although little is known about predictive factors of PTSD and the immediate response to the trauma, the symptoms which were found to be associated with higher frequency of PTSD include, among others, a significant panic-like response, pronounced distress, dissociative response and past history of anxiety or depression. Those symptoms may reflect the intensity or severity of the current experience, a pre-existing individual trait, or sensitization from prior trauma exposure.

The risk factors named above could certainly reflect expressions of either a genetic diatheses or early life experiences. For example, early abuse might lead to changes in personality and cognitive abilities, but may also be a consequence of these factors. Similarly, factors associated with heritable parental characteristics (e.g., psychopathology) may increase risk for PTSD by increasing exposure to neglect or abuse.

In a semiprospective design, we compared 2,362 war veterans who developed PTSD (according to DSM-IV criteria) with an equal number of war veterans who did not develop PTSD. Comparisons were made on predrafting personal factors (behavioral assessment, cognitive assessment, linguistic ability, and education) and pretrauma army characteristics (ie, rank and training).

In this study, neither behavioral assessment nor training were found to predict PTSD. The predictive factors that were found were essentially nonspecific, such as cognitive functioning, education, rank, and position during the trauma, with little effect from training. It would seem that other parameters, such as physiologic (as well as psychological) measures, need to be developed in order to find a valid screening tool for vulnerability to PTSD following an exposure to a traumatic event.

Fattori di rischio e precursori del disturbo di panico

G. Perna, W. Micieli, A. Motta, P. Cavedini, S. Po', C. Del Carpio, B. Dal Santo, G. Zorzi, E. Di Rosa, D. Caldirola

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa San Benedetto, Hermanas Hospitalarias, Albese con Cassano (Como)

Il disturbo di panico è una delle condizioni psicopatologiche più frequenti nella popolazione generale e numerosi studi sostengono l'importanza di fattori genetici e ambientali nella patogenesi del disturbo. Il disturbo esordisce nella prima età adulta e la letteratura scientifica suggerisce l'esistenza di alcuni fattori di rischio e precursori del disturbo la cui individuazione potrebbe permettere di impostare campagne di prevenzione primaria e secondaria. Tra i principali fattori che hanno dimostrato una certa consistenza possiamo identificare la familiarità per il disturbo di panico che è indicativa del carico genetico. Tra i fattori di rischio biologici vanno segnalati la presenza di disturbi respiratori cronico-ostruttivi in età infantile, irregolarità respiratorie in infanzia, ipersensibilità all'anidride carbonica e la ridotta variabilità cardiaca. La presenza di ansia da separazione in infanzia e perdite significative analogamente a elevati livelli di anxiety sensitivity si sono dimostrati predittivi dello sviluppo del disturbo di panico anche se la loro specificità va ancora chiarita. Precursori del disturbo di panico sembrerebbero essere la fobia sociale e la fobia scolare in età infantile analogamente alla presenza di attacchi di panico in età infantile. Sulla base dei dati presenti è possibile ipotizzare che una appropriata educazione respiratoria nelle persone ad alto rischio per disturbo di panico analogamente ad un programma di potenziamento della resilienza e alla riduzione dei livelli di anxiety sensitivity mediante

una campagna di psicoeducazione potrebbe favorire la prevenzione primaria e secondaria del disturbo.

Ansia sociale: prodromi tra clinica e pratica

S. Pallanti

Dipartimento di Psichiatria, Università di Firenze

La diagnosi di fobia sociale (FS) riunisce, sotto un unico in-

sieme, la fobia di situazioni specifiche (come ad es. parlare di fronte ad un uditorio, mangiare o scrivere in pubblico) e l'ansia sociale di tipo generalizzato (presente in tutti i contesti che richiedono una interazione con gli altri). Quest'ultima appare in continuum con tratti temperamentalmente come la timidezza e con il disturbo evitante di personalità (DEP).

Il riconoscimento precoce dei soggetti a rischio e delle forme cliniche, prodromiche, rappresenta, considerato l'impatto educativo e le complesse comorbidità, un challenge clinico con importanti implicazioni per la prevenzione, ma anche etiche.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MICHELANGELO

SS8. Continuità e discontinuità della cura tra psichiatria dell'età evolutiva e dell'adulto

COORDINATORE

E. Caffo (Modena)

Continuity and discontinuity between child and adult psychiatric disorders: what you see is what you get

B.L. Leventhal

New York University Medical Center and NYU Child Study Center

Traditionally, child and adult psychiatric disorders have been considered unique and separate conditions. This is due to a variety of reasons, not the least of which has been the virtually complete lack of a developmental perspective in the nosology for so-called, "adult onset" disorders. Beginning with the "debate" over whether children had enough mental structure to appreciate loss and depression to the belief that disorders such as ADHD "disappeared" in adulthood, psychiatric nosology has been plagued by imperfections that have limited studies of psychopathology. It is now well-established that the vast majority of psychiatric disorders begin before the end of adolescence and even those that do not, may developmental antecedents that are critical elements of course of disorder. Even disorders such as Alzheimer's Disease may have early developmental antecedents and other clearly adult disorders, such as sociopathy, may actually be identifiable in early childhood when the developmentally adjusted diagnostic criteria are applied. In order to fully explore the pathogenesis and pathophysiology of psychiatric disorders, as well as the possibilities for prevention and early intervention, it is essential to take a developmental perspective for all conditions. To successfully identify clinical conditions, diagnostic criteria must clarify developmental and static elements of disorder phenotypes thus increasing the true nature of the clinical syndromes in psychiatry.

Clinical intervention in childhood and adulthood

L. Greenhill

Local Research Unit of Pediatric Psychopharmacology, New York State Psychiatric Institute, New York, USA

Many adult psychiatric conditions have been found to present during the childhood years, so that evidence based treatment data for common therapies for these groups are now becoming available. One example of treatment data gathered over the lifespan for a frequently presenting neuropsychiatric disorder is Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). For those 18 years of age or younger, the worldwide pooled prevalence estimate is 5.29 percent (95 percent CI: 5.01-5.56), more boys than girls identified. The highest rates of disorder occur in the 5 to 10 year old age group. Symptoms of over-activity and impulsiveness decrease with age even though the majority of children with ADHD continue to show impairment, especially poor attention, relative to same age peers throughout adolescence and into adulthood. ADHD among adults has a world-wide prevalence of 2.5 percent. Psycho-stimulants have been found to provide control of ADHD symptoms in all age groups and are generally well tolerated for months to years at a time. Safety and efficacy data, as well as the optimal dose of medication, varies for each age group. Data from three prospective, randomized, multisite trials will be used compare optimal doses of medications, presentation of adverse events, and rates of response that differ among preschoolers, school-age children, adolescents, and adults with ADHD. Behavioral interventions, particularly parent training, offer efficacy greater than medication in the preschool group, but are not as effective in lowering ADHD symptoms in older individuals with ADHD. Various factors interfere with estimates of the effectiveness of adding stimulant medication to parent training include number of comorbid diagnoses, dose related adverse events and growth slow-down. A treatment study with atomoxetine offers insights into pharmacologic intervention over extended time period in adults with ADHD.

Continuità e discontinuità psicopatologica: antecedenti clinici, eventi avversi e pathways di sviluppo psicopatologico

A. Siracusano

Clinica Psichiatrica, Università di Roma Tor Vergata

Il ruolo della psichiatria clinica ad oggi è quello di contribuire ad una visione dinamica dei fattori biologici, psicopatologici e sociali. D'altro canto, alla luce dei recenti contributi sull'interazione G x E, la ricerca attuale sta sempre più focalizzando la propria attenzione su concetti quali risk factors, traumi, fattori protettivi e resilience. Gli studi sugli antecedenti clinici e sugli eventi avversi precoci possono contribuire a realizzare tale tipo di approccio multifattoriale della developmental psychopathology. Ad oggi, la ricerca su questi aspetti ha percorso due binari paralleli, ma scissi. Al contrario, un approccio interessante potrebbe essere esattamente quello di investigare il ruolo convergente di questi fattori, al fine di costruire delle pathways di sviluppo per le principali sindromi psichiatriche.

Continuity and discontinuity of mental disorders: progress towards clinical application of the neuroimaging techniques

F.X. Castellanos

Psychiatry, Radiology, Physiology and Neuroscience, NYU Langone Medical Center School of Medicine, Nathan Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

High-resolution structural and functional imaging of the human brain have been actively pursued throughout the world for the past two decades. Despite thousands of published papers, however, the yield of validated surprising findings has been disappointingly meager. From one perspective, this initial period of slow progress was inevitable and has provided the basis for "calibration," as required for any truly novel method, approach, or instrument. In recent years, an awareness of the biological importance of spontaneous fluctuations in dynamic brain systems has led to an appreciation of the vast information that can be obtained from analyses of functional brain imaging data in the absence of a task. In parallel, analytical methods have been developed that allow much more information to be obtained from standard anatomic scans, including extremely high-resolution measurements of cortical thickness, and white matter ultrastructure, via diffusion tensor imaging. The challenge of combining these multiple methods is now before the field. Even without effective algorithms for such combined analyses, anatomic brain imaging, in combination with cerebrospinal fluid measures or positron emission tomography scans is being used to identify individuals at high risk of developing Alzheimer's dementia, long before the development of clinical symptoms. In child and adolescent psychiatry, progress has been slower, but the inauguration of large-scale data sharing initiatives and open data repositories has the potential to dramatically accelerate progress towards clinical utility within less than a decade. Initial findings will be illustrated, which, if replicated, can rapidly lead to the construction of statistical norms, which will require large scale data collection and sharing.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA TIZIANO

SS9. Esordi psicotici e uso di sostanze

COORDINATORE

D. La Barbera (Palermo)

Cannabis use and the onset of psychosis

R.M. Murray

Institute of Psychiatry De Crespigny Park, London

There is widespread evidence that people diagnosed as having schizophrenia-like psychoses are more likely to use illicit drugs than the populations from which they are drawn. Two types of drugs have been particularly implicated, the amphetamines and cannabis, the former particularly in Asia and the latter everywhere else. Cannabis is the most widely abused illicit drug in the world, and has been causing some concern because of: a) the general increase in consumption over the last 25 years; b) increased potency of street preparations available in many countries, and c) decreasing age of first use. Among those with established psychosis, its consumption results in a worse outcome. In addition, over the past 7 years, a series of cohort studies have produced evidence that regular use of cannabis increases the risk of schizophrenia in a dose related manner. Several factors have been suggested as

increasing vulnerability: i) variation at the COMT locus; ii) having a psychosis prone personality; iii) frequent use of skunk and other high potency types. There are also some, not always confirmed, suggestions that initiating use in early adolescence may carry more risk. This presentation will address these issues and discuss both clinical and experimental evidence

La Psichiatria e gli psichedelici degli psiconauti

F. Schifano

Department of Clinical Pharmacology, University of Hertfordshire, Hatfield, UK

Durante la presentazione verrà affrontato il problema dell'abuso di sostanze ricreative, un fenomeno spesso legato sia alla slatentizzazione di elementi di tossicità comportamentale che di slatentizzazione/induzione di disturbi della sfera affettiva. Per ogni sostanza, o gruppo di sostanze (ecstasy; cocaina;

metamfetamina; LSD; DMT; ketamina; PCP; flunitrazepam; spice; mephedrone, NRG-1; NRG-2; MDAi; 5-lal, ecc.) che verranno commentate, 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.

Esordi psicotici e cannabis, risultati di uno studio prospettico di 8 anni a Bologna

D. Berardi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

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). Presso il CSM Ovest di Bologna è attivo dal 2002 un progetto di cura dei pazienti all'esordio psicotico. Abbiamo raccolto prospettivamente le informazioni sociodemografiche e cliniche di tutti i casi di esordio psicotico presi in carico da gennaio 2002 a dicembre 2009. Il 31% dei casi al momento dell'esordio abusava di sostanze. Questa proporzione sale al 39.4% considerando i soggetti di età compresa tra 18 e 35 anni. La cannabis è risultata la sostanza di abuso maggiormente utilizzata, riguardando circa $\frac{3}{4}$ dei casi con abuso di sostanze all'esordio. Questi casi si differenziavano dai pazienti all'esordio privi di abuso di sostanze per una caratteristica prognostica negativa: erano infatti significativamente più giovani al momento dell'esordio e del primo contatto con i servizi. Inoltre, i casi all'esordio con abuso di cannabis erano più frequentemente di sesso maschile e vi era tra loro una minore proporzione di migranti. I risultati della ricerca mettono in luce la necessità di interventi specifici per i pazienti all'esordio con abuso di cannabis in collaborazione tra CSM e Sert.

Fattori di rischio ambientale ed esordio psicotico: dati preliminari su un campione di pazienti siciliani

D. La Barbera, A. Mulè

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Background: lo sviluppo dei disturbi psicotici è influenzato da molteplici fattori di rischio individuali e ambientali. Studi recenti nell'ambito delle psicosi mettono in evidenza differenze nella prevalenza di specifici fattori di rischio nelle diverse aree geografiche. Il nostro gruppo di ricerca, in collaborazione con l'Institute of Psychiatry, King's College di Londra conduce uno studio di incidenza e caso-controllo con l'obiettivo di identificare tutti i nuovi casi di psicosi all'esordio afferenti ai servizi di salute mentale della città di Palermo ed i principali fattori di rischio, tra cui il consumo di cannabis e di altre sostanze di abuso, associati allo sviluppo dei disturbi dello spettro psicotico. In questo lavoro intendiamo presentare dati relativi alla prevalenza e al pattern di consumo di sostanze nel nostro campione e all'influenza sugli aspetti psicopatologici del disturbo.

Metodologia: sono stati reclutati pazienti affetti da un disturbo dello spettro psicotico all'esordio (valutato come accesso presso specialisti psichiatri non anteriore a sei mesi dalla data del reclutamento), di età compresa tra i 18 e 65 anni. La diagnosi è stata formulata usando la SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ed il consumo di sostanze attraverso la somministrazione del CEQ (Cannabis Experience Questionnaire). È stata inoltre somministrata una batteria di questionari, test, scale di valutazione e interviste cliniche strutturate per la valutazione di altri fattori di rischio di tipo genetico (traumi ed eventi avversi in età infantile e adolescenziale, familiarità per disturbi psicotici, profilo cognitivo.)

Risultati: il campione è costituito da 80 pazienti affetti da psicosi (M = 70%; F = 30%), di età media di 26,7 anni (DS = 9,5). Il 60% dei casi ha fatto uso di cannabis ed il 48% ha fumato più di 200 volte nel corso della vita. Il 32% ha sperimentato l'uso di altre sostanze illecite (cocaina, LSD, metamfetamine). Rispetto al tipo di cannabis utilizzato, la maggior parte dei consumatori di cannabis ha fatto uso di hashish o marijuana. I pazienti che hanno fatto uso di cannabis ad alta potenza (skunk) manifestano sintomi psicotici più marcati alla PANSS ($p < ,01$).

Conclusioni: in accordo con i dati di letteratura recenti, il profilo e il tipo di consumo di cannabis utilizzata influenzano l'espressione psicopatologica dei pazienti affetti da psicosi.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MICHELANGELO

SS10. Vecchi e nuovi volti dello stigma

COORDINATORE

B. Carpiniello (Cagliari)

Development of public attitudes towards people with mental illness and towards psychiatry over the last decades

M. Angermeyer

Center for Public Mental Health, Gösing am Wagram, Vienna, Austria

The last decades have witnessed important advancements of the research on biological correlates of mental disorders. Knowledge

about neurotransmission and the role of genetics increased tremendously. It was hoped that the promulgation of mental illness as a "real" brain disease may help reduce the stigma attached to mental disorders. The idea was that by attributing mental disorder to causes not under the control of the individual patients would be held less responsible for their illness. Consequently, the barrier to seek professional help may become lower and people with mental illness may face less discrimination.

Population-based trend analyses conducted in recent years were able to show that, in fact, the gap between the beliefs of the public and what in psychiatry is considered at present as state of the art has become narrower. The public has become more literate in terms of mental illness. Particularly, there is a greater readiness to endorse biogenetic causes. As expected, the public's willingness to seek help from mental health professionals increased as well as the acceptance of psychiatric treatment modalities, particularly psychotropic medication. However, public attitudes towards people with mental illness have not improved. They are still considered as unpredictable and dangerous. The desire for social distance has remained unchanged, in some instances it even increased. Thus, there is a need to rethink anti-stigma strategies. Maybe a focus on competence and inclusion, rather than attribution, may offer a promising direction.

The self-stigma of people affected by mental illness

P. Corrigan

Illinois Institute of Technology, Chicago, USA

Self-stigma is one way in which many people with serious psychiatric disorders harm themselves; namely, internalizing stereotypes about mental illness. A progressive model of self-stigma yields four stages leading to diminished self-esteem and hope: being aware of associated stereotypes, agreeing with them, applying the stereotypes to one's self, and being harmed as a result. The model was tested on 85 people with schizophrenia or other serious mental illnesses who completed measures representing the four stages of self-stigma, another independently-developed instrument representing self-stigma, proxies of harm (lowered self-esteem and hopelessness), and depression. These measures were also repeated at 6-month follow-ups. Results were mixed but some evidence supported the progressive nature of self-stigma. Most importantly, separate stages of the progressive model were significantly associated with lowered self-esteem and hope. Implications of the model for stigma change are discussed.

La percezione dello stigma nei pazienti schizofrenici

G. Rossi

IRCCSS, Giovanni di Dio FBF, Brescia

La Conferenza Ministeriale Europea sulla Salute Mentale dell'OMS (Helsinki, 2005), ha avviato una Dichiarazione e un Piano di azione europeo sulla salute mentale che indicano fra i cinque obiettivi prioritari, la riduzione dello stigma e della discriminazione.

Lo stigma nei confronti delle persone che soffrono di schizofrenia agisce come fattore antiterapeutico e si concretizza a livello pubblico attraverso stereotipi negativi, che possono tradursi in reazioni emotive negative e comportamenti di discriminazione. L'interiorizzazione di tali stereotipi negativi può portare l'individuo ad auto-isolarsi, come evidenziano gli studi sul fenomeno del "self-stigma". Ad oggi una vasta letteratura ha proposto modelli esplicativi del fenomeno e indagato le diverse prospettive a livello sociale e transculturale, tuttavia pochi studi hanno

esplorato le esperienze soggettive delle persone che soffrono di un disturbo mentale.

L'Italia nel 1999 ha aderito al WPA Global Programme against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia (1996), all'interno di tale contesto il progetto multicentrico internazionale INDIGO (INternational study of DIscrimination and StiGma Outcomes, Thornicroft et al., 2009), rappresenta in Italia la prima indagine che esplora le percezioni soggettive dei pazienti con diagnosi di schizofrenia in relazione alle esperienze di discriminazione sperimentata e percepita (Maggiolo et al., 2010 in press). I dati raccolti rimarcano la pervasività del fenomeno del self-stigma, la tendenza a rinunciare ad occasioni sociali e lavorative, a nascondere la propria malattia, anche quando l'individuo non abbia ancora subito direttamente discriminazione.

Verranno illustrati gli studi nazionali e internazionali che hanno indagato lo stigma percepito dal punto di vista dei pazienti che soffrono di schizofrenia.

Mass media e Psichiatria

B. Carpinello

Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione Psichiatria, Università di Cagliari

Lo stigma rappresenta ancora oggi un formidabile ostacolo ai processi di cura ed integrazione sociale delle persone sofferenti di disturbi mentali e alla conservazione dei loro pieni diritti di cittadinanza. Esso si manifesta in forme molteplici e diversificate, allora molto chiare, allora subdole, sottili. In ogni caso, rappresenta un ostacolo formidabile agli sforzi riabilitativi, sicché la lotta allo stigma può a buon diritto essere concepita come aspetto prioritario della riabilitazione psichiatrica stessa. Il mondo dei media, estremamente diversificato (carta stampata, radio, TV, social networks, blogs, ecc.) funge purtroppo ancora oggi da cassa di risonanza dei peggiori stereotipi negativi riguardanti non solo le persone affette da disturbi mentali gravi, prevalentemente descritte come imprevedibili e bizzarre nella migliore delle ipotesi, pericolose ed aggressive nella peggiore, ma anche nei confronti della psichiatria stessa e dei suoi stessi mezzi di cura, farmacologici e non farmacologici, descritti troppo spesso come inutili se non propriamente dannosi. L'immagine stessa del ruolo della psichiatria rimandato dai media, ambiguamente collocato fra mandato sociale di cura e mandato di controllo, risulta inquinata dal pregiudizio di una sua intrinseca violenza e illiberalità, purtroppo colpevolmente favorito da episodi di malpractice che inevitabilmente assurgono agli onori della cronaca a scapito delle quotidiane "buone pratiche" garantite dal modello italiano di psichiatria di comunità, che purtroppo eccezionalmente trovano risonanza nel mondo dei media. La battaglia contro i processi di stigmatizzazione passa attraverso iniziative specifiche di varia natura e livello, partendo comunque dall'analisi della percezione dei disturbi mentali e degli eventuali stereotipi negativi, che costituisce la base di partenza per la programmazione degli interventi sui cosiddetti "gruppi bersaglio", cioè su gruppi selezionati di popolazione sui quali si ritiene importante agire in funzione di un possibile loro ruolo quali "agenti di cambiamento" degli atteggiamenti pregiudiziali e stigmatizzanti, tra cui sono certamente da annoverare gli operatori del mondo dei media.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA TIZIANO

SS11. Plasticità sinaptica e antipsicotici: genetica, epigenetica e implicazioni cliniche

COORDINATORE

G. Muscettola (Napoli)

Genetics of antipsychotic response and side effects: involvement of synaptic plasticity genes

J.L. Kennedy

Department of Psychiatry, University of Toronto

Synaptic plasticity is a fundamental process that promotes the change and adaptation of the brain to the minute-to-minute flow of life events. Response of an ill patient to antipsychotics is an example of adaptive change, and we have investigated gene variants of synaptic plasticity factors for evidence of their predictive role for personalized treatment. We have shown that the synaptic associated protein of 25kd (SNAP25) is associated with antipsychotic response and the serious side effect of excessive weight gain (Mueller et al, 2005). At the glutamatergic synapse, the 2B subunit gene (GRIN2B) of the NMDA receptor predicts response of negative symptoms in our sample (Martucci et al, 2003). Currently we are examining the Brain Derived Neurotrophic Factor gene (BDNF) that promotes synaptic plasticity and trophic support of dopaminergic neurons, suggesting an important role on the alteration of brain function with antipsychotic medications in schizophrenia patients. We examined the functional Valine-66-Methionine polymorphism and (GT)_n microsatellite in addition to 13 other single nucleotide polymorphisms across the BDNF gene. Prospective BPRS change scores after 6 weeks, 3 months, and 6 months were obtained from 115 patients with schizophrenia who completed a structured clozapine trial. The Val variant from Val-66-Met was significantly associated with response to clozapine treatment (allelic chi-sq = 4.842, $P = 0.029$). Other BDNF markers were also nominally associated (rs7934165 and C-281A). We continue to examine additional synaptic plasticity gene variants for prediction of response and side effects to clozapine. Overall we hope to use genetics to predict a given patient's response or side effects to antipsychotics, thus providing a valuable tool to the clinician who is trying to decide which antipsychotic to prescribe for that individual.

Quando il cervello è altamente plastico: il controverso ricorso agli antipsicotici in bambini e adolescenti

B. Vitiello

Child and Adolescent Treatment and Preventive Intervention Research Branch, NIH, NIMH, Bethesda, USA

Le prime manifestazioni cliniche della schizofrenia e del disturbo bipolare spesso appaiono in infanzia o adolescenza, e questi disturbi possono essere concepiti come il risultato di processi psicopatologici che operano durante lo sviluppo del sistema nervoso centrale. Il trattamento precoce riveste pertanto un considerevole interesse teorico per il potenziale di migliorare

non solo gli aspetti clinici più immediati, ma anche di modificare il percorso patologico della malattia mentale e la prognosi a distanza. Il trattamento del bambino e adolescente con farmaci antipsicotici rimane però controverso per le possibili conseguenze negative di esporre il sistema nervoso a blocco dopaminergico durante le fasi critiche dello sviluppo. L'uso pediatrico dei farmaci antipsicotici è aumentato drammaticamente negli ultimi anni. Questo aumento e l'incertezza diagnostica durante lo sviluppo contribuiscono alla controversia. In questa presentazione, dati sull'uso e gli effetti dei farmaci antipsicotici nel bambino e adolescente verranno esaminati e discussi.

Epigenetica, comportamento e disordini neuropsichiatrici

L. Chiarotti

Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare, Università di Napoli Federico II

I meccanismi molecolari che sono alla base di molti disturbi neuropsichiatrici e di comportamenti umani aberranti restano un enigma. Nel cercare di comprendere la neurobiologia di queste condizioni sono state proposte molte ipotesi promettenti. Evidenze molto recenti dimostrano un ruolo importante dell'epigenetica e potrebbero potenzialmente mettere insieme tutte queste ipotesi ed offrire una base per capire la complessità di alcune condizioni neuropsichiatriche.

Questi processi implicano una riprogrammazione epigenetica dei neuroni adulti ed offrono un nesso tra genetica ed ambiente, entrambe le quali sono note essere in grado di aumentare il rischio per disordini neuropsichiatrici. I meccanismi epigenetici sono bersagli terapeutici accessibili che sono già in sviluppo per alcune malattie come il cancro e malattie neurodegenerative. La metilazione del DNA è un meccanismo epigenetico che prevede il legame di un gruppo metilico in posizione C5 della citosina appartenente ad un dinucleotide CpG. Generalmente la metilazione conduce al silenziamento dei geni coinvolti ed è catalizzata da un gruppo di enzimi conosciuti come DNA metiltrasferasi (DNMTs). Durante lo sviluppo l'epigenoma va incontro ad onde di metilazione e demetilazione. Come risultato, si stabiliscono i profili di metilazione specifici e che governano il programma di espressione genica per ogni tipo cellulare. Per quanto i cambi di metilazione sono più tipici delle cellule in divisione, essi possono avvenire anche nelle cellule post-mitotiche come i neuroni verosimilmente come conseguenza di stimoli ambientali. Come conseguenza il profilo di espressione genica può cambiare in maniera stabile ma potenzialmente reversibile. Vi sono recenti evidenze che i pattern di metilazione correlino con alcuni disordini neuropsichiatrici come la schizofrenia, la sindrome di Rett, la sindrome ICF, così come la condotta suicidaria. Studi su topi knock-out per methyl-binding

proteins o metiltransferasi hanno anche chiarito il ruolo della metilazione del DNA e della sua interpretazione nello sviluppo e plasticità neurale, apprendimento e memoria. Per tutti questi motivi, la metilazione del DNA offre un meccanismo epigenetico della regolazione genica nello sviluppo, nella funzione e nei disordini neuronali. Infatti l'alterazione della metilazione del DNA nel cervello è stata dimostrata essere alla base della genesi di malattie neuropsichiatriche e comportamento suicidario. Ulteriori studi hanno dimostrato l'influenza di molecole psicoattive sui profili epigenetici nel cervello. Il nostro gruppo ha recentemente dimostrato che il gene BDNF è ipermetilato e ipoespresso nel cervello dei soggetti suicidi. Inoltre analisi di metilazione gene-specifica di BDNF, del suo recettore TrkB, di DDO e del recettore DR1 della dopamina hanno dimostrato la presenza di una metilazione differenziale, specifica per aree del cervello, in campioni post-mortem di soggetti schizofrenici e suicidi, rispetto ai soggetti controllo.

Impatto spaziale e temporale degli antipsicotici sull'espressione genica: studi traslazionali

A. de Bartolomeis

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

1. Nonostante i recenti sviluppi nella neurobiologia delle psicosi, il trattamento farmacologico della schizofrenia manca allo stato dell'arte di reali innovazioni e dopo circa cinquant'anni dall'introduzione del primo antipsicotico il meccanismo d'azione "anti-psicotico" rimane in parte elusivo.
2. Le modificazioni temporali e spaziali indotte dagli antipsicotici sull'espressione genica e sulla plasticità sinaptica sono strumentali per l'esplorazione degli effetti differenziali tra: a) antipsicotici con diverso profilo recettoriale, b) trattamenti acuti e cronici, c) diversi network neuroanatomofunzionali implicati nel trattamento. Le implicazioni traslazionali che ne derivano possono essere rilevanti per l'individuazione di nuovi target per l'azione antipsicotica.
3. Poiché tutti gli antipsicotici condividono, con diverso grado,

la caratteristica di bloccare/occupare i recettori dopaminergici D2 (D2R), il signaling dopaminergico rappresenta un interessante target per investigare gli effetti di tali composti sulle modificazioni della plasticità sinaptica e dell'espressione genica del termini spaziali e temporali sul sistema nervoso centrale.

4. I geni "candidati funzionali" target un particolare interesse hanno acquisito recentemente i geni che codificano per proteine della densità postsinaptica (*postsynaptic density*, PSD) crocevia tra neurotrasmissione glutammatergica e dopaminergica e implicata nella fisiopatologia della schizofrenia.
5. Homer, PSD95, Shank, Norbin e Arc, sono tra le principali proteine con funzioni di effettori o adattatori per le quali è stata dimostrata, in studi preclinici, da parte degli antipsicotici una modulazione spaziale e temporale nonché di tipo differenziale rispetto alla classe di composti (*alta e bassa affinità per i D2R*), alle regioni cerebrali (*aree corticali, come la corteccia frontale e temporale e sottocorticali come caudato e accumbens*), alla durata del trattamento (acuto vs. cronico).
6. Il ruolo di queste proteine nella regolazione di funzioni motorie e cognitive, l'associazione con disturbi del comportamento e l'azione su network funzionali implicati in modelli animali di fisiopatologia delle psicosi aprono nuovi scenari sul meccanismo d'azione degli antipsicotici attuali e al contempo indicano nuovi target per nuovi lo sviluppo di nuovi composti.

Bibliografia

- lasevoli F, Tomasetti C, Marmo F, et al. *Divergent acute and chronic modulation of glutamatergic postsynaptic density genes expression by the antipsychotics haloperidol and sertindole*. Psychopharmacology (Berl) 2010 Jul 23 [Epub ahead of print].
- lasevoli F, Ambesi-Impiombato A, Fiore G, et al. *Pattern of acute induction of Homer1a gene is preserved after chronic treatment with first and second-generation antipsychotics: effect of short-term drug discontinuation and comparison with Homer1a-interacting genes*. J Psychopharmacol 2010 Feb 10 [Epub ahead of print].
- lasevoli F, Fiore G, Cicale M, et al. *Haloperidol induces higher Homer1a expression than risperidone, olanzapine and sulpiride in striatal subregions*. Psychiatry Res 2010;177:255-60.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA CARAVAGGIO

SS12. Disturbi di personalità e sviluppi psicotici

COORDINATORE

F. Bogetto (Torino)

Psychosis-proneness and schizophrenia

R.M. Murray

Institute of Psychiatry De Crespigny Park, London

Schizophrenia used to be thought to be a distinct disease possibly secondary to one or more major genetic or environmental effects. However, recent evidence suggests that multiple genes of small effect contribute to the disorder, interacting with each other and with environmental factors of relatively small effect. At the same time it has been found that minor psychotic symptoms are relatively common in the general population. The same environmental factors as are implicated in the aetiology of schizophrenia increase the risk of these minor psychotic symptoms in non-clinical populations eg low IQ, poor education, city living, ethnic minority status, cannabis use. Furthermore, such factors appear to interact with family predisposition as does schizoid and schizotypal personality. All of this suggests that there is a continuum of liability to schizophrenia in the same way that there is a continuum of liability to hypertension or diabetes and that deviant personality types index a group of individuals who carry considerable vulnerability to frank psychosis.

Continuities and discontinuities underlying the spectrum of psychosis in the general population

J. van Os

Department of Psychiatry and Psychology, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, EURON, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, Olanda

Background: a growing number of studies demonstrate high rates of subthreshold psychotic experiences, but much of the considerable heterogeneity in rates is due to study cohort and design factors, obscuring how prevalent psychotic experiences may relate to rare psychotic disorders. There is some evidence for a psychometric "continuum" (in the sense of an extended psychosis phenotype blending gradually into clinical syndromes), but also for an underlying latent categorical structure of the population (in the sense that regardless of the presence of a psychometric continuum, the population may still be composed of two different types of people).

Method: in several representative general population samples from the Netherlands, Germany and Turkey, the full spectrum of expression of psychosis was categorized across four groups representing (i) subclinical psychotic experiences, (ii) low-impact psychotic symptoms, (iii) high-impact psychotic symptoms and (iv) full-blown clinical psychotic disorder, and analyzed for continuity and discontinuity in relation to (i) other symptom dimensions associated with psychotic disorder, (ii) proxies of genetic and non-genetic aetiology. Results were tested for linear and extra-linear contrasts between clinical and non-clinical and between disorder and non-disorder expression of psychosis.

Results: there were dose-response, linear associations between the four groups of increasing clinical severity of psychosis and number of psychotic symptoms, presence of first rank symptoms, being unmarried, exposure to cannabis and childhood adverse life-events and family history of affective disorder. There were dose-response, but extra-linear associations – indicating disproportionately strong association with clinical disorder – with negative symptoms, symptoms of disorganization, the combination of hallucinations and delusions, premorbid educational achievement and family history of psychotic disorder. Factors with an extra-linear pattern of association with stronger impact at the lower end of the continuum were urbanicity and presenting with delusions only. At the highest end of the clinical spectrum, women were more likely to remain at the level of high-impact psychotic symptoms whereas men were more likely to progress to disorder level.

Conclusion: study of the full spectrum of psychosis and related psychopathological dimensions yields a fascinating insight into the factors shaping psychopathology and associated need for care. The results are compatible with a wide distribution of background risk, associated with genetic risk for affective dysregulation and environmental risks, impacting in a linear fashion on the expression of positive psychotic experiences. In these individuals, interaction with other genetic risks, associated with developmental impairment and negative/disorganised symptoms may give a disproportionate rise in risk for clinical psychotic disorder.

I temperamenti affettivi. Da Kraepelin e Kretschmer ad Akiskal

C. Maggini

Università di Parma

I temperamenti affettivi (ciclotimico, depressivo, ipertimico, irritabile) identificano per Akiskal¹⁻³ condizioni non patologiche, anche se "abnormi" in senso statistico, che rappresentano forma fruste e possibili precursori delle piene manifestazioni sintomatologiche dei disturbi dell'umore.

I temperamenti affettivi costituiscono la manifestazione fenotipica attenuata della diatesi genetica dei disturbi dell'umore che può mantenersi, per gran parte della vita, a livello subclinico o dispiegarsi nella pienezza fenomenica spontaneamente o allorché ricorrono fattori attivanti (di natura psicosociale o biologica). Il temperamento entra, quindi, nella catena patogenetica del disturbo dell'umore scrivendo la biografia e segnando il destino psicopatologico di questi soggetti.

Nella cornice concettuale di spettro bipolare i temperamenti affettivi sono considerati un marker di bipolarità che consente di penetrare nell'area grigia delle forme più sfumate dello spettro fin nell'area della "pseudo-unipolarità".

I temperamenti affettivi, inoltre, si propongono come uno strumento conoscitivo delle basi biologiche/genetiche del disturbo

bipolare, identificandosi con il processo intermedio tra predisposizione genetica, sesso, fattori evolutivi e stressor, da un lato, ed episodi affettivi clinicamente rilevanti, dall'altro.

La concettualizzazione dei temperamenti affettivi di Akiskal rimanda al pensiero di Kraepelin⁴ e di Kretschmer⁵ la cui rilettura è ineludibile per una disamina critica di detta concettualizzazione.

Bibliografia

- ¹ Akiskal HS. *Validating affective personality types*. In: Robins L, Barrett J (eds.) *The validity of psychiatric Diagnosis*. New York: Raven Press 1989.
- ² Akiskal HS. *Towards a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research*. In: Gessa G, Fratta W, Pani L, Serra G (eds.) *From Neurobiology to Treatment*. New York: Raven Press 1995, pp. 99-112.
- ³ Akiskal HS. *The temperamental borders of mental disorders*. *Acta Psych Scand* 1994;89(Suppl 37):32-7.
- ⁴ Kraepelin E. *Psychiatrie*. 7° Auflage, 1904. In: *Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig, Barth.
- ⁵ Kretschmer E. *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer 1921.

Evoluzione dei fenomeni psicopatologici nel decorso della schizofrenia

P. Rocca

Dipartimento di Psichiatria, Università di Torino

La schizofrenia è generalmente diagnosticata sulla base della presenza di sintomi positivi associati a compromissione del funzionamento sociale, anche se si caratterizza per l'eterogeneità di segni e sintomi, quali distorsioni del pensiero e della percezione, compromissione delle funzioni cognitive, anomalie motorie, avolizione e apatia, difficoltà nella comunicazione e affettività coartata. La grande variabilità clinica presentata dallo stesso paziente nei diversi episodi e tra soggetti con la stessa diagnosi è il problema nucleare nel concetto di schizofrenia. Gli schemi diagnostici della schizofrenia, inclusi quelli che rivendicano di basarsi unicamente su considerazioni descrittive e pragmatiche, si radicano attualmente su un numero di assunzioni: 1) la schizofrenia è una categoria discreta; 2) il principio dell'outcome di Kraepelin, che la schizofrenia porta a un deterioramento; 3) il disturbo patogenetico di base di Bleuler, che afferma che alcuni sintomi, quali la disorganizzazione del pensiero, sono l'espressione di un presunto disturbo primario cerebrale; 4) il principio gerarchico di Jaspers, che afferma che certi sintomi, quali i sintomi schizofrenici, hanno una predominanza diagnostica su altri, quali i sintomi affettivi; e 5) il principio psicologico di Kurt Schneider, che afferma che i deliri bizzarri o le allucinazioni sono disturbo-specifici. La divergenza negli schemi diagnostici della schizofrenia dipende prevalentemente dal peso che viene dato al singolo principio; la grande variabilità dei sistemi diagnostici, e quindi dei loro criteri, è una diretta espressione di ciò. Oltre a queste considerazioni teoriche, altri due fattori potrebbero spiegare la variabilità tra le varie definizioni: l'esistenza di diversi disturbi all'interno del costrutto della schizofrenia e la natura dimensionale del costrutto che lo rende difficilmente passibile ad essere reso operativo in termini di definizioni categoriali. Dall'approccio dimensionale, è risultato che il modello a tre-sindromi, che comprende le dimensioni psicosi o distorsione della realtà, sintomi negativi e disorganizzazione, è

la struttura fattoriale più valida della sintomatologia schizofrenica. Il modello dimensionale è caratterizzato da instabilità nel tempo e le tre dimensioni possono essere tutte presenti nel corso del disturbo, anche se una di esse può apparire momentaneamente dominante. Gli studi longitudinali della psicopatologia dimensionale della schizofrenia al primo episodio suggeriscono una continuità di alcune dimensioni psicopatologiche dalle fasi premorbuse, alle prodromiche sino alle fasi del post-esordio e ad alcuni aspetti del decorso a lungo-termine.

La distorsione della realtà segna l'esordio formale della schizofrenia, anche se sintomi più attenuati possono essere insorti prima (fase prodromica). I sintomi positivi rispondono alla terapia antipsicotica, hanno un decorso fluttuante anche se solo un'attenta valutazione psicopatologica può evidenziare la presenza di un'alterata attribuzione di significato nelle fasi di remissione. I sintomi negativi costituiscono la componente più refrattaria alla terapia, più stabile nel tempo e più disabilitante della schizofrenia. È ancora oggetto di discussione se la dimensione disorganizzazione, che rappresenta il punto centrale, il "core" della patologia schizofrenica nel pensiero bleuleriano, è stabile nelle varie fasi di malattia (acuta, stabile); sembra essere preminente nelle fasi acute ma relativamente persistente nel decorso della malattia. In un nostro recente lavoro abbiamo rilevato che la dimensione disorganizzazione è un predittore della qualità di vita e che la memoria verbale è un mediatore parziale di questa relazione. Oltre a queste tre dimensioni, rilevanti sono anche la componente affettiva e cognitiva. I sintomi affettivi sono considerati a lungo una caratteristica cardine della schizofrenia; spesso precedono di anni l'esordio della psicosi, hanno un decorso fluttuante, sono più gravi nei pazienti con un disturbo da uso di sostanze in comorbidità, sono più gravi durante le riacutizzazioni, vanno in parziale remissione parallelamente ai sintomi psicotici e contribuiscono alla disabilità della schizofrenia. In un nostro studio abbiamo dimostrato che nei primi tre anni di malattia la depressione è predittore della qualità di vita, mentre negli anni successivi il maggior impatto è da ascrivere ai sintomi negativi. La compromissione delle funzioni cognitive è altamente prevalente, anche se non universale, nei pazienti affetti da schizofrenia; è di natura generalizzata, anche se alcuni domini come la memoria episodica, la fluenza verbale, la memoria di lavoro, l'attenzione e le funzioni esecutive sembrano maggiormente interessati. È presente nella fase prodromica, è probabile un lieve deterioramento prima dell'esordio, migliora parzialmente durante il trattamento, con interventi specifici associati alla terapia farmacologica e persiste lungo il decorso della malattia anche se si caratterizza per la stabilità nel tempo. Poco si conosce sul decorso della consapevolezza di malattia, altra caratteristica nucleare della schizofrenia.

In conclusione, anche se nelle varie fasi di malattia, premorbosa, prodromica, esordio e stabile, possono prevalere determinate dimensioni psicopatologiche, una netta demarcazione tra queste è imprecisa. La distinzione tra fase premorbosa e prodromica si basa sull'assunzione che la compromissione premorbosa rappresenta un precursore o un fattore di rischio per lo sviluppo della schizofrenia mentre i sintomi prodromici sono considerati una manifestazione precoce del disturbo; circa il 50% dei soggetti con sintomi prodromici attenuati non sviluppano schizofrenia; l'esordio del primo episodio psicotico può essere insidioso; i sintomi psicotici spesso non sono chiaramente episodici; e, in ultimo, c'è un'enorme variazione nella progressione della malattia.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA MICHELANGELO

SS13. Prevenzione e gestione del comportamento violento nei pazienti con disturbo psichico

COORDINATORI

G.C. Nivoli (Sassari), R. Quartesan (Perugia)

La relazione tra disturbo mentale e comportamento violento: evidenze cliniche in tema di prevenzione e trattamento

J. Aubut
Montreal, Canada

L'autore descrive la relazione tra disturbo mentale e comportamento violento in relazione alle ultime ricerche in tema di medicina basata sulle evidenze cliniche. In particolare l'autore mette in luce la necessità per lo psichiatra di essere consapevole non solo della psicopatologia della malattia mentale ma anche di tutte le varie dinamiche psichiatriche, psicologiche e sociali alla base del comportamento violento.

Nella seconda parte della relazione l'autore mette in luce le evidenze cliniche in tema di trattamento dei pazienti con disturbo mentale e comportamento violento utili allo psichiatra nella sua pratica quotidiana quando si trova ad affrontare i soggetti con disturbo mentale e comportamento violento.

Le comportement violent des femmes: évaluation et gestion du risque

R. Roy
Montreal, Canada

On a longtemps pensé que la violence des femmes était un phénomène rare, banal et bénin. Des préjugés de toutes sortes sont intervenus pendant de nombreuses années pour influencer les décisions légales au sujet des femmes accusées de délits violents contre la personne. La présentation fera une revue de la violence des femmes, la comparant à celle des hommes, dans les populations générale, carcérale et psychiatrique. Les aspects spécifiques de l'évaluation du risque de violence chez les femmes seront abordés. Par exemple, certaines échelles, comme le PCL-R ont été révisées pour les administrer aux femmes, afin de tenir compte de l'expression particulière de la psychopathie des femmes. La gestion du risque devra aussi examiner certains éléments d'une façon différente pour les femmes que pour les hommes, comme par exemple le lien avec leurs enfants, l'impact du cycle reproducteur, les stratégies pharmacologiques.

De courtes vignettes cliniques issues d'une pratique de psychiatre consultante en clinique externe de psychiatrie légale et dans une prison pour les femmes, illustreront la présentation.

À la fin de cette activité, les participants seront en mesure: de comparer les profils de violence des femmes dans les populations générale, carcérale et psychiatrique; de décrire les aspects spécifiques de l'évaluation du risque de violence des femmes par rapport à celle des hommes; d'identifier des facteurs importants dans la gestion du risque de violence des femmes atteintes de maladie mentale.

Lectures suggérées

Taylor PJ. *Women, psychosis and violence*. Int J Law Psychiatr 2009;32:56-64.

Dolan M, Vollm B. *Antisocial personality disorder and psychopathy in women: a literatur review on the reliability and validity of assessment instruments*. Int J Law Psychiatr 2009;32:2-9.

La gestione in urgenza del paziente violento con disturbo psichico: le tecniche di talk down

R. Quartesan, M. Piselli

Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; Area Funzionale Omogenea di Psichiatria Università Perugia-AUSL n° 3 Umbria

Nella premessa gli AA mettono in evidenza come, contrariamente alle comuni credenze, aggressività e violenza non sono sempre coincidenti con il disturbo psichico.

Dopo aver differenziato le tipologie, considerato gli aspetti biologici, neurochimici e psicologici, affrontano il tema relativo ai molteplici aspetti psicopatologici legati ad aggressività e violenza.

Considerano quindi la gestione in urgenza dell'utente violento con disturbo psichico puntando l'attenzione su fattori scatenanti, di mantenimento e di risoluzione dell'evento. In particolare considerano l'evoluzione in cinque fasi: scostamento dal baseline psicoemotivo – fattore scatenante –, intensificazione, criticità, recupero, post-crisi. Mettono quindi in evidenza l'utilità nel loro pronto riconoscimento onde permettere l'adozione di specifiche modalità di intervento proprie del talk down.

Concludono ponendo in evidenza l'importanza dell'acquisizione di appropriate modalità verbali e comportamentali nella gestione del paziente violento, auspicando una sempre maggiore frequenza nell'organizzazione di programmi di formazione teorico-pratici ad hoc, destinati al personale medico e paramedico del SSN.

La gestione della crisi emozionale del paziente con disturbo psichico: prevenzione del passaggio all'atto di violenza

G.C. Nivoli

Dipartimento di Psichiatria, Università di Sassari

L'autore descrive le varie fasi di gestione di un intervento psichiatrico sul paziente con disturbo mentale che minaccia un comportamento violento suicidario e/o omicidario. Attraverso

l'ascolto con le tecniche di riduzione dell'aggressività agita e verbalizzata, è possibile passare alla fase di accettazione di una realtà mirata e personalizzata alle esigenze emotive del paziente legate all'attualità del contesto. A queste due fasi, legate al controllo dell'aggressività, si aggiun-

ge una terza fase, più squisitamente legata ad ipotesi trattamentali concrete e fattibili nel caso specifico che interessano sia il campo della psicopatologia di interesse psichiatrico legata alle emozioni, sia al campo di specifiche dinamiche scatenanti il comportamento suicidario e/o omicidario.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA TIZIANO

SS14. Eventi stressanti, temperamento e psicopatologia

COORDINATORE

L. Dell'Osso (Pisa)

Prevention in PTSD: What could be done, and what should not be done

J. Zohar

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

The medical concept of golden hours is well-established in situations like CVA and MI. PTSD might benefit from this approach as, like in those disorders, the time of onset is clear^{1,2}.

To date, several interventions have been explored, including debriefing, and administration of benzodiazepines, propranolol, morphine, cortisol and SSRI (for SSRI the "window" was extended beyond a few days, but within one month).

Several debriefing studies suggest that it might not be helpful, and actually might interfere with the robust and potent process of spontaneous recovery.

Intervention with benzodiazepines was also found to have a potential risk of interfering with spontaneous recovery, and recently some groups have recommended against using them. The underlying mechanism of benzodiazepines – deactivation of the HPA axis – may be linked to its adverse activity in the first few hours after exposure to trauma. Propranolol studies have had mixed results, and although it is theoretically of interest, it does not currently seem to be an interesting clinical tool.

A large multicenter, double-blind study conducted recently in Israel sought to examine the efficacy of SSRI (escitalopram) in preventing PTSD for patients displaying symptoms of acute stress disorder, beginning treatment within one month of the traumatic event. Preliminary results, as well as a discussion of the methodological issues involved in recruitment and follow-up for this type of study, will be presented.

Cortisol – the "stress hormone" is a cornerstone in the normal response to traumatic events. An animal model using rats with hyper-reactive HPA axis (the Fischer strain), or hypo-reactive (the Lewis strain), showed that plasticity of the HPA axis is critical for recovery from a traumatic event. It was also found that the normal hyper-secretion of cortisol following exposure to a traumatic event was associated with a reduction in the amplitude of the memory-fear associated with the exposure³. This has aroused interest in the potential use of a medium dose (100-140 mg) of intravenous cortisol. A small preliminary study has shown that this approach might have potential benefit.

Changing the focus from treatment once PTSD is already es-

tablished to secondary prevention of PTSD in the "window of opportunity" – the first few hours after exposure to a traumatic event – has opened the door to new exciting possibilities in PTSD research and treatment.

References

- 1 Stein DJ, Cloitre M, Nemeroff CB, et al. *Cape Town consensus on posttraumatic stress disorder*. *CNS Spectr* 2009;14(Suppl 1):52-8.
- 2 Zohar J, Stein MB, Nutt DJ. *Future directions*. In: Nutt DJ, Stein MB, Zohar J, editors. *Post traumatic stress disorder: diagnosis, management and treatment*. 2nd edn. Cornwall, England: Informa Healthcare 2009, pp. 195-200.
- 3 Cohen H, Matar MA, Buskila D, et al. *Early post-stressor intervention with high-dose corticosterone attenuates posttraumatic stress response in an animal model of posttraumatic stress disorder*. *Biol Psychiatry* 2008;64:708-17.

Cognitive and psychological aspects of cyclothymia: clinical and treatment implications

E. Hantouche

CTAH, Anxiety & Mood Center, Parigi, Francia

The clinical approach of Bipolar Spectrum requires a fundamental change by applying the current concept of "Cyclothymia". Ultimate criteria must go beyond episodes "polarity" and include affective temperaments, family history, age of onset, time course (circularity), level of recurrence, endogenous cyclicality. In national French studies (EPIDEP, BIPOLACT, CTAH Project), Cyclothymia appears as a basic primary ingredient of the construct of soft bipolarity and as the most frequent expression of bipolar disorder. Despite these facts, there is a lot to learn about Cyclothymia for clinicians and especially for patients.

Preliminary data from "CTAH Cyclothymia Project" showed:

- when Stronger links between Cyclothymia and Hypomania assessed by HCL-32 than MDQ;
- presence of a distinct sub-group of Cyclothymia characterized by high levels on Hyperthymic Temperament and Affect Intensity, which appears to be most sensitive to lithium;
- high correlations between Cyclothymia and the 4 factors of the Adult Temperament Questionnaire (ATQ): "negative af-

fect", "orienting sensitivity", "effortful control", and "extraversion";

- dominance of 5 "Life Schemas" such as "abandonment", "self-sacrifice", "insufficient self-control", "dependence", and "unrelenting standards".

Psycho-education group therapy was elaborated in CTAH in order to help patients:

- learning about Cyclothymia: clinical aspects, specificity, co-morbidity, causes, medication, symptoms;
- monitoring and self assessment of Cyclothymia and warning signs, coping with early relapses, and planning of daily activities and rhythms;
- getting familiar with life-schemas and psychological vulnerabilities: sensitivity to rejection, obsessive need to please, procrastination, testing limits, hyper-control, compulsive behaviors, emotional dependency ...

Targeting dominant temperament and exploring life-schemas is important to adopt effective mood management strategies, improve adjustment to illness and optimize combinations of selective drug therapy.

References (Books in French)

- Hantouche E, Houyvet B. *Cyclothymie: Troubles bipolaires des enfants et adolescents au quotidien*. Josette Lyon 2007.
- Hantouche E, Blain R. *Cyclothymie pour le pire et le meilleur: bipolarité et créativité*. Robert Laffont 2008.
- Hantouche E, Trybou V. *Soigner sa cyclothymie: 7 clés pour retrouver l'équilibre de soi*. Odile Jacob 2009.
- Hantouche E, Majdalani C, Blain R. *J'apprends à gérer ma cyclothymie: Méthode pratique*. Josette Lyon 2010.

Spettro post-traumatico da stress nei sopravvissuti al terremoto de L'Aquila 2009

A. Rossi*, C. Carmassi**, L. Dell'Osso**

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila; ** Dipartimento Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia, Biotecnologie, Università di Pisa

I terremoti costituiscono uno dei più frequenti tra i disastri naturali cui possa essere esposta la popolazione generale con conseguente aumentato rischio di disturbi psicopatologici. In particolare, nei sopravvissuti a terremoti sono stati riportati tassi di prevalenza di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) tra il 10,3% e il 30%^{1,2}, con percentuali fino al 60% in bambini e/o adolescenti³. L'Italia è uno dei paesi a più elevato rischio sismico in ambito europeo. Il 9 Aprile 2009, la città de L'Aquila è stata colpita da un terremoto di magnitudo 5.9 sulla scala Richter che ha portato alla distruzione di gran parte della città con la morte di oltre 300 persone, il ferimento di oltre 1600, e circa 65.000 sfollati. Nell'ambito di una collaborazione tra il Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università dell'Aquila e il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa⁴ è stata esplorata la sintomatologia di spettro post traumatico da stress nella popolazione sopravvissuta al terremoto.

Un totale di 1497 soggetti sono stati indagati mediante il Trauma and Loss Spectrum-Self Report (TALS-SR)⁵, con particolare attenzione al livello di esposizione al terremoto e alle differenze correlate a fattori demografici quali età e genere. I risultati

dimostrano la presenza di PTSD di Asse I in oltre un terzo del campione con tassi più elevati nelle fasce di età più giovani e nelle donne. Un ulteriore 25-30% circa della popolazione riportava quadri di PTSD parziale, definito in accordo con la letteratura. Sono stati inoltre rilevati sintomi di spettro post traumatico da stress significativamente superiori nelle donne rispetto agli uomini e nei soggetti più giovani rispetto ai più anziani. I nostri risultati confermano l'importanza di indagare sintomi di spettro post-traumatico nella popolazione generale, in particolare nelle sottopopolazioni a maggiore rischio quali i soggetti più giovani e le donne.

Bibliografia

- ¹ Cairo JB, Dutta S, Nawaz H, et al. *The prevalence of posttraumatic stress disorder among adult earthquake survivors in Peru*. Disaster Med Public Health Prep 2010;4:39-46.
- ² Priebe S, Marchi F, Bini L, et al. *Mental disorders, psychological symptoms and quality of life 8 years after an earthquake: findings from a community sample in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;32:76-83.
- ³ Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM, et al. *A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster*. Am J Psychiatry 2009;162:2302-8.
- ⁴ Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: gender differences*. J Aff Disorder; in press.
- ⁵ Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. Compr Psychiatry 2009;50:485-90.

Stress post-traumatico, temperamento e spettro bipolare

G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) si caratterizza per lo sviluppo di un peculiare quadro psicopatologico in seguito ad un evento scatenante di grande impatto emotivo. L'aspetto sintomatologico predominante è la ripetuta esperienza di rivivere l'evento scatenante, caratteristico è lo stato di allarme e di ipervigilanza nei confronti delle stimolazioni ambientali, nel quale si inseriscono improvvise ed imprevedibili esplosioni di collera con un aumento delle condotte impulsive. Frequente è la sovrapposizione con disturbi dell'umore e Abuso di alcool o altre sostanze. Una delle caratteristiche dei pazienti bipolari con temperamento ciclotimico è l'estrema reattività agli eventi e la marcata sensibilità agli stimoli esterni. Tra i predittori di PTSD sono stati riscontrati instabilità emotiva e sintomi maniacali, osservazioni che suggeriscono una maggiore vulnerabilità allo stress nei pazienti con temperamento ciclotimico. Da queste osservazioni è possibile ipotizzare che la combinazione tra instabilità temperamentale ed eventi traumatici concorra a determinare quadri clinici complessi caratterizzati da disturbi dell'umore, impulsività e sintomi dello spettro PTSD. Interpretare alcuni quadri complessi come determinati dall'impatto traumatico di eventi su di una diatesi comune allo spettro bipolare ha importanti implicazioni in termini nosografici e terapeutici.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA CARAVAGGIO

SS15. Comprendere la vulnerabilità psichiatrica attraverso la disabilità intellettiva

COORDINATORE
G.F. Placidi (Firenze)

Neurobiology of intelligence and intellectual vulnerability to psychiatric disorders

R.E. Jung

Department of Neurosurgery, University of New Mexico, Albuquerque, USA

Diagnosis of intellectual disability has been problematic due to the lack of specificity in the measure of intelligence both within and across cultures. Most would agree that the diagnosis of intellectual disability should reflect a “diminished ability to adapt to the daily demands of the normal social environment.” However, obtaining “standardized, individually administered intelligence tests for which cultural norms have been determined,” and for which specific handicapping conditions are accounted for (e.g., hearing impairment, physical involvement), is extremely challenging. The advent of modern neuroimaging techniques provide measures by which brain integrity (and thus intellectual capacity) might be assessed in an objective way both across cultures and in populations possessing handicapping conditions. We review both behavioral and neuroimaging advances in assessment of brain capacity relevant to intellectual disability – the former culminating in the field of neuropsychology; the latter in the cognitive neurosciences. More specifically, we outline a modern perspective on the way in which intelligence is manifested in the brain based on neuroimaging evidence: the parieto-frontal integration theory of intelligence. In the near future, it is conceivable that intellectual capacity would be measured by a combination of behavioral assays designed to assess “adaptive demands of the normal social environment” as well as more objective brain assays of neuronal integrity through brain biochemistry (e.g., proton Magnetic Resonance Spectroscopy – 1H-MRS), white matter connectivity (e.g., diffusion tensor imaging – DTI), and cortical thickness (e.g., structural Magnetic Resonance Imaging – sMRI). All of these techniques will be discussed within the context of intellectual ability and disability.

The future of the classification of Intellectual Disabilities in ICD

L.S. Carulla

Department of Psychiatry, University of Cadiz, Cadice, Spain

The classification of intellectual disability (ID) in the next editions of ICD and DSM is rising a considerable debate and may have significant implications, not only for clinical practice, but also for healthcare and policy. Two different approaches are at stake: the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) regards intellectual disability solely as a disability, characterised by substantial limitations

in intellectual functioning and adaptive behaviour, and links it to the functional model of the International Classification of Functioning (ICF). This approach has been followed at the previous draft of DSM-V. Conversely, the World Psychiatric Association deems intellectual disability a syndromic grouping or meta-syndrome of neurodevelopmental disorders, which is characterised by a deficit in cognitive functioning before the acquisition of skills through learning and, hence, ID should be kept at the International Classification of Diseases (ICD). This presentation provides an update on the development of the International Classification of Diseases 11th Edition (ICD-11) by the World Health Organisation and the implications for the classification of intellectual disabilities (ID). First, the background, the general structure and the revision process of ICD-10 will be described with a particular focus on Mental and Behavioural Disorders. Second, it will provide an outlook of the review process and the main topics identified by the 1st Working Group on Classification of Intellectual and Learning Disabilities ICD-11 (Watford, UK; 26-27 October, 2009). These issues include, among others, the naming of ID and its implication for the classification of this condition, the role of ID within neurodevelopmental disorders and within the classification of functioning, the review of current criteria, the subgrouping of ID according to IQ levels, the role of behavioral problems within the classification of ID and cultural and public health implications of the classification of ID.

Sintomatologia d'esordio e diagnosi precoce dei disturbi psichiatrici nei disturbi dello sviluppo intellettivo

M. Bertelli

CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), Firenze

Le persone con disturbi dello sviluppo intellettivo (PcDSI) presentano una vulnerabilità allo sviluppo di disturbi psichiatrici significativamente superiore a quella della popolazione generale. Le evidenze di una prevalenza maggiore (fino a 4 volte), di una soglia psicopatogena più bassa e di una più bassa età d'esordio ne rappresentano espressioni.

Le cause di questa alta vulnerabilità sono molteplici e di natura potenzialmente diversa in un raggruppamento meta-sindromico, come quello definito dai criteri di ritardo mentale.

In questo ambito la diagnosi precoce risulta di particolare importanza ma anche di difficile attuazione e lo psichiatra necessità di particolare sensibilità e di nuovi riferimenti di validità che, soprattutto per i casi con disabilità cognitive e comunicative più gravi, privilegino il versante comportamentale dell'espressione sintomatologica.

Le PcDSI hanno basse aspettative di ruolo e sono costantemente esposte a molti stressori, pertanto i livelli di disfunzionamen-

to e di distress nella vita quotidiana non possono contribuire a definire la soglia di significatività clinica nello stesso modo della popolazione generale.

L'“ombreggiatura diagnostica”, cioè la tendenza di molti clinici ad attribuire tutto lo stato mentale e comportamentale alla presenza di disabilità intellettiva, ed il mascheramento psico-sociale, cioè la forte influenza degli stati culturale, relazionale ed ambientale, rappresentano altri fattori limitanti. Ulteriori elementi di difficoltà del procedimento diagnostico sono la distorsione intellettiva, la distorsione di sviluppo, la presentazione atipica e quella mascherata.

Tra le peculiarità principali troviamo invece la necessità di stabilire un livello di funzionamento e comportamentale di base ed il possibile valore clinico dei cambiamenti rispetto ad esso. Questo principio psicopatologico che viene definito intensificazione del livello di base, o più recentemente deviazione dal livello di base, si fonda sull'osservazione dei repertori comportamentali ricorrenti e si riferisce ad alterazioni come il disadattamento, l'aumento del ritiro sociale o le variazioni dei pattern abitualmente associati al benessere individuale.

Un'altra peculiarità del processo di diagnosi precoce è rappresentata dalla sintomatologia somatica (dolori, disfunzioni d'organo o d'apparato, cambiamenti dei ritmi circadiani, distonie del sistema nervoso autonomo), che rimanda all'esistenza di una particolare vulnerabilità neurovegetativa.

Quando applicata al DSI l'attività valutativa dello psichiatra si pone al carrefour di un intervento multidisciplinare, riferito all'intero arco di vita e basato su nuove misure di esito orientate alla persona.

L'intervento precoce per i problemi di salute mentale della disabilità intellettiva: riflessi dalla complessità

C. Ruggerini*, S. Manzotti**, V. Moretti***

*Società Italiana per lo Studio del Ritardo Mentale (SIRM);
* Cooperativa Sociale L'Arcobaleno (Reggio Emilia);
** Minamiyachimata Hospital, Chiba, Japan; *** Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

Anche se la condizione della disabilità intellettiva (DI) è assai eterogenea – tanto che “... sembra più correttamente definibile

come un raggruppamento metasindromico ...¹ – un dato condiviso è la frequente co-occorrenza con problemi di comportamento e con disturbi mentali.

Ciò pone il problema della comprensione dei fattori in gioco e delle possibili azioni preventive.

Obiettivo e metodo: abbiamo esaminato la letteratura relativa agli interventi per la ottimizzazione dello sviluppo e la promozione della Salute Mentale in presenza di DI in età infantile e adolescenziale.

Risultati: sono emersi almeno tre possibili modelli di riferimento: 1. il modello di Guralnick² che mette in luce il ruolo di stressors non presenti nello sviluppo tipico; 2. il modello della “psicopatologia dello sviluppo”³ che prevede la possibilità di un bilanciamento continuo di fattori di protezione e di vulnerabilità; 3. il modello del “Developmental Approach”⁴ che considera cruciale lo sviluppo di alcune competenze di base. I tre modelli hanno originato interventi con filosofie diverse i cui esiti sono stati verificati.

Conclusioni: al momento attuale si sottolinea la necessità di integrare i modelli esistenti⁵ realizzando azioni per la promozione della salute mentale che, da una parte, si propongono di eliminare i fattori di vulnerabilità e, dall'altra, favoriscono la fioritura delle competenze dell'individuo (ad es. Harvey, 2009)⁶. È prevedibile che le teorie e le prassi per la promozione della salute mentale nel campo della DI possano costituire un modello per altre aree della psichiatria.

Bibliografia

- ¹ Bertelli et al. *Prevalenza degli aspetti psicopatologici nelle persone con disabilità intellettiva: uno studio multicentrico sul nuovo strumento SPAID-GS*. Giorn Ital Psicopat 2010;16:53-63.
- ² Guralnick MJ. *Early intervention for children with intellectual disabilities: current knowledge and future prospects*. J Appl Res Intellect Disabil 2005;18:313-24.
- ³ Cicchetti D. *Developmental psychopathology: reactions, reflections, projections*. Dev Rev 1993;13:471-502.
- ⁴ Lerner et al. *Positive youth development: personhood as the basis of thriving and civil society*. Appl Dev Sci 2003;7:172-80.
- ⁵ Schwartz et al. *Addressing the challenges and opportunities for today's youth: toward an integrative model and its implications for research and intervention*. J Prim Prev 2007;28:117-44.
- ⁶ Harvey K. *Positive identity development*. New York: NADD Press 2009.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00
SALA MICHELANGELO

SS16. Dai fattori di rischio al trattamento della psicosi ad esordio recente

COORDINATORE
A. Rossi (L'Aquila)

The social origins of paranoid delusions

R. Bentall

Bangor University, Bangor, UK

Paranoid delusions are the most common positive symptom of psychosis, present in patients with a range of diagnoses. Recent research has highlighted the role of a number of psychological processes in paranoid thinking, which can be broadly classified into two groups: cognitive (theory of mind, jumping to conclusions and executive functioning) impairments and emotional biases (negative self-esteem, and attributional biases). In recent studies we have found that these processes are differentially evident in two subclasses of paranoia.

Poor-me paranoia, in which the individual believes that persecution is underserved, is associated with impaired cognitive functioning, discrepancies between high explicit and low implicit self-esteem, and attributional biases. Bad-me paranoia, in which the individual believes that they deserve to be persecuted, is associated with consistency between low implicit and low explicit self-esteem, but no attributional biases. Developmental studies suggest that these cognitive and emotional abnormalities are the consequence of specific environmental influences, especially insecure attachment and chronic victimization experiences.

Pharmacotherapy of the prodromal symptoms on schizophrenia: When to start, how much to give and when to stop

P. Falkai

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Göttingen, Germany

In the last 10-15 years there has been huge interest in the early diagnosis and treatment of prodromal symptoms of schizophrenia. Based on prospective epidemiological data we know that around 75% of patients with schizophrenia will suffer specific prodromal signs in the mean four years before the onset of the full picture of schizophrenia. From the clinical point of view it is helpful to distinguish in prodromal symptoms including psychotic features in comparison to those ones without signs of psychotic trades. Based on that it is clear from control studies that the diagnosis of specific prodromal symptoms requires cognitive therapy and/or the administration of antidepressants. As soon as psychotic features are explorable low-dose neuroleptics need to be administered. There is very little data available suggesting that the neuroleptic treatment should be continued up to one year, the rule derived from the treatment of first episode psychoses. Further studies are needed to support these notions.

Psychotic symptoms in the general population after a mass trauma

A. Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Vulnerability-stress models emphasize the role of stress in the emergence of psychosis.

Although the association between the experience of stress and onset of acute psychosis has now been investigated for many years, this area of research has been strongly criticized for methodological limitations such as retrospective design, inadequate control groups, inadequate characterization of the onset of the psychotic episode and an almost complete disregard of psychotic illnesses aside from schizophrenia.

Because severe stress can induce symptoms of mental disorders interacting with vulnerability factors, the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) was evaluated in a population of 512 young adult survivors of an earthquake in comparison to a data base of 1057 strictly matched 'non exposed' subjects. Unexpectedly, there was a 'small' to 'medium' effect size decrease CAPE scores in the earthquake survivors. The emergence post-trauma positive changes or re-appraisal for successful adaptation may explain these findings.

A possible explanation for our findings is that not all clinical and subclinical symptoms could be captured within a theoretical construct (i.e. CAPE) but emerging issue such as PTG could buffer CAPE symptoms. However, different type of traumas may allow the emergence of positive changes or re-appraisal for successful adaptation, while other do not.

Interpersonal trauma, cannabis and urbanicity have been reported as factors able to modify the generally good outcome of subclinical psychotic experiences to poorer outcomes of persistence. Within a one year perspective this is not the case among survivors for earthquake related trauma.

Funzionamento metacognitivo negli esordi psicotici

A. Carcione*, M. Procacci*, G. Dimaggio*, G. Nicolò*, M. Schwannauer**, A. Gumley**

* III Centro Psicoterapia Cognitiva - Roma and ** University of Glasgow

Background: evidenze recenti suggeriscono che le persone affette da schizofrenia hanno difficoltà nella metacognizione (Carcione et. 1997; 2008), ovvero nell'abilità di riflettere sui propri ed altrui pensieri, intenzioni e credenza e di utilizzare tali conoscenze per risolvere problemi psicologici (Brune, 2005; Blakemore et al, 2000; Franck et al 2001; Gumley & Schwannauer, 2006; Langdon, et al., 2002; Lysaker et al., 2005;

Lysaker & Lysaker, 2008; Stratta et al., 2007). Il deficit metacognitivo agisce come ostacolo per il recupero del funzionamento sociale (Green, 1995; Lysaker et al., 2005; Semerari et al., 2003) ed è presente ancor prima del primo episodio psicotico (Addington et al., 2008). È stato suggerito che disfunzioni metacognitive in persone affette da psicosi potrebbero insorgere in un contesto di attaccamento insicuro e disorganizzato e che tali problemi possono essere meglio compresi considerando il contesto evolutivo della persona e la sua storia personale (Liotti & Gumley, 2010).

Metodi: usando i dati tratti dallo studio riportato da Macbeth, Gumley, Schwannauer and Fisher (in press) è stato investigato il funzionamento metacognitivo in un campione di 34 individui dopo il recovery da un primo episodio psicotico, misurandolo

tramite la Scala di Valutazione della Metacognizione applicata su trascritti dell'Adult Attachment Interview come base narrativa.

Risultati: è stata esplorata l'associazione tra funzionamento metacognitivo (SVaM) e attaccamento (AAI), coerenza delle narrazioni (AAI), funzionamento scolastico e sociale premorboso (Premorbid Assessment Scale), durata della psicosi non-trattata (DUP), sintomatologia psichiatrica (Positive and Negative Syndrome Scale) e problemi interpersonali (Inventory of Interpersonal Problems – 32).

Discussione: saranno discusse i risultati emersi e le implicazioni per (a) l'assessment della metacognizione al recovery da psicosi e (b) un trattamento impostato sulle necessità specifiche dell'individuo (Dimaggio & Lysaker, 2010).

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA TIZIANO

SS17. Vulnerabilità ed intervento precoce nella prevenzione del suicidio

COORDINATORE

R. Tatarelli (Roma)

Suicide prevention activities around the world: what can we do for those at risk?

D. De Leo

Australian Institute for Suicide Research and Prevention, National Centre of Excellence in Suicide Prevention, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention, Griffith University, Australia

The first, formal push towards suicide prevention activities from the World Health Organization involved the European Office in Copenhagen. In 1988, this Regional Office issued the strategy "Health for All", of which Target 12 was specific to suicide prevention and reduction. In 1996, a joint initiative between the United Nations and their health branch, the WHO, brought to the delivery of a milestone document, "Global Trends in Suicide Prevention: Toward the Development of National Strategies for Suicide Prevention". In 1999, The WHO launched its SUPRE (Suicide PREvention) campaign, which included the WHO/SUPRE-MISS study (2000). The efforts of WHO stimulated the development of a number of country-based initiatives and also collaborative efforts. During the Nineties, in Europe several national strategies were set up:

Finland (1992), Norway (1994), Sweden (1995), Greenland (1997), and Denmark (1999). Australia launched its national strategy in 1999; the US in 2002, as well as England and Wales and Scotland. Germany followed in 2004, and Ireland in 2005. New Zealand (2005), and more recently, Malaysia (2007) and Japan (2008) officially inaugurated their strategies. This presentation will deal with discussing the constitutive elements of these strategies, and in the meantime will describe the available evidence from interventions that seem to have brought promising results along the lines of the USI model (Universal, Selective, Indicated prevention).

Predictors of suicidal behavior in Mood Disorders: identifying individuals in need of early interventions

M. Oquendo

Department of Psychiatry, Columbia University, New York, USA

Early intervention to prevent suicidal behavior is a key public health priority. In the Western world, the psychiatric conditions most often associated with suicide attempt and completion are mood disorders. In order to implement early interventions, it is essential to identify those at risk. This is the case for both primary and secondary preventive strategies. A review of the literature reveals that the markers for risk in mood disorders come from several domains. From the clinical domain, cluster B personality disorder, history of aggression and impulsivity, and nicotine and other substance dependence are key markers, as is the presence of bipolar type mood disorder. From the neurocognitive domain, disruptions in the individual's attention and short term memory appear to be critical components. In the biological domain, neurohormonal responses to both psychosocial stressors and pharmacologic challenges appear to confer risk. Family history of either suicide attempt or completion also appears to be a central risk factor. Together, these markers may help identify those mood disordered individuals at risk so that they may receive early interventions to prevent suicidal behaviors.

Suicide: from childhood to adulthood

M. Pompili

Sapienza Università di Roma; Harvard Medical School, USA

Early life experiences have a powerful effect in the precipitation of eventual suicide. Literature reported that such traumatic

experiences may increase suicide risk both in the short term and in the long term. Specifically, physical and sexual abuse has been reported to affect the manner by which the genome is programmed by the epigenome. It is proposed that epigenetic alterations early in life can have a life-long impact on gene expression and thus on the phenotype, including susceptibility to suicide risk. Such hypothesis supports the notion that genes can moderate the effects of childhood adversity and influence adulthood through alteration of major stress systems in the brain such as the hypothalamic pituitary adrenal (HPA) axis and the noradrenergic system. Both in childhood and adulthood suicide is a tragic event. During the period 1970-2006, 14 males and three females were under 10 years when they committed suicide; the younger was just seven years old. The concept of a suicidal career is often emphasised to stress the fact that suicides do not spring full-blown out of some acute life crisis. Obviously, psychiatric disorders may play a role in increasing suicide risk; nevertheless it would appear that the diathesis is defined long before the onset. It is therefore crucial to deliver early intervention strategies and identify vulnerable individuals. The opportunity to talk about suicide throughout the lifespan appears a safe and easy way to encourage seeking help. This presentation explores pathways to suicide and focuses on early intervention strategies for preventing suicide from childhood to adulthood.

Early Intervention to prevent adolescent suicide

A.L. Berman

American Association of Suicidology, Washington, USA

Suicide and suicidal behaviours among the young pose a global public health problem. Prevention strategies range from primary to tertiary, and from universal to indicated, but rely heavily on strategies for early detection, then referral and treatment of those at risk. A great deal of empirical research, especially in the past two to three decades, has served to provide practitioners and gatekeepers with a plethora of data about risk factors for suicide and suicidal behaviours among adolescents, but this data has not well translated into models of risk assessment and consequent interventions that have proven effective.

This presentation will briefly review what is known about suicide in the young and the challenges and barriers to successful early intervention to prevent suicide among vulnerable youth. Notable among these challenges are those posed by vulnerable youth rarely self-referring for treatment; vulnerable youth being seen more often in primary care versus mental health treatment settings; vulnerable youth being non-adherent to medication protocols; the most at risk youth being poorly attached to social institutions, thus being more difficult to find and refer; the high rate of drop out from treatment; the relatively poor training of clinical practitioners in the recognition and management of suicidal youth; and the lack of clearly established acute risk factors for suicide among the young. Recommendations for meeting these challenges will be offered.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA CARAVAGGIO

SS18. Verso il DSM-5: diagnosi ed esordi precoci nei disturbi del comportamento alimentare

COORDINATORE

P. Santonastaso (Padova)

Testing the validity of eating disordered classification systems: different outcomes based on different validators

S.A. Wonderlich

Department of Clinical Neuroscience, University of North Dakota School of Medicine & Health Sciences, Fargo, USA

Objective: to compare DSM-based eating disorder classification systems to empirically derived classification systems across a range of clinically relevant validators.

Method: latent class analyses were conducted on three large eating disordered data sets resulting in a consistent three-class solution. The empirically derived classification models were compared to DSM-based diagnoses across a range of validators, including clinical course, mortality, response to treatment, and comorbidity.

Results: each of the latent class analyses produced a three-class solution which differed fundamentally from the DSM classifica-

tion system. Interestingly, while empirically derived classes accounted for more variance in some validators (e.g. treatment history, clinical characteristics) the DSM system accounted for more variance in other validators (e.g. clinical course, mortality).

Conclusion: determining the best eating disorder classification system is dependent on the purpose of the classification. Furthermore, tests of different eating disorder classification systems suggest that the utility of a given system varies substantially according to the validator chosen to assess its usefulness.

Towards DSM-5: the epidemiology of eating disorders

H.W. Hoek

Parnassia Bavo Academy Kivistraat, The Hague, NL

The DSM-5 Eating Disorder Work Group has developed draft DSM-5 diagnostic criteria (www.dsm5.org) based on compre-

hensive research analyses (14 literature reviews in *Int J Eat Disord* 2009). The most important challenge has been whether some of the EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified) cases could be classified as suffering from a more specific eating disorder when new criteria would be used. Even in outpatient eating disorders settings 60% of the cases could not be diagnosed as anorexia nervosa or bulimia nervosa, but only as EDNOS.

We will review some recent epidemiological findings. Meta-analysis of two stage studies in the community show that only a minority of eating disorder patients in the community enters the mental health care system^{1,2}. This is particularly true of bulimia nervosa. Surveys in female twins report high lifetime prevalence rates for DSM-IV anorexia nervosa of 2%. Broad anorexia nervosa (defined as DSM-IV AN excluding the amenorrhea criterion) appears to be twice as common. Surprisingly the five-year clinically recovery rates for DSM-IV anorexia nervosa and broad anorexia nervosa seem to be similar: 67% and 69%³, supporting the proposal to remove the amenorrhea criterion in DSM-5.

References

- 1 Hoek HW. *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
- 2 Hoek HW. *Planning an eating disorder service on the basis of epidemiological data*. *World Psychiatry* 2009;3:157-8.
- 3 Keski-Rahkonen A et al. *Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community*. *Am J Psychiatry* 2007;164:1259-65.

Esordio precoce nei disturbi alimentari: evoluzione e cambiamenti nell'epidemiologia e nella diagnosi

P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Il Centro per i disturbi alimentari di Padova raccoglie sistematicamente i dati dei propri utenti dal 1985 ad oggi. Attualmente il registro di casi contiene i dati di oltre 3.200 pazienti. Una serie di studi del nostro gruppo di ricerca si è basata su questo database per: 1) stimare la rappresentatività dei soggetti inclusi nel registro; 2) fornire una stima di prevalenza ed incidenza nell'area di Padova; 3) valutare i cambiamenti nel tempo delle caratteristiche cliniche (età di esordio) e diagnostiche; 4) valutare gli effetti della modifica dei criteri diagnostici nel passaggio dal DSM-IV al DSM-V.

Usando il registro dei casi, nell'area di Padova (424 km²; densità popolazione: 2511/km²), la prevalenza stimata nei nati di sesso femminile tra il 1970 e il 1984 è di 1,4% per AN e 1,1% per BN. Possiamo affermare che la prevalenza di AN stimata attraverso il registro di casi è all'interno dell'intervallo di confidenza di quella riscontrata in uno studio precedente¹, mentre la prevalenza della BN è sottostimata. L'età di esordio diminuisce significativamente nelle generazioni più giovani², mentre l'incidenza, nel periodo 1988-2005 è sostanzialmente

stabile (circa 50 casi per 100.000 nelle donne tra i 12 e i 28 anni).

Nel passaggio dalla classificazione del DSM-IV a quella proposta nel DSM-V, la categoria dei soggetti NAS diminuisce in modo rilevante, ma il confronto tra le diagnosi piene secondo il DSM-IV e i soggetti che rientrano nelle diagnosi piene dopo le modifiche proposte dal DSM-V mostra anche importanti differenze cliniche e prognostiche di cui è importante tenere conto.

Bibliografia

- 1 Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. *The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample*. *Psychosomatic Medicine* 2003;65:701-8.
- 2 Favaro A, Caregato L, Tenconi E, et al. *Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1715-21.

Cross-over diagnostico dei disturbi del comportamento alimentare analizzato secondo i criteri del DSM IV e del DSM V

V. Ricca, G. Castellini, C. Lo Sauro, C. Faravelli*

UO Psichiatria, UO Psicologia, Università di Firenze

Le caratteristiche psicopatologiche e cliniche dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) si sono modificate negli ultimi decenni, e un elevato numero di pazienti presenta distorsioni cognitive e alterazioni comportamentali relative al corpo e al cibo, senza soddisfare pienamente i criteri diagnostici dell'anorexia (AN) e della bulimia nervosa (BN). Considerando che i criteri del DSM IV non sembrano in grado di individuare in modo sensibile e sufficientemente specifico un ampio numero di pazienti, negli studi clinici molti soggetti ricevono la diagnosi di DCA non altrimenti specificati (DCA NAS). Il gruppo di lavoro del DSM V per i DCA ha proposto nuovi criteri classificativi, che dovrebbero comportare una diminuzione del numero e del rilievo clinico delle diagnosi di DCA NAS. La letteratura è concorde nell'indicare che una gran parte dei soggetti con diagnosi di AN, BN e DCA NAS vanno incontro a un notevole cross-over diagnostico nel corso degli anni, con frequenti riacutizzazioni e remissioni parziali. È inoltre ben noto che la maggioranza dei pazienti con DCA presenta una comorbidità per disturbi di Asse I, ma i rapporti tra fenomeni di cross-over e comorbidità psichiatrica non sono stati ancora ben chiariti.

Vengono presentati i risultati di una indagine condotta su un ampio campione clinico di pazienti affetti da DCA, diagnosticati secondo i criteri del DSM IV e del DSM V, con un follow-up a 6 anni. I principali obiettivi dello studio sono:

- valutare il fenomeno del cross-over diagnostico confrontando i risultati derivanti dall'applicazione dei criteri sia del DSM IV che del DSMV;
- identificare le variabili psicopatologiche correlate a diversi possibili esiti delle varie forme di DCA.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA MICHELANGELO

SS19. La malattia di Alzheimer: vulnerabilità biologica, prevenzione e intervento precoce

COORDINATORI

E. Aguglia (Catania), L. Ravizza (Torino)

Treatment of preclinical alzheimer disease: prevention or intervention?

E. Giacobini

Department of Rehabilitation and Geriatrics, University of Geneva Medical School, Geneva, Switzerland

The period 2008-2010 marked the set back of three major clinical approaches directed to:

- prevent the aggregation of beta-amyloid;
- inhibit its production by means of gamma-secretase modulation or inhibition;
- reduce its accumulation by means of passive immunization.

Preventive interventions with anti-oxidants, anti-inflammatories and lipid lowering drugs have been equally negative.

Why did so many drugs designed and tested for AD therapy fail in clinical development phase II or III ?

Do we need to rethink the amyloid cascade hypothesis, change the approach and the target, hinking of phosphorylated tau rather than beta-amyloid?

The recent advances in early diagnosis leading to the recognition of early AD patients (MCI or EMCI) prior to the onset of clinical symptoms at early stages of neuropathology, requires to privilege early targets such as A-beta oligomers or phosphorylated tau and their biomarkers.

It also implies to distinguish clinical signs capable of differentiating individual at risk as surrogate targets for preventive treatment.

This new strategy requires the development of new animal models more closely reflecting the disease at its early stages, the use of earlier biomarkers for CSF or blood identification and new markers for PET imaging.

This strategy will allow to test pharmacological treatments at earlier stages of disease.

This program represents a formidable challenge to clinicians in the next decade.

A new definition of Alzheimer's disease

B. Dubois, M. Sarazin, O. Uspenskaya, L. Cruz de Souza

INSERM-UPMC UMRS 610, Federation of Neurology, Salpêtrière Hospital; University of Paris6, Paris, France

The criteria of the NINCDS-ADRDA and the DSM-IV-TR for Alzheimer's disease (AD) represent the prevailing diagnostic standards. While these sets of criteria represented an important step forward following their publication, they have now fallen behind the unprecedented growth of scientific knowledge of the disease from its earliest clinical manifestations through post-mortem histopathology. Distinctive and reliable biomarkers of AD are now available through structural brain imaging with

Magnetic Resonance Imaging (MRI), molecular neuroimaging with Positron Emission Tomography (PET) and cerebrospinal fluid (CSF) analyses. This progress provides the impetus for the revised research diagnostic criteria for AD. Our proposed diagnostic framework was developed through an international working group 2005, who determined by consensus that a set of revised AD criteria could be developed to capture both the earliest stages, prior to full-blown dementia, as well as the full spectrum of the illness. These new criteria are centered around a clinical core of early and significant episodic memory impairment. They stipulate that in addition there must also be at least one or more abnormal biomarkers amongst structural neuroimaging with MRI, molecular neuroimaging with PET and CSF analysis of amyloid β /tau proteins. The timeliness of these criteria is underscored by the myriad of drugs currently under development that are directed at altering the disease pathogenesis, particularly at the production and clearance of amyloid β as well as at the hyperphosphorylation state of tau. Validation studies within both existing and prospective cohort studies will be needed to advance these criteria and optimize their sensitivity, specificity and accuracy.

The strength of these proposed research criteria is the introduction of neurobiological measures onto the clinically based criteria. The proposal of a "dual clinicobiological entity" that can be diagnosed during life may replace the historical "dual clinicopathological entity". This new diagnostic framework has stimulated a new definition of AD and related conditions that will be presented. The cornerstone of this lexicon is to consider AD solely as a clinical and symptomatic entity that encompasses both predementia and dementia phases.

La cellula staminale adulta: un nuovo bersaglio per malattie neurodegenerative e psichiatriche

M.G. Grilli

DiSCAFF & DFB Center, Laboratory of Neuroplasticity and Pain, Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Novara

Secondo l'ipotesi più accreditata la neurogenesi ovvero la generazione di nuovi neuroni nell'età adulta rappresenta una forma di plasticità che contribuisce alla capacità del cervello di processare, adattarsi e rispondere adeguatamente a nuove informazioni. D'altra parte l'esistenza di aree neurogeniche in età adulta suggerisce la potenzialità del cervello di mettere in atto risposte adattative al danno. Numerose sono infatti le osservazioni di alterata neurogenesi in situazioni patologiche tra cui la malattia di Alzheimer, ictus, epilessia, disturbi dell'umore. Inoltre è stato recentemente dimostrato che alcune classi di farmaci attualmente in uso clinico (tra cui antidepressivi, stabilizzanti dell'umore, antipsicotici) hanno profondi effetti modulatori sulla neurogenesi.

Queste nuove conoscenze permettono di ipotizzare la possibilità di impiego di farmaci provvisti di azione biologica su substrati molecolari cruciali per la regolazione della neurogenesi per agire sul pool "endogeno" di cellule staminali. La relazione tra processi di neurogenesi e malattie neurodegenerative (in particolare la malattia di Alzheimer) e psichiatriche costituisce quindi un nuovo campo di indagine neurobiologica e un potenziale bersaglio sia per interventi terapeutici di nuova concezione sia per l'interpretazione dell'attività di farmaci già in clinica.

Cognitive Impairment No Dementia (CIND) nel "Faenza Project": aspetti clinici e sociali

D. De Ronchi, A.R. Atti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Uno tra i più importanti aspetti dei mutamenti demografici che stanno avendo luogo a livello nazionale ed internazionale è rappresentato dall'aumento significativo della percentuale della popolazione anziana: questo fenomeno si traduce in un aumento nella quota di popolazione a rischio di deficit cognitivi e demenze. Sono disponibili dati tratti da ampi studi di popolazione sulla prevalenza di deficit cognitivi e demenze nella popolazione generale in Italia, e tutti gli studi confermano che la prevalenza raddoppia ogni 5 anni nella popolazione sopra i 65 anni. Se poi consideriamo il numero delle persone anziane con forme subcliniche o precliniche di deterioramento cognitivo, i tassi di preva-

lenza nella popolazione italiana, in accordo con i dati europei, risultano sensibilmente superiori alle percentuali sopra riportate per le demenze conclamate. In questa relazione presenteremo un'analisi dei dati clinici e sociali in relazione ai deficit cognitivi in 7,389 *dementiafree* anziani (60-102 anni) partecipanti al "Progetto Faenza". La procedura diagnostica identificò 402 (5,4%) casi di CIND (cognitive impairment no dementia). Diabete (OR, 95% CI = 1,6, 1,2-2,2), stroke (OR, 95% CI = 1,9, 1,4-2,6), e sintomi depressivi (OR, 95% CI = 1,9, 1,4-2,7) emersero come le maggiori comorbidità mediche di CIND. La bassa scolarità (OR, 95% CI = 1,8, 1,1-2,9), il basso stato socio economico (OR, 95% CI = 1,5, 1,1-2,1), e il "non essere sposati" (OR, 95% CI = 1,7, 1,2-2,5) risultarono anch'essi indipendentemente associati al CIND. Un importante risultato di questo studio è l'effetto sinergico negativo riscontrato negli anziani che avevano sia una condizione medica che sociale di rischio per deficit cognitivi. Questi dati hanno implicazioni sulle politiche cliniche e sociali: per esempio la prevenzione dello stroke ed una attenta terapia del diabete potrebbero ridurre il numero dei casi di CIND di almeno il 10%. Un altrettanto forte impatto sulla prevenzione dei deficit cognitivi potrebbe averlo una attenta valutazione e trattamento dei sintomi depressivi negli anziani.

Bibliografia

Atti AR, Forlani C, De Ronchi D, et al. *Cognitive impairment after age 60: clinical and social correlates in the "faenza project"*. JAD 2010;21:1325-34.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA TIZIANO

SS20. Clinica e gestione dei prodromi dei disturbi dell'umore e psicotici

COORDINATORE

M. Biondi (Roma)

Affect dysregulation and the development of psychosis

M. Birchwood

School of Psychology, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, UK

The Kraepelinian distinction between schizophrenia and affective disorders has not stood the test of time. There is phenomenological, genetic and epidemiological overlap between them. Attempts to deal with these inconvenient facts and to maintain the distinction have included the concepts of hybrid diagnoses ('schizo-affective disorder') and the concept of depression being a 'co-morbidity'.

In this paper I will argue that affective dysregulation is an intrinsic part of the psychoses and present evidence which suggests that affect dysregulation stands alongside neurodevelopmental changes as one of the important causal mechanisms driving psychosis. I will explore the implication of this for early intervention and prevention.

Affective dimension in the first admitted schizophrenia spectrum disorder: A 5-year follow up

J. Parnas

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

The Copenhagen Prodromal Study comprises 155 first admitted patients, of which 100 were diagnosed with schizophrenia spectrum diagnosis (schizophrenia and schizotypy). We examine the affective symptoms in relation to history, psychopathological profile during the prodrome, active phases and 5-years follow-up assessment".

Disturbo bipolare in età evolutiva e in età adulta: continuità o discontinuità?

P. Girardi

Università di Roma, Dipartimento NESMOS, Roma

L'esistenza e la diagnosi del disturbo bipolare in età pediatrico-adolescenziale (P-BD) è stata controversa, rispetto ai pazienti con disturbo bipolare ad insorgenza in età adulta (A-BD). Una review critica della letteratura più rilevante e la valutazione di un campione di pazienti è stata considerata per valutare la fenomenica precoce, gli esiti clinici e le caratteristiche psicopatologiche cercando di determinare aspetti di continuità e discontinuità del disturbo in A-BD vs. P-BD. Pazienti con disturbo bipolare insorto in età pediatrica tendono a mantenere alcune caratteristiche cliniche specifiche nel corso del tempo confrontate con pazienti che hanno avuto l'insorgenza nell'età adulta. Inoltre, elementi di vulnerabilità precoce tendono a manifestarsi secondo pattern specifici alla prima visita psichiatrica in età adolescenziale e pediatrica; queste caratteristiche sono spesso non diagnosticate in modo appropriato con ritardi significativi per quanto riguarda la diagnosi di disturbo bipolare e per l'inizio di un trattamento adeguato ed, in alcuni casi, determinando esiti negativi a lungo termine.

Anomalous body experiences in prodromal conditions

P. Fiori Nastro¹, F. Fagioli¹, A. Dell'Erba², V. Migliorini³

¹ School of "Early Intervention in Psychosis", "Sapienza" University Department of Psychiatry; ² Department of Mental Health, Azienda Unità Sanitaria Locale di Viterbo, Viterbo, Italy;

³ Department of Mental Health, Azienda Unità Sanitaria Locale di Frosinone, Frosinone, Italy

Contemporary psychopathology is focusing on anomalous subjective experiences which usually predated the onset of psychotic symptoms.

Recent empirical and psychopathological works show that certain cognitive symptoms and anomalous body experiences (cenesthesias) are psychopathological features which could be of substantial importance for the issue of early identification of subjects at risk of transition to psychosis.

Certainly such feelings which includes cenesthesias, body abnormal feelings, somatic disperception, physical discomfort, body sensations are very difficult for the patient to describe and for the clinician to recognize, therefore they have a clear color of "unusual", "strangeness".

In terms of prevention and early intervention we need to investigate further psychopathological markers which are able to discriminate subjects that are more prone to develop psychosis.

We try to investigate if this psychopathological feature are decisive for the development of florid productive-psychotic phenomena and occur more frequently in schizophrenia than in affective psychoses.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA CARAVAGGIO

SS21. Le dimensioni nascoste della fragilità psichica: l'alessitimia

COORDINATORE

O. Todarello (Bari)

Genetic and neurobiological determinants of alexithymia

H.J. Grabe

Department of Psychiatry, University of Greifswald

Background: alexithymia represents a risk factor for psychiatric and psychosomatic disorders and is associated with less favourable outcome in various treatments modalities. With a prevalence rate up to 30% in subjects seeking psychiatric or psychotherapeutic treatment, there is an urgent need for a better understanding of the psychobiology of alexithymia. Previous studies have described a familial transmission of alexithymia. Therefore, besides psychological mechanisms like the mother-child bonding genetic factors may contribute to alexithymia.

Methods: based on the Study of Health of Pomerania (SHIP) the association between alexithymia (TAS-20) and 550 single nucleotide polymorphisms (SNPs) from candidate genes of neurotransmitter systems and the immune system will be assessed in n = 1500 subjects.

Results: classical candidate genes like COMT or oxytocin receptors were not associated with alexithymia. However, SNPs from genes involved in immune regulation were associated with alexithymia.

Conclusion: when replicated, the genetic analyses in alexithymia may contribute to a new model of the known association between alexithymia and psychosomatic disease: As those gene polymorphisms have been associated with psychosomatic diseases in previous studies, they may contribute independently to both, alexithymia and psychosomatic disease. Genome-wide association analyses are underway which might provide new insights into the genetic basis of affect regulation.

Treatment of alexithymia and mechanisms of change

O. Luminet

Department of Psychology University of Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgio

The original clinical observations of the 1960s and 1970s were that alexithymic patients responded poorly to psychodynamic psychotherapy. Alexithymic patients were viewed as having trouble with key therapy tasks including introspecting and directly communicating their feelings, recognizing psychological causes, and using mental and relational techniques to regulate affect. Also, alexithymic patients were thought to have difficulty developing an alliance with clinicians and possibly be less likely to engage in treatment recommendations. Only some few studies have been published that attempted to reduce alexithymia levels with multicomponent psychological interventions. The therapeutic potential role of the use of mental representations, such as mental images, might be an interesting approach in the treatment of individuals who are severely impaired with respect to the processing of emotion. A group of female students was randomly distributed into two conditions of hypnotic imagery (8 sessions of individual training) and control (no intervention) conditions. The findings showed that hypnosis is an effective technique for decreasing alexithymia scores, controlled for anxiety and depression. Hypnosis may therefore exert a direct effect upon alexithymia without targeting a decrease in anxiety and depression.

Nuovi strumenti di valutazione dell'alessitimia

P. Porcelli

U.O. Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale De Bellis, Castellana Grotte (Bari)

Negli ultimi 20 anni, un notevole impulso alla diffusione del concetto di alexithymia è stato determinato anche dalla disponibilità di uno strumento di valutazione auto-somministrato come la Toronto Alexithymia Scale. La TAS-20 è diventata la scala standard di misurazione del costrutto grazie ad alcuni indubbi punti di forza quali le ottime caratteristiche psicometriche di attendibilità e validità ma anche la semplicità d'uso e la facilità di somministrazione, importanti sia per l'uso clinico che per la somministrazione a larghi gruppi di soggetti reclutati a scopo di ricerca. Tuttavia la TAS-20 presenta alcuni punti critici sia interni (come la scarsa stabilità del terzo fattore) che concettuali, primo fra tutti il paradosso di valutare un costrutto come l'alexithymia con una scala auto-somministrata. Negli anni sono state avanzate alcune nuove proposte di misurazione dell'alessitimia con strumenti non auto-somministrati che richiedono un processo di valutazione ottenuto con interviste, performance percettiva e valutazione effettuata da terzi. In particolare, due strumenti utilizzano l'intervista strutturata – la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) e la categoria Alexithymia della Structured Interview for Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR-SI-A); uno strumento utilizza la performance cognitivo-precettiva mediante il Rorschach Comprehensive System – la Rorschach Alexithymia Scale (RAS); ed uno strumento utilizza la valutazione effettuata da terzi – la Observer Alexithymia Scale (OAS). Tutti questi nuovi strumenti hanno punti di forza e aspetti critici,

che lasciano ancora aperto il dibattito su alcune questioni di fondo: è necessario differenziare sotto-tipi differenti di alessitimia? L'alessitimia è un costrutto unico? È necessario usare strumenti multipli di valutazione dell'alessitimia?

Distress e nuclei dissociativi

F.M. Ferro

Istituto di Psichiatria, Università "G. d'Annunzio" di Chieti

Le attuali conoscenze fornite dagli studi della *developmental psychopathology* confermano come in taluni disturbi dissociativi il fallimento delle funzioni integrative e organizzatrici della coscienza conduca a sindromi psicopatologiche gravi e complesse, in cui gioca un ruolo chiave l'invalidazione dell'esperienza emozionale. Tale assunto reifica il concetto di *désagrégation* di P. Janet tuttavia l'idea che la vita mentale possa essere composta da esperienze frammentarie continuamente integrate nella costruzione della coscienza e del sé, e che tale tendenza all'integrazione possa essere disturbata in diverse situazioni cliniche, pone al centro del dibattito la questione insoluta della grande difficoltà diagnostica di distinguere tra il fenomeno dissociativo presente in alcuni stati psicotici in cui i "meccanismi di difesa isterici" sono i primi responsabili della dissociazione rispetto a quando è dovuta alla destrutturazione psicotica. Diverse evidenze sottolineano come alcuni aspetti del costrutto alessitimico siano finalizzati alla regolazione delle risposte individuali allo stress psicologico mediante l'uso del coping dissociativo; secondo altre investigazioni, l'utilizzo della stessa dissociazione potrebbe essere letta come un meccanismo di *automatism* nel tentativo che, passando attraverso diversi gradi di alterazione dello stato di coscienza, si regola, almeno in parte, alcune sfumature del contenuto emotivo non comunicabili. In linea con queste premesse alcuni autori hanno dimostrato che, in presenza di un tratto stabile alessitimico, elevati livelli di dissociazione correlavano con la difficoltà nell'identificare la componente affettiva-emotiva (Elzinga et al., 2002).

L'alessitimia si potrebbe collocare inoltre tra i possibili meccanismi adottati per far fronte a vissuti traumatici o, secondo un'ottica squisitamente psicoanalitica, a conflitti non risolvibili a livello della strutturazione del sé. Uno studio effettuato da Irwin e Melbin-Helberg esplora il potenziale delle variabili affettive come predittive di tendenze dissociative. L'input alla ricerca deriva dall'osservazione che i bambini che hanno subito traumi e che sviluppano uno stile di coping dissociativo tendono a perdere la capacità di discriminare le emozioni dai significati delle parole. Lo studio ha perciò indagato sulla relazione tra dissociazione e alessitimia, scoprendo che la dissociazione è predetta da alcuni aspetti dell'alessitimia.

Concludendo, sembra lecito ipotizzare che le caratteristiche strutturali dell'alessitimia siano funzionali a modulare le risposte individuali allo stress emotivo attraverso l'utilizzo della dissociazione. Pertanto, i dati presenti in letteratura, oltre a confermare la presenza di una correlazione tra alessitimia e dissociazione, indicherebbero l'associazione tra costrutto alessitimico ed equivalenti dissociativi come possibili fattori predittivi di diversi quadri clinici (disturbo post traumatico da stress, disturbi somatoformi, disturbi di personalità del cluster B, disturbi della condotta alimentare, ecc).

Bibliografia

¹ Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan, 1889.

² Elzinga BM, Bermond B, Van Dyck R. *The relationship between*

dissociative proneness and alexithymia. *Psychother Psychosom* 2002;71:104-11.

³ Irwin HJ, Melbin-Helberg EB. *Alexithymia and dissociative tendencies*. *J Clin Psychol* 1997;53:159.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MANTEGNA

SS22. La gestione sul territorio delle emergenze nell'adolescenza

COORDINATORE

P.M. Furlan (Torino)

Urgenza crisi e psicoterapia: l'esordio della patologia dell'adolescenza come paradigma del modello dei disturbi dell'impulsività

A. Venturini

Unité de Crise SPEA-DEA, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

L'intervento prenderà in considerazione la specificità del paziente adolescente con diagnosi complessa e rischio suicidario proponendo un inquadramento teorico e clinico.

Saranno passati in rivista le problematiche caratteristiche di questa fase della vita nella quale lo stress adattativo tanto del giovane paziente che del suo environment, pone le basi della grande fragilità che lo caratterizza.

Il modello dell'Unité de Crise del Servizio di Psichiatria del bambino e dell'adolescente dell'Università di Ginevra sarà esposto come riferimento per l'organizzazione di una struttura che può rispondere e accogliere situazioni acute e complesse e illustrare il modello per gestire il rischio di passaggio all'atto suicidario.

Mentalization Based Treatment (MBT) for adolescents: a challenge in the therapy

D. Balanzin

Office Médico-Pédagogique, Out patient Adolescent Consultation - Right Side Bank, Geneva, Switzerland

Emergent Borderline Personality Disorder (BPD) by adolescents is becoming a more defined diagnosis. Their early treatment prevents the development of serious PD personality disorders in the second and third decade of life.

By adolescents presenting emerging-BPD the treatment is frequently difficult not only because of the symptoms presented by the patient (depression, suicidal risk, substance abuse, risky behavior, self harm, dissociative symptoms) but also because of the high risk in the management of the treatment and the high drop out rate in the therapy. The counter transfert is frequently difficult to manage by the therapist during repetition of self harm, suicidal attempts and risky behavior in crises.

A clear frame in the management of the medication, of the risk assessment and a manualized treatment model can build a good reference during the clinical treatment.

MBT is a manualized and evidence based treatment MBT.

The aim of the oral presentation is to present a MBT-adolescent in the clinical vignette.

Lavoro di rete, intervento integrato e fattori terapeutici nelle urgenze psichiatriche in adolescenza

G. Rigon

Sezione Psichiatria della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza), Bologna

Viene presentato il sistema di risposta all'urgenza psichiatrica in età evolutiva realizzato a Bologna. Esso fa perno su una Unità Operativa Semplice composta da Day Hospital, alcuni ambulatori specialistici ed un Centro Diurno, che è parte dell'Area Dipartimentale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, che afferisce al Dipartimento di Salute Mentale. Questa collocazione organizzativa garantisce al sistema delle urgenze una forte connessione con il Servizio territoriale e uno stretto collegamento con la rete dei Servizi sanitari e sociali.

Viene presentata la casistica che affluisce al Day Hospital e il suo funzionamento, caratterizzato da un approccio psicoterapico. Vengono quindi analizzati i fattori terapeutici che sono in gioco: l'ambiente terapeutico accogliente/accettante viene indicato dai pazienti, dalle famiglie e dai medici curanti come quello principale.

Il Day Hospital svolge anche una funzione diagnostica, per illustrare la quale viene presentata la casistica relativa ai disturbi di personalità, discutendo il valore di questa diagnosi anche in rapporto alla presa in carico di questi soggetti, al compimento della maggiore età, da parte del Servizio di Psichiatria Adulti.

Rete regionale interdipartimentale per le emergenze nell'adolescenza

P.M. Furlan

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, AOU San Luigi Gonzaga/ASL TO3, Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga, Università di Torino

Infanzia e soprattutto adolescenza sono settori che, almeno dal dopoguerra, hanno mantenuto un rilevante distacco con la

psichiatria adulti. Questa separazione oggi, con l'organizzazione territoriale e a discapito di norme innovative, mostra limiti culturali, assistenziali, scientifici nonché di natura economica, sociale e relazionale. Pare comunque indubbio che gli aspetti di vulnerabilità e di capacità di porre in atto meccanismi protettivi-preventivi sia ancora affidata a situazioni isolate lontane dal fare sistema.

L'aspetto più noto e a maggior impatto emotivo è rappresentato dal suicidio adolescenziale, manifestazione non ancora del tutto compresa e che, secondo le ricerche più recenti, non può nemmeno lontanamente venir assimilato a quello degli adulti. L'immagine mortis è poco strutturata nei giovanissimi e per molti di questi si tratta più di "vedere e seguire il proprio funerale". Ulteriore aspetto poco approfondito è quello dell'area critica,

spesso esacerbata dall'assenza di strutture e di preparazione sia professionale sia ambientale-familiare. Il numero di ricoveri anomali per struttura, per età e per patologia è in aumento e l'insufficienza delle possibilità d'accoglienza determina un pre-occupante lievitare di offerte incompetenti.

L'area critica post adolescenziale, inoltre, svela fenomeni preoccupanti; i ricoveri in urgenza per esordio psicotico in giovani sono in sensibile aumento e tali giovani sono in maggioranza consumatori di nervini. I DCA sono oggetto di trattamenti disorganizzati così come i disturbi autistici e le situazioni che richiedono l'intervento di medici legali (per altro poco preparati su queste fasce d'età).

Attraverso l'esposizione di dati ed esperienze vengono proposte delle soluzioni operative.

PSICHIATRIA 2011:
Vulnerabilità e intervento precoce
SIMPOSI REGOLARI



15° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia



Roma, 15-19 febbraio 2011

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA PINTURICCHIO

S1. Nuova normalità, nuove patologie

COORDINATORI

A. Amati (Catanzaro), M. Biondi (Roma)

Emergono nuove forme di sofferenza, cambiano normalità e patologie: trasformazioni dal mondo di Freud ad oggi

M. Biondi

Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I

Molti si chiedono se il concetto di normalità sia cambiato nella società attuale rispetto al passato e se stiano anche mutando i confini che delimitano questa rispetto alle patologie psichiche. La società occidentale odierna è per molti aspetti diversa da quella dell'epoca in cui vivevano i pazienti studiati da Freud o dai principali psicopatologi di inizio Novecento. Ci sono diverse novità in campo e per ragionare intorno a queste trasformazioni si possono fare alcune prime osservazioni: in primo luogo, permane la "follia" intesa come manifestazione acuta di perdita della ragione, agitazione, delirio, comportamenti grossolanamente alterati e crisi emozionali imponenti, rottura con l'equilibrio e l'ordine, manifestazioni di aggressività impulsiva, e così via. In secondo luogo, negli ultimi decenni sono comparse nuove forme di sofferenza psichica, oltre che forse un'aumentata prevalenza di alcune; in terzo luogo, per contrasto, vi è un'aumentata tolleranza ed accettazione per comportamenti "diversi", anormali, in passato ritenuti patologici e da curare.

Il primo punto è di rilievo. Sono certamente sempre presenti alcune importanti disturbi psichiatrici descritti fin dall'antichità come ad esempio la ciclotimia e il disturbo bipolare (malattia maniaco-depressiva), i disturbi deliranti e la paranoia, le demenze, le sindromi psicorganiche e confusionali (si vedano per esempio le descrizioni della "centuria" dei casi di "pazzia" di Vincenzo Chiarugi), ma anche forme di psicopatologia meno drammatiche come l'ipocondria, l'ansia e le fobie, i disturbi della personalità e della relazione (si vedano ad esempio i "temperamenti" descritti fin dalla medicina greca e i "caratteri" descritti in epoca antica da Teofrasto). Resta aperto il dubbio se la schizofrenia esista fin dall'antichità o se sia "comparsa" in tempi recenti. Inoltre pur tenendo conto della disponibilità di nuove cure (farmaci, psicoterapie) l'impatto delle trasformazioni sociali e sul ruolo che la complessità della società può avere sui decorsi.

Per quanto riguarda il secondo punto, a fronte di un aumentato benessere materiale e sicurezza sanitaria, sembra emergere una fragilità psichica che colpisce tutte le età, con in testa forme depressive, forme di ansia-angoscia e disturbi "psicosomatici". Sono emerse anche patologie "nuove", assenti nei trattati di psichiatria di fine Ottocento, come ad esempio l'anoressia, la bulimia, i disturbi da stress post-traumatico, i disturbi dissociativi, l'ansia sociale, il disturbo da attacchi di panico, i disturbi somatoformi e stress-dipendenti, i disturbi di personalità borderline e narcisistici, il disturbo del controllo degli impulsi, dipendenze patologiche, il disturbo da iperattività e deficit dell'attenzione; anche l'abuso e la dipendenza da sostanze, l'impiego di sostanze di sintesi, il poliabuso specie in alcune fasce di età sono

nuovi. Se alcuni di questi sono nuovi, come i disturbi del comportamento alimentare, altri disturbi esistevano probabilmente anche prima – come il disturbo da stress post-traumatico, ma non erano riconosciuti come patologia. Le nevrosi traumatiche da guerra, ad esempio, sono state oggetto di studio dalla prima guerra mondiale, per avere un riconoscimento pieno nel DSM III dopo la guerra del Vietnam. Per altre patologie ancora, è possibile che vengano diagnosticate di più perché più riconosciute – come forse il disturbo ossessivo. Altre forme ancora come quelle psicotiche potrebbero manifestarsi con più facilità a causa di un maggiore stress psicosociale (si pensi ai dimostrati maggiori tassi di diagnosi di psicosi nelle popolazioni all'inurbamento e immigrate), in parte associate alla maggiore complessità organizzativa e di sforzo di adattamento alle richieste che caratterizzano l'attuale mondo sia sociale che del lavoro. In altri casi ancora è possibile che vi sia un misto di effettivo aumento di prevalenza, dovuto anche ad aumento di stress così come aumentata sensibilità per fare diagnosi: potrebbe essere il caso della sofferenza depressiva - legata al maggiore sforzo per essere se stessi e all'altezza – e per cause molteplici. Del tutto nuovi sono anche la definizione autonoma come entità in qualche modo "patologiche" di fenomeni come il *burn-out*, il *mobbing*, lo *stalking*, il bullismo che rinforzerebbero l'idea che questa società abbia riconosciuto come "disturbi" e dato dignità autonoma anormale o patologica a comportamenti e stati prima non segnalati.

Esaminiamo meglio il caso della depressione. I sintomi previsti convenzionalmente per la diagnosi di episodio depressione maggiore sono listati nel DSM IV ma non riflettono alcuni aspetti. Dati epidemiologici riportano che la depressione è più che triplicata nel secondo dopoguerra rispetto agli anni Trenta e secondo proiezioni dell'OMS orientata a divenire una delle prime fonti di carico di sofferenza insieme a tumori e patologie cardiovascolari intorno al 2020. Resta il dubbio se questa crescita sia apparente e dipenda da un'affiorare di una sofferenza prima non riconosciuta e diagnosticata, o se sia effettivamente recentemente creata e nuova. Un'altra possibilità che va attentamente valutata è la possibilità che sia cambiata la struttura sintomatologica delle depressioni e che vi sia un mutare della struttura della sofferenza depressiva: in passato centrata sulla colpa, la riduzione dell'autostima, su sintomi biologici (riduzione della spinta vitale, alterazione dei ritmi circadiani, perdita di appetito e di peso, come nella "vecchia" depressione endogena), oggi più centrata sul senso di fatica, scontentezza, senso di vuoto, piuttosto che su una reale riduzione della spinta vitale e dell'umore. Questo rimanda al chiedersi quali sono i costi psichici dei mutamenti sociali e strutturali avvenuti dal XIX secolo? Ad esempio un grande cambiamento è stata la standardizzazione dei ruoli e le abilità necessarie per il lavoro altamente specializzato, la necessità di conformarsi ad un "tempo" definito in minuti e secondi unico per tutti (i primi orologi non avevano lancetta per i minuti e la sincronizzazione tra orologi

nacque nelle stazioni ferroviarie), mentre è passato in secondo piano il tempo "soggettivo" fondato sui ritmi naturali di luce e buio, il ritmo dell'organizzazione del lavoro basato sul senso di energia o stanchezza? Quali sono i costi psichici dell'urbanizzazione e del sovrappollamento delle città, della concentrazione di attività e spazi, della temporizzazione di riposo e vacanze, dell'esigenza di un lavoro che è accettato solo se "realizza", di sforzi per alte prestazioni continuate in molte attività lavorative competitive, oltre alla "fatica" di dover ricoprire prestazioni attese anche in ruoli privati (amore, sesso, famiglia) e nel riposo (vacanze, sport, acquisti, casa, tempo libero)?

Preoccupazioni per la salute ed ipocondriache possono sembrare aumentate nella società occidentale dove il modello ideale di salute è centrato su stretti standard, da cui sono ad esempio esclusi l'obesità e il sovrappeso ridefiniti come patologie e non come varianti di uno stato di salute, dove esiste un'alta aspettativa di vita e una promessa di benessere fino a tarda età, piuttosto che accettare il destino di coesistere con la possibilità di malattia e di patologie croniche. Tuttavia, è sorprendente come l'allungarsi dell'età media, del benessere materiale e il miglioramento della qualità di vita non vanno automaticamente di pari passo con il senso di benessere psichico e della serenità.

Le chiavi di lettura sono diverse, complesse, solo alcune rimandano ad aspetti psichiatrici o psicopatologici. Un punto di riferimento fondamentale resta il concetto di "disagio della civiltà" di Freud, che individuò come il costo psichico di questa società fosse ben maggiore di quelle precedenti. In altri termini, l'uomo moderno paga la sicurezza che questa società offre con i maggiori costi psichici dati dall'esigenza di adattarsi alle regole di una società più protettiva ma più impegnativa e complessa. Lungo questa linea, è chiaro come al crescere degli standard e delle regole, aumenti anche il numero di persone che non vi stanno dentro o che hanno difficoltà ad adeguarsi.

Il terzo punto – l'aumentata tolleranza di comportamenti prima ritenuti anormali – sembra in contrasto con l'emergere di nuova sofferenza psichica appena discusso. Alcuni comportamenti definiti un tempo patologici e oggetto di cura sono stati "depenizzati" dall'elenco dei disturbi mentali Manuale Diagnostico Statistico DSM-IV dell'American Psychiatric Association o dall'International Classification of Diseases, ICD-10, come ad esempio è stato per l'omosessualità – con il riconoscimento delle coppie gay in molti stati e la possibilità di riconoscere le unioni civili o l'adozione di figli; per alcuni comportamenti sessuali e forme di quasi-perversione, dall'amore di gruppo al sadismo e masochismo che sembrano avere più spazio rappresentativo (nel cinema, in letteratura, a teatro), nella fantasia ma anche nella vita; l'impronta di permissività, aperta, improntata ad una morale anti-autoritaria; comportamenti problematici nell'adolescenza, comportamenti impulsivi e di tipo aggressivo individuali e di gruppo, l'impiego voluttuario, moderato (la dose a scopo personale), "ricreazionale" di sostanze (come nei *rave party*), anche con valenze antisociali, comportamenti influenzati dal culto di sé e narcisistici hanno un loro spazio in un'area della normalità che sembrerebbe "allargata". Si è spesso sottolineato che il senso del dovere e il ruolo psichico della colpa sono diminuiti nella società odierna rispetto a quella Ottocentesca; prevarrebbe un relativismo di valori impostato sul desiderio individuale come criterio di norma di ciò che è bene o male, accettabile o riprovevole, sano o patologico; come criterio che organizza i comportamenti e le relazioni l'utile soggettivo è indubbiamente subentrato al principio di un "bene" o "male" oggettivi (definiti

ad esempio da norme religiose o codici sociali) tanto da influenzare anche i contenuti di vari tipi di psicoterapie (come ad esempio alcune psicoterapie cognitive).

Conclusioni: in sintesi, si assiste ad un quadro variegato: da un lato si manifestano – a fianco del persistere di patologie "storiche" descritte fino dall'antichità - nuove patologie assenti in un trattato di psichiatria dell'Ottocento, dall'altro i confini tra normalità e patologia si sono allentati, e diverse condizioni un tempo ritenute patologiche sono oggi considerate nella norma. Per orientarsi, è utile fare riferimento alla complessità sia dell'individuo come essere biologico e sociale, evitando di basarsi su un solo criterio come quello statistico o di devianza dei comportamenti per stabilire se un comportamento è patologico. I criteri per definire i confini tra normalità e psicopatologia variano entro certi limiti, con criteri culturali, statistici, antropologici che variano col variare delle epoche, criteri invece come quelli biologico, etologico, della forma e contenuto del pensiero sono stabili e indipendenti dalle epoche. Ciò che era normale in un uomo del paleolitico continua ad essere "normale" ancora oggi, nel profilo di una continuità di normalità che prosegue nel tempo e assicura l'identità dell'essere umano. I suoi comportamenti possono variare, generare ridefinizioni, variazioni culturali che, comunque, appaiono rispetto alla maggioranza degli individui.

Bibliografia

Biondi M, *La mente selvaggia – Un saggio sulla normalità nei comportamenti umani*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1995.

Dal determinismo genetico alla costruzione della mente

E. Boncinelli

Università Vita-Salute S. Raffaele, Milano

Parlando di cervello e di mente si pone sempre il problema di quanto del nostro comportamento, ma anche della nostra ideazione, dipende da determinanti biologici o sociali, e quanto dipende dal soggetto. Che cosa poi sia quest'ultimo indipendentemente dai determinanti biologici e sociali è un altro discorso (Boncinelli E, Di Francesco M. *Che fine ha fatto l'io?* Milano: Editrice San Raffaele 2010).

I determinanti ai quali si fa più spesso riferimento sono l'azione dei geni, l'operato degli ormoni e più in generale l'influenza dell'assetto biologico di ciascuno di noi e i condizionamenti culturali. Non ho la competenza per trattare l'argomento dei condizionamenti culturali, ma per quanto riguarda i determinanti biologici si può dire che oggi abbiamo raggiunto un certo livello di chiarezza.

Quello che siamo e ciò che facciamo nasce dalla confluenza di tre fonti di variabilità: i geni, l'ambiente e il caso. Non c'è dubbio che ci sia una componente genetica che deriva dal nostro patrimonio genetico, ma questa, al meglio delle nostre conoscenze attuali, non supera il 35-40% del totale. Non c'è altresì dubbio che una notevole influenza abbia l'ambiente dove siamo vissuti e dove viviamo e gli eventi ai quali siamo andati incontro fin dal giorno dalla nostra nascita: in sostanza la nostra biografia. Le due componenti, quella genetica e quella biografica, insieme non coprono però mai il 100% della variabilità. Occorre quindi postulare l'esistenza di una terza fonte di

variabilità che, in mancanza di una determinazione migliore, possiamo imputare all'azione del caso. Questo agisce prevalentemente durante lo sviluppo, ma il suo operato è poi presente per tutta la vita. Questo spiega la notevole diversità fra parenti e anche fra individui geneticamente molto simili e ci fornisce quel margine di variabilità che ci permette di sfuggire alla dittatura dei diversi determinismi.

Bibliografia

Boncinelli E. *Mi ritorno in mente*. Milano: Longanesi 2010.

Mutamento sociale e nuovi comportamenti

F. Mignella Calvosa

Centro Studi Scenari Urbani, Facoltà di Giurisprudenza, LUMSA, Roma

Affrontare l'analisi di nuovi comportamenti, prendendo le mosse dall'analisi del mutamento sociale in atto, significa affrontare l'analisi della complessità contemporanea prendendo coscienza dell'insufficienza delle teorie analitiche pure ed elaborare, per quanto possibile, un approccio olistico e globale per affrontare problemi reali.

L'interdisciplinarietà insita in questo approccio costituisce un tentativo di superare i limiti propri di ciascuna disciplina per integrare competenze e conoscenze a disposizione dei ricercatori che permettano di cogliere le strutture profonde dei fenomeni, nel tentativo di trovare spiegazioni.

Per comprendere la realtà sociale che ci circonda è necessario, dunque, operare una ricomposizione critica delle conoscenze settoriali della realtà, come premessa per scelte dirette a migliorare le condizioni di vita delle persone.

In questa relazione si cercherà di comprendere come le trasformazioni sociali in corso incidano sui comportamenti degli individui, in particolare dei giovani, che sono investiti da flussi comunicativi intensissimi e continui senza avere il tempo e le capacità di elaborare interpretazioni e ancora meno approcci valutativi.

Ci sono ambiti della società in cui si articola la realtà quotidiana, che aprono spazi a comportamenti "critici" e che implicano una riflessione in termini di comprensione dell'agire sociale che li sottende. Velocità, mancanza di tempo, deficit di confronto, impazienza, impero della forma sul contenuto, dell'agire sul dire: tutte sfere che danno vita a nuovi "alfabetismi" (o analfabetismi?) emotivi e relazionali, sempre più spesso costruiti ed esperiti con pratiche virtuali in spazi virtuali. D'altra parte, cambia anche nella società contemporanea la comprensione e l'uso dello spazio oltre che del tempo. I territori in generale, e le città in particolare, cambiano proprio perché a questi si aggiunge (ma, anche e potenzialmente, si sovrappone) uno spazio che non è quello reale che li delimita geograficamente, ma quello virtuale, modificando in profondità il rapporto che intercorre fra lo spazio e gli individui. E se lo spazio può essere annullato perché sovrapponibile, anche il tempo si piega all'intrecciarsi di relazioni comunicative. E tutto ciò si traduce in nuovi comportamenti.

Esistenze incomplete tra narcisismo e dipendenza

A. Amati

Università Magna Græcia di Catanzaro

Introduzione: insoddisfacente risposta alle terapie e recidività pseudociclica non sono infrequenti tra le depressioni problematiche del giovane adulto. Con la destabilizzazione affettiva piuttosto che un sottotipo riconoscibile di disturbo di personalità, si evidenziano spesso tratti disturbati "trasversali", che hanno significati differenti nei singoli disturbi del cluster B.

Le dimensioni base: narcisismo e dipendenza sono due dimensioni che si trasformano nella evoluzione della mente e nello sviluppo dei comportamenti maturi. Il persistere di strutture narcisistiche precoci e di tratti dipendenti si riflette sul profilo soggettivo ed interpersonale dell'identità. Le reazioni non costruttive alle contrarietà rivelano grandiosità onnipotente, sfiducia e competitività verso gli altri e favoriscono l'insoddisfazione e lo scempenso depressivo. L'ipervigilanza allertata viene percepita come ingiustamente controllante ed induce comportamenti difensivo-aggressivi da parte dell'altro. Per Kernberg, tale funzionamento esprime la discrepanza tra bisogno superficiale di conferme e disprezzo profondo verso gli altri. La dipendenza negata è un altro elemento chiave d'instabilità esistenziale con manifestazioni impulsivo-esplosive, bassa autostima, difese distruttive in presenza di sentimenti avvertiti come minacciosi perché incontrollabili sono elementi di contiguità con il disturbo borderline. L'enfasi sull'autosufficienza e la scarsa empatia sono invece vicini allo stile interpersonale dell'antisociale. L'intolleranza all'indifferenza ed al rifiuto, con reattività di umiliazione rabbiosa si pongono in continuità con l'istrionico. L'arroganza comportamentale di una falsa e inappropriata intraprendenza autoaffermativa può coesistere con un innessamento umano fittizio, che si trasforma in distruttività di annientamento improvvisa.

Conclusioni: la prevalenza dei disturbi di Personalità del cluster B sembra relativamente stabile ma tra i depressi problematici sono frequenti tratti inadeguati della personalità che si collegano al narcisismo ed alla dipendenza. Si tratta spesso persone con intelligenza vivida ma dispersiva che non accettano le regole o fingono di accettarle solo per sabotarle, sono ipersensibili alle critiche e distruttive nelle scelte comportamentali. Reagiscono con astioso isolamento alle difficoltà interpersonali, che si costruiscono da soli. La depressione sembra evidenziare un arresto di sviluppo della personalità con crollo "del falso sé" ed incapacità di adattamento costruttivo. L'inconsistenza dell'evoluzione profonda del sé potrebbe spiegare anche i limiti della farmacoterapia e la resistenza ad accettare una psicoterapia combinata

Bibliografia essenziale

Cloninger CR, *A practical way to diagnose personality disorders: a proposal*. J Pers Dis 2000;14:99-108

McGilloway A, Hall RE, Lee T, et al. *A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment*. BMC Psychiatry 2010;10(33).

Widiger TA. *Personality disorders diagnosis*, World Psychiatry 2003;2:131-8.

Widiger TA. *Dimensional models of personality disorders*. World Psychiatry 2007;6:15-9.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA BRAMANTE

S2. Le basi biologiche dell'attaccamento: dal laboratorio alla clinica

COORDINATORI

A. Troisi (Roma), A. Siracusano (Roma)

Ansia di separazione e panico: un modello animale

F.R. D'Amato

Istituto di Neuroscienze del CNR, Sezione Neuroscienze Comportamentali, Roma

Il disturbo di panico/agorafobia (PD) ed il suo precursore disturbo d'ansia da separazione (SAD) sono patologie comuni (prevalenza: 5-6%) e debilitanti. Sono ormai note evidenze sperimentali del fatto che alcune risposte specifiche (iperventilazione, ansia acuta) a miscele d'aria arricchite in CO₂, osservabili nei soggetti ad alto rischio per PD/SAD siano un parametro trasferibile in laboratorio per meglio comprendere la natura di questi disturbi. Da questi studi emerge inoltre come un fattore comune nei soggetti che soffrono di PD sia rappresentato da stress precoci che conducono al un attaccamento ansioso (Battaglia et al., 2010).

Abbiamo voluto trasferire queste informazioni dall'uomo all'animale per mettere a punto un modello di attacco di panico nel topo ove sia possibile una analisi sperimentale sia dei fattori genetici che di quelli ontogenetici coinvolti. Basandoci sull'endofenotipo rappresentato dall'ipersensibilità all'ipercapnia nei soggetti umani con PD, abbiamo sviluppato un modello animale che presenta lo stesso endofenotipo. Gli animali vengono manipolati durante lo sviluppo in modo tale da disturbare la formazione del legame di attaccamento con la madre e questi topi presentano una ipersensibilità alla CO₂ in quanto mostrano una alterazione dei parametri respiratori sia durante lo sviluppo, che in età adulta. La manipolazione precoce consisteva nella sostituzione giornaliera della femmina madre per i primi giorni di vita. Nonostante la quantità di cure materne rimanesse inalterata, è stato verificato un deficit nel comportamento di attaccamento. Oltre alla risposta respiratoria all'ipercapnia e ipossia, abbiamo analizzato il profilo neurochimico, comportamentale e ormonale in condizioni di base e in seguito a esposizione a stress in età adulta. Infine l'ereditabilità di questo tratto ontogeneticamente acquisito ed il ruolo della componente genetica e di quella ambientale vengono valutati per una migliore comprensione del fenomeno e per mettere a punto trattamenti farmacologici e comportamentali più efficaci.

Bibliografia

Battaglia et al. *A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO₂, panic disorder, and the effect of childhood parental loss*. Arch Gen Psychiatry 2009;66:64-71.

Disturbo d'ansia di separazione dell'adulto e lutto complicato in una coorte di 454 pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore

S. Pini, C. Gesi, M. Muti, M. Abelli, A. Cardini, L. Lari, M. Mauri, K. Shear, V. Manicavasagar, G.B. Cassano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Introduzione: recenti studi epidemiologici hanno mostrato che il disturbo d'ansia di separazione si presenta più frequentemente negli adulti rispetto ai bambini. I dati provenienti dalla letteratura suggeriscono che il disturbo d'ansia di separazione dell'adulto (ASAD) può insorgere a seguito di un lutto o di una minaccia di perdita. La ricerca ha dimostrato che le persone che hanno subito una perdita possono presentare una reazione al lutto clinicamente significativa definita lutto compilato (CG) con importanti ripercussioni sulla qualità di vita dell'individuo. Questo studio ha lo scopo di valutare la relazione tra ASAD e CG in un'ampia coorte di pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore.

Metodo: il campione dello studio è costituito da 454 pazienti psichiatrici ambulatoriali con una diagnosi di disturbo d'ansia o dell'umore secondo i criteri del DSM-IV. Per l'assessment diagnostico è stata utilizzata la SCID-I, mentre l'ASAD è stata valutata tramite una versione adattata della Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS-adult). I sintomi del lutto complicato sono stati indagati con l'Inventory of Complicated Grief (ICG). Per indagare l'impairment sociale e lavorativo è stata utilizzata la Sheehan Disability Scale (SDS). Infine, gli stili di attaccamento adulto sono stati valutati tramite il Relationship Questionnaire (RQ).

Risultati: la frequenza complessiva di ASAD nel nostro campione è risultata del 43%, mentre quella del CG del 23%. Gli individui con CG hanno riportato con maggior frequenza ASAD (56%) rispetto a quelli senza CG (40%) ($p < ,005$). I soggetti con ASAD e CG hanno ottenuto punteggi più elevati all'ICG ed una più significativa compromissione della qualità di vita, misurata dalla SDS, rispetto ai pazienti con CG senza ASAD.

Conclusioni: il disturbo d'ansia di separazione dell'adulto è presente in un'elevata percentuale di pazienti psichiatrici adulti con lutto complicato. L'associazione tra queste due condizioni dovrebbe essere ulteriormente investigata alla luce delle loro implicazioni cliniche.

Oppioidi endogeni e stile di attaccamento in soggetti adulti

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma Tor Vergata

L'ipotesi di un legame tra funzionalità oppioidergica centrale e attaccamento sociale fu originariamente formulata da Jaak Panksepp circa 40 anni fa ed è stata successivamente confermata da molti studi condotti in differenti specie di mammiferi inclusi primati non umani. I dati sull'uomo sono molto più scarsi ma il rapido sviluppo della genetica molecolare promette di arricchire le nostre conoscenze riguardo al ruolo delle differenze individuali nella funzionalità oppioidergica centrale nella modulazione dei comportamenti di attaccamento. Lo studio oggetto di questa relazione è stato condotto in collaborazione con gruppi di ricerca dello European Molecular Biology Laboratory e dell'Istituto di Neuroscienze del CNR. Sono stati arruolati 214 adulti (84 pazienti psichiatrici con disturbi non psicotici e 130 volontari sani) che sono stati valutati mediante specifiche scale psicometriche che misurano l'attaccamento evitante (Attachment Style Questionnaire e Relationship Questionnaire) e l'anedonia sociale (Snaith Hamilton Pleasure Scale). Questi dati psicometrici sono stati messi in relazione con il polimorfismo genetico (A118G) del gene che codifica per il recettore mu per gli oppioidi endogeni (*OPRM1*). In accordo con l'ipotesi dello studio, sia tra i pazienti psichiatrici che tra i volontari sani, i soggetti portatori dell'allele G totalizzarono punteggi più bassi dei soggetti con genotipo AA nelle scale dell'attaccamento evitante e dell'anedonia sociale. Questi risultati indicano che la variante genetica allele G (variante relativamente rara nella popolazione caucasica) si associa ad una maggior propensione a formare legami affettivi e a sperimentare piacere in situazioni sociali amichevoli. Questo profilo di personalità che riguarda la risposta edonica elicitata da stimoli di natura sociale corrisponde a quanto trovato da numerose ricerche cliniche che hanno studiato le varianti del gene *OPRM1* in relazione alla sensibilità al dolore fisico e ai farmaci analgesici.

Analisi dell'attaccamento nel rapporto di coppia e del temperamento affettivo nella dipendenza alcolica

L. Janiri, D. Harnic

Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma

Lo studio dell'attaccamento sta acquisendo una rilevanza sempre maggiore negli ultimi anni poiché vi sono evidenze crescenti dell'esistenza di uno stretto rapporto tra stile di attaccamento insicuro e disorganizzato e vari disturbi psicopatologici. Anche il temperamento affettivo costituisce uno strumento di indagine interessante e relativamente innovativo in campo psichiatrico. Meno indagato appare invece lo studio dell'associazione tra stile di attaccamento negli adulti ed i problemi alcol-correlati.

La teoria dell'attaccamento chiarisce come il legame tra il caregiver/genitore e il bambino influenzi precocemente il rapporto tra questi e i suoi coetanei nell'infanzia e diventi cruciale nel modellare le interazioni sociali e i rapporti interpersonali nella vita adulta. Bowlby, per primo, ha ipotizzato che le relazioni di attaccamento nell'infanzia sono simili, nella loro natura, alle relazioni sentimentali della vita adulta e che esse costituiscono il prototipo di tutte le relazioni d'amore.

Recentemente una serie di lavori ha sottolineato la prevalenza di un attaccamento insicuro con la presenza di una madre percepita come 'controllante' in pazienti alcol-dipendenti. Frequentemente l'alcolismo è stato correlato con l'attaccamento e l'alessitimia, sottolineando che un certo tipo di attaccamento possa predisporre all'alessitimia o associarsi a una doppia diagnosi.

Poco approfondito, invece, sembra essere stato il rapporto tra temperamento e alcolismo all'interno del quale, al momento, è emerso il prevalere di tratti ipertimici, ciclotimici e depressivi nei pazienti alcolisti. Assai carente invece appare nel suo complesso l'analisi di entrambi le variabili (temperamento affettivo e attaccamento nel rapporto di coppia) in tale campo psicopatologico. Uno studio condotto dal nostro gruppo di ricerca, oltre a colmare questa lacuna, sottolinea anche come l'attenzione agli aspetti relazionali dei pazienti con dipendenza da alcol, e ai sottesi aspetti temperamentali, possa favorire una maggiore compliance e, conseguentemente, maggiori probabilità di successo terapeutico.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MASACCIO

S3. Interventi precoci nelle psicosi: che cosa si pensa e che cosa si fa in Italia

COORDINATORI

A. Cocchi (Milano), G. Cerati (Milano)

L'esperienza di un progetto di intervento precoce nella macro area territoriale dell'ASL Provincia di Milano 1

M. Percudani

Dipartimento di Salute Mentale, AO "G. Salvini" Garbagnate Milanese

Nell'ambito del piano di azioni innovative per la salute mentale attivato in Lombardia con finanziamento triennale, i DSM

dell'AO "G. Salvini" di Garbagnate Milanese, dell'AO "Ospedale Civile di Legnano" e dell'AO "S. Carlo" di Milano hanno avviato, in collaborazione con l'ASL Provincia di Milano 1 (residenti < 14 anni: 785.000), un progetto specifico per la prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile. Il progetto si pone i seguenti obiettivi: i) ridurre la stigmatizzazione gravante sui disturbi psichici e favorire l'accesso ai trattamenti; ii) favorire invii appropriati e tempestivi ai servizi

specialistici attraverso la formazione degli operatori dei servizi primari in contatto con la popolazione giovanile sulle tematiche degli esordi dei disturbi psichici (medici medicina generale, insegnanti, operatori di consultori e servizi sociali, volontari delle associazioni); iii) facilitare l'accesso al servizio specialistico; iv) individuare precocemente le situazioni a rischio; v) ridurre il tempo di psicosi non trattata; vi) ottimizzare i trattamenti, attraverso la revisione delle modalità organizzative del lavoro dei CPS e l'introduzione delle tecniche d'intervento innovative ed "evidence based"; vii) verificare l'esito del trattamento nei pazienti arruolati. Il protocollo prevede una valutazione iniziale di tutti i soggetti al primo contatto con i servizi territoriali di salute mentale di età compresa tra 16 e 30 anni e un arruolamento nel "gruppo esordio" dei soggetti diagnosticati affetti da psicosi con meno di 2 anni di storia di malattia. Inoltre il progetto prevede l'arruolamento di un gruppo "a rischio" nel quale rientrano i soggetti 16-30 anni al primo contatto con ERlraos superiore a 12 o superiore a 6 e presenza di fattori di rischio specifici. La valutazione di esito dei soggetti arruolati prevede la somministrazione a T0 e successivamente ogni 6 mesi dei seguenti strumenti: Checklist ERlraos, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Global Assessment of Functioning (GAF). Verranno presentati i risultati preliminari del progetto relativamente ai pazienti arruolati nel corso del 2010 (n = 98 nel corso del primo semestre).

Quale modello di servizio?

A. Lora

Azienda Ospedaliera Ospedale di Lecco

L'autore descrive inizialmente il trattamento standard erogato nei DSM lombardi, nei confronti dei pazienti al primo episodio psicotico, rilevandone le caratteristiche ed i limiti.

Quindi a partire dalla esperienza quinquennale maturata nel Programma Esordi della A.O. di Desio e Vimercate ne analizza le componenti principali, descrivendone le criticità e i punti di forza. Viene discusso il rapporto organizzativo che unisce il programma di intervento precoce negli esordi psicotici al resto del Dipartimento di Salute Mentale. Particolare attenzione viene posta alla funzione del programma di intervento precoce come agente di innovazione all'interno dei DSM ed in particolare dei Centri di Salute Mentale. Vengono infine analizzati gli indicatori utili a monitorare la qualità all'interno di questi programmi.

Gli elementi essenziali di un intervento precoce e la loro diffusione nelle pratiche dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani

P. Ciancaglini*, L. Ghio**, M. Vaggi***

* *Psichiatria, Genova*; ** *Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Università di Genova*; *** *DSM Genova*

Introduzione: il presente lavoro parte dalle informazioni contenute nella Linea Guida che definisce le caratteristiche di un intervento precoce sui casi di rischio ed esordio psicotico (Ministero della Salute 2007). All'interno di questa cornice abbiamo cercato di evidenziare alcuni elementi che, sulla base della nostra esperienza, si sono dimostrati particolarmente rilevanti nella pratica quotidiana. Ci riferiamo, in particolare, a:

- stile della relazione;

- contrasto al drop-out;
- rinforzo del ruolo sociale;
- collaborazione con SPDC;
- collaborazione con MMG e pediatri.

Se consideriamo nel loro complesso le indicazioni della Linea Guida (equipe dedicata, accuratezza diagnostica, trattamento farmacologico, trattamento psicoeducativo familiare, CBT, ACT con caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità) e gli elementi a cui abbiamo fatto cenno, appare in tutta la sua complessità il mix di stile di lavoro, appropriatezza tecnico professionale e appropriatezza organizzativa che è necessario per il buon funzionamento di un servizio per gli interventi precoci.

Valutare la diffusione di questi elementi nei DSM italiani non è semplice, anche in considerazione della mancanza di un Sistema Informativo Nazionale, che potrebbe dare utili indicazioni.

Metodologia: abbiamo preso in considerazione gli unici tre lavori in grado di fornire indicazioni al riguardo: la ricerca PROG-CSM (Munizza et al., 2008), il progetto SIEP-DIRECT'S (Ruggeri et al. 2008) e l'indagine nazionale condotta da uno di noi (Ghio et al., 2010).

Risultati: possiamo stimare intorno al 20% la percentuale dei DSM che hanno attivato un servizio dedicato agli interventi precoci, con prevalenza nel centro-nord.

Conclusioni: l'applicazione delle raccomandazioni della Linea Guida sembra ancora poco diffusa e potrebbe essere definita "ai primi passi".

La prospettiva dell'intervento precoce nel ri-orientamento dei servizi di salute mentale

G. Corlito, G. Cardamone, M. Costanzo, M. Bucalossi, T. Nistrino, F. Bardicchia, N. Magnani, M. Madrucci, G. Petruzzello, A. Del Lesti, C. Pompa, D. Bogi, E. Sciascetti

Dipartimento di Salute Mentale, ASL 9 di Grosseto, Progetto "Una vita da sani"

Introduzione: gli interventi precoci per gli esordi psicotici possono costituire una prospettiva utile nel ri-orientamento dei Servizi di Salute Mentale italiani. La discussione in corso tra le prime esperienze riguardano due soluzioni possibili: servizi specifici e separati per gli interventi precoci o servizi di comunità dipartimentali orientati agli interventi precoci. Entrambe le soluzioni possono avere vantaggi e svantaggi, connessi a problemi terapeutici, organizzativi e gestionali: le recenti evidenze scientifiche e la pratica clinica conseguente offrono importanti stimoli e quesiti per lo sviluppo dei nuovi centri per gli interventi precoci e/o per il rinnovamento e la trasformazione dei servizi "generalisti" esistenti.

Metodologia: in questo contesto scientifico e pratico, esaminiamo criticamente l'esperienza del DSM della ASL 9 di Grosseto (Toscana), iniziata nel 2007 e indirizzata ai giovani sia al primo episodio di psicosi sia a rischio di psicosi attraverso una serie di test, predisposti dal progetto del CCM del Ministero della Salute riguardanti 5 centri.

Risultati: vengono riferiti i dati relativi ai primi 14 casi reclutati.

Conclusioni: la nostra esperienza dimostra l'opportunità di risposte multicomponenti flessibili e pro-attive, radicate nella comunità sociale, con il peso istituzionale più piccolo possibile e con una migliore qualità degli interventi, che possono sostenere il passaggio da un approccio terapeutico-riabilitativo alla nuova e più ottimistica prospettiva di un approccio terapeutico-preventivo che migliori i risultati a lungo termine.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA PERUGINO

S4. Trauma, *resilience* e benessere

COORDINATORI

E. Caffo (Modena), P. Castrogiovanni (Siena)

Fattori intrafamiliari e disturbi internalizzanti: impatto sul rischio in un'ottica di interazione gene-ambiente

M. Battaglia

Università San Raffaele Milano

Per molti dei disturbi internalizzanti in età di sviluppo vi sono evidenze robuste che sia le componenti genetiche additive, che quelle ambientali condivise dai familiari, giocano un ruolo etiologico rilevante. Questa presentazione ha l'obiettivo di passare in rassegna alcuni aspetti concettuali relativi alla relazione esistente tra fattori di rischio genetico ed ambientale. In particolare, ci si riferirà all'architettura causale di alcuni fattori di rischio intrafamiliari correntemente concettualizzati come 'ambientali'. Mostrando come alcuni elementi di rischio che si manifestano nell'ambiente hanno una natura parzialmente genetica, e riferendosi alle modalità secondo cui fattori genetici ed ambientali sono intercorrelati, si ripercorreranno alcuni itinerari meccanicistici di rischio nella popolazione.

Eventi traumatici infantili come fattori di rischio per l'esordio dei disturbi psicotici

D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Per eventi traumatici si intendono le esperienze negative inclusi abusi fisici, psicologici e sessuali, il bullismo ma anche condizioni meno visibili e apprezzabili come il cosiddetto *neglect*, la trascuratezza affettiva e la negligenza nell'accudimento che può arrivare a livelli estremi. Tali aspetti oggi vengono sempre più attentamente indagati nell'ambito dei progressi a cui è andata incontro la ricerca in psicotraumatologia. Secondo il modello biopsicosociale, alla base dell'eziopatogenesi dei disturbi psichiatrici, la presenza di eventi traumatici *lifetime*, con maggiore attenzione al periodo dell'infanzia e dell'adolescenza, sembrerebbe avere un ruolo importante nell'insorgenza dei disturbi psicotici, agendo in modo diretto come fattore di rischio, ed in modo indiretto aumentando la vulnerabilità. Numerosi studi hanno sottolineato che il rischio di sviluppare un disturbo psicotico aumenta se sono presenti più eventi cumulati nel tempo con un effetto dose-dipendente (Arseneault et al., 2010) con un RR di 3,16. Inoltre, la presenza di eventi traumatici infantili aumenta il rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze, in particolare da cannabis, amplificando ulteriormente a cascata il rischio di esordio psicotico (Harley et al., 2010). In tale prospettiva di ricerca appare anche interessante l'associazione tra la comparsa di sintomi psicotici e l'essere stato vittima di condotte di bullismo, seppure tale associazione non è stata confermata da tutti gli studi effettuati. Dati recenti dimostrano, inoltre, che il rischio associato con le esperienze traumatiche infantili, ri-

mane significativo sia che tali esperienze siano state vissute precocemente, sia nella fasi successive dell'infanzia. A partire da questi dati appare dunque indispensabile valutare regolarmente la presenza nell'anamnesi infantile di maltrattamenti o bullismo in adolescenti che manifestino i primi sintomi psicotici.

La *well-being therapy* in ambito scolastico

C. Ruini, E. Tomba, G.A. Fava

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

La promozione del benessere psicologico costituisce un aspetto importante in ambito evolutivo. Sono stati effettuati 3 studi controllati in ambito scolastico (2 nelle medie inferiori e 1 in quelle superiori) relativi ad interventi brevi nell'ambito della classe basati sui principi della Well-Being Therapy (WBT). Questi studi hanno permesso di evidenziare come: a) anche poche sedute di WBT nell'ambito della classe che comprendano anche esercizi da effettuarsi a casa sono in grado di produrre delle modificazioni in alcune componenti del benessere e del disagio psicologici; b) queste modificazioni persistono nel tempo; c) gli interventi sono significativamente più efficaci di quelli effettuati con gruppi attenzione-placebo; d) gli interventi basati sulla WBT sono sostanzialmente equivalenti a quelli fondati sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale, ma esistono degli aspetti differenziali che introducono la possibilità di una loro combinazione sequenziale.

Anche se la WBT è stata sviluppata e validata in ambito clinico, i 3 studi controllati suggeriscono una grande potenzialità in ambito preventivo.

Primo Soccorso Psicologico, *Skills for Recovery* e prevenzione degli esiti psicopatologici a lungo termine in bambini e adolescenti esposti a situazioni traumatiche

E. Caffo, B. Forresi

Università di Modena e Reggio Emilia

Un terremoto, un attentato terroristico, lo scoppio di una palazzina, un incidente aereo sono eventi drammatici, improvvisi, sconvolgenti. Pur considerando i numerosi fattori di vulnerabilità e rischio, così come l'ampia variabilità individuale, il 77% degli studi identifica la presenza di specifici disturbi quali come il disturbo post traumatico da stress, stati di depressione maggiore o ansia e attacchi di panico. In aggiunta, nel 23% degli studi viene riportata la presenza di disturbi somatici, disturbi del sonno e abuso di sostanze. A fronte di questi dati, che indicano la necessità di rispondere a queste richieste di sostegno psicologico, recenti documenti evidenziano come la maggior parte dei programmi di intervento in emergenza attuati in contesti colpiti da guerre e disastri non possieda alcun fonda-

mento scientifico e sia realizzato senza alcuna consapevolezza circa la sua efficacia o la sua nocività. Nella convinzione che gli interventi in situazioni di disastro debbano essere guidati da evidenze scientifiche, e che il recupero possa essere favorito fin dalle prime ore non solo da professionisti della salute mentale ma anche da volontari e operatori in grado di offrire un supporto psicologico di base, gli Autori presenteranno il modello del "Primo Soccorso Psicologico". Questo modello di intervento può essere adottato da tutte le figure professionali e volontarie che intervengono in una situazione di emergenza ed è stato strutturato per ridurre lo stress iniziale causato da eventi

traumatici e promuovere il funzionamento adattivo a breve e a lungo termine, favorendo la naturale resilienza di individui e comunità. Può, altresì, essere adottato per sostenere i primi soccorritori e gli altri operatori che intervengono in situazioni di disastro, che devono far fronte ad un pesante carico di sofferenza psicologica. I principi e le tecniche del Primo Soccorso Psicologico sono: fondati su evidenze scientifiche, applicabili e utilizzabili sul campo, appropriati per le diverse età e sensibili alla variabile culturale. Il modello è già stato sperimentato con efficacia a livello in altre situazioni di disastro a livello internazionale come l'11 settembre e l'uragano Katrina

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BERNINI

S5. Il disturbo bipolare nell'arco della vita: aspetti specifici di vulnerabilità

COORDINATORI

R. Brugnoli (Roma), C. Vampini (Verona)

Fenomenologia attuale del disturbo bipolare

A. Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

Questa presentazione si limiterà agli stati depressivi misti, argomento di grande attualità ed importanza clinica e terapeutica.

La Task Force per i disturbi dell'umore nel prossimo DSM 5 dopo avere proposto l'abolizione dell'improbabile "Mixed Episode", presenta i criteri provvisori di una nuova, per il DSM, forma nosologica: "Mixed Features Specifier" distinta in un tipo di episodio prevalentemente maniaco o ipomaniaco ed un tipo prevalentemente depressivo. Quest'ultimo dovrebbe soddisfare pienamente i criteri dell'episodio di depressione maggiore e presentare anche almeno tre di sette sintomi di polarità opposta. Fra questi vengono elencati: umore elevato, espansivo, aumentata stima di sé o grandiosità, aumento di energia o di attività finalizzate, aumentato o eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale per conseguenze spiacevoli (p. es. eccessi nel comprare, comportamenti sessuali sconvenienti, o investimenti in affari avventati), diminuito bisogno di sonno (sentirsi riposato malgrado dorma meno del solito).

Nella realtà clinica nessun paziente che soffre di depressione mista presenta uno di questi sintomi. Inoltre mancano sintomi fondamentali come la agitazione psichica, l'agitazione motoria e l'irritabilità. Nei precedenti DSM la depressione mista non era presente. Nel nuovo DSM V è profondamente e incredibilmente sbagliata.

Il disturbo bipolare nell'adolescenza

R. Brugnoli

Sapienza Università di Roma, Ospedale S. Andrea

Lo studio dei disturbi dell'umore durante l'adolescenza deve prevedere una particolare attenzione in quanto non appare

sempre ben delineato il confine tra il disturbo vero e proprio e le oscillazioni fisiologiche dell'umore (in senso depressivo e espansivo) tipiche di questo periodo.

Anche l'utilizzo dei criteri diagnostici più conosciuti (DSM-IV e ICD 10 e interviste strutturate dedicate) in questa fase della vita risulta piuttosto fallimentare in quanto spesso c'è una sovrastima dei sintomi con conseguente successiva remissione di casi di "disturbo bipolare" che in realtà non avevano mai raggiunto la soglia diagnostica.

Per fare diagnosi di disturbo bipolare in questa fascia d'età, c'è oggi una tendenza a considerare più l'impatto sulla vita sociale, affettiva, scolastica dei ragazzi che i sintomi in quanto tali.

Per fini esclusivamente didattici è possibile elencare una serie di aree di criticità riguardanti la diagnosi e la scelta del trattamento riguardanti il disturbo bipolare ad insorgenza nell'adolescenza:

- la variabilità delle manifestazioni cliniche quali la gravità e la fase della malattia (e. depressivo, e. maniaco, e. misto, cicli rapidi e sottotipo del disturbo bipolare);
- la elevata comorbilità con altri disturbi psichiatrici;
- l'effetto della fase di sviluppo sulla presentazione clinica;
- la difficoltà degli adolescenti nell'esprimere i propri sintomi;
- l'effetto dei farmaci;
- il contesto ambientale dove si sviluppa il disturbo;
- l'importanza diagnostica del sintomo irritabilità rispetto all'euforia;
- il decorso del disturbo, cronico e continuo rispetto al decorso episodico e acuto;
- la sovrapposizione sintomatologica (soprattutto in età pre-adolescenziale) con i disturbi dirompenti del comportamento.

È comunque possibile individuare alcune delle caratteristiche cliniche più comuni del disturbo bipolare ad insorgenza nell'adolescenza:

1. andamento più frequentemente episodico (rispetto a quello dell'adulto);

2. maggiore evidenza di sintomi affettivi (rispetto a quello dell'adulto);
3. condotte a rischio;
4. dipendenza da sostanze d'abuso (stimolanti, alcol);
5. elevato rischio suicidario;
6. alta frequenza di sintomi psicotici;
7. vita caotica e tempestosa, fortemente instabile (BD II).

Spettro di decorso dei disturbi dell'umore: dall'episodio singolo alla ciclicità ultradiana

G. Perugi

Istituto di Scienze del Comportamento, Pisa; Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Il disturbo bipolare ha morbilità e mortalità elevate; più della metà dei pazienti con episodio depressivo e più dell'80% di quelli con un episodio maniacale presenterà un nuovo episodio durante il decorso della malattia. In alcuni pazienti il decorso del disturbo assume caratteristiche di elevata ciclicità con numerosi episodi di entrambe le polarità depressive ed espansive. Il decorso a cicli rapidi (RC) rappresenta una modalità evolutiva del disturbo bipolare, caratterizzata dalla presenza di almeno quattro episodi affettivi (mania, ipomania o depressione maggiore) nel corso di un anno; i diversi episodi devono essere distinti da un passaggio sottoforma di viraggio da una fase ad un'altra di opposta polarità, oppure da un periodo di remissione clinica di almeno due mesi. Per quanto riguarda la durata media dei cicli, si distinguono: la forma classica (da tre giorni fino a 12 settimane), ultrarapida (fino a tre giorni) e ultra-ultra rapida o ultradiana (meno di 24 ore); in relazione all'insorgenza si può avere un esordio precoce o tardivo; mentre, in relazione ai fattori precipitanti, si possono identificare le forme spontanee o quelle indotte da farmaci o da agenti non farmacologici. La forma ultradiana ha probabilmente caratteristiche epidemiologiche e cliniche distinte e tende a sovrapporsi a quadri misti, con grande instabilità dell'umore. Questi ultimi sono molto comuni in età evolutiva e nei pazienti con uso di sostanze. I RC classici sono una condizione rara nei giovani, nei pazienti con depressione unipolare ed in quelli con uso di sostanze. La prevalenza si aggira da 10 a 20% dei bipolari a seconda delle casistiche, ed il sesso femminile è maggiormente rappresentato (70-90% dei casi); la diagnosi più frequente è disturbo bipolare II, abitualmente con un'età d'insorgenza tardiva (sopra i 40 anni) e con l'episodio di esordio a polarità depressiva. L'ipotiroidismo ed il ruolo degli ormoni sessuali femminili sono stati chiamati in causa per giustificare la maggiore prevalenza dei RC nelle donne. Evidenze cliniche suggeriscono che i cicli rapidi potrebbero in una percentuale rilevante di casi essere indotti da farmaci antidepressivi. Il trattamento di elezione dei RC è rappresentato dagli antiepilettici come il valproato e la carbamazepina. Tra i nuovi antiepilettici la lamotrigina ha mostrato risultati promettenti, come pure l'olanzapina e la quetiapina tra i nuovi antipsicotici. In molti casi resistenti sono utilizzate combinazioni farmacologiche anche se i dati empirici al riguardo sono scarsi.

Il disturbo bipolare *late-onset*: peculiarità cliniche

C. Vampini*, F. Nifosi

*Dipartimento per la Salute Mentale, Verona; * Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Udine*

I più accurati studi epidemiologici condotti indicano una prevalenza del disturbo bipolare nell'anziano compresa tra 0,1 e 0,4%. La prevalenza del disturbo conosce un progressivo decremento dall'età giovanile alla terza età, con il passaggio da un valore di prevalenza di 1,5% nell'età compresa tra i 18 e i 44 anni ad un valore di 0,4% sopra i 65 anni. L'affidabilità degli studi epidemiologici sulla prevalenza del disturbo bipolare dell'anziano risente degli stessi bias principali dei corrispettivi studi condotti sulla popolazione giovane/adulta; in primo luogo la somministrazione di interviste (vis a vis o telefoniche) determina un numero significativo di falsi negativi, soprattutto relativamente al riconoscimento degli episodi ipo/maniacali; in secondo luogo l'applicazione dei medesimi criteri di esclusione, in particolare riguardo la presenza di eventuali comorbilità somatiche, determina una inevitabile diminuzione dei valori di prevalenza in età anziana.

In generale, la maggior parte degli studi presenti in letteratura che analizzano le caratteristiche delle manifestazioni cliniche del disturbo bipolare nell'anziano, mettono a confronto le più consolidate conoscenze in materia riguardo la popolazione giovane/adulta con la popolazione più anziana, al fine di far risaltare differenze o similitudini. Sotto questo profilo non sono state registrate differenze tra i due gruppi circa la durata dei periodi di ospedalizzazione, alla durata delle fasi maniacali e alla presenza di episodi misti dell'umore. Differenze significative sono state osservate relativamente alla durata della cosiddetta fase di latenza depressione-mania, ovvero il tempo intercorrente tra il manifestarsi del primo episodio depressivo maggiore e il primo episodio maniacale, che durerebbe circa tre anni nel campione di giovani adulti e ben 17 anni negli anziani. Se l'osservazione clinica suggerirebbe una maggiore presenza di sintomi psicotici, deliri a contenuto persecutorio in particolare e allucinazioni nella popolazione anziana, gli studi condotti riportano una frequenza del 64%, del tutto simile a quella osservata nei campioni di giovani adulti.

Tra tutte, la discriminante clinica sulla quale la letteratura insiste di più, quasi a voler introdurre la possibilità dell'esistenza di due entità nosografiche distinte l'una dall'altra è rappresentata dall'età d'esordio. In tal modo si può distinguere un disturbo bipolare ad esordio precoce (early onset) da uno ad esordio tardivo (late onset) utilizzando il limite anagrafico convenzionale dei 60 anni di età. Sono circa 12 gli studi che hanno confrontato gruppi di pazienti ad esordio precoce e tardivo, rilevando una serie di differenze minori e poco replicate. Viceversa il dato più saliente, la differenza pressoché costante, che discriminerebbe le caratteristiche cliniche è data dalla maggior frequenza di comorbilità neurologiche nelle popolazioni di anziani bipolari con esordio tardivo della sintomatologia. La distribuzione delle età di esordio del disturbo sembra conoscere una distribuzione unimodale, per lo meno se l'analisi si restringe all'età giovane/adulta, con un picco compreso tra i 20 e i 29 anni a seconda delle fonti. Il fattore, fra i tanti, maggiormente confondente riguardo questa tipologia di studi, e le conseguenti conclusioni che ne derivano gli autori, è rappresentato dalla definizione di esordio, la quale, ovviamente, non è la stessa da studio a studio. Si passa da definizioni, più

restrittive, che considerano la manifestazione del primo episodio maniacale, ad altre, più inclusive, che vanno a ricercare nella storia del paziente l'età d'esordio del primo disturbo psichiatrico. Il disturbo bipolare in età geriatrica è associato ad una maggior presenza di fattori di rischio cerebrovascolari, malattie neurologiche, in particolare modo demenza. Il rischio relativo della comparsa di demenza in soggetti con anamnesi positiva per episodi depressivi sembra essere maggiore tra i depressi unipolari rispetto ai bipolari. Ogni singolo episodio di depressione conferirebbe un aumento del rischio di sviluppo in demenza del 13% per gli unipolari e del 6% per i bipolari. Non sono molte le ricerche che hanno indagato la presenza di deficit neurocognitivi negli anziani affetti da DB. La maggior parte di tali ricerche hanno messo a confronto bipolari e unipolari senza evidenziare spiccate differenze nelle performance neurocognitive tra i due gruppi. Tra le poche evidenze a proposito una delle più interessanti è data dalla associazione inversa tra l'età d'esordio del disturbo, ovvero la comparsa del primo episodio maniacale, e l'impairment cognitivo misurato in tarda età in anziani bipolari. Più precoce è la comparsa del primo episodio più grave sarà la manifestazione del deficit cognitivo osservabile.

Bibliografia

- Charney DS, Reynolds CF 3rd, Lewis L, et al. *Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life*. Arch Gen Psych 2003;60:664-72.
- Depp CA, Jeste DV. *Bipolar disorder in older adults: a critical review*. Bipolar Disord 2004;6:343-67.

Depp CA, Lindamer LA, Folsom DP, et al. *Differences in clinical features and mental health service use in bipolar disorder across the lifespan*. Am J Geriatr Psych 2005;13:290-8.

Hirschfeld R, Calabrese J, Weisman M, et al. *Screening for bipolar disorder in the community*. J Clin Psychiatry 2003;64:53-9.

Kessing LV, Andersen PK. *Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder?* J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75:1662-6.

Kessing LV. *Diagnostic subtypes of bipolar disorder in older versus younger adults*. Bipolar Disord 2006;8:56-64.

Tsai SY, Lee HC, Chen CC, et al. *Cognitive impairment in later life in patients with early-onset bipolar disorder*. Bipolar Disord 2007;9:868-75

Weissman M, Leaf P, Tischler G, et al. *Affective disorders in five U.S. communities*. Psychol Med 1988;18:141-53.

Importanza dell'assessment lifetime per la discriminazione unipolare bipolare

P. Rucci

Università di Pisa

Visto il peso che le dimensioni maniacali hanno nella discriminazione tra disturbo bipolare e disturbo unipolare, l'assessment lifetime di dette dimensioni diventa determinante per il riconoscimento dello spettro *bipolare* (soglia o sottosoglia) quando associato ad un episodio "indice" in particolare di depressione. Senza l'assessment lifetime della dimensione "Psycho Activation" non risulta infatti possibile distinguere le depressioni con "spettro bipolare II" dalle depressioni "unipolari pure".

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BORROMINI

S6. Psicofarmaci antipsicotici in adolescenza: significato, utilità e limiti

COORDINATORE

U. Balottin (Pavia)

La prescrizione psicofarmacologica nella relazione terapeutica con l'adolescente

S. Vender

Università dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica-Psichiatria

La prescrizione di psicofarmaci negli adolescenti è soggetta ad una serie di precauzioni previste e necessita di un monitoraggio molto accurato; inoltre è necessario informare genitori o coloro che hanno la responsabilità del minore delle scelte terapeutiche in fieri, per cui la relazione non potrà mai essere duale, implicando sempre il coinvolgimento di un terzo "sociale/familiare".

Nell'adolescente lo psicofarmaco può assumere un significato fortemente svalorizzante, un giudizio di valore su di lui, sulle sue idee/percezioni o comportamenti oppure il senso della

scelta da parte del terapeuta di allearsi con i familiari, adeguandosi alle loro richieste o al loro modo di vivere. Ne deriva una possibile stigmatizzazione, che può allargarsi al nucleo familiare. Non è poi infrequente osservare che i genitori sono più disponibili ad accettare la prescrizione di uno stabilizzatore dell'umore o antidepressivo (che corrisponde ad una diagnosi più accettabile di depressione), piuttosto che un antipsicotico che rimanda ad una diagnosi di psicosi, intesa ora come sinonimo di malattia mentale di cui vergognarsi o disperarsi per l'incurabilità.

Il terapeuta ha di fronte a sé quindi non un "corpo" o una "mente" (separazione artificiale che ha creato vari guai, Ainstein M, 2006) ma un "lui" o una "lei" (Bion, 1985), nonché un gruppo specifico, con suoi valori esistenziali, ipotesi interpretative della patologia ed attese terapeutiche: pensare ad un farmaco, ad una certa dose, ad una via di somministrazione non è una semplice prescrizione e l'azione conseguen-

te. Tutto ciò dovrebbe avvenire dopo un processo relazionale, che richiede la seguente sequenza, caratterizzata certo da aspetti ideali:

- interessamento alla vicenda storica;
- avvicinamento al paziente;
- comprensione di uno stato d'animo;
- segni di sollievo evidente nel paziente (Ferro e Vender, 2010).

Questo crea maggior incertezza diagnostica e prognostica, peraltro opportuna nell'adolescenza (Botbol et al., 2005) perché si colloca nella situazione clinica particolare, ma può avviare una proficua relazione terapeutica.

Bibliografia

Aisenstein M. *The indissociable unity of psiche and soma: a view from the Paris Psychosomatic School*. Int J Psychoanal 2006;87:667-80.

Bion WR. *Seminari italiani*. Roma: Borla 1985.

Botbol M, Barrère Y, Speranza M. *Psychoses à l'adolescence*. EMC Psychiatrie 2005;37:215B-30.

Psicofarmaci e disturbi del comportamento in regime di urgenza

M. Mucci, V. Viglione, F. Muratori

Fondazione IRCCS Stella Maris, Calambrone, Pisa

Una urgenza psichiatrica può essere definita come una condizione clinica acuta trans-nosografica che richiede un intervento immediato e che non può essere gestita in un servizio di salute mentale territoriale di base. Molto ancora in termini di piani sanitari deve essere fatto per garantire un approccio appropriato alle urgenze psichiatriche in adolescenza nelle strutture e nei centri di "crisi": un triage sensibile, una valutazione diagnostica specialistica che indirizzi in tempi brevi verso una iniziale gestione per la stabilizzazione e il pronto riconoscimento della necessità di un ricovero ospedaliero. Gravi scompensi comportamentali acuti che comportano potenziale rischio di vita per sé e per gli altri determinano l'"urgenza" di attivare l'ambiente terapeutico ospedaliero. In tali situazioni l'intervento psicofarmacologico e l'uso degli antipsicotici, in particolare, richiede competenze professionali che possono rapidamente orientare un percorso di cura più o meno efficace nei vari casi. Verrà descritto un campione di adolescenti (n. 136) afferiti presso la nostra struttura ospedaliera per i quali l'urgenza degli accertamenti clinici e delle cure in regime di ricovero si era reso necessario per un grave disturbo comportamentale a varia espressione. Allo scopo di individuare possibili fattori associati alla risposta al trattamento psicofarmacologico durante il ricovero in regime di urgenza sono stati confrontati i soggetti che al termine del ricovero sono risultati Responder (R: punteggio al CGI-Improvement pari a 1 oppure 2) o Non Responder (NR: punteggio al CGI-I pari > 2). La risposta al trattamento psicofarmacologico con antipsicotici verrà analizzata in rapporto ad una ampia gamma di variabili, sia cliniche (specifiche caratteristiche di quadri psicopatologici gravi e acuti e pertanto "atipiche" e scarsamente esplorate in letteratura) che extracliniche (caratteristiche socio-demografiche, fattori di stress, uso di sostanze) al fine di identificare quelle che incidono maggiormente

sull'evoluzione a breve termine del quadro clinico e maggiormente influenzare le possibilità di una risposta positiva al trattamento.

Si può scegliere l'antipsicotico atipico nei pazienti adolescenti in base al profilo degli effetti collaterali piuttosto che in base all'efficacia?

D. Cohen, O. Bonnot, N. Bodeau, A. Consoli, C. Laurent
Université Pierre et Marie Curie, Paris; Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent APHP, GH Pitié-Salpêtrière, Paris

Contesto: gli antipsicotici atipici (APA) sono associati con frequenza limitata a sintomi extrapiramidali e con frequenza moderata a sintomi metabolici. Se questa "regola" possa essere vera con adolescenti e soggetti d'età evolutiva è oggetto meritevole di una accurata valutazione critica.

Obiettivo: valutare gli effetti collaterali degli APAs nell'età evolutiva.

Metodi: esaminando i database MEDLINE (1980-2009), Cochrane Library, e i registri dei clinical trial della FDA ed EMEA, per i lavori che hanno studiato l'uso degli APAs nell'età evolutiva, abbiamo selezionato 38 studi, di durata da 3 a 12 settimane. Usando un metodo di meta-analysis Bayesian, abbiamo calcolato le odds ratios (OR) per le variabili dicotomiche e l'effetto medio per le variabili continue.

Risultati: i 38 studi che hanno fornito dati per questa meta-analysis comprendevano 3,923 pazienti e 87 gruppi (aripirazolo: 9 gruppi, N = 653; olanzapina: 13 gruppi, N = 396; quetiapina: 10 gruppi, N = 446; risperidone: 24 gruppi, N = 1,008; ziprazidone: 4 gruppi, N = 228; clozapina: 5 gruppi, N = 79; placebo/non trattati: 22 gruppi, N = 1,113). Tuttavia la clozapina poteva essere studiata solo per l'aumento di peso e la sonnolenza. Comparando i farmaci con i placebo, olanzapina (media = 3,99 kg (SD = 0,42), clozapina (2,38 kg; ±1,13), risperidone (2,02 kg ±0,32), quetiapina (1,74 kg; ±0,38), e aripirazolo (0,89 kg; ± 0,32) hanno provocato un aumento di peso significativo. Risperidone (media = 3,7 mg/dl; ±1,36) e olanzapina (2,09 mg/dl; ±1,08) un aumento significativo del glucosio. Quetiapina (mean = 10,72 mg/dl; ±2,14) ed olanzapina (4,46 mg/dl; ±1,65) un aumento significativo del colesterolo. Olanzapina (mean = 20,18 mg/dl; ±5,26) e quetiapina (19,5 mg/dl; ±3,92) un aumento significativo dei trigliceridi. Risperidone (Odd Ratio = 37,9 95% intervallo di credibilità: [8,4; 119,6]), olanzapina (OR = 15,57 [4,32; 41,99]) e ziprazidone (OR = 9,61 [1,21; 38,85]) un aumento del rischio di iperprolattinemia. Tutti gli APAs, compresa la clozapina, dimostravano un rischio significativo di sonnolenza. Per finire, ziprazidone (OR = 20,5 [3,56; 69,04]), olanzapina (OR = 6,33 [2,42; 13,7]), aripirazolo (OR = 4,08 [2,23; 6,88]) e risperidone (OR = 3,71 [2,18; 6,01]) dimostravano un rischio significativo di sintomi extrapiramidali.

Conclusione: nell'età evolutiva, gli effetti collaterali degli APAs, compresi i sintomi extrapiramidali, sono frequenti. Gli APAs non sono tutti equivalenti per quanto riguarda il loro profilo di effetti collaterali. Questo profilo potrebbe guidare la prescrizione.

Percezione soggettiva del farmaco antipsicotico in soggetti adolescenti con psicosi

U. Balottin, G. Rossi, S. Molteni, T. Carigi, M. Comelli*, G. Giaroli**

*Neuropsichiatria infantile/Statistica Medica**, Università di Pavia/IRCCS Istituto Mondino Pavia; ** *Institute of Psychiatry, King's College London e North East London Foundation Trust*

Contesto: l'esperienza soggettiva (ES) intesa come "senso interno" che il paziente percepisce del proprio corpo, della propria mente, delle proprie relazioni con gli altri, della propria malattia e trattamento è poca studiata in età evolutiva come fattore terapeutico.

Obiettivo: valutare se l'esperienza soggettiva al trattamento con antipsicotico (AP) varia al variare della compliance. Confrontare l'ES al trattamento con AP tra adolescenti con diagnosi di psicosi *versus* adolescenti affetti da altri disturbi psichiatrici.

Metodi: valutazione diagnostica con MINI, SCID-II PANSS, SANS ESRS, BARS, CGI, CGAS, DAI 30.

Risultati: 26, 15 m e 11 f, 14 psicotici, 3 schizofrenia, 3 disturbo psicotico breve, 4 disturbo schizoaffettivo, 4 psicosi Nas; 12 non-psicotici, 4 sindrome di Gilles de la Tourette, 2 disturbo della condotta, 1 disturbo pervasivo dello sviluppo, 1 anoressia, 1 disturbo di personalità paranoide

Nel gruppo dei casi tutti i soggetti ad eccezione di 1 (punteggio DAI-30 pari a -2) presentano esperienza soggettiva positiva; Nel gruppo di controllo 3 soggetti (punteggio DAI-30 rispettivamente pari a -12,-8,-2) presentano esperienza soggettiva negativa, mentre nei restanti in 2 (22.2%) il punteggio risulta nel range 1-10, in 4 (44,4%) nel range 11-20 e in 3 (33,3%) nel range 21-30.

La media dei punteggi ottenuti alla DAI-30 nel gruppo dei casi risulta 14.71 (DS 8,54), mentre nel gruppo di controllo 9,42 (DS 12,02).

Non è stata trovata nessuna differenza significativa dell'esperienza soggettiva valutata alla DAI-30 tra soggetti psicotici *versus* non-psicotici ($t = 1,28$, $df = 19,50$, $p\text{-value} = 0,21$).

I risultati hanno invece indicato l'esistenza di una associazione tra esperienza soggettiva e compliance altamente significativa ($r = 0,572$, $t = 3,4133$, $df = 24$, $p\text{-value} = 0,0022$).

L'analisi multivariabile riconferma l'esistenza di una correlazione positiva statisticamente significativa tra esperienza soggettiva valutata alla DAI-30 e compliance e negativa tra esperienza soggettiva e acatisia valutata alla ESRS.

Conclusioni: dalle osservazioni effettuate nel nostro studio si riconferma il ruolo fondamentale giocato anche nei soggetti adolescenti dall'esperienza soggettiva quale predittore della compliance al trattamento. Questa considerazione presenta profonde implicazioni dal punto di vista clinico.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MANTEGNA

S7. La psichiatria ai tempi di Internet: nuove vulnerabilità, espressività psicopatologiche e potenzialità terapeutiche

COORDINATORE

T. Cantelmi (Roma)

Eterogeneità delle condotte additive nell'era del narcisismo digitale

T. Cantelmi

Sapienza Università di Roma

Sono passati pochi anni da quando sono stati introdotti i primi social network. Da allora si è assistito ad una impressionante moltiplicazione di profili personali e di gruppi di amici digitali che non avremmo mai sognato di avere prima. Il web 2.0, la rete partecipativa, a seconda di molti, incoraggia lo sviluppo della cultura narcisistica, l'esibizione di identità artefatte e seducenti, da poter essere amate da chiunque. Facebook, Twitter, Myspace, Youtube, ogni cosa può alimentare il culto della personalità, con parossismi sconcertanti, come la web tv personale online 24 ore su 24 o le digital footprints (impronte digitali) lasciate in giro sui vari social network per essere ri-conosciuti. Cresce così una sorta di presenzialismo digitale, dove apparire è ben più importante dell'essere, dove il numero di contatti o di amici diviene la misura del grado di appeal e di valore personale. Secondo un'indagine svolta dall'autorevo-

le Pew Research Center, almeno un navigatore americano su due digita il proprio nome sui motori di ricerca per controllare "cosa si dice". E si eccita, o si deprime, a seconda di quello che legge. Tutto si gioca su un'effimera gara di numeri, su un contatore, che genera stati di esaltazione o depressione nella vittima. "I blogger sono tra i più colpiti da questa sindrome, e spesso danno vita a infinite meta-discussioni che trasformano l'oggetto (blog) in soggetto e il soggetto (blogger) in oggetto. Nasce la necessità di un confronto continuo finalizzato ad appagare questo bisogno di conferme" (Pereira, 2009). Una forma di narcisismo digitale per il quale ora è stato elaborato anche un quoziente numerico, denominato QDOS. Basta digitare l'URL <http://qdos.com>, inserire i diversi profili di social network su cui si è attivi, e il sistema elabora automaticamente un punteggio. Quello che viene preso in considerazione non è soltanto il numero di volte che il proprio nome compare online (come fanno i motori di ricerca), ma anche parametri come l'impatto e la frequenza delle attività. Un must per ogni "ego-surfer" che si rispetti.

Ma si può parlare di Sindrome da Narcisismo Digitale (SND)? Secondo alcuni blogger sì, suggerendo addirittura, forse in mo-

do provocatorio, di diagnosticarla attraverso la presenza o l'assenza di alcuni sintomi (si può parlare di SND se si presentano nell'individuo più di 5 dei seguenti segni clinici):

- essere sempre al centro della "web attenzione";
- impegnati a concentrarsi a soddisfare i propri bisogni;
- non tollerano rinvii od ostacoli;
- seducenti, convincenti e manipolatori;
- competitivi, esibizionisti e megalomani;
- arroganti, egocentrici, intimidatori e aggressivi;
- talora sprezzanti, invadenti, insensibili;
- sentendosi superiori agli altri pretendono privilegi e riconoscimenti;
- non accettano critiche né consigli, né di dipendere da altri;
- affascinati da chi è sotto i riflettori ma anche molto invidiosi;
- proiettano lembi del proprio sé sugli altri per soddisfare i propri bisogni;
- ostacolato il narcisista reagisce con scoppi di rabbia o più raramente con distimia e sintomi depressivi.

Laura Buffardi, psicologa italiana in forza alla University of Georgia, ha recentemente pubblicato uno studio condotto su 130 profili di Facebook (gli utenti di Facebook) evidenziando come il numero di amici, il tipo di immagini e i commenti associati a un profilo costituiscono una misura attendibile del grado di narcisismo dell'utente. I narcisisti, infatti, pubblicano sulle loro pagine le foto più glamour, quelle in cui compaiono "più belli" e trendy, mentre i "normali" utilizzano preferenzialmente foto banali, magari scattate al volo con un telefonino o una webcam (Buffardi, 2009).

Come accade per altre sindromi, la SND potrebbe virtualmente originare (o semplicemente accompagnarsi) altri fenomeni psicopatologici più o meno rilevanti, più o meno persistenti, come ad esempio la Internet Addiction (IA) o dipendenza dalla Rete come viene meglio conosciuta in Italia.

Bibliografia

Cantelmi T, et al. *Avatar*. Edizioni Magi 2010.

Web-addiction: il paradigma della dipendenza ai tempi di Internet

V. Caretti

Università di Palermo

Come tutti gli strumenti tecnologici, i computer rappresentano i "mezzi" di cui l'uomo si serve per superare i limiti imposti dalle proprie caratteristiche biologiche. Molto più di altre tecnologie, in virtù delle caratteristiche loro proprie, gli strumenti informatici si trasformano in un vero e proprio *sistema ambientale che l'uomo finisce per "abitare"*.

Il rischio che si corre, soprattutto nei casi di utilizzo indiscriminato, è che il computer si tramuti in *fine*, e ciò avviene quando il *rapporto qualitativo* limitato nel tempo e nelle funzioni con lo strumento tecnologico si estende, tanto da diventare strumento d'elezione e necessario per la realizzazione e l'espressione del Sé.

Questo è quanto si riscontra nelle dipendenze tecnologiche, ovvero quelle forme di addiction in cui il ricorso ai videogiochi, a Internet e a tutto il corollario di funzioni da cui è possibile

accedere attraverso il computer, diventa un rifugio nel quale poter regolare gli stati emotivi.

Il cyberspazio (Internet, i videogiochi, la realtà virtuale) fa ormai parte della nostra esperienza di vita e dei nostri processi mentali, con importanti conseguenze psicologiche e sociali, i cui esiti possono essere solo parzialmente immaginati.

Le nuove tecnologie informatiche, per effetto della loro crescente presenza nella vita quotidiana e familiare, nello snodarsi delle relazioni e dei sentimenti, stanno diventando sempre più strumenti inediti di sollecitazione e di alterazione dello sviluppo individuale e collettivo, e possono anche essere causa di forme di comportamenti a rischio.

Partendo da queste premesse, al fine di testare empiricamente uno dei principali assunti del costruito di *Trance dissociativa da videoterminale*, secondo cui le dipendenze tecnologiche sono strettamente connesse al funzionamento dei meccanismi di dissociativi e all'incapacità di autoregolazione delle emozioni, è stato 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 nella popolazione normale.

@psychotherapy: da Eliza alla web-therapy

D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

L'evoluzione e la diffusione dei sistemi tecnologici della comunicazione ha già da tempo introdotto una serie di applicazioni in vari campi della medicina che consentono una relazione a distanza tra medico e paziente o la possibilità, nell'ambito della telemedicina, di usufruire di una serie di servizi sanitari e/o di valutazioni o interventi di tipo clinico. In tale cornice, che porta a considerare anche il numero progressivamente crescente di individui che utilizzano il Web per ricercare risorse di tipo terapeutico, o che richiedono su Internet un primo approccio psicologico o psichiatrico tramite una qualche forma di consulenza, si inserisce la questione della psicoterapia on-line, che ormai da anni è divenuta possibilità concreta di intervento psicologico attraverso vari dispositivi tecnologici (cellulare, ma, soprattutto computer e internet), ponendo numerose questioni di ordine culturale, etico, metodologico, normativo. La trasformazione di una relazione terapeutica *face-to-face*, in una modalità tecno mediata richiede innanzitutto di approfondire quali sono le caratteristiche della comunicazione mediata dal computer e quali aspetti cognitivi, emotivi e fantasmi sono ad essa legati; è noto infatti che le modalità di interazione negli spazi virtuali differiscono in modo significativo dalle relazioni *off-line*. Così come è indispensabile un'attenta valutazione del tipo di transfert e di regressione che si vengono a realizzare in tali contesti, oltre alla specifica formazione richiesta ad un terapeuta che voglia svolgere la propria attività professionale via Web. In questa presentazione verrà tracciata una sintetica storia dell'evoluzione dei metodi della psicoterapia on-line e verranno discussi i principali modelli, i setting e le loro più significative indicazioni cliniche. Verrà anche proposto di considerare la psicoterapia on-line come una metodologia di intervento del tutto differente e disomogenea rispetto alla pratica tradizionale della psicoterapia e quindi con questa non direttamente commensurabile.

Bibliografia

Bee PE, Bower P, Lovell K, et al. *Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review*. BMC Psychiatry 2008;8:60.

Cantelmi T, Putti S, Talli M. @psychotherapy, risultati di una ricerca

sperimentale italiana. Roma: Ediz. Universitarie Romane 2001.

Fenichel M. *Current topics in psychology*, 2000. Online at <http://www.fenichel.com/Current.shtml>

Reger MA, Gahm GA. *A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety*. J Clin Psychol 2009;65:53-75.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PINTURICCHIO

S9. Il contributo delle tecniche di esplorazione funzionale del cervello all'identificazione della vulnerabilità ai disturbi psichiatrici

COORDINATORE
S. Rossi (Siena)

La stimolazione magnetica transcranica

S. Rossi

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Neurologia e Neurofisiologia Clinica, Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese, Siena

La stimolazione magnetica transcranica (TMS) è una metodica neurofisiologica che consente di stimolare, in modo non invasivo ed indolore, i neuroni degli strati più superficiali della corteccia. Quando la TMS è applicata sull'area motoria e lo stimolo è di intensità sufficiente a depolarizzare in modo sincrono i neuroni, si registrano delle risposte muscolari contralaterali, che prendono il nome di Potenziale Evocato Motorio (MEP).

Paradigmi di stimolazione basati sul singolo impulso o doppio impulso corticale (che includono uno stimolo condizionante ed uno test), consentono la valutazione in vivo di numerosi meccanismi che regolano l'eccitabilità corticale: la soglia motoria a riposo testa la funzionalità dei canali ionici sodio e calcio dipendenti, l'inibizione corticale a breve latenza (SICI) testa la funzionalità di circuiti prevalentemente gabaergici di tipo A, la facilitazione intracorticale a breve latenza (SICF) testa la funzionalità di circuiti intracorticali glutammatergici, il periodo silente corticale (CSP) testa la funzionalità di circuiti inibitori prevalentemente GABA-B mediati, l'inibizione afferente a breve latenza (SAI) testa la funzionalità di circuiti prevalentemente colinergici, modulati dall'attività interneurale gabaergica.

Lo scopo della presente comunicazione è di fornire le basi fisiologiche per la comprensione di questi fenomeni e di fornire esempi riguardanti l'applicazione della TMS in gruppi di pazienti psichiatrici drug-naive (PTSD, OCD-Tourette, depressione) a scopo diagnostico/classificatorio. Lo scopo finale è far capire come lo studio di numerose variabili di eccitabilità corticale in entrambi gli emisferi possa essere un utile supporto alla classificazione diagnostica, e possa fornire il background teorico per approcci terapeutici di neuromodulazione, in alternativa al trattamento farmacologico.

Il neuroimaging funzionale e l'effetto della variabilità genetica su fenotipi rilevanti per i disturbi mentali

Giuseppe Blasi

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari "Aldo Moro"

La ricerca dei fattori genetici che conferiscono rischio per i disturbi mentali non ha dato fino ad ora risposte definitive. Uno tra i maggiori limiti di tale investigazione sta nel fenotipo utilizzato per gli studi di associazione. In altre parole, i correlati comportamentali e la diagnosi sono fenotipi poco obiettivi e estremamente distali rispetto all'effetto dei geni, visto che questi ultimi codificano per proteine e non per comportamenti. Questo aspetto, insieme ad altri, rende difficoltoso e non conclusivo lo studio della relazione fra correlati genetici ed entità nosografiche. Negli ultimi anni, l'evoluzione delle tecniche di *imaging* funzionale ha fornito un mezzo per studiare fenotipi biologici più prossimali all'effetto di specifiche caratteristiche genetiche, la cui misurazione è più obiettiva rispetto a quella relativa ai classici quadri sintomatologici o diagnostici. Lo studio di tali fenotipi potrebbe contribuire ad una migliore conoscenza del rapporto esistente fra caratteristiche genetiche specifiche ed i disturbi mentali. In questa relazione verranno forniti esempi relativi all'applicazione di tale approccio metodologico.

Binding and coordination among cortical neurons as revealed by EEG rhythms

C. Babiloni^{1,2,3}, F. Vecchio², C. Del Percio⁴, P.M. Rossini^{2,3,5}

¹ Dipartimento Scienze Biomediche, Università di Foggia; ² A.Fa.R. Dipartimento Neuroscienze, Ospedale FBF - Isola Tiberina; ³ San Raffaele Cassini, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma; ⁴ Dipartimento Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma; ⁵ Clinica Neurologica, Campus Biomedico, Università di Roma, Italy

The immediacy and directness of our subjective sensory experience belies the complexity of the neural mechanisms involved, which remain incompletely understood. This review focuses on how cognitive processes are encoded in neural activity. Em-

pirical evidence to date suggests that no single brain area is both necessary and sufficient for cognitive processes. Instead, necessary and sufficient conditions appear to involve binding and coordination of cortical neurons within complex patterns of oscillatory activity. The key empirical focus is now on characterizing qualitative differences in the kind of linear and non-linear synchronization of cortical oscillatory activity during cognitive processes. To this end, recent progress in developing novel approaches for indexing functional cortical coupling of brain rhythms by quantitative EEG techniques are discussed. In particular, recent evidence from high resolution electroencephalographic activity enlightened the role of temporal synchronization of neural activity across occipital, parietal, and frontal cortical areas during attention, primary consciousness, and memory. Furthermore, alteration of this synchronization is strictly correlated to decline of global cognition in humans across aging and psychiatric diseases. In the talk, recent findings of abnormal cortical neural synchronization in subjects with eating and weighting disorders are shown as an example.

Endofenotipi dei disturbi psichiatrici: i potenziali evento-correlati (ERPs)

A. Mucci, S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Le alterazioni dei potenziali evento-correlati (ERPs) riscontra-

te nei disturbi psichiatrici maggiori sono state proposte come indicatori di vulnerabilità di tali disturbi. Esse, infatti, sono riscontrabili prima dell'esordio e nelle fasi di stabilità della patologia, nonché nei familiari non affetti dei pazienti. Inoltre, per la loro elevata ereditabilità, le suddette alterazioni sono considerate fenotipi intermedi o endofenotipi. Gli ERPs sono utilizzabili sia in studi genetici di popolazione che in studi di associazione per l'identificazione di geni candidati. Quest'ultimo approccio è stato quello di gran lunga più utilizzato in Psichiatria e può permettere di caratterizzare i processi cognitivi e i sottostanti meccanismi cerebrali influenzati dalla variabilità genetica.

Una riduzione dell'ampiezza della P300 e una carenza soppressione inibitoria della P50 sono stati proposti come endofenotipi sia della schizofrenia che del disturbo bipolare. Più recentemente è stato ipotizzato che queste alterazioni rappresentino dei fattori di rischio per la sintomatologia psicotica piuttosto che per le diagnosi di schizofrenia o di disturbo bipolare. Sia per la P50 che per la P300 gli studi di associazione non hanno prodotto dati univoci sui possibili geni candidati.

La ricerca sugli endofenotipi elettrofisiologici dei disturbi psichiatrici ha finora prodotto risultati incoraggianti ma non sempre coerenti. Nel complesso i risultati sembrano suggerire che il progresso della ricerca in questo campo dipende dall'identificazione di meccanismi patogenetici e fattori di rischio associati a dimensioni psicopatologiche transnosografiche, piuttosto che alle categorie diagnostiche attualmente utilizzate in Psichiatria.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BRAMANTE

S10. Temperamento e difese nello sviluppo della personalità: dalla psicopatologia classica alla ricerca delle basi genetiche

COORDINATORE

S. Bellino (Torino)

I temperamenti affettivi. Da Kraepelin e Kretschmer ad Akiskal

C. Maggini

Università di Parma

I temperamenti affettivi (ciclotimico, depressivo, ipertimico, irritabile) identificano per Akiskal¹⁻³ condizioni non patologiche, anche se "abnormi" in senso statistico, che rappresentano forma fruste e possibili precursori delle piene manifestazioni sintomatologiche dei disturbi dell'umore.

I temperamenti affettivi costituiscono la manifestazione fenotipica attenuata della diatesi genetica dei disturbi dell'umore che può mantenersi, per gran parte della vita, a livello subclinico o dispiegarsi nella pienezza fenomenica spontaneamente o allorché ricorrono fattori attivanti (di natura psicosociale o biologica). Il temperamento entra,

quindi, nella catena patogenetica del disturbo dell'umore scrivendo la biografia e segnando il destino psicopatologico di questi soggetti.

Nella cornice concettuale di spettro bipolare i temperamenti affettivi sono considerati un *marker* di bipolarità che consente di penetrare nell'area grigia delle forme più sfumate dello spettro fin nell'area della "pseudo-unipolarità".

I temperamenti affettivi, inoltre, si propongono come uno strumento conoscitivo delle basi biologiche/genetiche del disturbo bipolare, identificandosi con il processo intermedio tra predisposizione genetica, sesso, fattori evolutivi e *stressor*, da un lato, ed episodi affettivi clinicamente rilevanti, dall'altro.

La concettualizzazione dei temperamenti affettivi di Akiskal rimanda al pensiero di Kraepelin⁴ e di Kretschmer⁵ la cui rilettura è ineludibile per una disamina critica di detta concettualizzazione.

Bibliografia

- 1 Akiskal HS. *Validating affective personality types*. In: Robins L, Barrett J, editors. *The validity of psychiatric Diagnosis*. New York: Raven Press 1989.
- 2 Akiskal HS. *Towards a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research*. In: Gessa G, Fratta W, Pani L, et al., editors. *From neurobiology to treatment*. New York: Raven Press 1995, pp. 99-112.
- 3 Akiskal HS. *The temperamental borders of mental disorders*. Acta Psych Scand 1994;89(Suppl 37):32-7.
- 4 Kraepelin E. *Psychiatrie*. In: *Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 7th edn. Leipzig: Barth 1904.
- 5 Kretschmer E. *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer 1921.

Spettro dell'umore e temperamenti affettivi

M. Miniati

Clinica Psichiatrica, U.O.II, AOUP Livorno

La presenza di sintomi che non raggiungono per intensità, numero o durata nel tempo la soglia per la diagnosi di un disturbo dell'umore costituisce un fenomeno frequente, sia negli studi clinici sia in quelli epidemiologici. Tuttavia, l'eterogeneità di presentazione di queste manifestazioni ne rende complesso il sistematico inquadramento diagnostico.

I fenomeni 'sottosoglia' di disturbo dell'umore sono stati definiti, nel corso del tempo, in vario modo: 'forme minori', 'incomplete', 'attenuate', 'sub-sindromiche', 'residue'. Altre volte, sono stati utilizzati termini come 'tratti temperamentali' o 'tratti di personalità', per indicare condizioni caratterizzate da una costellazione di segni, stili comportamentali/interpersonali, schemi cognitivi, livelli di energia e attività, che tenderebbero a essere pre-esistenti e spesso a riemergere, una volta risolti gli episodi a piena espressione sintomatologica del disturbo dell'umore. Recentemente, queste manifestazioni sono state incluse in un modello unitario di 'spettro dell'umore' che considera clinicamente significativi segni e sintomi appartenenti sia al polo depressivo, sia a quello espansivo, anche isolati, rivalutati in una prospettiva 'lifetime'¹⁻³. Le manifestazioni dello spettro dell'umore, durante periodi diversi della vita, possono, infatti, costituire i precursori, i prodromi o i residui di episodi a piena espressione sintomatologica. In questo senso, assumono un significato differente anche le manifestazioni che sono state tradizionalmente descritte con i termini di 'temperamento' o di 'tratti di personalità', la cui differenziazione dalle 'forme prostrate e sottosoglia' di disturbo dell'umore è resa complessa dalla sovrapposizione di elementi psicopatologici a comune. I tratti comportamentali e le caratteristiche di temperamento integrano, secondo il modello proposto, un *continuum* dimensionale che include le manifestazioni 'sottosoglia', 'isolate', 'atipiche', oltre alle manifestazioni tipiche dei disturbi dell'umore descritte nei principali sistemi diagnostici categoriali.

L'identificazione di pazienti con 'profili specifici di spettro dell'umore' ha costituito l'oggetto di diversi studi, nei quali la caratterizzazione del fenotipo diagnostico, secondo il modello proposto, è avvenuta anche con la somministrazione di un questionario specifico (MOODS-SR), costruito e validato per il rilevamento di oltre 160 segni e sintomi appartenenti a quest'area psicopatologica. I risultati di alcuni studi pubblicati dal gruppo di ricerca dello 'Spectrum Project' (1997-2010), nei quali

il modello di spettro dell'umore è stato utilizzato sia in termini di approfondimento diagnostico, sia di valutazione della risposta ai trattamenti, costituiranno l'oggetto della presentazione, a integrazione dei principali dati di letteratura. Date le premesse sperimentali, saranno tracciati schematicamente i contorni di alcune aree problematiche di difficile integrazione tra 'sottosoglia' e 'full-blown', tuttora oggetto di studio.

Bibliografia

- 1 Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, et al. *The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology*. J Affect Disord 1999;54:319-28.
- 2 Cassano GB, Frank E, Miniati M, et al. *Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum*. Psychiatr Clin North Am 2002;25:699-712.
- 3 Miniati M, Rucci P, Frank E, et al. *Sensitivity to Change and Predictive Validity of the MOODS-SR Questionnaire*. Lastmonth Version. Psychotherapy and Psychosomatics 2009;78:116-24.

Difese e sviluppo dei disturbi di personalità: valutazione psicopatologica e clinica

S. Bellino

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

Obiettivo: in anni recenti è cresciuto in psichiatria l'interesse per un approccio diagnostico multidimensionale. Il concetto di difesa è attualmente oggetto di approfondimenti e offre uno dei modelli dimensionali più stimolanti. In letteratura è emerso che i disturbi di personalità sono caratterizzati dall'imaturità dei processi difensivi, che comporta un'alterata capacità di regolare gli stati emozionali e le dinamiche relazionali. Specifici stili difensivi possono essere associati a particolari disturbi di personalità e correlare con il loro nucleo psicopatologico. Alcuni recenti studi hanno inoltre considerato il rapporto che intercorre tra le difese adottate dai pazienti con disturbi di personalità e la risposta ai trattamenti farmacoterapici. Lo scopo della nostra indagine è quello di valutare le differenze che intercorrono fra i meccanismi difensivi di tre disturbi di personalità appartenenti al cluster B (il disturbo borderline - DBP, il disturbo narcisistico e il disturbo istrionico) per verificare se sono riconoscibili profili chiaramente distinti. Inoltre un sottogruppo del nostro campione con diagnosi di DBP, che ha seguito un trattamento impostato dal clinico secondo le linee guida dell'APA, è stato rivalutato dopo 12 mesi allo scopo di determinare se il profilo delle difese ha un effetto significativo sulla risposta terapeutica, misurata come variazione del punteggio totale della scala BPD Severity Index (BPDSI).

Metodo: sono stati arruolati pazienti con diagnosi di DBP (DSM-IV-TR). Sono stati esclusi i pazienti con codiagnosi lifetime di demenza, schizofrenia o disturbo bipolare. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono: le interviste strutturate SCID-I e II per i disturbi di Asse I e II, la CGI - Severity Item; la BPDSI e la Response Evaluation Measure-71 (REM-71). La REM-71 è uno strumento di autovalutazione, recentemente tradotto in italiano, utilizzato per misurare i meccanismi di difesa.

Risultati: i risultati di questa valutazione e dell'analisi statistica, condotta con l'ANOVA, saranno descritti e posti a confronto con i dati disponibili in letteratura.

Bibliografia

Bond M. *Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change*. *Harv Rev Psych* 2004;12:263-78.

Steiner H, et al. *The response Evaluation Measure (REM-71)*. *Am J Psychiatry* 2001;158:467-73 (ver. it. di Prunas et al., 2008).

Bowins B. *How psychiatric treatments can enhance psychological defense mechanisms*. *Am J Psychoanal* 2006;66:173-94.

Esiste una predisposizione genetica alla personalità?

A. Serretti, R. Calati

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Negli ultimi anni la correlazione tra la personalità e la genetica è stata ampiamente studiata. In particolare il tratto

personologico ansioso Harm Avoidance sembra fortemente associato con il gene codificante per il trasportatore della serotonina. Anche i recettori serotoninergici 5-HT1A e 5-HT3A ed i recettori dopaminergici D2 e D4 sembrano essere coinvolti, sebbene i risultati siano meno univoci. Il tratto di ricerca della novità Novelty Seeking sembra invece essere associato al gene codificante per il recettore della dopamina D4, ma anche con i recettori della dopamina D2 e D3. Inoltre 5-HT2A, MAO-A e COMT sono stati pure ipotizzati come coinvolti in questo tratto. Studi su altri tratti come Reward Dependence, Persistence, Self Directness, Cohoperativity e self transcendence sono ancora contrastanti. Anche se ulteriori studi sono necessari per replicare e convalidare questi risultati, i fattori genetici giocano un ruolo importante per specifiche modulazioni della personalità umana.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MASACCIO

S11. Disfunzione genitoriale e rischio psicopatologico

COORDINATORE

O. Greco (Lecce)

La funzione genitoriale

L. Pati

Università Cattolica di Brescia

Il presente contributo esplora la genitorialità e la relazione tra genitori e figli. A partire dalla prospettiva pedagogica, nel presente contributo verrà presa in esame la funzione genitoriale, con riferimento alle attività di cura messe in atto dal genitore finalizzate alla promozione del benessere fisico, psicologico e sociale del figlio. Particolare risalto verrà conferito agli aspetti psicoeducativi e pedagogici della funzione genitoriale e agli stili parentali più comuni adottati dalle madri e dai padri per la cura dei figli.

Eziopatogenesi della disfunzione genitoriale

R. Maniglio

Università del Salento, Lecce

La genitorialità è una funzione relazionale complessa che comprende l'interazione tra due individui, il genitore e il figlio, dotati ognuno di una molteplicità di caratteristiche psicosociali. Al tempo stesso, la genitorialità è una funzione dinamica, in quanto passibile di cambiamenti nel corso del tempo, e concreta, in quanto inserita in un contesto sociale che a sua volta inevitabilmente la condiziona. A partire da questa prospettiva, nel presente contributo verrà preso in esame lo sviluppo della disfunzione genitoriale, intesa come quel complesso di comportamenti messi in atto dal genitore che falliscono nell'obietti-

vo di promuovere il benessere fisico, psicologico e sociale del figlio. Particolare risalto verrà conferito agli aspetti psicologici e sociali del genitore, del figlio e del contesto che costituiscono fattori di rischio per il corretto esercizio della funzione genitoriale e in grado di comportare situazioni patologiche di disfunzione genitoriale

Violenza genitoriale secondo la prospettiva evolucionistica

M. Marchetti*, G. Catania*, F. Baralla**

* *Università del Molise*, ** *Sapienza Università di Roma*

Solo in circa il 3% delle specie si può notare una organizzazione sociale che può definirsi famiglia. Ciò che tuttavia costituisce un fenomeno unico e straordinario nella famiglia umana è l'elevato investimento di entrambi i genitori nell'allevamento della prole, per un periodo che, viste le dinamiche del nostro accrescimento e della nostra maturazione, può durare ben oltre i due decenni.

Le fonti di conflitto all'interno della famiglia da un punto di vista evolucionistico sono molteplici. L'armonia tra due soggetti si ottiene infatti quando i comportamenti che aumentano la fitness dell'uno aumentano anche quella dell'altro. Tuttavia, mentre genitori e figli sono legati da vincoli genetici e presentano una piena sovrapposizione di prospettive di fitness, marito e moglie sono invece di solito geneticamente estranei tra loro tanto che una sovrapposizione simile si ottiene soltanto se entrambi cooperano sinceramente l'uno con l'altro alla riproduzione e all'allevamento della prole mantenendo una sostanzia-

le fedeltà sessuale. Almeno sino alla scoperta e alla diffusione delle analisi del DNA l'uomo non ha però mai avuto molte possibilità di essere certo della propria paternità così che, per ovviare il rischio di investire risorse materiali e psicologiche su figli non propri, sostenendo altresì una compagna infedele, si è sviluppato ed evolutivamente affermato un senso di proprietà dell'uomo nei confronti della donna e più in generale dei membri della famiglia. È questo senso di proprietà una delle fonti più rilevanti di violenza intrafamiliare. Anche l'investimento materno può essere ostacolato da condizioni che lo rendano poco vantaggioso così che si possono avere i casi di infanticidio e di filicidio. Altra fonte di conflitto sono desideri divergenti circa l'allocazione delle risorse tra genitori e figli o tra fratelli che non ritengano equa la distribuzione delle risorse tra loro. La presenza di conflitti irrisolti ostacola in modo importante lo svolgimento del compito culturale precipuamente familiare di diffondere oltre ai geni della prosocialità anche le norme di condotta legate alla prosocialità stessa.

Patologia psichiatrica e violenza genitoriale

G.C. Nivoli

Università di Sassari

Nel presente contributo verrà preso in esame il rapporto tra patologia psichiatrica e quei comportamenti parentali abnormi che oltre a fallire nell'obiettivo di promuovere il benessere fisico, psicologico e sociale del figlio hanno come esito un danno psichico o fisico nel figlio. Particolare risalto verrà conferito al ruolo della patologia psichiatrica del genitore come fattore di rischio di violenza genitoriale e alle ipotesi eziopatogeniche presenti in letteratura.

Disfunzione genitoriale e affidamento dei figli alla luce della Legge 8 febbraio 2006, n. 54: riflessioni psichiatrico-forensi

T. Bandini, G. Rocca

Dipartimento di Medicina Legale (DiMeL), Sezione di Psichiatria Forense, Università di Genova

Sempre più spesso gli psicologi e gli psichiatri forensi vengono richiesti di fornire un parere tecnico al magistrato nel delicato campo dell'affidamento dei minori in caso di separazione o divorzio dei genitori. Ciò si è verificato anche in riferimento alle sempre più numerose ricerche che hanno messo in evidenza come la persistente conflittualità parentale si collochi tra i

più rilevanti fattori di rischio nell'insorgenza di disturbi psico-evolutivi.

In questo contesto, i quesiti ai quali il Consulente tecnico può essere chiamato a rispondere sono molto differenziati, in quanto fanno riferimento soprattutto alla generica nozione di "interesse del minore" e risentono dei sempre più tumultuosi mutamenti culturali che in questi ultimi anni hanno investito l'istituzione familiare.

Negli scorsi decenni, infatti, i quesiti erano prevalentemente centrati sulla eventuale inidoneità genitoriale, ed in particolare sul *cliché* della presenza di un eventuale disturbo psichiatrico in uno dei genitori.

Con la Legge n. 54 del 2006, il fuoco dell'indagine si è, invece, spostato sulle globali interazioni, le dinamiche, e gli spazi di dialogo e tutela della prole, che caratterizzano il concreto contesto delle singole famiglie in esame.

Nel nuovo contesto di genitorialità condivisa la consulenza assume, così, una funzione di mediazione e progettazione degli interventi più adeguati ad accompagnare e sostenere il percorso trasformativo della famiglia, salvaguardandone gli affetti e le risorse emotive.

Superata la tradizionale richiesta di valutazione del genitore "più o meno idoneo", l'indagine peritale deve essere indirizzata, quindi, verso l'individuazione e la ricerca delle risorse affettive, pedagogiche e relazionali che tutti i componenti della famiglia sono in grado di fornire per promuovere un armonico sviluppo psico-fisico del minore, lungo il suo percorso evolutivo.

Si impone, pertanto, in termini ancora più incisivi rispetto al passato, un dovere di cooperazione e interazione tra tutte le figure professionali investite del delicato compito di tutela del bambino, al fine di favorire il processo maturativo genitoriale e di consentire nuovi modelli di espressione della affettività tra i genitori e i figli.

Bibliografia

Buzzi I. *Affidamento condiviso: risvolti pratici e teorici della legge 54/2006 in materia di mediazione familiare, perizia e ascolto dei minori*. Torino: Utet 2006.

Bandini T, Rocca G. *Fondamenti di Psicopatologia Forense. Problemi di metodo e prospettive di sviluppo delle consulenze psicologiche e psichiatriche in ambito giudiziario*. Milano: Giuffrè 2010.

Bandini T, Verde A. *Disturbo psichico dei genitori e affidamento dei figli nelle cause di separazione coniugale*. In: Cendon P, a cura di. *Un altro diritto per il malato di mente*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane 1988.

Weich S, Patterson J, Shaw R, et al. *Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies*. Br J Psychiatry 2009;194:392-8.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PERUGINO

S12. I prodromi psicotici e l'adolescenza

COORDINATRICE

I. Carratelli (Roma)

I prodromi psicotici e l'adolescenza: tra sviluppo cerebrale, vulnerabilità e sintomi soggettivi

I. Ardizzone, S. Perinetti, A. Marconi, F. Nardecchia, T.I. Carratelli

UOC Neuropsichiatria Infantile A, Sapienza Università di Roma

Negli ultimi venti anni il modello evolutivo dell'esordio psicotico si è arricchito di una impressionante mole di dati sperimentali e clinici ottenuti dall'*adolescent research*, dagli studi di area neuroevolutiva sullo sviluppo premorbo dei disturbi schizofrenici, dalle neuroscienze, dalla psichiatria psicodinamica e fenomenologica.

Sulla base di un'integrazione plastica di tali dati e sulla base del lavoro clinico quotidiano in un reparto dedicato agli esordi psicopatologici in età evolutiva, gli autori propongono un modello euristico ed operativo dell'esordio psicotico che vede l'adolescenza come il luogo e il tempo dello sviluppo individuale in cui in modo caratteristico e peculiare compaiono i sintomi prodromici dell'esordio schizofrenico.

Tale modello prevede una visione evolutiva in cui la vulnerabilità soggettiva premorbo di questi pazienti incontra lo sviluppo bio/psico/sociale dell'adolescenza in cui negli ultimi anni ha giustamente assunto un ruolo importante e fondamentale anche lo sviluppo cerebrale/mentale.

Da questo incontro nasce uno stato di soggettività alterata che rappresenta il *primum movens* verso la transizione alla psicosi. Le caratteristiche soggettive di tale stato, che è fondamentale riconoscere per instaurare un intervento terapeutico e preventivo, vengono a parere degli autori ben descritte e colte dalla teoria dei "sintomi di base".

In modo sperimentale e innovativo gli autori applicano tale teoria a soggetti adolescenti in cui è presente uno stato prodromico o un esordio psicotico.

Gli autori riportano, quindi i risultati e le riflessioni scaturite dalla valutazione della presenza di questo tipo di sintomatologia: essa sembra utile ed efficace nel descrivere i sintomi psicosomatici che nascono dall'alterazione patologica del peculiare rapporto che in adolescenza si instaura tra soggetto e coscienza; essa rappresenta, inoltre, un obiettivo per l'intervento precoce in questa fase di sviluppo della malattia.

Rischi psicopatologici della mente adolescente alla luce delle neuroscienze

L. Quadrana, F. Laganà, S. Pilia, G. Monniello

Azienda Policlinico Umberto I di Roma

Negli ultimi anni i progressi della ricerca nell'ambito delle neuroscienze hanno ampliato le nostre conoscenze sul funziona-

mento del cervello, sulla sua plasticità e sulle modalità con cui i diversi stimoli ambientali, con i quali l'individuo viene a contatto nelle varie fasi della vita, possono indurre modificazioni più o meno stabili nella struttura e nel funzionamento di diverse aree cerebrali.

La visione di un individuo in continuo divenire, innovativo rispetto all'approccio neurobiologico classico, porta con sé una nuova considerazione dei meccanismi patogenetici delle diverse condizioni psicopatologiche.

Ad esempio, in adolescenti con disturbi di personalità, sono evidenziabili, attraverso le tecniche di *neuroimaging*, alcuni correlati neurobiologici. Tali tecniche, dimostrano come adolescenti affetti da tali patologie presentino alcune difficoltà funzionali a carico di specifiche aree del cervello. In particolare, nel caso del disturbo schizotipico di personalità, il più studiato in termini di *neuroimaging*, anche per la vicinanza genetica, fenomenologica e biologica di questo disturbo con la schizofrenia, sono state riscontrate anomalie funzionali a livello dei nuclei del talamo, del giro temporale superiore e dei gangli della base.

La letteratura sull'autismo alla ricerca di una sintesi delle varie teorie proposte, quali la teoria della mente, la teoria della "coerenza centrale debole" (deficit del processamento delle informazioni, deficit a livello delle funzioni esecutive, nell'imitazione, compromissione delle relazioni sociali e affettive, deficit dell'attenzione condivisa) si è focalizzata sulle anomalie della connettività neurale e dei meccanismi attraverso i quali l'informazione arriva dal mondo esterno, viene elaborata ed integrata nel cervello. L'ipotesi neuro scientifica è che nel cervello autistico vi sia una alta connettività locale (tra assemblaggi neurali circoscritti) che si sviluppa in combinazione con una bassa connettività a lunga distanza tra differenti regioni funzionali del cervello. Il risultato sarebbe un fallimento di una giusta orchestrazione tra eccitazione ed inibizione che è un aspetto chiave per la buona riuscita degli accoppiamenti transitori tra connessioni locali e connessioni a distanza (teoria connessionistica dell'autismo).

Per quanto riguarda, invece, la psicopatologia dell'adolescenza le ricerche hanno evidenziato la significatività della corteccia prefrontale. In particolare, si ritiene che la mielinizzazione giocherebbe un ruolo importantissimo. Man mano che l'adolescenza prosegue, infatti, le cellule nervose di queste regioni cerebrali si rivestono di uno strato di mielina, un manicotto lipidico isolante che accelera e facilita la trasmissione dei segnali tra neuroni. La maggior rapidità di trasmissione dei segnali rappresenterebbe un fattore positivo, contribuendo a variazioni nei progressi cognitivi, in special modo negli anni compresi fra i 12 e i 18.

In questo lavoro tali temi saranno ampiamente sviluppati e discussi.

Vulnerabilità, esordio psicotico e sostanze d'abuso in adolescenza

M. Ferrara*, A. Di Stefano**, C. Leonardi***, G. Monniello*

* UOC Neuropsichiatria Infantile A, Sapienza Università di Roma; ** Dipartimento 3D, ASL FR; *** UOC SERT, ASL RMC

I consumi di sostanze legali e illegali sono sempre più diffusi tra gli adolescenti. Gli studi europei stimano che circa il 5,1% degli studenti tra i 15 e i 19 anni abbia consumato cocaina e il 31,5% abbia consumato cannabis (studio ESPAD, 2008). Questa popolazione raramente ricorre ai servizi per le dipendenze, mentre è in costante crescita il numero di famiglie che si rivolgono ai servizi di Neuropsichiatria Infantile o di Salute Mentale per l'insorgere di quadri psicopatologici nei figli adolescenti che hanno -o hanno avuto- periodi di consumo di sostanze.

La relazione tra uso di sostanze ed età di esordio di quadri psicotici è nota da tempo in letteratura, con i limiti dovuti ai campioni presi in esame fino a circa 10 anni fa (composti prevalentemente da pazienti con disturbi di lunga durata oppure da pazienti con quadri acuti secondari ad abuso). Recenti acquisizioni puntano invece sull'individuazione di percorsi patogenetici peculiari e sulla possibilità che alcune delle sostanze diffuse possano costituire un fattore di rischio indipendente per l'insorgenza di disturbi psicotici.

Si propone una revisione critica delle evidenze in tema di esordio psicotico, sostanze d'abuso e vulnerabilità in adolescenza, intesa sia in senso biologico (possibili endofenotipi "a rischio"), sia nel senso della relazione tra uso di "droghe" e il fallimento dei compiti evolutivi specifici della fase adolescenziale.

Il lavoro documenta il recente programma di collaborazione nella formazione didattica (Sapienza-Servizi per le Dipendenze di ASL della Regione Lazio) che sulla vulnerabilità alle sostanze intende integrare il punto di vista di psichiatri, medici delle tossicodipendenze e psicologi clinici per adulti al punto di vista psicopatologico evolutivo dei Neuropsichiatri Infantili.

Continuità e discontinuità nella psicopatogenesi. Vulnerabilità tra paura e aggressività in adolescenza

T. Giacolini, Romagnoli, Carratelli, Sabatello

Roma

Con la pubertà si apre la fase evolutiva della adolescenza, in cui diviene centrale la dinamica tra bisogno di dipendenza e motivazione alla autonomia. Tale dinamica è sostenuta e si coniuga con la maturazione di sistemi ormonali e neuronali che rendono l'adolescente particolarmente sensibile a uno specifica motivazione all'affermazione di sé nelle interazioni sociali fuori del contesto familiare e parallelamente particolarmente vulnerabile ad una specifica paura ad esse connessa. La teoria dei sistemi motivazionali, ed in particolare l'evoluzione del sistema motivazionale agonistico, che giunge a maturazione con la pubertà, sono una chiave euristica, ampiamente supportata da vaste osservazioni di carattere sia etologico che neurobiologico, che permettono di comprendere tali specifiche manifestazioni evolutive. Scopo del presente contributo è evidenziare come la teoria dei sistemi motivazionali in interazione con la teoria evolutiva permettano di articolare non solo gli elementi di continuità nell'eziopatogenesi ma anche e soprattutto quelli relativi alla discontinuità nella formazione dell'emergenza psicopatologica, ed in modo particolare per gli esordi psicotici, in questa epoca della vita.

Verranno, infine, brevemente illustrati due strumenti di valutazione, Social Comparative Scale e la Submissive Behaviour Scale, particolarmente sensibili a rilevare la disfunzionalità del sistema motivazionale agonistico nella grave psicopatologia in adolescenza.

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BERNINI

S13. Tollerabilità delle terapie antipsicotiche e aderenza ai trattamenti: un update

COORDINATORE

A. Bellomo (Foggia)

Disturbi metabolici in pazienti trattati con farmaci antipsicotici

F. Centorrino, D. Ongur, G. Masters, A. Talamo

McLean Hospital and Harvard Medical School, Belmont, MA USA

Patients with major affective and psychotic disorders are at an increased risk for developing metabolic syndrome. They are frequently prescribed atypical antipsychotics, also associated

with an increased risk of metabolic syndrome. This lecture will review the risks associated with psychotropic medications, particularly antipsychotics, across diagnoses.

This ongoing prospective study is being conducted at McLean Hospital to compare the prevalence of metabolic syndrome in patients with major affective and psychotic disorder to the normal population, looking specifically at age and gender-matched comparisons.

A preliminary analysis looks at data from 208 consecutive inpatients in 2010 with diagnoses of major affective disorders (DSM-

IV dx of Bipolar Disorder, Major Depression, Mood Disorder NOS) and psychotic disorders (DSM-IV dx of Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, Psychotic Disorder NOS). A comparison of treatment patterns and serious metabolic comorbidities is also reviewed.

The analysis shows that, when compared with the normal population, there is an overall trend of increased prevalence of metabolic syndrome amongst younger patients with major affective and psychotic disorders that are prescribed at least one atypical antipsychotic (Clozapine, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone, Ziprasidone, Aripiprazole). Specifically, the prevalence of metabolic syndrome in patients under the age of 29 on at least one atypical antipsychotic is 21.2%, compared to 11.4% in the normal population (20.0% men vs. 23.1% women). Patients on Clozapine and/or Olanzapine compared to those on Ziprasidone and/or Aripiprazole have a much higher rate of metabolic syndrome, and both are higher than the normal population (42.9% vs. 27.3% vs. 11.4%). Interestingly, patients on Quetiapine and/or Risperidone have a rate similar to the general population (11.1% vs. 11.4%).

Though these results are preliminary, as we are planning to collect at least 1000 patients, these trends are most likely due to the more frequent use of polypharmacy and atypical antipsychotics. Adverse metabolic changes in psychiatric patients may have an earlier onset than was previously thought, and increase the risk of metabolic complications, such as obesity, cardiovascular disease, stroke, and diabetes at a younger age. Careful early monitoring and prompt intervention to minimize metabolic complications are needed.

References

American Heart Association. *Symptoms and diagnosis of metabolic syndrome*. Retrieved from 2010, http://www.heart.org/heartorg/conditions/more/metabolicsyndrome/symptoms-and-diagnosis-of-metabolic-syndrome_UCM_301925_Article.jsp

Centorrino F, Mark TL, Talamo A, et al. *Health and economic burden of metabolic comorbidity among individuals with bipolar disorder*. J Clin Psychopharmacol 2009;6:595-600.

Ford ES. *Prevalence of the metabolic syndrome definite by the international diabetes federation among adults in the US*. Diabetes Care 2005;28:2745-9.

Ford ES, Giles WH, Dietz WH. *Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third national health and nutrition examination survey*. JAMA 2002;3:356-9.

Il monitoraggio cardiologico in pazienti trattati con antipsicotici

G. Di Sciascio^{1,2}, S. Calò¹, R. Melpignano³

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari Aldo Moro; ² Azienda Ospedaliero-Universitaria "Consorziale Policlinico" di Bari; ³ D.D.P. AUSL Bari

A seguito dei grandi progressi in ambito psicofarmacologico, nel corso degli ultimi anni si sono realizzati innumerevoli cambiamenti nel modo in cui l'assistenza psichiatrica è concepita, programmata, attuata e misurata. La storia del trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici ha infatti assunto una direzione assolutamente nuova dal momento in cui al proposito di ottenere la migliore gestione possibile del sintomo, si è sostituito

to 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 sia sul piano della salute fisica.

In questa ottica proprio il trattamento psicofarmacologico dei disturbi mentali, nello specifico quello con antipsicotici, 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 collateralità che possono compromettere il risultato terapeutico oltre che determinare una riduzione della qualità e della quantità di vita dei pazienti stessi.

Tale dato appare ancora più rilevante soprattutto se si tiene conto del fatto che tali pazienti, spesso presentano in comorbidità patologie internistiche (patologie cardiometaboliche) che risentono fortemente delle collateralità indotte dal trattamento con antipsicotici (diabete mellito, ipercolesterolemia, incremento ponderale ed allungamento dell'intervallo QT).

Alla luce di queste e di altre considerazioni, come ad esempio le disposizioni dell'AIFA e delle altre agenzie regolatorie europee in merito al rischio cardiovascolare nei soggetti in trattamento con antipsicotici, al fine di ottenere un miglioramento complessivo del "management" clinico appare sempre più ineludibile mettere in atto opportune procedure di monitoraggio medico nei soggetti che assumono tali farmaci.

Gestione clinica della iperprolattinemia indotta da terapie antipsicotiche

R. Brugnoli

Sapienza Università di Roma, Ospedale S. Andrea

L'iperprolattinemia è un importante e comune evento avverso della terapia con AP, ma decisamente sottostimato dagli psichiatri. Nell'ambito della ampia gamma di molecole antipsicotiche a disposizione, è però possibile individuare quali interferiscono maggiormente con il metabolismo della prolattina. Gli antipsicotici tradizionali, il risperidone, il paliperidone/amisulpride e le benzamidi sostituite sono definiti *prolactin-raising* ("aumentatore" di prolattina); la clozapina, l'olanzapina, la quetiapina, l'aripiprazolo e lo ziprasidone sono invece definiti *prolactin-sparing* ("risparmiatore" di prolattina). La sottostima dell'iperprolattinemia è probabilmente imputabile alla errata convinzione che i problemi compaiano solo dopo che l'elevata presenza di questo ormone abbia dato evidenti segni clinici (principalmente amenorrea e galattorrea nelle donne, impotenza e meno frequentemente ginecomastia negli uomini). In realtà l'iperprolattinemia è responsabile in ambedue i sessi di problematiche importanti nel breve e nel lungo termine. Nell'uomo i sintomi imputabili all'iperprolattinemia nel breve termine possono essere i seguenti: perdita della libido, impotenza, disturbi dell'eiaculazione, ridotta spermatogenesi, ginecomastia e raramente galattorrea. Nel lungo termine possono comparire sintomi come osteoporosi da carenza di testosterone, aumento ponderale e in qualche caso disturbi dell'umore. Nella donna, a breve termine, possono comparire disturbi della regolarità del ciclo mestruale, tensione mammaria, galattorrea, riduzione della libido, disfunzione orgasmica, acne e irsutismo. Nel lungo termine le conseguenze dell'iperprolattinemia possono portare all'osteoporosi da

carezza di estrogeni (ricordare che la riduzione della densità minerale ossea è in relazione alla durata ed alla severità dell'ipogonadismo), all'aumento ponderale, al tumore al seno e all'endometrio e a disturbi cardiovascolari. Meno chiaro appare il rapporto con lo sviluppo di alterazioni dell'umore. In questa relazione si farà il punto su questo effetto collaterale imputabile soprattutto agli antipsicotici di prima generazione ma anche ad alcuni di quelli di seconda generazione e verranno date delle indicazioni cliniche per ovviare o perlomeno ridurre l'impatto di questo grave effetto collaterale.

Aderenza ai trattamenti antipsicotici: un update

A. Bellomo

Università di Foggia

Da molti anni si dibatte su quale sia la corretta definizione di *Aderenza* ai trattamenti farmacologici e quali siano i criteri utili per la misurazione quantitativa della stessa. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2003 ha proposto una definizione di *aderenza* in termini di "comportamento del paziente – ovvero

assunzione di farmaci, esecuzione di una dieta, modificazione dello stile di vita – che si allinea alle raccomandazioni del terapeuta". Questa definizione, per quanto formalmente corretta, rimane tuttavia incompleta sul piano degli aspetti quantitativi: gli studi di letteratura propongono quali valori cut-off di assunzione della terapia prescritta percentuali variabili che oscillano in un *range* del 10-90%. Molti di questi studi utilizzano peraltro metodi di indagine diversi fra loro che vanno dalla conta numerica delle compresse assunte dal paziente, al monitoraggio dei relativi effetti collaterali, al dosaggio dei metaboliti di alcuni farmaci nel sangue. Sono state proposte anche indagini basate sull'intervista del paziente che tuttavia riportano livelli di fedeltà minori. A queste difficoltà oggettive si aggiunge anche la scarsa attenzione dedicata negli anni alla aderenza nella routine clinica e negli studi scientifici. Solo il 5% degli studi sin ora condotti sulla schizofrenia e 1-2% di quelli riguardanti il disturbo bipolare hanno indagato sui livelli di aderenza ai trattamenti. È necessario pertanto una valutazione più accurata di questo aspetto e la messa appunto di idonei strumenti di rilevazione dal momento che una scarsa aderenza comporta notevoli ripercussioni sull'outcome clinico del paziente, sulla assistenza e sulla spesa sanitaria.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA MANTEGNA

S14. Itinerari di vulnerabilità e adattamento: dall'età dello sviluppo all'arco di vita

COORDINATORE
M. Battaglia (Milano)

Rischio di psicopatologia nei pazienti pediatrici: gli abusi nell'infanzia e il cervello emotivo

S. Pollak

Lettere e Scienze Distinguished Professor di Psicologia e Professore di Psichiatria, Pediatria, Antropologia e gli affari pubblici, Università del Wisconsin a Madison

Le emozioni sono processi complessi che sono essenziali per la sopravvivenza e adattamento. Recenti studi di bambini e animali fanno luce su come il cervello in via di sviluppo impara a reagire rapidamente ai segnali nell'ambiente, valutare il significato emotivo di questa informazione, e così facendo regolare il comportamento adattivo successivo.

In questa presentazione, mi limiterò a descrivere gli studi dei bambini che sono sviluppo nell'ambito di ambienti della casa abusiva. Esaminando queste popolazioni fornisce nuove conoscenze sui modi in cui sociali o influenza interpersonale contesti di sviluppo dei sistemi neurali alla base del comportamento emotivo e bambini a rischio di luogo mentale problemi di salute. In questa presentazione, vorrei discutere di ricerca in corso nel campo delle neuroscienze affettive, per cogliere i cambiamenti del cervello e potenziali conseguenze negative che possono derivare da abusi sui minori. Il obiettivo della

presentazione sarà quello di ridurre la ricerca di base sulla più variabili che contribuiscono agli effetti di un abuso infantile su sviluppo del bambino al rischio e fattori protettivi in emotivi rilevanti per lo sviluppo degli interventi clinici.

Continuità e discontinuità della depressione dall'infanzia all'adolescenza e prima età adulta: il ruolo dei fattori genetici e psicosociali

M. Nobile

IRCSS Eugenio Medea Bosisio Parini LC

I dati che si sono via via accumulati a partire dagli studi condotti sull'evoluzione del disturbo depressivo, sia in ambito clinico che epidemiologico, non lasciano più dubbi alla presenza di una forte associazione tra la comparsa di un episodio depressivo o di sintomi depressivi (anche sotto-soglia) in adolescenza e un elevato rischio di comparsa di episodi depressivi ricorrenti in età adulta. Gli stessi dati sembrano suggerire una traiettoria evolutiva leggermente diversa per la depressione ad esordio pre-pubere ma con un impatto ugualmente invalidante sulle capacità sociali, scolastiche e sulla vita familiare dei bambini/ragazzi che si affacciano all'età adulta.

Le nuove frontiere della ricerca si sono rivolte quindi alla comprensione dei possibili meccanismi che mediano la continuità e discontinuità della depressione attraverso le diverse fasi di vita e sulla possibile ricaduta che queste nuove conoscenze possono avere sulla pratica clinica.

La possibilità di esaminare questi processi è stata resa possibile dalla presenza di diversi studi epidemiologici controllati (anche nell'ambito della realtà italiana) che si estendono dall'infanzia attraverso l'adolescenza fino alla prima età adulta. Tra i meccanismi che sembrano essere alla base del legame tra la depressione ad esordio precoce e la presenza di depressione in età adulta emerge con chiarezza il ruolo dei fattori genetici e della loro complessa interazione con diversi fattori socio-ambientali sia in termini di interazione diretta (GxE) sia di correlazione (rGE).

Queste nuove conoscenze, nel loro insieme, suggeriscono l'importanza di considerare la patologia depressiva in un'ottica di sviluppo del disturbo attraverso diverse fasi di età, ognuna di queste caratterizzata da una propria suscettibilità sia a fattori ambientali patogeni sia a fattori ambientali protettivi.

Family-genetic influences on the development of substance use and externalizing disorders: a platform for Intervention

R. Rende, C. Slomkowski

Butler Hospital/Alpert Medical School of Brown University

Although initiating and experimenting with substances in adolescence was once considered normative, recent studies have demonstrated that early onset of substance use is associated with a host of negative developmental outcomes in adulthood. Furthermore, it is becoming clear that early-onset substance use can progress rapidly – within a few years – into problematic use and abuse, which suggests the need for intervention aimed specifically at this developmental epoch. In this presentation we focus on a highly replicated finding from the behavioral genetic literature – namely the evidence for robust shared environmental effects on the etiology of substance use in early adolescence and related forms of externalizing behaviors – as a platform for family-centered intervention. A theoretical model will be offered that posits a number of family interaction patterns as a primary source for these shared environmental effects, with particular emphasis on the deleterious combination of ineffective parenting and sibling collusion. The way in which such a model can be used to guide intervention will be

illustrated by our ongoing family-centered intervention – the Family Check-Up – that is being directed toward 175 adolescents who have experienced an adverse event associated with alcohol use, along with a parent and a sibling close in age. We will introduce the mechanisms underlying the utility of the FCU, with data from videotaped observations that reveal core difficulties in parental monitoring and limit setting, and resultant undermining of parenting via sibling interaction. Critical design issues for future family-centered intervention aimed at early adolescence as the empirically-supported age of risk for later substance use problems and psychopathology will be discussed.

Dalla vulnerabilità all'esordio delle psicosi schizofreniche: strategie di prevenzione e programmi di intervento precoce

S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

La teoria attualmente più diffusa sulla patogenesi delle psicosi schizofreniche considera tali disturbi come la conseguenza di una "lesione" precoce a carico del sistema nervoso centrale, che condizionerebbe il successivo sviluppo morfo-funzionale del cervello. Tale teoria, tuttavia, non spiega importanti osservazioni cliniche e sperimentali. La presenza di una patologia del neurosviluppo dovrebbe riflettersi nella presenza di antecedenti a carico del funzionamento cognitivo, motorio e sociale degli individui che successivamente ammaleranno. Tali antecedenti sono stati riportati in alcuni ma non in tutti i bambini che riceveranno successivamente una diagnosi di schizofrenia. Inoltre, una serie di dati di neuroimmagine strutturale indicano la presenza di numerosi processi patologici che si verificano in differenti stadi dello sviluppo del cervello, alcuni precocemente nel corso della vita (pre- e perinatali), altri più tardivamente, in epoca post-puberale, e comunque più prossima alle manifestazioni cliniche conclamate della malattia. Sono state ipotizzate interazioni tra anomalie del neurosviluppo che si verificano in epoche precoci e più tardive, nonché interazioni tra tali anomalie e altri fattori potenzialmente coinvolti nella genesi delle psicosi, quali lo stress e l'abuso di sostanze. L'individuazione di anomalie morfo-funzionali del sistema nervoso centrale che caratterizzano la transizione dalla fase di rischio a quella dei prodromi è un obiettivo ritenuto attualmente cruciale ai fini della prevenzione delle psicosi e dell'intervento precoce negli individui affetti da disturbi psicotici.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA TINTORETTO

S15. Stili di vita ed esordi delle patologie mentali

COORDINATORE
G. Biggio (Cagliari)

Meccanismi epigenetici ed esordio di psicopatologia

G. Biggio

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

La ricerca clinica e sperimentale ha dimostrato che stress e depressione riducono l'espressione di fattori trofici e il processo di neurogenesi. I farmaci antidepressivi bloccano o revertono questo effetto. Queste evidenze hanno portato la neurobiologia sperimentale e clinica a proporre l'ipotesi neurotrofica della depressione. I fattori neurotrofici e la neurogenesi sono anche ridotti durante l'invecchiamento, fase della vita nella quale aumenta la vulnerabilità alla patologia depressiva e al decadimento dei processi cognitivi. L'esercizio fisico, l'interazione sociale, l'elevata motivazione, la gratificazione e una dieta rigida stimolano trofismo e neurogenesi. In particolare, le evidenze che la produzione di nuovi neuroni, soprattutto a livello dell'ippocampo, migliora la memoria e i processi cognitivi, suggeriscono che una modulazione farmacologica, psicosociale e più in generale ambientale di questo fenomeno possa risultare efficace nel rallentare il decadimento dei processi cognitivi e migliorare la qualità della vita in molti soggetti anziani.

Recentissime evidenze hanno suggerito che tutti i fenomeni sopra descritti possono essere modulati attraverso meccanismi epigenetici attivi già nella vita intrauterina e successivamente nell'infanzia e nell'adolescenza.

L'evidenza che gli imput ambientali "stress, sostanze, cibo, abusi, supporto sociale, cure materne e più in generale la condizione socioeconomica" possano modulare la funzione dei geni pur senza modificarne la struttura, ha aperto numerose affascinanti prospettive per capire l'eziopatogenesi dei disturbi mentali e soprattutto capire quanto gli stili di vita possano essere determinanti per aumentare o ridurre la vulnerabilità alla patologia mentale.

Fattori di vulnerabilità ed esordi nelle patologie psichiatriche

E. Aguglia

A.O.U. Policlinico "G. Rodolico" – Vittorio Emanuele II di Catania, U.O.P.I. di Psichiatria

Le malattie mentali sono il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, biologici ed ambientali. Il cervello rappresenta la via finale comune di tali componenti essendo responsabile del controllo della cognitivtà, del comportamento, dell'umore e dell'ansia. Tuttavia ad oggi le correlazioni tra specifiche disfunzioni cerebrali e disturbi psichiatrici non sono state completamente chiarite. In tal senso particolare importanza rivestono diversi elementi individuali che giustificano l'estrema varietà dei casi: variabili quali l'età, gli stili di vita,

life events, la situazione familiare/lavorativa e le condizioni socio-economiche, ne condizionano l'insorgenza e l'*outcome*. Tra questi, gli stili di vita sembrano condizionare le malattie mentali in modo significativo. È noto come l'assunzione di condotte a rischio ed in particolare il consumo di sostanze psicoattive o l'alterazione del ciclo sonno-veglia esponga la persona ad una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo mentale. Pertanto sia nella prevenzione che nella gestione di una malattia psichiatrica, oltre al supporto della terapia farmacologica e psicoterapica, l'acquisizione di uno stile di vita sano potrebbe contribuire a ridurre l'incidenza e determinare un miglioramento del decorso clinico

Uso di sostanze ed impulsività autolesiva nell'adolescenza

M. Clerici¹, G. Carrà², P. Sciarini^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano-Bicocca; ² DSM AO San Gerardo, Monza

L'infanzia e l'adolescenza sono le fasi della vita in cui, spesso, vengono condotte le prime esperienze con le sostanze: i giovani sono infatti più vulnerabili alle influenze della società, hanno più bassi livelli di tolleranza alle sostanze e diventano dipendenti a dosaggi inferiori. Tuttavia, la maggior parte di coloro che provano sostanze stupefacenti non sviluppa un uso problematico. Sono stati individuati molteplici fattori, sia di rischio che protettivi, per lo sviluppo di un utilizzo problematico di sostanze: tali fattori sono di ordine psicosociale, familiare ed individuale.

La proporzione di giovani che ha provato almeno una volta alcool e sostanze è elevata, come rilevato dallo studio ESPAD. L'uso di alcolici – nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni – riguarda rispettivamente l'82 ed il 61% dei giovani intervistati. Il 39% riporta di essersi ubriacato nell'ultimo anno ed il 18% negli ultimi 30 giorni. Il 23% dei ragazzi ed il 17% delle ragazze ha provato nel corso della vita almeno una sostanza, nella maggior parte dei casi cannabis, il cui utilizzo nell'ultimo anno e nell'ultimo mese interessa rispettivamente il 14 ed il 7%.

L'attenzione rivolta all'uso di sostanze tra i giovani è fortemente motivata dalle conseguenze che questa abitudine comporta: l'uso di sostanze è associato alle principali cause di mortalità e morbidità adolescenziale (incidenti stradali, comportamenti suicidari, violenza, delinquenza) ed a problemi in vari ambiti (comorbidità con patologie psichiatriche, compromesso funzionamento scolastico e lavorativo, familiare e sociale). Tuttavia solo pochi giovani risultano specificamente trattati per questi problemi.

In Europa esistono molteplici programmi preventivi per prevenire l'esordio di un disturbo da uso di sostanze in soggetti a rischio. Tali programmi passano attraverso l'identificazione precoce degli individui a rischio – mediante l'utilizzo di sistemi di screening nei setting scolastici, sanitari e carcerari – e la somministrazione

di interventi individuali, di gruppo e familiari da parte di medici specialisti, psicoterapeuti, operatori nell'ambito del sociale. Molto frequentemente, le problematiche droga-correlate si associano a comportamenti su base impulsiva la cui matrice psicopatologica, non sempre ben identificata, risulta aspecifica. Le condotte autolesive tra gli adolescenti possono rappresentare periodi transitori di distress, senza comportare un rischio suicidario effettivo ed ulteriore. Sono tuttavia importanti indicatori della salute mentale e possono essere associati ad un aumento rischio di futuri comportamenti suicidari.

Ipotesi del continuum: varie forme di comportamenti autolesivi rappresentano gradi diversi di letalità delle lesioni autoinferte. Autolesionismo e TS sono entità diverse:

- autolesionismo: meccanismo messo in atto per regolare le emozioni molto intense @ modo per sopravvivere;
- TS: lo scopo è, realmente, porre termine alla propria vita?
- molte persone con comportamenti autolesivi non hanno intenzione di morire;
- i metodi utilizzati nei TS e nelle lesioni autoinflitte sono spesso diversi;
- ideazione suicidaria, problemi della condotta e autopercezione instabile aumentano il rischio di TS;
- condotte autolesive non sono risultate un fattore di rischio per TS (controllando per altri fattori di rischio e protettivi).

I TS non sembrano quindi essere una escalation dei comportamenti autolesivi.

Esordi bipolari e stili di vita

C. Mencacci, G. Cerveri

Dipartimento Neuroscienze, A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

La collaborazione con la Pediatria, le unità di neuropsichiatria, i Sert, risultano indispensabili insieme al coinvolgimento partecipato della Scuola, e delle Agenzie per giovani per azioni di prevenzione secondaria e terziaria in alcuni ambiti quali: Conseguenze atti di bullismo, prevenzione del tentato suicidio e trattamento in acuto, prevenzione in età scolare dei disturbi del comportamento alimentare, riconoscimento precoce della ADHD in infanzia e adolescenza e degli esordi disturbi bipolari e psicotici, interventi precoci a favore dei bambini di mamme affette da depressione post partum.

Gli esordi psicotici in particolare rappresentano uno delle aree di maggiore interesse preventivo, clinico e di trattamento, infatti una precoce diagnosi e trattamento degli esordi sia essi schizofrenici che bipolari che indotti da sostanze comporta un miglior esito dei trattamenti e una migliore reintegrazione ambientale e relazionale.

La novità significativa è rappresentata dal maggiore coinvolgimento della pediatria e del pediatra di libera scelta in programmi di riconoscimento precoce essendo questa la figura di maggiore significatività oltre che di capillarità presente sul territorio al pari del MMG.

In una società in continuo cambiamento e in continua definizione di nuovi bisogni la collaborazione tra Ospedale-DSM – Territorio e Privato – Sociale può diventare un punto di aggregazione e di riferimento.

Prevalenza DB in adolescenza: 1% bipolars disorders; 5,7% bipolar nos.

I sintomi precoci: carattere collerico, impulsività, aumento aggressività, difetti attenzione-distraibilità, iperattività irritabilità (Fergus, 2003).

Caratteristiche DB secondo Geller (2003)

Sintomi	Percentuale
Rapid Cycling	87
Mixed mania	55
Deliri megalomaniaci	50
Suicidalità	25
Comorbidità ADHD	87

Importanti nella diagnosi l'individuazione delle differenze tra DB e ADHD

DB group > ADHD group

Elevato tono dell'umore
Grandiosità
Ipersessualità
Diminuito bisogno di sonno
Accelerazione del pensiero
Nessuna differenza tra i gruppi
Iperenergia e distraibilità

Analoga importanza l'individuazione delle comorbidità con DB

	Bambini	Adolescenti
ADHD	90%	30
SUD	-	-
Ansia D.	33	12
Condotta D.	22	18

DB associato ad alto rischio di SUD Substance Used Disorder (32 vs. 7%) (Wilens, 2004)

Relapse

Polarità	Percentage
Mania	58%
Depressione	23%
Misto	16%
Ipomania	3%

(Jairam, 2004)

Conseguenze a lungo termine dei esordi precoci DB

Tassi più alti di comorbidità con disturbi d'ansia e SUD
Più Ricorrenze
Periodi di Eutimia più brevi
Più alte probabilità di Tentati suicidi e aggressività (Perlis, 2004)

L'individuazione precoce e un trattamento multimodale dei primi episodi sono una priorità poiché l'impatto psicosociale e possibilmente quello biologico della malattia può essere minimizzato e l'esito migliorato.

Il periodo che intercorre tra l'esordio ed l'inizio del trattamento è un possibile fattore prognostico, comprendere la relazione tra questo e l'esito della patologia bipolare implica la possibilità di modificare le strategie terapeutiche e avviare iniziative per il Servizio Sanitario.

La durata del periodo di malattia senza trattamento può essere considerato un fattore prognostico negativo che al pari del fun-

zionamento premorbo, la familiarità e l'utilizzo di sostanze deve essere raccolto in anamnesi ed utilizzato per elaborare strategie di intervento nella pratica clinica.

Latenza di tempo che intercorre tra l'esordio del disturbo e la somministrazione del primo tx farmacologico a dosi e tempi adeguati.

In recenti studi sulla DUI nel DDM è stato mostrato come una > DUI influenzi negativamente l'outcome alla luce di un

esordio più precoce, di una più lunga durata di malattia, di un > n di Ospedalizzazioni e Ricorrenze (Altamura et al. Int J Clin Pract 2007; Altamura et al. Eur Psychiatry, 2008)

Vi sono diversi studi che confermano l'associazione tra una più lunga DUI e un peggior outcome nel DB (Goldberg et al., 2002; Suominen et al., 2007). In uno studio su 320 pz bipolari, i soggetti con una DUI più lunga di 2 anni hanno mostrato un maggior numero di suicidi e una più lunga durata di malattia.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA PINTURICCHIO

S16. I disturbi psicotici in gravidanza e nel puerperio

COORDINATORI

C. Bellantuono (Ancona), M. Balestrieri (Udine)

Psicosi in gravidanza: quali rischi per la diade madre-bambino?

G. Santone

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche e Azienda Ospedaliera-Universitaria degli Ospedali Riuniti di Ancona

Introduzione: la terapia delle psicosi rappresenta una importante sfida per lo psichiatra, che deve porre in atto approcci farmacologici e psicosociali mirati alla risoluzione delle fasi acute di malattia, ma anche a contrastare efficacemente il rischio di deterioramento personologico. Tali problematiche appare ancora più rilevante in gravidanza, per le condizioni di vulnerabilità fisica e psichica della donna, ma anche per i possibili riflessi che uno stato di squilibrio mentale può avere sul nascituro.

Metodologia: revisione della letteratura relativa alla epidemiologia ed alla clinica delle psicosi in gravidanza, nonché alle possibili conseguenze negative per la madre ed il bambino conseguenti allo stato di malattia.

Risultati: la gravidanza nelle donne affette da psicosi pone una serie di importanti problemi connessi allo stile di vita della donna (scarsa attenzione alla salute fisica, abuso etilico e di altre sostanze), che si associano peraltro allo scarso ricorso a controlli e cure prenatali (attuati spesso con ritardo e con limitata aderenza). Va peraltro segnalato come nelle pazienti psicotiche sia più elevato il rischio di presenza di alterazioni dell'omeostasi fisica (ad esempio anomalie del metabolismo glucidico sino al diabete), così come di patologie intercorrenti (ad esempio di natura infettiva). Molti studi indicano una incidenza superiore di complicanze ostetriche nelle gravidanze di donne con psicosi rispetto a controlli sani, fra cui parto pretermine e basso peso alla nascita. Tali complicanze potrebbero rappresentare la conseguenza dell'assunzione di sostanze di abuso o alcol, così come di scarsa qualità delle cure prenatali e dello stile di vita della madre (fra cui va segnalata la qualità dell'alimentazione, incluso il ricorso a supplementi vitaminici).

Vari autori segnalano la necessità di un contatto fra paziente affetta da psicosi e servizi psichiatrici che sia ancora più stretto durante la gestazione, al fine di attuare una efficace e ben tolle-

rata terapia psicofarmacologica, ma anche interventi psicoeducativi e psicosociali volti alla tutela della diade madre-bambino. Tali interventi di rivelano particolarmente difficili in considerazione delle anomalie comportamentali che caratterizzano molti casi di psicosi schizofrenica. Inoltre, l'elevata ricorrenza di gravidanze indesiderate, riconosciute tardivamente, rende ancora più difficoltosa l'attuazione di interventi nelle fasi precoci della gravidanza (periodo di maggior criticità per l'organogenesi).

Conclusioni: la tendenza a condotte disfunzionali tipica dei soggetti affetti da psicosi pone una serie di importanti rischi per la salute della madre e del bambino, con possibili riflessi sullo sviluppo fetale, sulla vitalità neonatale e sulla possibilità di armonico sviluppo del nuovo nato. In considerazione di tali rischi occorre attuare tempestivamente terapie psicofarmacologiche e psicosociali efficaci, ed accuratamente monitorate, accanto ad un sostegno continuo alla donna ed al suo contesto.

Bibliografia

Howard LM, et al. Br J Psychiatry 2003;182:63-7.

Farmaci antipsicotici e rischio di teratogenesi

C. Bellantuono

Università Politecnica delle Marche, Ancona

Tutti gli antipsicotici (tranne la *clozapina*, classificata nella Categoria B), sono classificati Categoria C dalla FDA. Per quanto riguarda gli antipsicotici di seconda generazione, le informazioni disponibili sono ancora insufficienti per valutarne il potenziale rischio teratogeno. Tra gli antipsicotici di prima generazione, la *clorpromazina* è il farmaco con il maggior numero di reports rassicuranti, e quindi dovrebbe essere preferito, anche se la casistica riportata è spesso stata ricavata da donne esposte al farmaco ma non psicotiche.

Dall'analisi della letteratura disponibile si può concludere che tra gli antipsicotici di prima generazione, la *clorpromazina* è da privilegiare nelle fasi precoci della gravidanza rispetto ad

aloperidolo ed altri composti di questa classe. Gli antipsicotici di seconda generazione dovrebbero invece essere -se possibile- evitati, in quanto i dati sui potenziali rischi teratogeni non sono ancora sufficienti per una valutazione esaustiva. È in ogni caso prudente, se la paziente è già in trattamento antipsicotico, mantenere in terapia farmacologica -alla dose minima efficace- anche durante il primo trimestre, poiché la sospensione brusca potrebbe esporre la madre ad una grave ricaduta psicotica con inevitabili conseguenze negative anche sullo sviluppo del feto.

Bibliografia

Shinnar S, et al. *Update on the epidemiology and prognosis of pediatric Epilepsies*. J Child Neurol 2002;17:S4-17.

Cowan LD. *The epidemiology of the epilepsies in children*. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002;8:171-81.

Lhato SD, et al. *The epidemiology of epilepsy and learning disability*. Epilepsia 2001;42:6-9.

G.U. n. 258 del 5-11-2005, Suppl. Ordinario n. 176. Altre note che citerò: "Core Competencies for Psychiatric Practice: What Clinicians Need to Know" (a Report of the American Board of Psychiatry and Neurology, Edited by SC Scheiber, AM Krmaer, SE Adamowski, 2003).

Supplemento Ordinario alla G.U. Serie Generale n. 105, 8 maggio 2006.

Uso di antipsicotici in corso di gravidanza e rischio di complicanze perinatali e gestazionali

S. Gentile

Centro Salute Mentale, U.O. n. 63 Cava de' Tirreni, Costa d'Amalfi, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Salerno

Introduzione: in pazienti di sesso femminile, in età fertile ed affette da disturbi psichiatrici severi, non si può escludere la necessità di utilizzare farmaci antipsicotici anche in corso di gravidanza. Ad oggi, tuttavia, la principale preoccupazione dei clinici è stata quella di individuare potenziali rischi teratogeni strutturali associati all'uso degli antipsicotici nel corso del I trimestre. Ciò nondimeno, questa classe farmacologica può indurre complicanze perinatali e gestazionali se usata dal IV mese di gestazione in poi.

Risultati: nella Tabella I e II, rispettivamente, sono riportate le complicanze gestazionali e perinatali più frequentemente associate all'utilizzo in gravidanza sia degli antipsicotici tipici che atipici.

Conclusioni: se il rischio di complicanze gestazionali sembra connesso alla durata complessiva della terapia antipsicotica durante il corso della gravidanza, la frequenza di complicanze perinatali sembra invece essere associata alla esposizione *in utero* in prossimità del parto. Pertanto, può essere utile valutare la sospensione della terapia antipsicotica entro 15-20 giorni dalla data presunta del parto. Se le condizioni cliniche della paziente non permettono di attuare questa strategia, è opportuno che il parto venga pianificato in strutture ospedaliere dotate di reparti di Terapia Intensiva Neonatale.

TABELLA I.

Complicanze perinatali e gestazionali associate all'uso di antipsicotici tipici in corso di gravidanza.

Complicanze perinatali	Complicanze gestazionali
Suzione debole	Aumento del rischio di parto prematuro
Distress respiratorio	Diabete gravidico
Alterazioni del tono muscolare (crisi distoniche)	
Ipotermia	
Convulsioni	

TABELLA II.

Complicanze perinatali e gestazionali associate all'uso di antipsicotici atipici in corso di gravidanza.

Complicanze perinatali	Complicanze gestazionali
Disturbi del ritmo cardiaco	Diabete gravidico
Alterazioni del tono muscolare (Floppy infant Syndrome)	Iipertensione
Convulsioni	Polidramnios
GERD	
Distress respiratorio	
Withdrawal syndrome	

Bibliografia essenziale

Gentile S. *Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review*. Schizophr Bull 2010;36:518-44.

Gentile S. *Antipsychotic therapy in breast-feeding*. World J Biol Psychiatry 2009;10(Suppl 1):98.

Gentile S. *Infant safety with antipsychotic therapy in breast-feeding. A systematic review*. J Clin Psychiatry 2008;69:666-71.

Gentile S. *Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: focus on emerging mood stabilizers*. Bipol Disord 2006;8:207-20.

La gestione farmacologica delle psicosi in gravidanza e puerperio

G. Di Sciascio^{1,2}, S. Calò¹, R. Melpignano³

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari "Aldo Moro"; ² Azienda Ospedaliero-Universitaria "Consortiale Policlinico" di Bari; ³ D.D.P. AUSL Bari

La presenza di un quadro psicotico nella donna in gravidanza o nel puerperio costituisce una delle più complesse situazioni cliniche a cui lo psichiatra è chiamato a rispondere. La gestione clinica è complessa in quanto comporta rischi sia per la gravida sia per il feto. Infatti se da un lato la presenza di un disturbo psichico non trattato determina conseguenze di ampia portata per entrambi, la gravidanza incide in modo significativo sui livelli plasmatici del farmaco e l'imaturità fisiologica del feto/neonato espone quest'ultimo a danni derivanti dai trattamenti farmacologici. I rischi includono teratogenicità, complicanze ostetriche, sindromi perinatali, e problemi comportamentali a lungo termine.

La sfida per il clinico consiste nel trattare il disturbo psichico in modo efficace, riducendo al minimo l'esposizione del feto/neonato ai farmaci potenzialmente dannosi.

Nonostante le prove, derivanti per lo più da *case report*, che alcuni psicofarmaci possono essere sicuri durante la gravidanza, le conoscenze relative ai rischi di esposizione prenatale e perinatale ai farmaci è lungi dall'essere completa.

La scarsità di robusti elementi di prova presenti in letteratura su

cui basare i principi di assistenza psichiatrica rappresenta uno dei principali ostacoli alla realizzazione di adeguati protocolli di trattamento.

Alla luce di tali considerazioni appare evidente come nel trattamento di un disturbo psicotico in una donna in gravidanza o nel puerperio vi debba essere una attenta valutazione preliminare della gravità del quadro psicopatologico oltre che un costante monitoraggio del trattamento finalizzato ad una analisi del rapporto rischi/benefici.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BERNINI

S17. I disturbi di personalità nell'adolescenza: itinerari evolutivi e problematiche diagnostiche

COORDINATORI

C. Maffei (Milano), A. Fossati (Milano)

La diagnosi del disturbo di personalità nell'adolescente

V. Lingiardi

Sapienza Università di Roma

La valutazione diagnostica della personalità in adolescenza comporta un duplice compito. Da una parte, come ogni diagnosi, deve promuovere un assessment attento alla clinica, che tenga conto degli aspetti problematici e/o patologici, ma anche delle risorse, e dia indicazioni per il trattamento. Dall'altra, deve saper distinguere le caratteristiche di una personalità "in formazione" (*emerging patterns*) da tratti disfunzionali relativamente stabili. È dunque auspicabile il ricorso a strumenti e sistemi di classificazione capaci di garantire rigore metodologico, ancoraggio alla ricerca empirica, rispetto della complessità clinica. Nel suo intervento l'autore presenterà, con esemplificazioni cliniche e riflessioni critiche, due approcci diagnostici che cercano di rispondere alle esigenze evidenziate: la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200-Adolescent* (SWAP-200-A) e la sezione dedicata all'adolescenza del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM).

Bibliografia

Lingiardi V, Shedler J, Gazzillo F. *Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study*. J Pers Assess 2006;86:23-32.

PDM Task Force (2006). *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina 2008.

Thompson-Brenner H, Eddy KT, Satir DA, et al. *Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach*. J Child Psychol Psychiatry 2008;49:170-80.

Westen D, Shedler J, Lingiardi V. *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina 2003.

Westen D, Shedler J, Durrett C, et al. *Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative*. Am J Psychiatry 2003;160:952-66.

L'organizzazione della personalità in adolescenza attraverso la STIPO-A

M. Ammaniti, A. Fontana

Sapienza Università di Roma

La valutazione della personalità è centrale in adolescenza sia per la comprensione delle traiettorie evolutive sia per la formulazione di un progetto terapeutico che tenga conto della complessità di questa fase del ciclo di vita. La STIPO-A, adattamento della STIPO (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2007) per adolescenti dai 14 ai 18 anni, è una intervista semi-strutturata che permette la valutazione della personalità in adolescenza da una prospettiva dimensionale. La STIPO-A valuta, infatti, l'organizzazione della personalità secondo la prospettiva formulata da Otto Kernberg, prendendo in considerazione l'identità, la qualità delle relazioni oggettuali, le principali modalità difensive e di coping, l'aggressività e il funzionamento morale. Dopo aver presentato i primi dati sull'attendibilità, verranno messi in luce alcuni aspetti legati alla validità convergente e discriminante dello strumento. I primi dati empirici ed esplorativi raccolti utilizzando la STIPO-A sembrano incoraggiare ulteriori ricerche e approfondimenti: considerare la personalità in termini di organizzazione e di dimensioni strutturali, infatti, permette anche una migliore comprensione sia dell'impairment sociale e relazionale sia della diagnosi descrittiva di personalità. Per quanto riguarda l'aspetto evolutivo e prognostico, di cruciale importanza in adolescenza, è necessario raccogliere dati longitudinali per poter verificare la validità predittiva dell'intervista.

Disregolazione emotiva e caratteristiche *borderline* di personalità in adolescenza: uno studio empirico

A. Fossati, S. Borroni, C. Maffei

Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

Nel presente studio ci si propone di verificare se delle misure di disregolazione emotiva (*Difficulties in Emotion Regulation*

Scale; Gratz & Roemer, 2004) e di impulsività (Barratt Impulsiveness Scale-11-Adolescence; Fossati, Barratt, Acquarini, & Di Ceglie, 2002) predicono in maniera additiva i punteggi dimensionali di una scala (Personality Diagnostic Questionnaire 4+; Hyler, 1994) per la valutazione del disturbo borderline di personalità (BPD) in due campioni indipendenti di adolescenti Italiani non clinici. Il Campione 1 è risultato composto da 501 studenti delle scuole medie superiori (50.9% ragazze; età media = 17,22 ± 0,88 anni). Il Campione 2 è risultato composto da 1,463 studenti delle scuole medie superiori (62,5% ragazze; età media = 16,67 ± 1,58 anni). Le analisi di regressione gerarchica hanno mostrato che tre dimensioni della disregolazione

emotiva (difficoltà nel controllare i comportamenti impulsivi in condizioni di pressione, accesso limitato a strategie efficaci di regolazione emotiva e mancanza di chiarezza emotiva) sono risultate significativamente associate alle caratteristiche BPD in entrambi i campioni. Inoltre, i punteggi dell'impulsività hanno spiegato una quota rilevante di varianza delle caratteristiche BPD in aggiunta a quella spiegata dalla disregolazione emotiva. Nel loro insieme, disregolazione emotiva ed impulsività hanno spiegato circa il 33% e il 37% della varianza delle caratteristiche del BPD nel Campione 1 e nel Campione 2, rispettivamente; questo risultato è apparso in linea col modello di sviluppo del BPD di Crowell, Beauchaine e Linehan (2009).

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MASACCIO

S18. Disregolazione dell'umore in età evolutiva: tra disturbo bipolare e disturbo della condotta

COORDINATORI

A. Zuddas (Cagliari), G. Masi (Pisa)

Mood irritability during development: phenomenology and implications for nosology and treatment

B. Vitiello

NIMH, Bethesda, MD, USA

Irritability is a diagnostic factor for both unipolar depression and bipolar disorder, and can be found also in the context of other developmental conditions, such as oppositional defiant disorder, or be a reaction to environmental stressors. Thus, although a possible manifestation of an early bipolar disorder, irritability is neither necessary nor specific. A key factor to consider for a diagnosis of bipolar disorder is the presence of cycles of several days or weeks of irritable mood, which represent a distinctive change from inter-cycle euthymia. There is much debate as to whether severe chronic, non-cyclical irritability, accompanied by recurrent outbursts of anger, may be an early manifestation of bipolar disorder. However, prospective studies of cohorts of children with developmentally abnormal irritability do not support the continuity between temper dysregulation and bipolar disorder. A proposed new category for DSM-5 is that of temper dysregulation disorder with dysphoria, whose diagnostic criteria would consist of a) severe recurrent outbursts in response to normal stressors, in at least 2 settings' b) an average at least 3 episodes per week; c) presence of irritable, angry or sad mood between outbursts; d) age of at least 6 yrs, with onset before 10 yrs; and e) absence of other, more specific disorder that can account for it. Pharmacological interventions for severe irritability have only a partial overlap with those for bipolar disorder. While lithium and anticonvulsants, such as valproic acid, are used in an attempt to control recurrent outburst of anger in children and adolescents, the evidence for their efficacy is inconsistent. Better documented is the acute efficacy of some second generation antipsychotics, such as risperidone and aripiprazole,

in the management of youths with severe mood dysregulation. These agents, however, can be associated with significant adverse effects.

Tratti calloso-anemozionali nel disturbo della condotta

A. Milone, G. Masi, A. Manfredi, I. Gemo, F. Lenzi, P. Muratori, L. Polidori, L. Rugliani, F. Muratori

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

Il tratto calloso (assenza di empatia e senso di colpa) ed anemozionale (appiattimento emotivo) è parte del concetto di psicopatia, e può essere identificato in parte dei soggetti con disturbo della condotta. Tale tratto appare stabile nel corso della età evolutiva, anche se può attenuarsi nel tempo, grazie a favorevoli influenze ambientali. L'utilità di tale tratto è confermata dal fatto che i suoi criteri di identificazione saranno inglobati nel prossimo DSM V. Nonostante tale importanza, ancora relativamente scarsi sono i dati sulle implicazioni del tratto calloso-anemozionale in popolazioni cliniche in età evolutiva. Scopo di questa presentazione è quello di fornire una sintesi dei nostri dati su tale argomento, in particolare sulle implicazioni cliniche in termini di esordio, espressività clinica e risposta ai trattamenti.

Metodo: un campione normative scolastico di 214 soggetti (range 6-14 anni) ed un campione clinico di 81 soggetti con disturbo della condotta (6-16 anni) sono stati valutati sulla base della presenza del tratto calloso-anemozionale. Un sottogruppo di 38 soggetti è stato trattato con un intervento psicoterapeutico integrato ad orientamento cognitivo-comportamentale.

Risultati: tutte le misure di psicopatia distinguono i soggetti affetti dai controlli. I pazienti con più elevati tratti calloso anemo-

zionali hanno un esordio più precoce del disturbo della condotta, maggiore compromissione clinica e più grave aggressività. Infine i soggetti con più elevato tratto calloso-anemozionale sono maggiormente resistenti al trattamento.

Conclusioni: elevate caratteristiche di psicopatia (in particolare calloso-anemozionale) identificano uno specifico sottotipo di disturbo della condotta, più precoce, più grave e maggiormente resistente al trattamento.

Disturbo bipolare in età evolutiva: presentazioni cliniche e fattori predittivi di decorso due anni dopo l'ospedalizzazione

S. Carucci¹, P. Atzori¹, C. Balia¹, G. Melis¹, F. Danjou², A. Zuddas¹

¹ Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze; ² Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologie, Università di Cagliari

Introduzione: il disturbo bipolare (DB) ad esordio in età evolutiva ha ricevuto, negli ultimi anni, sempre maggiore attenzione e riconoscimento [1]. In età pre-puberale, il DB raramente risponde ai criteri del DSM-IV e l'inquadramento dell'irritabilità non episodica come disturbo bipolare non altrimenti specificato (BD-NAS) o severa disregolazione del tono dell'umore (SMD) continua ad essere argomento di un acceso dibattito [2]. Diverse ricerche sono in corso al fine di definire se la comorbidità con i disturbi esternalizzanti quali l'ADHD, la storia familiare o il decorso longitudinale del disturbo possano essere elementi appropriati per l'identificazione specifici fenotipi. Una migliore comprensione della presentazione clinica e del decorso del disturbo bipolare pediatrico appare essenziale al fine di migliorare le procedure di diagnosi precoce e promuovere appropriate strategie di trattamento.

Obiettivi: scopo di questo lavoro è stato analizzare, tramite uno studio naturalistico retrospettivo, le caratteristiche demografiche, cliniche e di decorso di pazienti in età evolutiva che rispondono ai criteri diagnostici del DSM-IV per disturbo bipolare I, II e NAS. È stata inoltre esplorata la possibile influenza della comorbidità con ADHD sulla risposta ai farmaci e decorso clinico dopo 24 mesi dal ricovero iniziale nei tre diversi gruppi.

Metodi: sono state valutate retrospettivamente le cartelle cliniche di 71 pazienti ricoverati, di età compresa tra 6 e 18 anni, rispondenti ai criteri diagnostici del DSM-IV per DB-I (n = 45), DB-II (n = 10) e DB-NAS (n = 16). Durante il ricovero sono stati raccolti dati riguardanti presentazione clinica, comorbidità e familiarità per patologie psichiatriche. Le diagnosi sono state formulate in base alla valutazione clinica di un neuropsichiatra infantile e confermate sulla base dell'intervista semi-strutturata K-SADS-PL. I pazienti sono stati monitorati per 24 mesi e il decorso longitudinale del disturbo è stato valutato all'esordio e dopo 6, 12 e 24 mesi attraverso la Children Global Assessment Scale (C-GAS).

Analisi dei dati: i dati categoriali sono stati analizzati mediante tavole di contingenza o test del Chi quadro. Le variabili continue sono state analizzate attraverso test univariati standard parametrici e non parametrici a seconda delle caratteristiche di distribuzione. Le differenze nel funzionamento globale dei tre gruppi ai diversi tempi (all'esordio, a 6, 12 e 24 mesi di follow up) sono state valutate tramite l'analisi della varianza "ANOVA ad una via". Il test "ANOVA a una via per misure ripetute", è stato infine

utilizzato per elaborare i modelli predittivi. È stato assunto come livello di significatività il valore minimo di $p < 0,05$.

Risultati: i soggetti affetti da disturbo Bipolare NAS presentavano un'età media d'esordio del primo episodio affettivo significativamente più bassa ($11,2 \pm 3,3$) rispetto ai bipolari I ($15,2 \pm 2$; $p = 0,000$), e più alti tassi di comorbidità con ADHD e con il disturbo oppositivo provocatorio ($p = 0,001$ e $p = 0,03$ rispettivamente). Il gruppo NAS ha inoltre presentato una minore severità dei sintomi all'esordio rispetto agli altri due gruppi (i DB-I sintomi maniacali e psicotici più severi, $p < 0,005$; i DB-II sintomi depressivi più gravi, $p < 0,05$). Non sono state riscontrate differenze significative in relazione al QI, storia familiare e polarità del primo episodio affettivo (prevalenti gli episodi misti in tutti i gruppi). La maggior parte dei DB-II e dei DB-NAS ha ricevuto una monoterapia con stabilizzanti dell'umore, mentre oltre il 50% dei DB-I ha ricevuto una terapia combinata con stabilizzanti e antipsicotici ($p = 0,04$). Il decorso, valutato tramite C-GAS, è risultato peggiore per i DB-NAS dopo 24 mesi ($p = 0,010$). I modelli predittivi hanno evidenziato un basso QI ($p = 0,006$) e il genere femminile ($p = 0,026$) quali fattori predittivi di peggiori outcome. Inoltre la comorbidità con ADHD è risultata predittiva di una peggiore evoluzione del disturbo all'interno dei pazienti con normale livello cognitivo ($p = 0,003$).

Conclusioni: i risultati del presente studio mostrano come anche in età evolutiva sia possibile formulare con accuratezza la diagnosi di disturbo bipolare e suggeriscono l'urgente necessità di effettuare una più accurata tipizzazione dei sottogruppi ancora poco studiati (DB-II e DB-NAS) e definire delle sottopopolazioni più omogenee, al fine di individuare efficaci strategie terapeutiche mirate, indispensabili per prevenire e ridurre la seria morbidità psicosociale che caratterizza questa malattia.

Bibliografia

- 1 Leibenluft E, Rich BA. *Pediatric Bipolar Disorder*. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:163-87.
- 2 Stringaris A, Santosh P, Leibenluft E, et al. *Youth meeting symptom and impairment criteria for mania-like episodes lasting less than four days: an epidemiological enquiry*. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:31-8.

Disturbo bipolare non altrimenti specificato e disturbo di condotta: comorbidità o sottotipo

G. Masi, A. Milone, A. Manfredi, C. Pari, A. Paziente, S. Millepiedi

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

La associazione tra disturbo della condotta e disturbo bipolare è stata frequentemente riportata in popolazioni cliniche di bambini ed adolescenti. Tale associazione appare individuare un sottotipo clinico particolarmente grave in termini di presentazione clinica, di evoluzione (rischio di uso di sostanze) e di risposta ai trattamenti. È ampiamente discusso le tali forme bipolari rientrino a pieno titolo nello spettro bipolare classico, o se siano riferibili ad un'area specifica, che le attuali riflessioni sul DSM V stanno cercando di caratterizzare (es. Severe Mood Dysregulation). Scopo di questa presentazione è quello di esplorare le implicazioni cliniche di tale associazione, attraverso

so il confronto tra soggetti con disturbo bipolare, con disturbo della condotta, e con entrambe le diagnosi.

Metodi: il campione era rappresentato da 307 pazienti (216 maschi e 91 femmine, 8-18 anni, media $13,5 \pm 2,6$ anni) con follow-up di almeno 6 mesi, 106 con disturbo della condotta senza disturbo bipolare, 109 con disturbo bipolare senza disturbo della condotta, e 92 con entrambe le diagnosi (K-SADS-PL).

Risultati: i pazienti con disturbo della condotta puro erano prevalentemente maschi e con stato socio-economico più grave, erano meno severi alla baseline rispetto ai bipolari, ma avevano rispetto a loro un miglioramento minore nel follow-up. I soggetti con entrambe le diagnosi erano i più aggressivi, avevano il più elevato rischio di uso di sostanze, e la peggiore risposta ai

trattamenti. Riguardo alla comorbidità, i soggetti bipolari avevano la maggiore associazione con panico e disturbo ossessivo, quelli con disturbo della condotta la maggiore associazione con ADHD. Le forme di disturbo bipolare a maggior rischio di associazione con disturbo della condotta sono le NAS, ad esordio più precoce, maggiore irritabilità, decorso cronico ed associazione con ADHD.

Conclusioni: la associazione disturbo bipolare-disturbo della condotta individua una condizione clinica particolarmente grave, con caratteristiche che sono intermedie tra i disturbi dell'umore ed i disturbi dirompenti del comportamento. La specificità di tali forme di disturbo bipolare appare attualmente ancora incerta.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA PERUGINO

S19. Fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress

COORDINATORI

L. Bossini (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

La genetica del PTSD

L. Bellodi

Università Vita-Salute, Milano

Il disturbo da stress post traumatico (PTSD) è un disturbo d'ansia frequente e invalidante che comporta un grave onere di assistenza sanitaria. Nonostante le numerose evidenze e prove a sostegno di una predisposizione genetica al PTSD, non sono univocamente evidenziati i loci genetici implicati.

Passeremo in rassegna lo stato attuale e le limitazioni della ricerca genetica sul PTSD. Anche se negli ultimi anni si è visto un aumento esponenziale del numero di studi che esaminano l'influenza dei geni candidati sulla diagnosi di PTSD e sui costrutti psicopatologici che ne sono alla base, la maggior parte degli studi sono caratterizzati da evidenti discrepanze circa le associazioni con i singoli geni, verosimilmente connesse con marcate differenze nelle metodologie di analisi.

Discuteremo inoltre come gli attuali progressi nel campo della genetica possano essere applicati a studi sul PTSD, sottolineando la necessità di adeguare un approccio genome-wide che facilita la scoperta, piuttosto che la verifica di ipotesi.

Gli studi di associazione sull'intero genoma offrono le migliori opportunità di individuare "vere" varianti di rischio per la malattia che a loro volta possono potenzialmente darci suggerimenti per una migliore comprensione sull'eziologia del PTSD.

Eventi traumatici come fattori rischio

per la psicopatologia: i risultati del *World Mental Health Survey Initiative*

G. de Girolamo

IRCCS Fatebenefratelli, Brescia

Obiettivi: presentare i risultati ottenuti nell'ambito dello studio 'World Mental Health Survey Initiative' circa la prevalenza degli eventi traumatici ed il loro ruolo nella genesi dei disturbi mentali.

Metodologia: il 'WMH Survey Initiative' è un grande progetto di ricerca internazionale, iniziato nel 2000 e promosso dall'OMS in collaborazione con la Harvard University; è diretto dal Prof. Ronald C. Kessler, della Harvard Medical School. L'obiettivo del progetto 'WMH Survey Initiative' era di raccogliere dettagliate informazioni cross-nazionali sulla prevalenza dei disturbi mentali e da abuso di sostanze, e sui fattori di rischio e quelli protettivi rispetto all'insorgenza di questi disturbi; tra le aree studiate vi sono anche l'uso dei servizi ed il tipo di trattamenti ricevuti.

Collaboratori e campione in studio: il consorzio che ha reso possibile il 'WMH Survey Initiative' comprende ben 29 paesi, in tutte le regioni del mondo; complessivamente sono state intervistate oltre 200.000 persone. Tra i 29 paesi partecipanti vi sono i seguenti paesi europei, oltre l'Italia: Belgio, Bulgaria, Francia, Germania, Irlanda del Nord, Olanda, Portogallo, Spagna e Romania.

Metodi di indagine

Campionamento: tutte le indagini nazionali sono state condotte a partire da un campione rappresentativo della popolazione nazionale. È stata utilizzata un'intervista diagnostica pienamente strutturata, chiamata WMH-CIDI, che permette di valutare di

sturbi e trattamenti ricevuti. La WMH-CIDI è divisa in due parti: la Parte 1 comprende il nucleo della valutazione diagnostica, mentre la Parte 2 include dettagliate informazioni sulle variabili correlate e sui disturbi di interesse secondario. Tutti gli intervistati hanno completato la Parte 1, mentre la Parte 2 è stata somministrata ad un campione selezionato sulla base di precisi algoritmi decisionali inclusi nel software dell'intervista. Tutte le interviste sono state effettuate faccia-a-faccia da intervistatori 'laici' appositamente addestrati. I criteri diagnostici impiegati sono quelli del DSM-IV e dell'ICD-10.

Lo studio WMH in Italia: in Italia è stato intervistato un campione rappresentativo della popolazione generale, selezionato con sofisticate tecniche di campionamento a tre stadi, e comprendente 4.712 soggetti, che sono stati valutati a domicilio con l'intervista strutturata prima menzionata (WMH-CIDI). Il tasso di risposta ponderato è stato del 71,3%, il più alto tra i paesi europei dopo quello della Spagna.

Risultati: nel corso della presentazione verranno presentati i risultati del progetto WMH sulla prevalenza e le caratteristiche dell'esposizione ad eventi traumatici nei paesi ad alto e basso reddito partecipanti al progetto.

Conclusioni: lo studio WMH rappresenta la più ampia indagine sui disturbi mentali eseguita sino ad oggi a livello internazionale, ed anche in Italia è lo studio più ampio effettuato sino ad oggi.

Fattori di rischio personologici e psicopatologici nel PTSD

P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Il funzionamento psicologico antecedente al trauma è considerato un importante fattore di rischio per lo sviluppo di PTSD, assieme a fattori quali la gravità del trauma, una storia di traumi precedenti, la presenza di familiarità psichiatrica e lo sviluppo di sintomi psichiatrici 'peritraumatici'. Diversi studi hanno indagato i fattori di rischio psicopatologici del PTSD, anche se solo una minoranza ha usato un vero disegno longitudinale. In generale, gli studi sono concordi nell'affermare che la presenza di disturbi d'ansia o di episodi depressivi precedenti il trauma costituisce un fattore di rischio. Pochi studi hanno analizzato la relazione tra aspetti temperamentali e PTSD. Gli studi esistenti hanno evidenziato una relazione tra PTSD e *harm avoidance*. La presenza di alta *harm avoidance* è associata ad un maggiore rischio di sviluppare PTSD anche in studi longitudinali.

Il nostro gruppo di lavoro ha raccolto alcuni dati riguardo le caratteristiche temperamentali di soggetti sopravvissuti a vari tipi di trauma (disastri naturali e tecnologici, malattie cardiache improvvise, trapianto cardiaco). Nei soggetti sopravvissuti a disastri, la presenza di PTSD di lunga durata è associata, oltre ad una alta *harm avoidance*, anche ad un basso punteggio alla sottoscala *Attachment* che descrive le capacità individuali di farsi aiutare e di esprimere i propri bisogni a livello interpersonale.

GIOVEDÌ FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BRAMANTE

S20. La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in età infantile-adolescenziale e nell'adulto: approcci diagnostici e terapeutici

COORDINATRICE

F. Brambilla (Milano)

Disturbi alimentari in età evolutiva: casi atipici e comorbidità

A. Albizzati

U.O. Neuropsichiatria Infantile, Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare in Età Evolutiva, Azienda Ospedaliera San Paolo

Disturbi alimentari in difetto o in eccesso sono presenti fin dalla nascita. Escludendo tutte le patologie organiche, residuano patologie non sempre ben definite che vanno riferite alla sfera psichica. L'esistenza di una anoressia vera legata a patologia gravemente depressiva o ansiosa è già stata riconosciuta e definita.

Esiste tuttavia una patologia grossolanamente inquadrabile fra 6-12 anni, latente nelle prime fasi e eclatante solo verso i 10-12 anni, che potrebbe preludere allo sviluppo di un disordine del comportamento alimentare vero e proprio. Ci riferiamo qui ad una anoressia nervosa o ad un Binge Eating Disorder.

Nel nostro servizio abbiamo condotto l'indagine preliminare

sui pazienti dai 6-14 anni a noi giunti per disordini DCA non codificati ma definibili "di origine psicopatologica" e/o aspetto psicopatologico. Abbiamo utilizzato come strumenti un'indagine clinica condotta da specialisti di Neuropsichiatria Infantile particolarmente specializzati sui disordini del Comportamento Alimentare. Successivamente nei bambini dagli 8 ai 14 abbiamo somministrato la EDE e nei bambini dagli 11-14 anni anche la EDI II per ottenere un quadro, anche se approssimativo, degli aspetti psichici relativi al comportamento alimentare dei pazienti indagati.

In tutti i pazienti veniva anche utilizzata la CBCL compilata dai genitori dei probandi per controllare gli aspetti depressivi, ansiosi, comportamentali (iperattività comportamento oppositivo provocatorio, aggressivo), psicotici, di somatizzazione e le problematiche sociali nella relazione con i pari.

I nostri dati portano a suggerire che in questi pazienti non è ancora possibile stabilire una diagnosi codificata di DCA ma che esistono dei presupposti particolarmente pregnanti per una possibilità predittiva di DCA franco.

Modello di trattamento psicoterapeutico dei pazienti con disordine del comportamento alimentare: variabili di esito

S. Bertelli

Responsabile dell'Ambulatorio per la Diagnosi e Cura Dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliera San Paolo

Le cause che portano alla comparsa di un disordine del comportamento alimentare (DCA) sono complesse e multifattoriali. Questo fa sì che il trattamento DCA porti a tutt'oggi a risultati parzialmente definitivi con alta percentuale di ricadute, cronicizzazione, morte. Una terapia integrata efficace risulta essere un argomento di grande interesse per la ricerca e l'attuazione clinica. Una possibile spiegazione dell'eventuale inefficacia delle terapie potrebbe essere il fatto che esse hanno puntato sugli aspetti "nutrizionali" della stessa, ponendo in seconda linea altre psicopatologie, sempre presenti nei DCA e di probabile sostanziale importanza nella loro patogenesi. Ci riferiamo in particolare alla difficoltà di questi pazienti ad instaurare e/o mantenere stabili e validi rapporti interpersonali e alla loro difficoltà al riconoscimento e validazione dei loro stimoli enterocettivi. La capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni, che sono parte sostanziale degli stimoli enterocettivi, in pazienti con DCA è un argomento di studio di recente interesse. Numerose ricerche hanno riscontrato dei deficit sia nei compiti di riconoscimento delle emozioni, sia nelle difficoltà di regolazione delle emozioni e conseguentemente di gestione delle relazioni sociali.

Il nostro studio si propone di presentare i risultati preliminari di un intervento gruppal ispirato alla terapia dialettica-comportamentale per pazienti con DCA integrato con la terapia individuale CBT. I primi risultati hanno mostrato un'efficacia significativa in diverse aree del funzionamento emotivo-relazionale. L'ulteriore conferma dell'efficacia di questo trattamento sulle competenze emotive e meta cognitive dei pazienti con DCA potrebbero eventualmente suggerire l'importanza di integrare la terapia individuale con interventi di gruppo con argomento specifico.

Il trattamento dei DCA nei soggetti minorenni nel contesto del ricovero riabilitativo multidisciplinare integrato

P. Todisco, L. Carli

Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare – Casa di Cura "Villa Margherita", Arcugnano (VI)

L'età di insorgenza dei DCA tende sempre più ad abbassarsi tuttavia, seppure i dati di esito dimostrano in che misura l'intervento precoce sia maggiormente correlato ad una prognosi più favorevole, a tutt'oggi esistono pochi riscontri empirici che definiscano con chiarezza quali interventi ottengano migliori risultati. Il trattamento dei minori affetti da DCA è un ambito in cui il dibattito è ancora molto aperto. Le linee guida internazionali, povere di indicazioni supportate da evidenze, si limitano a suggerire come trattamento di elezione sia la terapia familiare e a sottolineare come l'intervento in tempi brevi migliori sostanzialmente la prognosi. Nel trattamento dei minori ci si trova davanti a una serie di problematiche che, seppur apparentemente comuni a quelle presenti nei soggetti adulti (es. negazione di

malattia da parte dei pazienti, pressione alla cura da parte dei familiari, gravità clinica con frequenti complicanze a lungo termine) richiedono un adattamento dei programmi di cura. La motivazione alla terapia nei soggetti adolescenti è soprattutto esterna (genitori) e il rapporto con i genitori/familiari è centrale nell'eziopatogenesi e nella terapia di questi pazienti. Vi è un incompleto sviluppo della corteccia prefrontale nei soggetti appartenenti a questa fascia di età che di per sé comporta una inadeguata gestione degli impulsi. Esistono tra l'altro problematiche psicologiche, tipiche e specifiche, degli adolescenti come pure problemi di natura fisica relativi alla crescita di cui tenere conto in quanto fattori predisponenti la lunga durata di malattia e le complicanze a lungo termine. Nel trattamento si devono pertanto considerare l'individuo, la famiglia, l'ambiente (famiglia, scuola, coetanei, adulti). Per affrontare queste peculiarità dei pazienti minori con DCA nel contesto del ricovero riabilitativo multidisciplinare integrato abbiamo cercato di creare piccoli gruppi di pazienti di età simile per offrire un percorso personalizzato che potenzi le risorse relazionali e protegga da un possibile impatto negativo derivante da un contatto con soggetti adulti con lunga storia di malattia. Con i pazienti adolescenti il programma riabilitativo psiconutrizionale specifico del nostro servizio viene modificato accentuando l'attenzione alle tematiche familiari anche attraverso una maggior frequenza della consulenza familiare, attuando una terapia che risponda alle caratteristiche tipiche di questa fascia d'età mantenendo saldo un maggior rigore, soprattutto nella prima fase del programma, rispetto a temi non-contrattabili come l'alimentazione per mantenere-incrementare il peso corporeo, la gestione dei sintomi di compenso (soprattutto l'iperattività).

Prevenzione e trattamento delle alterazioni fisiche disabilitanti nei disturbi del comportamento alimentare in età infantile adolescenziale

R. Dalle Grave

Unità di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR)

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono uno dei problemi di salute più severi che affliggono le adolescenti. Sono disturbi che possono determinare importanti problematiche mediche, psicologiche e interpersonali e un incremento significativo del rischio di morte. Numerose persone che ne sono affette non raggiungono mai l'attenzione clinica e molte iniziano un trattamento dopo molti anni di malattia, quando spesso la condizione è diventata cronica. La remissione completa dai sintomi è raggiunta solo da un sottogruppo di pazienti e molte necessitano di costosi trattamenti ospedalieri riabilitativi.

In particolare, le adolescenti colpite da DCA, rispetto alle donne adulte, oltre ad avere una minore consapevolezza di avere un disturbo e non aver ancora completato il loro sviluppo psicosociale, sono più vulnerabili agli effetti della malnutrizione e della perdita di peso perché hanno ancora organi ancora immaturi, non completamente sviluppati. Il DCA in questa fase della vita può determinare un drammatico arresto o ritardo della crescita, un quadro di grave osteoporosi, un aumentato rischio di frattura, un ritardo della pubertà e una condizione di amenorrea prolungata. Il mancato ripristino di un'adeguata nutrizione e di un peso corporeo normale per

età e altezza in tempi rapidi può determinare disabilità fisiche persistenti che, assieme agli effetti della psicopatologia del DCA, contribuiscono a danneggiare in modo grave la vita delle persone che ne sono colpite. Fortunatamente, le persone adolescenti che iniziano un trattamento hanno una risposta al trattamento migliore rispetto agli adulti e, in molti casi,

se adeguatamente curate possono raggiungere una completa e persistente remissione dal DCA.

Nella presentazione saranno discusse le principali caratteristiche distintive delle persone adolescenti colpite da DCA, focalizzando l'attenzione in particolare su come prevenire e gestire, attraverso esempi clinici, le alterazioni fisiche disabilitanti associate.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BORROMINI

S21. Dalla teoria alla pratica clinica: l'intervento precoce nei pazienti con patologie mediche associate

COORDINATORE

A. Fagiolini (Siena)

Aggiornamento sul trattamento psichiatrico dei pazienti con delirium

M. Nitti

U.O. Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

Il delirium è una condizione frequentemente sottostimata nonostante la sua alta prevalenza (11-42%) nei soggetti ospedalizzati e nonostante la sua associazione con elevata mortalità, prolungamento del ricovero ed alto rischio di istituzionalizzazione.

Il DSM definisce il delirium con i seguenti criteri:

1. disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione;
2. alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione;
3. il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata;
4. c'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o di una sindrome da astinenza.

Quando possibile, le risposte terapeutiche sono indirizzate alle cause etiologiche realizzando una terapia tesa sia ad abbattere i sintomi ma anche a un'indagine, ove è stato possibile, di prevenzione dell'insorgenza del quadro clinico ed una gestione del paziente nella fase critica che partendo dal soggetto si è esteso all'ambiente familiare e alle relazioni con i curanti.

In questa relazione saranno esaminati e discussi i criteri diagnostici e di diagnosi differenziale, le possibili cause, il trattamento (farmacologico e non farmacologico), le complicanze la prognosi e la prevenzione del delirium. Particolare attenzione sarà dedicata agli aspetti di pratica clinica. Si discuterà inoltre l'esperienza del servizio di consultation liasons senese nel trattamento del delirium in pazienti cardiocirurgici.

Aggiornamento sul trattamento psichiatrico dei pazienti con infezioni da HIV

T. Santomauro

Università di Siena

Con sempre maggiore frequenza gli infettivologi e gli psichiatri devono confrontarsi, nella loro pratica clinica, con le complicanze psichiatriche dell'infezione da HIV e con la gestione delle complesse interazioni dei farmaci che i pazienti affetti da HIV devono assumere. La prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti HIV+ è quasi del 50% e riguarda soprattutto i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia. Essi si manifestano, per lo più, in concomitanza con la diagnosi di infezione da HIV ma possono comparire anche tardivamente nel decorso dell'infezione. Le complicanze psichiatriche in corso di infezione da HIV alterano la qualità di vita e influenzano negativamente l'aderenza alla terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART). La prevalenza dei disturbi dell'umore è del 36%, ed è più frequente nei pazienti con storia di abuso di sostanze, nei pazienti anziani e nelle donne. Spesso è difficile differenziare i sintomi somatici dell'infezione da HIV da quelli della depressione, poiché i sintomi neurovegetativi della depressione si sovrappongono a quelli dell'infezione da HIV, delle infezioni opportunistiche, e delle comorbidità. Il trattamento della depressione si basa su approcci terapeutici farmacologici e non-farmacologici. Il trattamento del singolo paziente deve tener conto della gravità dei sintomi, delle interazioni con le HAART e delle comorbidità. È ragionevole iniziare con una piccola dose di anti-depressivi e progressivamente aumentare la dose stessa per ridurre al minimo gli effetti collaterali. Gli inibitori del reuptake della serotonina (SSRI), metabolizzati dal sistema P450, possono avere importanti interazioni con i farmaci antiretrovirali. Anche la psicoterapia, in particolare la terapia cognitiva comportamentale e la psicoterapia interpersonale, si sono dimostrati efficaci nel trattamento della depressione nelle persone con infezione da HIV. La prevalenza dei disturbi d'ansia è del 38%. I sintomi d'ansia influenzano negativamente l'aderenza alla HAART. L'ansia si manifesta con un range molto ampio di sintomi, sia per tipologia che per gravità. La terapia farmacologica dei di-

sturbi d'ansia si basa sugli inibitori del reuptake della serotonina che sono i farmaci di prima scelta con dosaggi differenti a quelli utilizzati nella depressione e sulle benzodiazepine efficaci nei disturbi d'ansia acuti e negli attacchi di panico, ma con significative interazioni con i farmaci antiretrovirali. Verranno quindi discussi i nuovi approcci farmacologici per i disturbi dell'umore e di ansia nei pazienti HIV+, considerando le importanti interazioni farmacologiche, l'aderenza alle terapie e gli effetti collaterali.

Aggiornamento sul trattamento psichiatrico dei pazienti con aritmie e malattia cardiovascolare

A. Fagiolini

Università di Siena, Dipartimento di Neuroscienze

I disturbi psichiatrici sono stati tradizionalmente considerati come alterazioni delle funzioni della mente o del cervello, con ripercussioni limitate ad un malessere psichiatrico, psicologico o emotivo. Ricerche recenti hanno tuttavia messo in discussione il dualismo mente-corpo, suggerendo che le malattie "mentali" possano interessare contemporaneamente la mente, il cervello e il corpo. Particolare attenzione è stata dedicata alla frequente associazione tra le malattie psichiatriche ed i disturbi cardiovascolari. Ad esempio, la depressione rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, che possono essere da questa influenzate attraverso svariati meccanismi, quali aumento dei marker infiammatori, alterazioni del sistema nervoso autonomo ed sistema endocrino, anomalie nella reattività delle piastrine, fumo, obesità, diabete, stile di vita non sano e scarsa cura di sé o effetti collaterali di farmaci. La depressione rappresenta inoltre uno dei principali indicatori di mortalità precoce nei pazienti che sopravvivono ad un infarto miocardico. In questa relazione saranno discusse le relazioni tra malattie psichiatriche e cardiovascolari ed analizzate le strategie pratiche di trattamento per i pazienti affetti da entrambi i disturbi.

Aggiornamento sul trattamento psichiatrico del paziente con Parkinson o demenza

R. Pasquini

Ospedale "Villa Azzurra" Riolo Terme (Ra)

La tematica relativa alla comorbidità fra disturbi psichiatrici e malattie organiche acquisisce ad oggi forte rilievo alla luce del costante aumento della popolazione anziana. In particolare, patologie relative all'età avanzata come Parkinson o demenza, sono accompagnate o precedute con elevata frequenza da disturbi cognitivi e comportamentali fino alla manifestazione di disturbi psichiatrici clinicamente significativi. Circa il 40-50% delle demenze e fino il 70% dei pazienti affetti da Parkinson manifestano una forma depressiva, mentre sintomi o disturbi d'ansia si presentano con prevalenza vicina al 50% soprattutto nelle persone con Parkinson.

Le ricerche effettuate negli ultimi anni hanno sottolineato come le manifestazioni psichiatriche siano parte integrante di tali malattie e come contribuiscano ad accelerare la perdita di autonomia e della funzionalità globale delle persone affette.

Il trattamento adeguato dei sintomi psichiatrici acquisisce quindi un ruolo preminente e positivo riguardo il progredire della malattia con conseguente miglioramento della qualità di vita di tali pazienti.

L'attenzione del clinico sulla scelta dell'eventuale trattamento psicofarmacologico dei disturbi psichiatrici può tuttavia incontrare varie difficoltà prevalentemente legate alle interazioni delle varie classi di farmaci psicotropi con quelli utilizzati per trattare Parkinson, demenza o eventuali condizioni mediche generali concomitanti.

La conoscenza dei fattori e dei meccanismi biologici patogenetici alla base dei suddetti disturbi, una corretta diagnosi psichiatrica e la conoscenza delle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche dei farmaci utilizzati dallo psichiatra, sono condizioni necessarie sia per un corretto trattamento dei sintomi psicopatologici che per la gestione dei possibili effetti collaterali neurologici, psichici o fisici.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MANTEGNA

S22. Eventi in gravidanza: fattori di rischio per lo sviluppo psichico e la salute mentale del figlio nell'infanzia e nell'adolescenza?

COORDINATORI

A. Goracci (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

Impatto dei disturbi mentali in gravidanza sullo sviluppo psicobiologico del bambino

E. Caffo

Neuropsichiatria Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il dibattito sugli effetti che la presenza di disturbi mentali nelle donne in gravidanza può avere sullo sviluppo

psicobiologico dei bambini ha acquisito negli ultimi anni una grande rilevanza, avendo importanti ripercussioni non solo nella pratica clinica e terapeutica, ma anche nell'individuazione di nuove strategie preventive e di salute pubblica.

Metodologia: è stata condotta una review della letteratura, attraverso i database Medline e PsychInfo. L'Autore presenterà i risultati dei più recenti studi sistematici e longitudinali.

Risultati: recenti studi hanno evidenziato come la presenza di

disturbi mentali in gravidanza abbia ripercussioni a livello ostetrico, conseguenze a livello fetale e neonatale, effetti a lungo termine sulla salute mentale e sul benessere del bambino.

Se i bambini con madri che durante la gravidanza soffrono di un disturbo d'ansia - in particolare attacchi di panico - sembrano essere più a rischio di nascita prematura e basso peso alla nascita, quelli le cui madri presentano disturbi dell'alimentazione presentano alterazioni biologiche nello sviluppo fetale, disturbi della nutrizione e psicopatologici a lungo termine. Sono stati oggetto di numerosi studi anche i disturbi depressivi prepartum e i disturbi da abuso di sostanze.

In particolare, gli studi più recenti sono arrivati ad evidenziare la significativa interazione tra disturbi mentali in gravidanza, fattori genetici e successivi fattori di rischio/fattori protettivi (ad esempio, la qualità delle cure materne) a livello ambientale.

Conclusioni: è necessario promuovere maggiori ricerche sulle conseguenze dei disturbi mentali in gravidanza e sui fattori pre e post-natali che proteggono da esiti psicopatologici e a lungo termine.

Depressione post partum e sviluppo emotivo del figlio: alcune riflessioni

F. Aceti, M. Biondi

Sapienza Università di Roma

Numerosi studi sperimentali e clinici rilevano come la psicopatologia genitoriale possa implicare conseguenze negative sullo sviluppo socio-emozionale del bambino (Cicchetti & Toth, 1998; Gotlib & Lee, 1996, Murray & Cooper, Duncan & Reder, 2000; 2003). Bambini con madre depressa, ad esempio, mostrano ridotta espressione vocale e facciale positiva, alta irritabilità e minore coinvolgimento sociale (Cohn & Tronick, 1998).

In molte ricerche, le difficoltà precoci del bambino sono state ricondotte ad un'inadeguata sintonia affettiva delle prime relazioni tra genitori e figlio, dal momento che queste costituiscono il primo contesto emotivamente rilevante per il bambino.

A partire da queste osservazioni, gli Autori si interrogano sulle possibili conseguenze della DPP sullo sviluppo psicodinamico del bambino, utilizzando il materiale clinico raccolto dall'osservazione di 30 pazienti.

In tale ottica, da circa un anno è stato avviato un progetto intervento sui disturbi dell'umore, all'interno della UOS di Igiene Mentale delle Relazioni affettive e del Post Partum dell'Università "La Sapienza di Roma", con l'obiettivo di individuare i

soggetti a rischio, sostenere le competenze genitoriali a tutela della relazione madre bambino.

Trattamenti in gravidanza

A. Fagiolini R Pasquini

Università di Siena

Tutti i farmaci psicotropi attraversano la placenta e non esiste alcun farmaco il cui uso in gravidanza sia completamente sicuro per il feto e per la madre. Il trattamento delle pazienti in gravidanza deve quindi privilegiare terapie non farmacologiche tutte le volte in cui questo sia possibile. Nei casi più gravi e in quelli in cui gli approcci non farmacologici siano inefficaci o non indicati, è spesso però indispensabile prescrivere farmaci, tenendo presenti le differenze tra un composto e l'altro nel rapporto tra i rischi e i potenziali benefici.

I principali rischi del trattamento farmacologico durante la gravidanza includono: 1) malformazioni strutturali, 2) crisi acute peripartum, incluse intossicazione e sindromi da astinenza, 3) morte fetale intrauterina, 4) alterazioni nella crescita fetale, e 5) teratogenicità neuro-comportamentale, ovvero effetti a lungo termine sul comportamento e le capacità cognitive del bambino.

In questa relazione saranno esaminate e discusse le migliori strategie di intervento farmacologico nelle pazienti in gravidanza.

Uso di sostanze in gravidanza: modificare i comportamenti materni per migliorare lo sviluppo dei figli

I. Maremmani

Università di Pisa

L'uso di sostanze d'abuso in gravidanza rappresenta una diffusa triste realtà. Nonostante si creda che la gravidanza influenzi positivamente il cognitivo delle gestanti migliorando la loro compliance all'astensione quasi sempre i comportamenti incontrollati persistono nonostante la buona volontà delle gestanti. Questa presentazione sottolineerà i meccanismi che conducono al poliabuso durante la gravidanza evidenziando i rischi di comportamenti terapeutici scorretti da parte del personale medico ed infermieristico. Verranno inoltre discussi i principi clinici per un corretto trattamento del poliabuso di sostanze in gravidanza.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00
SALA TINTORETTO

S23. La prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici ricoverati

COORDINATORI

R. Tatarelli (Roma), P. Girardi (Roma)

La gestione del soggetto a rischio di suicidio

M. Amore, S. Baratta, C. Di Vittorio

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Il numero dei suicidi nella popolazione anziana è più elevato rispetto a quello di qualunque altra fascia di età (U.S. Public Health Service, 2001).

I comportamenti autolesivi negli anziani hanno più frequentemente esito letale sia per la maggiore fragilità fisica sia perché, vivendo più spesso da soli, hanno minore probabilità di essere soccorsi. Gli anziani inoltre manifestano una più determinata intenzionalità a morire, facendo ricorso a violenti metodi di suicidio (arma da fuoco, impiccamento), attraverso una più attenta e risoluta pianificazione del gesto ed un maggior tasso di ripetizione (5,4% per anno) (Conwell et al., 1998).

Gli studi finora pubblicati sono prevalentemente di tipo trasversale e retrospettivo, o sono stati condotti con il metodo dell'Autopsia Psicologica.

I fattori di rischio del comportamento suicidario nell'anziano Il suicidio è un comportamento multiderminato, risultato di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. I principali fattori di rischio suicidario per la popolazione anziana sono: disturbi psichiatrici, eventi di vita sfavorevoli, una coartazione della rete sociale, la comorbilità con abuso di sostanze o con patologie organiche ed una riduzione dell'autonomia funzionale del soggetto (Heikkinen e Lonnqvist, 1995).

Una percentuale elevata, compresa fra il 70 e il 90%, dei soggetti anziani che compiono suicidio ha una diagnosi di disturbo psichiatrico, nel 50% dei casi di depressione maggiore, diagnosticabile al momento della morte.

I disturbi psichiatrici tra gli anziani che mettono in atto suicidio, nonostante l'elevata frequenza, molto spesso risultano non diagnosticati, perché spesso i sintomi vengono mascherati da eventuali comorbilità organiche o perché l'anziano ha difficoltà nel riconoscere un sintomo psicologico. Ciò rende ancor più difficoltoso il trattamento, già problematico per le frequenti comorbilità che limitano il numero ed il tipo di farmaci somministrabili, la scarsa compliance legata alla comparsa di effetti collaterali, ai pregiudizi verso gli psicofarmaci e ai deficit cognitivi che possono inficiare una regolare assunzione dei farmaci (Conwell, 2001).

Il rischio suicidario nei soggetti con depressione si accentua nei casi di associazione con povertà delle funzioni cognitive, con una personalità anancastica, con elevati livelli di Neuroticismo e con la presenza del tratto *Hopelessness*, la disperazione, intesa come percezione di sostanziale impotenza e incapacità di progettare il proprio futuro (Dombrovski et al., 2008; Heisel et al., 2007; Baud, 2005).

Il tratto *Hopelessness* rappresenta il principale fattore di rischio a lungo termine per comportamento suicidario (Beck et al., 1993; Britton et al., 2008).

Tra gli eventi stressanti, lutti, in particolare la perdita del coniuge, un divorzio o una separazione, la condizione di single ed i conflitti familiari aumentano il rischio di comportamento suicidario, in particolare nei soggetti di sesso maschile (Conwell et al., 2002).

La propensione di un individuo a rispondere con un comportamento suicidario a *life events* sfavorevoli riflette una preesistente predisposizione tratto-dipendente (Mann et al., 1999).

La comorbilità con patologie organiche costituisce per gli anziani un fattore indipendente di rischio suicidario, soprattutto nel primo anno successivo alla diagnosi (Pearson and Brown, 2000). Frequente è l'associazione tra distiroidismo e Depressione; nel soggetto anziano è stata dimostrata una elevata prevalenza di distiroidismi subclinici (Brownlie et al., 2000; Constant et al., 2006; Ceresini et al., 2008).

La gestione del comportamento suicidario nell'anziano Interventi di prevenzione generale, rivolti a soggetti asintomatici o paucisintomatici consistono nell'individuazione dei soggetti a rischio di comportamento suicidario e nell'introduzione di programmi di potenziamento della funzionalità e di mantenimento dell'autonomia degli anziani e nell'agevolazione all'accesso a servizi di assistenza domiciliare e riabilitazione.

La prevenzione specifica si rivolge ai soggetti ad alto rischio con un disturbo psichiatrico o con altri fattori prossimali di rischio di suicidio.

Il trattamento farmacologico, secondo parametri controllati per dose dei farmaci somministrati e per durata del trattamento, e psicoterapico nel medio e lungo termine ai disturbi depressivi può consentire in modo indiretto la prevenzione dei comportamenti suicidari (Conwell, 1997; Sher, 2004).

Circa il 50% degli anziani che mettono in atto il suicidio ha contatti con il proprio Medico di Medicina Generale nelle settimane immediatamente precedenti la morte, per lo più riferendo sintomi somatici; di conseguenza, una adeguata sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale ai fattori di rischio ed ai "segnali" indicativi di ideazione autolesiva e la contestuale adozione di facili strumenti di screening per la diagnosi di Depressione potrebbero risultare utili al fine di attuare una valida azione di prevenzione del comportamento suicidario nell'anziano (Tadros e Salib, 2007; Harwood et al., 2000).

Bibliografia

- 1 Akiskal HS, Akiskal KK, editors. *TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego*. J Affect Disord 2005;(Special Issue 85):1-242.
- 2 Baud P. *Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behaviour: genetic issues*. Am J Med Genetics Part C (Semin Med Genet) 2005;133C:34-42.
- 3 Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler R. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. J Consult Clin Psychol 1974;42:861-5.
- 4 Beck A, Kovacs M, Weissman A. *Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicidal Ideation*. J Consult Clin Psychol 1979;47:343-52.

- 5 Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. *Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression*. *Suicide Life Threat Behav* 1993;23:139-45.
- 6 Brink TL, Yesavage JA, et al. *Screening test for geriatric depression*. *Clin Gerontologist* 1981;1:37.
- 7 Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, et al. *Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:736-41.
- 8 Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW, et al. *Psychoses associated with Thyrotoxicosis-"thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence*. *Eur J Endocrinol* 2000;142:438-44.
- 9 Ceresini G, Lauretani F, Maggio M, et al. *Thyroid function abnormalities and cognitive impairment in elderly people: results of the invecchiare in chianti study*. *J Am Geriatr Soc* 2008 Nov 19 [Epub ahead of print].
- 10 Coffey CE, Figiel GS, Djang WT. *Leukoencephalopathy in elderly depressed patients referred for ECT*. *Biol Psychiatry* 1988;24:143-61.
- 11 Coffey CE, Figiel GS, Djang WT. *White matter hyperintensity on MRI clinical and neuroanatomical correlates in the depressed elderly*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989;1:135-44.
- 12 Constant EL, Adam S, Seron X, et al. *Hypothyroidism and major depression: a common executive dysfunction?* *J Clin Exp Neuropsychol* 2006;28:790-807.
- 13 Conwell Y. *Management of suicidal behaviour in the elderly*. *Psychiatric Clinics of North America* 1997;20:667-83.
- 14 Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, et al. *Age differences in behaviors leading to completed suicide*. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:122-6.
- 15 Conwell Y. *Suicide in later life: a review and recommendations for prevention*. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(Suppl):32-47.
- 16 Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. *Risk factors of suicide in later life*. *Biol Psychiatry* 2002;52:193-204.
- 17 De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, et al. *Definition of suicidal behaviour: lessons learned from the Who/EURO multicentre Study*. *Crisis* 2006;27:4-15.
- 18 Dombrowski AY, Butters MA, Reynolds CF III, et al. *Cognitive Performance in suicidal depressed elderly: preliminary report*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:109-15.
- 19 Domino G. *Cross-cultural attitudes towards suicide: the SOQ and a personal odyssey*. *Arch Suicide Res* 2005;9:107-22.
- 20 Dworkin RJ, Friedman LC, et al. *The longitudinal use of the Global Assessment Scale in multiplexer situation*. *Comm Ment Health J* 1990;26:335.
- 21 Endicott J, Spitzer RL, et al. *The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance*. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766.
- 22 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *"Mini-Mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- 23 Guy W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Revised, 1976. DHEW Publication No. (ADM) 76-338.
- 24 Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 25 Harwood DMJ, Hawton K, Hope T, et al. *Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death in one hundred and ninety-five cases*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:736-43.
- 26 Heikkinen ME, Lonqvist JK. *Recent life events in elderly suicide: a nationwide study in Finland*. *International Psychogeriatrics* 1995;7:297-300.
- 27 Heisel MJ, Links PS, Conn D, et al. *Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:734-41.
- 28 Jones SH, Thormicroft G, et al. *A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)*. *Br J Psychiatr* 1995;166:654.
- 29 Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, et al. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. *Am J Psychiatry* 1999;156:2,181-9.
- 30 Miller MD, Paradis CF, Houck PR, et al. *Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale*. *Psychiatry Res* 1992;41:237-48.
- 31 Oquendo MA, Halberstam B, Mann JJ. *Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments*. In: First MB, editor. *Standardized Evaluation in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2003, pp. 103-130.
- 32 Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
- 33 Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. *Scaling of Life Events*. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25:340.
- 34 Pearson JL, Brown GK. *Suicide prevention in late life: directions for science and practice*. *Clin Psychol Rev* 2000;20:685-705.
- 35 Pfeiffer E. *A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients*. *J Am Geriatr Soc* 1973;23:433.
- 36 Pompili M, Girardi P, Tatarelli R, et al. *TEMPS-A (Rome). Psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid- and south Italy*. *J Aff Dis* 2007;107:63-75.
- 37 Pompili M, Ehrlich S, De Pisa E, et al. *White matter hyperintensities and their associations with suicidality in patients with major affective disorders*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;25:494-9.
- 38 Pompili M, Iliceto P, Lester D, et al. *Beck Hopelessness Scale, Manuale della versione e validazione italiana*. Firenze: Organizzazioni speciali 2008.
- 39 Rutz W, Von Knorring L, Pihlgren H, et al. *Prevention of male suicide: lessons from Gotland Study*. *Lancet* 1995;345:524.
- 40 Rutz W. *Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education*. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14(Suppl 3):S27-33.
- 41 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
- 42 Sher L. *Preventing suicide*. *QJM* 2004;97:677-80.
- 43 Steffens DC, Helms MJ, Krishnan KR, et al. *Cerebrovascular Disease and depression symptoms in the cardiovascular health study*. *Stroke* 1999;30:2156-59.
- 44 Tadros G, Salib E. *Elderly suicide in primary care*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:750-6.
- 45 U.S. Public Health Service. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. Public Health Service 2001.
- 46 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *J Psychiatric Res* 1983;17:37-49.

Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)

M. Sarchiapone, V. Carli
 Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso

SEYLE è un programma per la promozione della salute negli adolescenti, finanziato dalla Comunità Europea nell'ambito del VII Programma Quadro, implementato nelle scuole superiori europee. Gli obiettivi principali sono la promozione della salute negli adolescenti attraverso la riduzione dei comportamenti a rischio e suicidari, la valutazione dei risultati di

diversi programmi di prevenzione delle condotte a rischio e la proposta di modelli efficaci, trans-culturali per la promozione della salute degli adolescenti in Europa. SEYLE è sviluppato da un consorzio di 12 nazioni europee: Austria, Estonia, Francia, Germania, Irlanda, Israele, Italia, Romania, Slovenia, Spagna, Ungheria.

Il disegno dello studio prevede il reclutamento di 11000 soggetti (1000 per ogni centro) e l'applicazione di tre diversi programmi di promozione della salute e di prevenzione dei comportamenti a rischio (guida spericolata, abuso di alcool, tossicodipendenza, fumo di sigarette, alimentazione insalubre, sedentarietà, promiscuità sessuale), con successiva valutazione di efficacia e di cost-effectiveness. Ogni programma è basato su un diverso approccio alla promozione della salute mentale, che coinvolge come attori principali delle attività i professionisti della salute mentale, gli insegnanti o gli adolescenti stessi. Nel corso della presentazione verranno descritti i risultati preliminari sulla prevalenza dei suddetti comportamenti a rischio in Europa.

Bibliografia

Wasserman, D, et al. *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial*. BMC Public Health 10:192.

Rischio di suicidio nei pazienti psichiatrici ricoverati

M. Pompili

Department of Neurosciences, Mental Health and Sensory Functions. Suicide Prevention Center, Sant'Andrea Hospital, Sapienza University of Rome, Italy; McLean Hospital - Harvard Medical School, USA

Il rischio di suicidio durante un ricovero in ambiente psichiatrico è stato più volte segnalato come uno degli elementi più difficili del trattamento. Pone una sfida terapeutica e notevoli problemi medico legali. I suicidi possono anche avvenire durante i permessi dall'ospedale e dopo un apparente miglioramento delle condizioni cliniche; una calma innaturale, in un paziente altrimenti agitato e con comportamenti suicidari agiti può suggerire che questi ha deciso di togliersi la vita. Inoltre, il programma di dimissione può condurre alla dolorosa realizzazione da parte del paziente di essere in procinto di perdere il suo ambiente e il contatto con il personale della struttura. La famiglia del paziente suicida è spesso impreparata ad accoglierlo e il suicidio al momento della dimissione realizza quello che per molte volte aveva la persona aveva solo tentato di fare. Bisogna infine considerare la comorbidità con patologie internistiche al momento dell'accesso in ospedale che può essere un fattore di rischio per le fasi successive al ricovero. Lo staff medico, specialmente gli infermieri, hanno un ruolo cruciale nella valutazione, gestione e prevenzione del suicidio. Risulta, infatti, importante stabilire un canale comunicativo, specialmente se sono coinvolti differenti figure professionali. Una delle possibili procedure potrebbe essere dar vita a "outreach" program in ospedale, dal quale partono regolari e frequenti contatti telefonici nel primo periodo da paziente dimesso. I contatti possono gradualmente decrescere sulla base di una stabilità raggiunta da parte del paziente

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PINTURICCHIO

S24. Stress post-traumatico: dalla neurobiologia al fenotipo

COORDINATORI

M. Casacchia (L'Aquila), L. Dell'Osso (Pisa)

Cortisolo ed asse HPA: un approccio transnosografico

C. Faravelli, F. Rotella, S. Pallanti

Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

La letteratura scientifica riporta che i traumi infantili influenzano in modo consistente il rischio di sviluppare psicopatologia durante l'età adulta. Questa influenza sembra essere mediata dal Sistema Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis - HPA), che una volta iperattivato durante i processi di sviluppo rimarrebbe permanentemente instabile, iperattivato, vulnerabile o disfunzionale, probabilmente a causa di meccanismi trascrizionali/epigenomici. Tale condizione tuttavia, non sembra essere specificamente correlata ad alcun raggruppamento diagnostico.

Per quanto riguarda invece lo studio degli eventi di vita recenti, nonostante siano numerosi gli studi che correlano gli eventi di vita stressanti all'esordio ed al decorso delle malattie mentali, una limitazione importante a questa ampia linea di ricerca è l'idiosincrasicità di tali eventi. Ciò comporta che, le persone affette da malattie mentali potrebbero avere esperienze qualitativamente diverse rispetto a soggetti non affetti.

Fra i pochi studi che hanno valutato gli aspetti sopra menzionati, nessuno ha utilizzato un approccio transnosografico. Considerare pertanto, i sintomi piuttosto che le diagnosi potrebbe essere un metodo efficace nello studio del ruolo dei fattori genetici in pazienti con disturbi psichiatrici.

Lo scopo della presente relazione è di eseguire un'analisi accurata delle possibili relazioni esistenti fra eventi stressanti sia

infantili che recenti, il funzionamento dell'asse HPA e i sintomi psichiatrici, in un gruppo di pazienti di gravità da moderata a severa, selezionati indipendentemente dalla diagnosi e in un gruppo di soggetti sani di controllo.

In virtù di quanto sopra, si ipotizza che un eccesso di eventi traumatici, la disfunzione dell'asse HPA e la sintomatologia depressivo-ansiosa aspecifica, costituiscano un fattore trasversale nell'ambito di tutte o quasi tutte le patologie psichiatriche e che siano responsabili di una sindrome generale psichiatrica stress-correlata indicativa di una vulnerabilità o di una minore resilienza anch'essa aspecifica.

Abuso di cannabis ed esordio psicotico nei giovani esposti ad una catastrofe naturale

R. Pollice, A. Tomassini, R. Roncone, M. Casacchia

Dipartimento di Medicina della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: nei soggetti con disturbo psicotico l'uso di cannabis è significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale. Vari studi hanno osservato una relazione dose-risposta tra l'esposizione alla cannabis ed il conseguente rischio di psicosi. Le stime del rischio attribuibile alla popolazione suggeriscono che l'uso di cannabis giustifica il 10% circa delle cause di psicosi.

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'abuso di cannabis in soggetti all'esordio di un disturbo psicotico o con uno Stato Mentale a Rischio (SMR) dopo l'evento sismico aquilano del 6 aprile 2009.

Metodologia: sono stati valutati 30 soggetti, con esordio dello spettro Bipolare e dello spettro Schizofrenico e con SMR, afferenti all'ambulatorio SMILE dopo l'evento sismico aquilano del 6 aprile 2009. Tale campione è stato confrontato con un campione di 67 soggetti, con diagnosi sovrapponibile, afferenti al servizio prima del terremoto.

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: Self Report Symptom Inventory-90 (SCL-90); la scala per la Valutazione Globale dei Funzionamento (VGF); la Clinical Global Impressions-Severity (CGI-S).

È stato, inoltre, indagato l'uso di cannabis nell'ultimo mese.

Risultati: è stato osservato un aumento dell'abuso di cannabis di nei soggetti all'esordio di un disturbo psicotico o con SMR dopo l'evento sismico aquilano del 6 aprile 2009.

I soggetti con abuso di cannabis all'esordio psicotico dopo il terremoto aquilano, rispetto a quelli con esordio prima dell'evento sismico, mostravano una maggior gravità del disturbo, un peggior funzionamento globale e punteggi maggiori alle dimensioni della SCL-90 'Aggressività' e 'Psicoticismo'.

Conclusioni: i risultati confermano i dati della letteratura che evidenziano un impatto significativo dell'abuso di cannabis nell'esordio psicotico.

Risultata pertanto di estrema importanza una campagna di psicoeducazione sull'uso di cannabinoidi nel territorio aquilano al fine di effettuare una prevenzione primaria relativamente all'esordio psicotico ed una prevenzione secondaria per eventuali ricadute ed esiti negativi a lungo termine del disturbo.

Aspetti biologici e molecolari della risposta immune nello stress

D. Lombardi, M.G. Cifone

Dipartimento di Scienze della Salute, Dottorato in "Medicina traslazionale: metodologie molecolari diagnostiche e terapeutiche applicate alle scienze medico-chirurgiche e psicocomportamentali", Università dell'Aquila

Lo stress esercita effetti soppressori sulle funzioni del sistema immune. Inoltre, è noto che lo stress può determinare un peggioramento delle malattie autoimmuni e alterare la risposta infiammatoria.

Si presume che lo stress possa potenziare o inibire il sistema immune in funzione del tipo di pathway immunitaria che è coinvolta. Per contro, gli effetti stimolatori o soppressori della risposta immune sembrano dipendere dal tipo di stress, dallo stato di avanzamento della risposta immune su cui lo stress va a incidere, dalle concentrazioni degli ormoni correlati allo stress e dalla durata dell'esposizione.

Mentre lo stress acuto stimola l'attivazione della risposta immune, lo stress cronico la inibisce e induce alterazioni immunopatologiche.

Inoltre, è provata l'associazione del disturbo post-traumatico (PTSD) con alterazioni della funzione del sistema immune. Recentemente, specifici profili epigenetici (livelli di metilazione genica) sono stati identificati e associati con l'alterazione della risposta immune.

I dati sperimentali e le interpretazioni riportati nella letteratura recente riguardante l'associazione dello stress e del PTSD con l'alterazione del sistema immune saranno esposti e analizzati nel tentativo di costituire una base per trasferire "from bench to bedside" le conoscenze acquisite e sviluppare nuovi indici predittivi e approcci terapeutici.

Il disturbo post-traumatico come modello dell'interazione gene-ambiente: paradigmi interpretativi e applicativi sperimentali

E. Di Maria, V. Uliana

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Università di Genova; S.S.D. di Genetica Medica, EO Ospedali Galliera di Genova

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder), considerato nel DSM-IV un disturbo d'ansia, si caratterizza per un quadro sintomatologico che fa seguito ad uno o più eventi traumatici. Il PTSD è perciò peculiare tra i disturbi psichiatrici in quanto trova in un evento ambientale una causa efficiente – necessaria, ma non sufficiente ad indurre il quadro psicopatologico. Per spiegarne la patogenesi è pertanto necessario postulare l'apporto di una suscettibilità individuale. Questa è a sua volta multifattoriale, e riconosce tra i fattori determinanti le variazioni genetiche individuali. Per definizione, quindi, il PTSD costituisce un modello esemplare di interazione gene-ambiente. Tuttavia gli studi ad oggi disponibili hanno fornito spunti interessanti ma non ancora interpretazioni solide e riproducibili che si riconducono a questo modello. La prima parte della relazione riferirà lo stato dell'arte in questo ambito. Verranno inoltre trattati i modelli ipotizzabili per interpretare il ruolo di fattori genetici, ambientali, e l'interazione gene-am-

biente nella patogenesi dei disturbi mentali. Lo studio delle basi genetiche di suscettibilità si fonda sul paradigma delle malattie genetiche complesse, definite come patologie derivanti dall'interazione non lineare tra fattori ambientali e fattori genetici di suscettibilità. Il fulcro di ogni studio che voglia indagare i tratti complessi è la definizione del fenotipo. Questo è tanto più vero nei disturbi mentali, in cui si utilizzano diagnosi categoriche che per definizione non sono necessariamente correla-

te ai meccanismi neurobiologici sottostanti. Per superare tale difficoltà risulta vantaggioso individuare fenotipi intermedi, o endofenotipi, ovvero variabili misurabili, ereditabili, associate con la malattia. Alla luce della tecnologia applicata all'analisi del materiale genetico, e degli strumenti bioinformatici e biostatistici recentemente sviluppati, verrà infine trattato il disegno di protocolli sperimentali per analizzare l'apporto rispettivo dei fattori genetici di suscettibilità nei disturbi mentali.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BERNINI

S25. La psicoterapia come intervento precoce

COORDINATORI

S. Fassino (Torino), G. Pierri (Bari)

Patologie emergenti e nuova adolescenza: snodi e strategie degli interventi psicoterapeutici

D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze cliniche, Università di Palermo

Le configurazioni emotivo-affettive e cognitive e i processi evolutivi del periodo adolescenziale appaiono oggi attraversati da dinamiche di cambiamento sociale e culturale che rendono particolarmente complessa, protratta e delicata la transizione all'età adulta. La post-modernità, riguardata sotto il profilo di un rapido mutamento di atmosfera culturale, ha infatti introdotto un netto riassetto dei codici normativi, una profonda mutazione dell'organizzazione familiare e dei modelli educativi, determinando un disancoramento dalle matrici di senso tradizionale e privando, soprattutto gli adolescenti, di sicuri riferimenti in termini valoriali ed esistenziali.

La pervasiva diffusione dell'uso di sostanze e dei nuovi consumi di droghe, la diffusione, quasi epidemica, dei disturbi di personalità, l'emergenza dei disturbi del comportamento alimentare e delle condotte autolesive e autosoppressive, la crescente diffusione di nuove forme di addiction, prima tra tutte quella legata all'uso disfunzionale delle tecnologie della comunicazione, insieme con aspetti alessitimici, dissociativi, impulsivi e anedonici che frequentemente accompagnano l'espressione di tali disturbi, appaiono oggi inequivocabili segnali della necessità di utilizzare, nel trattamento di questi giovani pazienti, griglie di lettura e modalità di presa in carico psicoterapeutico che tengano conto delle trasformazioni in atto nella psiche individuale e collettiva. La relazione terapeutica con pazienti adolescenti, infatti, rappresenta oggi una sfida alla capacità dei clinici e degli psicoterapeuti di adeguare i propri registri culturali e le modalità di intervento alle esigenze di soggetti che spesso si muovono lungo percorsi sub-culturali, totalizzanti, seppure effimeri e impermanenti, e che richiedono però agli operatori la disponibilità a riaggiornare di continuo il proprio sguardo sulla realtà sociale e sulle sue trasformazioni e di modulare la tecnica degli interventi su geografie interiori inedite e, in parte, ancora poco definibili.

Depressione e interventi psicoterapeutici precoci

D. Berardi, M. Menchetti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: nelle forme non particolarmente gravi e complicate di depressione, che si osservano sia nel setting specialistico che, in misura ancora maggiore, in medicina generale, l'intervento psicologico risulta altrettanto efficace degli antidepressivi. Scopo del presente studio è di comparare un intervento psicologico, il counselling ad orientamento interpersonale, con i farmaci antidepressivi della classe degli SSRI in termini di efficacia e individuando predittori differenziali di esito.

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 Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). La disabilità era valutata con la Work and Social Adjustment Scale (WSAS).

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% ($p < 0,05$). L'assenza di pregressi episodi di depressione in anamnesi, insieme alla minore gravità dei sintomi alla baseline, prediceva una migliore efficacia dell'intervento psicologico rispetto al farmaco. Diversamente, coloro che presentavano una depressione più severa e ricorrente rispondevano meglio all'intervento farmacologico.

Conclusioni: i risultati del nostro studio forniscono indicazioni per orientare a priori la scelta terapeutica verso il farmaco o l'intervento psicologico. In particolare l'intervento psicologico appare particolarmente utile nei casi di depressione all'esordio.

Interventi psicoterapeutici psicodinamici brevi nell'Ospedale Generale

F. Gabrielli, P. Calcagno, P. Solano

Dipartimento di Scienze Psichiatriche dell'Università, Sezione di Psichiatria, Genova

Premesse alcune considerazioni sulle angosce e sulle difese più comuni di fronte al trauma della malattia somatica e del ricovero, vengono discussi gli interventi psicoterapeutici brevi attuabili per pazienti ricoverati nei reparti medico-chirurgici per i quali viene richiesta la consulenza psichiatrica.

Alcuni dei presupposti teorici e tecnici implicati sono i seguenti:

- conflitti psicologici profondi dei pazienti vengono mobilitati dalle vicende della malattia, fino a situazioni di crisi o di franco scempenso che determinano la richiesta di consulenza psichiatrica; la conoscenza di tali conflitti viene utilizzata per guidare gli interventi psicoterapeutici precoci;
- ruolo della struttura di personalità, delle organizzazioni difensive e della psicopatologia di base nel determinare il comportamento anomalo di malato, l'interferenza con le dinamiche istituzionali e col funzionamento dello staff;
- differenze degli interventi psicoterapeutici brevi rispetto al setting classico: rapida formazione dell'alleanza terapeutica, utilizzo in un primo momento anche della scissione e della proiezione ("idealizzazione" del consulente e temporanea "svalutazione" dei curanti); costruzione di un setting con funzioni di contenimento; cauto confronto delle difese più regressive; facilitazione dei processi di introiezione degli interventi del consulente per favorire difese più adattative; recupero del rapporto in crisi con i curanti e/o con i familiari; miglioramento del test di realtà di pari passo con il ridursi dei meccanismi di difesa più primitivi e con lo stabilirsi di una maggior integrazione tra aspetti scissi del sé.

Il riconoscimento delle dinamiche intrapsichiche ed interpersonali, e l'intervento psicoterapico precoce sono efficaci nella gestione delle crisi della relazione con l'istituzione curante e nella prevenzione dei rischi di scempenso psichico.

Psicoterapia nei disturbi del comportamento alimentare: prevenzione dei fattori perpetuanti

S. Fassino, G. Abbate Daga

Dipartimento di Neuroscienze Università di Torino; SCU Psichiatria, Centro Pilota Regionale Disturbi del Comportamento Alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono disturbi psichiatrici a patogenesi multifattoriale che si caratterizzano per il precoce insorgere di resistenze al trattamento basate su meccanismi difensivi quali la negazione e la razionalizzazione (Vitousek et al., 1998; Fassino et al., 2009). Il riscontro del rifiuto di riconoscere la malattia, della disforia (Kaye et al., 2009), della paura di aumentare di peso, di rituali alimentari sono elementi psicopatologici precoci su cui occorre intervenire per modificare il decorso cronico dei DCA. L'intervento precoce si imbatte tuttavia quasi sempre in una strenua resistenza della paziente – talora manifesta, talora dissimulata – che si oppone con tentativi consci e inconsci per preservare la propria sintomatologia egosintonica. Spesso la famiglia è coinvolta ed invischiata nelle dinamiche del disturbo e può ritardare un intervento adeguato.

Tali elementi possono essere validamente affrontati dal clinico all'interno di una psicoterapia o il più delle volte all'interno di una cura che preveda ed includa un "contesto psicoterapeutico". La comprensione delle dinamiche relazionali attuali, degli aspetti transferali e controtransferali (Kaplan, 2002), delle dinamiche dell'équipe curante – che per prassi consolidata prevede un approccio multidisciplinare – sono elementi necessari per contenere il disagio della paziente e la sua oppositività. L'obiettivo primario è costruire precocemente un'alleanza di lavoro gestendo i sentimenti di rabbia e impotenza che le pazienti anoressiche evocano nello psichiatra/psicoterapeuta. Nel tempo si viene a costituire una relazione più autentica, agevolata dal lavoro psicoterapico sull'attaccamento (Abbate Daga et al., 2010) che procedendo per un percorso caratterizzato da continue rotture e riparazioni mira a deconcretizzare le sensazioni corporee e valorizzare i vissuti circa il proprio corpo (Skardrud, 2007). L'apparenza esterna, apparentemente più importante dell'identità interna, viene riconnessa con gli stati emotivi tramite la ricerca dei significati polisemantici del sintomo. Il counselling alla famiglia è sempre necessario affinché il cambiamento della paziente possa essere correttamente accompagnato da genitori e fratelli (Fassino et al., 2010).

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MASACCIO

S26. Vulnerabilità e *resilience* nei pazienti psicotici

COORDINATORI

S. Vender (Pavia)

Vulnerabilità, resilienza e intervento precoce nelle psicosi

F. Barale, M. Boso, G. Bagnasco, V. Riva, P. Politi

DSSAP, Sezione di Psichiatria, Università di Pavia

In tempi recenti, ricerca e pratica clinica hanno messo in luce come persone giovani a rischio di psicosi o in fase di esordio psicotico possano positivamente giovare di interventi specifici e mirati. Tali interventi possono efficacemente ritardare l'esordio dei quadri psicotici, moderarne la gravità e contrastarne le conseguenze biologiche, psicologiche e sociali. Oltre a ciò, già nella fase in cui la psicosi non è ancora manifesta, è possibile ostacolare il deterioramento nel funzionamento sociale, favorendo la realizzazione di un soddisfacente progetto esistenziale. Gli interventi preventivi e precoci dovrebbero, quindi, rafforzare la "resilienza": individuate situazioni di rischio, essi mirano a rafforzare tutti i fattori protettivi -sia esterni che interni- verso una eventuale evoluzione psicotica.

Da circa un anno, è attivo con questi scopi, presso la nostra unità operativa, il Programma Innovativo "Intervento integrato di presa in carico di soggetti con esordio psicotico e con vulnerabilità clinica per disturbi psicotici" (TR64). Cornice operativa di riferimento del progetto è rappresentata dalla consolidata esperienza dell'Outreach and support in south London (OASIS). L'impostazione anglosassone si interseca poi con l'organizzazione dei Servizi Psichiatri Italia, che caratterizzata da territorialità, presa in carico globale, lavoro in équipe, orientamento sociale e comunitario, si delinea come elemento facilitante per l'avvio e lo sviluppo di programmi di tale genere.

L'attività del nostro centro si articola in diversi punti che comprendono la raccolta delle segnalazioni di pazienti potenzialmente a rischio inviate da vari servizi della provincia di Pavia (consultori ASL, NPI, CPS), le riunioni di équipe sul caso con l'invitante, l'effettuazione dell'assessment e l'accertamento dello stato di rischio attraverso la CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States), strumento validato e internazionalmente usato per questi scopi. Ai soggetti a rischio di psicosi si propone un percorso annuale di psicoterapia con cadenza settimanale e, se necessario, un trattamento farmacologico (es. antidepressivo) ad esso combinato. Al baseline è previsto un assessment neuropsicologico (WAIS, test su fluenza verbale e funzioni esecutive); a cadenze programmate vengono effettuate diverse valutazioni psicopatologiche (colloquio, CAARMS, HAM-A, HAS, PANSS) in momenti definiti (baseline, tre, sei e dodici mesi). Per i soggetti con psicosi iniziale, attraverso un percorso di rete, si organizza il loro invio presso centri idonei (CPS per adulti, Neuropsichiatria Infantile per giovani/adolescenti) e si discutono i risultati della CAARMS con i terapeuti territoriali, affiancando ad essa eventuali altri test utili a completare il quadro (SCID-II, MINI PLUS, HAM-A, HAS, PANSS).

Il principale obiettivo del nostro progetto riguarda l'intervento tempestivo in soggetti ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi e l'organizzazione di un'efficace rete di intervento negli

esordi di quadri psicotici, nel tentativo di accrescere la risposta al trattamento e di elevare l'esito positivo a lungo termine. Seguendo il modello anglosassone, si cerca, inoltre, di monitorare nel tempo, attraverso la suddetta batteria di test, l'andamento del quadro psicopatologico ed il funzionamento neuropsicologico del soggetto.

Bibliografia

Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al. *Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis*. Am J Psychiatry 2005;162:1785.

Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, et al. *Are early detection and secondary prevention feasible? Facts and visions*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254:117-28.

Bird V, Premkumar P, Kendall T, et al. *Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review*. Br J Psychiatry 2010;197:350-6.

Piccinelli M, Politi P, Barale F. *Focus on psychiatry in Italy*. Br J Psychiatry 2002;181:538-44.

Broome MR, Woolley JB, Johns LC, et al. *Outreach and support in south London (OASIS): implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state*. Eur Psychiatry 2005;20:372-8.

Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. *Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.

Fusar-Poli P, Byrne M, Valmaggia L, et al., OASIS Team. *Social dysfunction predicts two years clinical outcome in people at ultra high risk for psychosis*. J Psychiatr Res 2010;44:294-301.

Vulnerabilità genetica e fattori di rischio nel percorso che conduce all'esordio psicotico

M. Ruggeri, S. Tosato, M. Zanoni, C. Bonetto, A. Lasalvia, M. Tansella

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Introduzione: la ricerca nel campo della genetica psichiatrica ha ormai chiarito come l'insorgenza delle psicosi abbia una forte componente ereditaria, stimabile attorno all'80%. Tuttavia, i risultati inconcludenti circa l'identificazione dei geni di suscettibilità alle psicosi e il dato che queste si manifestano solo nel 50% dei gemelli monozigoti di probandi affetti suggerisce che, oltre alla vulnerabilità di tipo genetico, anche fattori di tipo ambientale possano giocare un ruolo rilevante nel determinare l'esordio. In particolare, tra i vari fattori ambientali di rischio, gli eventi stressanti, le complicanze ostetriche e l'utilizzo di cannabis rappresentano fattori in grado di scatenare – su persone dotate di una vulnerabilità genetica di base – un episodio psicotico, anche se è ancora poco chiaro il ruolo relativo che tali fattori rivestono nel modellare le caratteristiche cliniche e la modalità d'esordio.

Metodi: il progetto PICOS (Psychosis Incident Cohort Outcome Study), uno studio naturalistico multicentrico sull'esito dei nuovi casi di psicosi giunti all'attenzione dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Veneto nel triennio 2005-2008, ha l'obiettivo di valutare l'esito clinico e sociale dei pazienti all'esordio psicotico e di indagare il ruolo relativo dei fattori clinici, sociali, genetici e morfo-funzionali cerebrali nel predire l'esito delle psicosi.

I pazienti sono stati valutati al baseline e ai follow-up con una serie di strumenti standardizzati e sono state raccolte informazioni circa gli eventi stressanti, le complicanze ostetriche e l'utilizzo di cannabis. Inoltre, sui pazienti reclutati sono state effettuate indagini di natura genetica sul DNA.

Risultati: nel corso del simposio verranno presentati i dati inerenti il Progetto PICOS. In particolare verranno, all'interno della cornice più ampia degli studi presenti in letteratura, presentati i dati circa l'interazione di tipo epistatico tra i geni nel determinare la presentazione clinica d'esordio e circa i fattori di rischio ambientale. Inoltre, i risultati sembrano supportare l'esistenza di un'associazione tra varianti genetiche e, rispettivamente, sintomi psicopatologici e fattori ambientali, così come un possibile ruolo attivo dell'esposizione a sostanze illecite nell'eziopatogenesi del disturbo psicotico.

Conclusioni: la difficoltà nell'ottenere un quadro chiaro della genetica delle psicosi rispecchia una marcata eterogeneità di tipo clinico e neurobiologico del disturbo. Un approccio multidisciplinare che prenda attentamente in considerazione fattori di rischio di natura sia genetica che ambientale potrebbe rappresentare l'approccio futuro più produttivo e fruttuoso nel comprendere la complessità eziopatogenetica sottesa ai disturbi psichiatrici.

Declinazioni della vulnerabilità: dai sintomi di base alla salienza

A. Ballerini

Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Firenze

I sintomi base individuati e studiati dalla scuola di Bonn (Huber) come vissuti prepresicotici aspecifici, sono stati inseriti da Joachim Klosterkötter come criteri centrali nell'individuazione dei prodromi delle psicosi e quindi come strumenti psicopatologici in progetti di prevenzione e trattamento precoce delle psicosi.

L'alterazione della Saliienza è stata studiata ed individuata (Berndinger et al.) come elemento centrale per comprendere i fenomeni di "Addiction".

L'alterazione della Saliienza è stata messa in relazione da studi di neuroimaging funzionale con una alterazione del funzionamento del sistema dopaminergico, particolarmente a livello del nucleo striato.

L'alterazione del sistema dopaminergico, in particolare del nucleo dello striato, viene considerata la "via finale comune" per quanto riguarda la possibilità di manifestare sintomi psicotici.

Dalla convergenza di questi studi, che partono anche da "territori" molto lontani, sembra che il concetto di "alterazione della salienza" stia diventando la misura più attendibile della vulnerabilità, in quanto si trova vicina sia ai fenomeni psicopatologici sia a fenomeni neurobiologici costituendosi come ponte che unisce le due aree di ricerca.

Bibliografia

- Bechdolf et al. Br J Psychiatry 2005;48(Suppl):s45-8.
Kapur S. Am J Psychiatry 2003.
Robinson TE, Berridge KC. Phil Trans R Soc B 2008;363:3137-46.

Capacità e difficoltà del paziente nell'attenzione clinica del terapeuta

S. Vender

Università dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica-Psichiatria

Lo psichiatra nella valutazione del paziente psicotico è attento ai sintomi, ai segni obiettivi somatici, ai comportamenti, a quanto riferito dai familiari, al fine di giungere ad un possibile inquadramento diagnostico. Nella sua formazione e pratica clinica è portato a considerare meno le capacità del paziente e le sue difficoltà, collegate ai modi utilizzati per superare i sintomi o la crisi psicotica.

Pare opportuno allora pensare la malattia come il risultato di una complessa dinamica in cui hanno parte importante le risposte individuali, le risorse del soggetto, le caratteristiche della persona: gli studi sui *meccanismi di coping* di Lazarus e Folkman, le risorse individuali definite "natural, spontaneous coping skills" (Falloon IHR; Tarrier N; Carr V), che rientrano nel modello di Neuchterlein e Dawson conosciuto come "vulnerability-stress model" per la schizofrenia, sono di aiuto nel ricercare con il paziente, nel trattamento, le vie migliori per lui. Molteplici sono le strategie di coping descritte secondo due diversi approcci (Perona Garcelàn S e Galàn Rodriguez A), uno strutturale ed uno funzionale, distinto quest'ultimo in coping "problem-focused" e "emotion-focused" definiti da Brenner HD et al., come "conscious autoprotective efforts directly oriented to confronting the source of disorder" e come "conscious efforts to deny, isolate oneself from the emotional consequences of the disorder".

Lo psichiatra è coinvolto ormai nella vita quotidiana dei pazienti, nei loro modi di affrontare le vicende esistenziale, per cui talora inconsapevolmente considera poco i fattori che condizionano la "personal resilience" (Tait L), intesa come quella elasticità, che consente al paziente di utilizzare al meglio le proprie risorse. Il "sealing over" oppure l'insight paiono condizionare la resilienza (Vender S. et al.), tuttavia tale osservazione non è costante, perché è nella relazione terapeutica bipersonale (Ferro A e Vender S.) che queste modalità trovano il loro significato diverso da paziente a paziente.

Bibliografia

- Brenner HD, Boker W, Muller J, et al. *On autoprotective efforts of schizophrenic, neurotics and controls.* Acta Psychiatr Scand 1987;75: 405-14.
- Carr V. *Patient's techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study.* Br J Med Psychol 1988;61:339-52.
- Falloon IHR, Talbot RE. *Persistent auditory hallucinations: coping mechanism and application for management.* Psychological Medicine 1981;11:329-39.
- Ferro A, Vender S. *La terra di nessuno fra psichiatria e psicoterapia. Terapia bipersonale nella pratica psichiatrica.* Torino: Bollati Boringhieri 2010.

- ⁵ Lazarus RS, Folkman S. *Coping and adaptation*. In: Gentry WD, editors. *Handbook of Behavioural Medicine*. New York: Guilford Press 1984.
- ⁶ Neuchterlein KH, Dawson ME. *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episode*. *Schizophr Bull* 1984;10:300-12.
- ⁷ Perona Garcelan S, Galan Rodriguez A. *Coping strategies in psychosis: conceptualization and research results*. *Psychology in Spain* 2002;6:26-40.
- ⁸ Tait L, Birchwood M, Trower P. *Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing over (avoidant) coping strategies*. *Br J Psychiatry* 2004;185: 410-5.
- ⁹ Tarrier N. *An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients*. *Br J Clin Psychol* 1987;26:141-3.
- ¹⁰ Vender S, Fraticelli C, Moalli M, Poloni N. *Ampliamento del concetto insight nella terapia del disturbo schizofrenico*. *Giorn Ital Psicopat* 2010;16:27-35.
- ¹¹ Vender S, Poloni N. *L'insight è un fattore prognostico favorevole nella cura della malattia mentale?* *Recenti Progr Med* 2006;97:565-70.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PERUGINO

S27. Il progetto SPES (Supporto Psicosociale Emergenza Sisma)

COORDINATRICE

R. Roncone (L'Aquila)

La sofferenza post-sisma: indagine di popolazione

R. Roncone, R. Pollice, A. Rossi*, M. Di Giannantonio**, M. Casacchia

*Dipartimento di Scienze della Salute, Unità di Neuroscienze, Università dell'Aquila; *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione Psichiatria, Università dell'Aquila; ** Università "D'Annunzio", Chieti*

Il progetto triennale "Programma di Supporto Psicosociale e Tutela della Salute Mentale per l'Emergenza Sisma", SPES, approvato nel maggio 2009 dal Ministero della Salute, finanziato tramite la Regione Abruzzo e la ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila e la ASL di Chieti, (coordinamento scientifico Massimo Casacchia e Massimo Di Giannantonio), si sviluppa su 3 diverse aree di intervento per valutare la sofferenza psichica della popolazione aquilana esposta al sisma del 6 aprile 2009. La prima area è relativa alla valutazione del disagio psichico nella popolazione generale; la seconda area di intervento è destinata alla collaborazione con i medici di medicina generale ed al miglioramento delle loro competenze nella gestione psicologica degli eventi traumatici; la terza area è indirizzata ai servizi di salute mentale con l'offerta per gli operatori di opportunità formative che possano ampliare la gamma degli interventi efficaci sostenuti da evidenze scientifiche da erogare agli utenti.

Gli Autori illustreranno in particolare lo sviluppo del progetto inerente la prima area, riportando i risultati dell'indagine sulla popolazione generale delle valutazioni effettuate a 18 mesi tramite invio postale di una specifica ed agile batteria di strumenti valutativi relativi alle condizioni psicologiche post-sisma.

Dalla farmaco epidemiologia all'appropriatezza prescrittiva nelle emergenze post-sisma

A. Rossi, P. Stratta*, R. Maggio**, F. Allegrini***

*Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione Psichiatria, Università dell'Aquila; *ASL dell'Aquila, Dipartimento di Salute Mentale; **Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Farmacologia, Università dell'Aquila; ***ASL dell'Aquila, UO di Farmacia*

Introduzione: i disastri naturali rappresentano condizioni di emergenza del Sistema Sanitario Nazionale con conseguenze dirette ed indirette sulla salute delle persone colpite. In particolare la letteratura segnala un aumento dei disturbi emotivi con conseguente aumento delle prescrizioni psicofarmaci.

Metodo. Obiettivo dello studio è stato l'analisi dei data base amministrativi relativi alle prescrizioni di farmaci antidepressivi (AD) ed antipsicotici (AP) nell'Azienda Sanitaria de L'Aquila nel semestre successivo il terremoto del 6 aprile 2009.

Risultati: il confronto delle variazioni tra i 2 semestri ante-terremoto e quelle tra il semestre pre e quello post riporta un aumento di nuovi casi trattati con AD del 37% e di nuovi casi trattati con AP del 129%. Si osserva un aumento delle prescrizioni associato all'aumento dell'età ed al sesso femminile.

Bibliografia

Rossi A, Stratta P, Allegrini F. *Change in prescription of psychotropic drugs in the aftermath of the L'Aquila Earthquake*. *Psychiatric Services* (in press August 2010).

Rossi A, Stratta P, Maggio R, et al. *Un'analisi delle prescrizioni di farmaci antidepressivi e antipsicotici nell'ASL de L'Aquila nei 6 mesi dopo il sisma*. *Bollettino SIFO* 2010;2:55-8.

Il progetto aquilano “Salute e benessere dopo l’aprile 2009”: la formazione del medico di famiglia nelle situazioni di emergenza e negli eventi traumatici

R. Mollica, J. Lavelle¹, A. Rossi², R. Roncone³, G. Muscettola⁴, R. Pollice³, W. Palumbo⁵, P. Evangelista⁶, M. Malavolta⁷, M. Colatei⁷, L. Verni⁷, V. Bianchini⁷, N. Giordani Paesani⁷, I. De Lauretis⁷, I. Santini⁷, A. Tosone⁷, S. D’Onofrio⁷, M. Casacchia³

Direttore dell’Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) del Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, USA; ¹ *Direttore dell’International Programs and Community Organizing for the Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT), Boston, USA;* ² *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione Psichiatria, Università dell’Aquila;* ³ *Dipartimento di Scienze della Salute, Unità di Neuroscienze, Università dell’Aquila;* ⁴ *Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli “Federico II”;* ⁵ *Segretario Regione Abruzzo Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, FIMMG;* ⁶ *Medico di Medicina Generale, L’Aquila;* ⁷ *Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell’Aquila*

Il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito la città di L’Aquila e il suo circondario ha visto i medici di Medicina Generale, operanti in tali sedi e quelli intervenuti da altre località, affrontare, in forma associata obbligata in strutture improvvisate, le necessità assistenziali semplici e complesse di un numero impressionante di pazienti che all’improvviso avevano perso il consolidato rapporto fiduciario con il proprio medico di famiglia finendo per peggiorare il loro stato psico-fisico.

Una risposta immediata ed efficace da parte di una categoria medica locale che, pur supportata dalla presenza di altri colleghi provenienti da più parti dell’Abruzzo e dell’Italia, ha dimostrato che il modello associativo strutturato (nuclei di cure primarie, ecc.) esistente in quella città e nei paesi limitrofi già prima del sisma, ha dimostrato di saper affrontare al meglio in équipe le criticità assistenziali sorte nell’immediatezza della catastrofe. La creazione delle associazioni mediche ha, infatti, portato alla scomparsa della figura storica del “medico condotto” per lasciare il posto ad aggregazioni funzionali multidisciplinari e con diverse professionalità, quali le associazioni, le équipe territoriali, le reti di medici, i Nuclei di Cure Primarie (NCP), le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). L’Aquila, fra le poche in Italia, unica in Abruzzo, aveva realizzato tali aggregazioni coinvolgendo la quasi totalità dei MdF. Tale assetto organizzativo si è rivelato prezioso nel tragico evento del 6 aprile 2009. Nella popolazione terremotata è stato riscontrato un aumento del BMI, della pressione arteriosa e delle tireopatie, con un aumento della prevalenza della Sindrome Metabolica.

Nell’ambito dell’UTAP dell’Aquila è stato inoltre effettuato sugli afferenti uno specifico intervento di valutazione del disagio psichico post-sisma per la durata di un mese (metà novembre-metà dicembre 2009), con il coinvolgimento della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell’Università dell’Aquila, che ha mostrato un alto grado di sofferenza psicologica. La stretta collaborazione con i medici di Medicina Generale dell’Aquila e dell’Abruzzo ha portato alla partecipazione al Progetto “Sa-

lute e benessere dopo l’aprile del 2009”, progetto che nasce da una proficua collaborazione dell’Unità di Psichiatria dell’Università dell’Aquila e della sezione abruzzese della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale con l’équipe americana dell’Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard University, Boston, specializzata nelle conseguenze psichiatriche dei gravi traumi e delle catastrofi. Importante fase di questo progetto è stata rappresentata dal training residenziale nel mese di settembre 2010 della durata di 16 ore, articolato in 2 giornate con la partecipazione di circa 50 medici di medicina generale e specializzandi in psichiatria/uditori. Obiettivi del corso erano: aggiornare i medici di medicina generale sullo stato dell’arte in riferimento ai principi della Salute Mentale basata sulle Prove di Efficacia (evidence-based mental health/medicine, EBM) culturalmente validi per la comunità abruzzese; insegnare le abilità EBM nell’identificazione, diagnosi e trattamento dei disturbi emotivi.

Gli Autori presenteranno i dati relativi agli esiti di tale corso di formazione in termini di apprendimento e riferite modalità di intervento nella pratica quotidiana.

The trauma of psychosis: post-traumatic stress disorder and recent onset psychosis

K.T. Mueser

Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, USA

Clinical investigators have argued that the experience of a recent onset of psychosis is an event of such severity that it can lead to posttraumatic stress disorder (PTSD), or at least to PTSD symptoms. The traumagenic elements of the psychotic experience may relate to the distressing nature of psychotic symptoms, components of treatment, or both. However, this hypotheses has not been fully empirically evaluated. In particular, the importance of the DSM-IV A1 (perception of threat) and A2 (negative emotion at time of event) criteria for a traumatic event due to a psychotic episode has not been assessed. To address this question, 38 clients in treatment for recent onset of psychosis were interviewed to identify distressing experiences related to the episode, with PTSD assessed (including A1/A2 criteria) related to those events. More than one-half of the participants reported intense distress related to psychotic symptoms or treatment experiences, with 66% meeting symptom criteria for the PTSD syndrome (regardless of A1/A2), and 39% meeting full diagnostic criteria for PTSD (including A1/A2). Both participants with the PTSD syndrome and full PTSD reported more problems in daily functioning and more severe symptoms than those without PTSD. Participants with the PTSD syndrome were also more likely to have an integrative rather than sealing over coping style compared to those without the PTSD syndrome. The results suggest that individuals with PTSD symptoms related to a recent onset of psychosis may benefit from intervention designed to help them integrate their experience into their lives and address potentially stigmatizing beliefs that could contribute to distress and impaired functioning.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BRAMANTE

S28. L'identificazione dei fattori di rischio per i disturbi psichiatrici: una prospettiva multidisciplinare

COORDINATORE

A. De Capua (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

Fenomenologia della vulnerabilità alla schizofrenia

G. Stanghellini

Dipartimento di Scienze Biomediche, Università "G. d'Annunzio", Chieti

Discuterò, tra i principali problemi aperti nella caratterizzazione della vulnerabilità alla schizofrenia - la definizione delle caratteristiche fenomeniche dei sintomi primari, della personalità predisposta alla schizofrenia, e del substrato neurobiologico di entrambe - i principali contributi che riguardano il primo campo di indagine, cioè l'analisi delle modificazioni del campo di esperienza che si manifestano prima dell'insorgere dei quadri schizofrenici conclamati. Uno sviluppo particolarmente significativo di questi studi è la concettualizzazione della depersonalizzazione auto-, somato- e allopsichica che caratterizza le fasi premorbose come una profonda alterazione della modalità pre-riflessiva di coscienza di sé detto *ipseità*: il sentimento dell'essere incarnato in se stesso. La crisi dell'*ipseità* sarà analizzata in quanto ipotetico nucleo fondamentale della vulnerabilità alla schizofrenia.

Il contributo delle neuroscienze cognitive

A. De Capua

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena; Dipartimento di Salute Mentale, Siena

I molteplici contributi delle neuroscienze cognitive, documentati anche dall'ampia e recente letteratura in merito, hanno guidato numerosi ricercatori verso un modello di malattia mentale che tende ad andare oltre il tradizionale riduzionismo biologico. I più recenti studi, specie quelli riguardanti l'influenza dell'assetto genico sui disturbi mentali, hanno mostrato chiaramente come questi ultimi derivino da una complessa interazione tra suscettibilità genetica ed eventi ambientali. Da alcuni anni si è arrivati ad ipotizzare la presenza di strutture intermedie come gli endofenotipi, caratterizzati da ereditabilità, oggettività e misurabilità, capaci di rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi poligenici ad un livello biologico ben diverso da quello relativo ai fenotipi clinici e comportamentali. È stato infatti ipotizzato come l'approccio ai disturbi psichiatrici basato sul modello degli endofenotipi possa risultare utile sia nell'ottica di un eventuale trattamento sia ai fini di un più ampio chiarimento della loro complessa eziopatogenesi. In tale prospettiva l'utilizzo delle più recenti tecniche di indagine funzionale del cervello potrebbe risultare utile all'identificazione di fattori di rischio per patologie psichiatriche potendo rappresentare inoltre un valido complemento ai contributi forniti in tale ambito dalla psicopatologia e più in generale dalla pratica clinica. Studi recenti hanno infatti ipotizzato la possibilità di

utilizzare, oltre alle già note tecniche di imaging funzionale, anche la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) a singolo e doppio stimolo per lo studio dei substrati neurofisiopatologici di tali patologie, come per altro confermato dalle recenti applicazioni di tale metodica nello studio delle basi neurofisiopatologiche dei disturbi dell'umore e dei disturbi d'ansia con particolare riferimento al disturbo post traumatico da Stress (PTSD) e alle possibili implicazioni dei neurotrasmettitori GABA e glutammato nella fisiopatologia di tale disturbo con le conseguenti potenziali implicazioni terapeutiche.

Esperienza soggettiva e vulnerabilità schizofrenica

E. Bove, M. Rossi Monti

Dipartimento di Scienze dell'Uomo, Università di Urbino

Negli ultimi anni si sta investendo molto sull'identificazione e il trattamento precoce di soggetti al primo episodio psicotico, poiché si crede che un intervento tempestivo migliori la prognosi e diminuisca i costi per la gestione clinica della schizofrenia. L'interesse per questo ambito di ricerca è testimoniato dalla proposta di inserire nel DSM-5 una sindrome caratterizzata da sintomi psicotici attenuati, che darebbe la possibilità di identificare con più facilità quegli individui a rischio di sviluppare un disturbo psicotico. In sostanza si tratterebbe di cogliere i sintomi psicotici in statu nascendi. Tuttavia, esistono degli indicatori di vulnerabilità, costituiti da lievi disturbi dell'esperienza, visibili anche molti anni prima del primo esordio psicotico, che possono dirci qualcosa non solo sull'eventualità di uno scompensamento, ma anche sull'eziologia della schizofrenia e sulla struttura su cui il disturbo si appoggia. Sembra che queste esperienze siano presenti per la maggior parte del tempo, nel lungo decorso del disturbo, e probabilmente sono connesse più direttamente alle basi genetiche della schizofrenia. Lo studio di queste esperienze disturbanti, denominate Sintomi di Base, insieme alle altre dimensioni della vulnerabilità alla schizofrenia, può aiutare a ricomporre il puzzle di un disturbo ancora oggi enigmatico.

L'identificazione dei fattori di rischio: il contributo della psichiatria darwiniana

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma Tor Vergata

Scopo di questa relazione è quello di delineare una cornice teorica basata sulla teoria dell'evoluzione che possa essere utile per meglio definire il concetto di fattore di rischio per i disturbi psichiatrici. I fattori di rischio possono essere di natura genetica o di natura ambientale. L'interazione tra questi due ordini di

fattori è implicata nell'ezio-patogenesi della maggior parte dei disturbi psichiatrici. In questa relazione saranno presi in esame soprattutto i fattori di rischio di natura ambientale, con discussione marginale dei fattori genetici. Secondo la prospettiva della psichiatria darwiniana, può considerarsi come fattore di rischio qualunque accadimento che interferisca con lo svolgimento delle strategie comportamentali che si sono evolute per consentire il raggiungimento degli scopi biologici. La risposta a tale interferenza è lo stress inteso come processo fisiologico che include reazioni organiche, psicologiche e comportamentali. Tali reazioni rappresentano un tentativo di adattamento a circostanze sfavorevoli che, nell'ambiente di adattamento evolutivo di *Homo sapiens*, correlavano con una riduzione della fitness inclusiva. Il modello evolutivistico dello stress consente di formulare alcune previsioni riguardo all'impatto patogeno

degli specifici eventi di vita in relazione alle caratteristiche individuali. Quanto maggiore è per l'individuo l'importanza biologica dello scopo il cui raggiungimento è minacciato dal fattore di rischio, tanto maggiore sarà l'impatto patogeno dell'evento stesso. Poiché, al di là dei valori individuali culturalmente determinati, gli individui di differente età e sesso attribuiscono differenti priorità ai diversi scopi biologici, ci si può attendere che l'impatto patogeno degli stessi eventi stressanti vari a seconda di queste caratteristiche individuali come indicato dalla capacità dell'evento di precipitare l'esordio di diversi disturbi psichiatrici. Verranno passati in rassegna dati clinici ed epidemiologici che confermano le previsioni di cui sopra e che evidenziano una vulnerabilità depressiva diversa negli uomini e nelle donne che hanno subito gli stessi eventi stressanti di natura interpersonale e riproduttiva.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA MANTEGNA

S29. Disturbi mentali e comportamentali nel bambino, nell'adolescente e nel giovane adulto: epidemiologia e implicazioni cliniche

COORDINATORE
E. Caffo (Modena)

The developmental course of psychopathology from childhood into adulthood

F.C. Verhulst

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Sophia Children's Hospital/Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands

Knowledge about the developmental course of child psychopathology is relevant to clinicians and researchers by looking forwards from childhood into adulthood as well as by looking backwards from adulthood to childhood. From a methodological point of view, the most straightforward way to study the developmental course of child psychopathology is to study child problems in a prospective, longitudinal way in the general population across many years and using assessment procedures that are comparable across time. This will be the topic of this presentation. Data will be presented from the Zuid-Holland Longitudinal Study. We followed-up a sample of 2076 children and adolescents from 4-16 years of age across a period of 24 years. Using the same type of assessment procedures it was possible to study continuities and discontinuities of psychopathology in nearly seventy percent of the original sample from childhood way into adulthood. Because part of the sample have in the meantime become parent themselves, it was also possible to determine the intergenerational transmission of child problem behaviour. Although child psychopathology was predictive of adult psychopathology over an extended period of time, the majority of children and adolescents in the general population who had problems do not show significant problems anymore 24 years later. Externalizing problems were the

most predictive of later problems, although childhood anxiety was also predictive of later problems over a 24 year period. Noteworthy was the finding that ADHD problems in children or adolescents were not predictive of later problems once the role of comorbidity with externalizing problems was corrected for. Children with problems for whom professional help was sought had a poorer prognosis than children with comparable levels of problems who had not been referred. This is discussed in the light of selection by treatment. It was also shown that childhood problems were transmitted across generations.

Le stime di prevalenza dei disturbi psichiatrici negli adolescenti italiani secondo lo studio PRISMA: una comparazione con le stime di prevalenza dei disturbi in età adulta

G. de Girolamo

IRCCS Fatebenefratelli, Brescia

Background: i dati epidemiologici sulla prevalenza dei disturbi mentali in età evolutiva sono insufficienti. Un'efficace pianificazione dei servizi dipende da accurate stime iniziali sulla prevalenza dei disturbi.

Scopi: stimare la prevalenza e i correlati individuali e famigliari dei problemi emotivo-comportamentali e dei disturbi mentali in un campione di adolescenti italiani di età compresa tra i 10 e i 14 anni e compararli con i dati di prevalenza raccolti tra soggetti in età adulta.

Metodo: è stato utilizzato un disegno a due fasi in base al quale, nella prima fase, è stato impiegato uno strumento di screening

dei problemi emotivo-comportamentali (CBCL) su un campione di 3.418 soggetti e, nella seconda fase, un'intervista diagnostica (DAWBA) che consente di diagnosticare i più comuni disturbi mentali secondo i criteri del DSM-IV e del ICD-10. L'intervista è stata somministrata a un campione di 631 soggetti.

Risultati: è emersa una prevalenza di problemi emotivo-comportamentali valutati attraverso la CBCL pari al 9,8% (CI 8,8-10,8%) e dei disturbi mentali pari al 8,2% (CI 4,2-12,3%). I disturbi emotivi (6,5% CI 2,2-10,8%) sono più comuni di quelli esternalizzati (1,2% CI 0,2-2,3%). Le stime di prevalenza aumentano significativamente con l'età nelle ragazze; inoltre, condizioni come vivere con un solo genitore, una bassa istruzione materna e un basso reddito risultano significativamente associate alla psicopatologia. Le stime di prevalenza succitate sono in linea con i risultati di studi condotti in età adulta.

Conclusioni: un adolescente circa su 10 manifesta problemi psicologici. L'attenzione degli insegnanti e dei clinici dovrebbe focalizzarsi sui ragazzi che vivono con un solo genitore e su quelli che sperimentano situazioni socio-economiche svantaggiate.

Continuità e discontinuità dei disturbi psichiatrici con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza nell'età adulta

P. Stagi

UO di NPIA - DSM, Azienda USL di Modena

In letteratura sono disponibili numerosi studi longitudinali, con *follow up* di medio-lungo periodo, sull'evoluzione dei disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza relativi a specifiche categorie diagnostiche o a tematiche di particolare rilevanza sociale (bullismo, criminalità giovanile, abuso di sostanze, suicidio). Tali studi includono campioni eterogenei per età e provenienza.

Ben più rare sono le ricerche epidemiologiche longitudinali eseguite su popolazioni di bambini e adolescenti reclutati sulla base del territorio di residenza (*population based, area based*). Il presente studio longitudinale retrospettivo si basa sull'analisi di oltre 35.000 bambini e adolescenti consecutivamente afferiti ai servizi di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) di due province della Regione Emilia-Romagna nel periodo 1995-2008. Partendo da tale base-dati sarà analizzata: l'incidenza e la prevalenza dei principali disturbi mentali e comportamentali dell'età evolutiva; la continuità e l'impatto di tali disturbi sulla morbilità psichiatrica dell'età adulta. Evidenze preliminari rivelano che circa il 20% dei disturbi con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza hanno un'evoluzione

clinica in età adulta (Reef, 2009; Stagi, 2009). Si cercherà inoltre di individuare, tra i disturbi neuropsichici diagnosticati nella popolazione campione sopra descritta, quali siano maggiormente predittivi dei disturbi mentali e comportamentali dell'età giovanile e adulta.

Infine si applicherà lo strumento dell'analisi epidemiologica alla medesima popolazione campione per verificare l'ipotesi che nell'ultimo decennio vi sia stato un significativo incremento nell'incidenza dei disturbi dello spettro autistico (disturbi pervasivi dello sviluppo) e dei disturbi dell'umore, come da più fonti ipotizzato.

Early-adult outcome of child and adolescent mental disorders: a Danish register-based cohort study

A. Castagnini, P. Hove Thomsen

Centre for Psychiatric Research, Aarhus University, Risskov, DK

Background: child and adolescent mental disorders may show continuities over time and increase the risk for later psychiatric morbidity with implications for diagnostic classification, mental health planning and prevention of adult mental disorders.

Method: admission/contact patterns of all subjects aged 7-15 years who were first enrolled in the Danish psychiatric register with ICD-10 F00-F99 diagnosis between 1995 and 1997 were examined to identify any disorder for which they were referred for treatment after the age of 17 years by 2006.

Results: a total of 5149 cases, 3153 (61.2%) males and 1996 (38.8%) females, were admitted to hospital or attended out-patient services in 1995-97, accounting for annual rates respectively of 403.6 and 267.7 per 100.000 population. Neurodevelopment and conduct disorders showed a characteristic male preponderance, while affective, emotional/neurotic and eating disorders were more common in females.

The majority (54%) of those being studied were re-admitted or attended out-patient services on at least one further occasion. In their last admission/contact on average at the age of 21 years ($n = 1119$, 21.7%), females were significantly more likely than males to be referred for treatment (30.2% vs. 16.4%; $p < 0.001$). Personality disorders (17.3%), schizophrenia and related disorders (14.9%), stress-related and adjustment disorders (13.8%), and affective disorders (9.5%) were the principal diagnostic groups.

Conclusions: although these findings suggest that females were more likely than males to have developed mental disorders in early adulthood, the relationship with diagnostic categories at 7-15 years remains uncertain.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA TINTORETTO

S30. La valutazione dei prodromi psicotici

COORDINATORE

R. Tatarelli (Roma)

Le validità dei diversi approcci ai prodromi delle psicosi

A. Comparelli, V. Savoia

Dipartimento NESMOS, Sapienza Università di Roma, II Facoltà di Medicina, Ospedale Sant'Andrea, Roma

Introduzione: gli approcci ai prodromi psicotici risentono di due concettualizzazioni, cioè quella dei sintomi di base (BS) e quella dei sintomi prepsicotici positivi recenti e del rischio genetico. La prima concettualizzazione affonda le sue radici nella psicopatologia tedesca, mentre la seconda segue un filone più pratico, anglosassone, principalmente basato sul lavoro pionieristico di due gruppi di ricerca, uno statunitense ed uno australiano. La loro validità predittiva è stata provata su ampi campioni e ha messo in evidenza un basso tasso di transizione per le popolazioni identificate a rischio per entrambi gli approcci. Il limitato potere discriminativo di entrambi i metodi ha indotto i ricercatori di combinare i criteri di entrambi approcci al fine di incrementare il potere predittivo.

Materiali e Metodi: abbiamo condotto un'indagine approfondita sull'uso in letteratura delle principali scale impiegate nella ricerca sui prodromi psicotici. Per l'approccio dei sintomi di base abbiamo indagato la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS, Gross et al., 1987), il Frankfurter Beschwerde Fragebogen (FBF, Süllwold, 1977) e il più recente Schizophrenia Proneness Instrument-Adult version (SPI-A, Schultze-Lutter et al., 2007). Per l'approccio anglosassone abbiamo valutato gli studi centrati su uno dei due seguenti strumenti, il "Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States" (CAARMS) (Phillips et al., 2002) e la Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) (Miller et al., 2003). Abbiamo considerato gli studi che avessero i dati sulla transizione a psicosi dei pazienti a rischio e di quelli non a rischio per ciascuno degli approcci e per ambedue combinati. I dati sono stati confrontati.

Risultati: la BSABS ha evidenziato il 100% di sensibilità e il 45% di specificità e il potere di predire positivamente la psicosi nel 77% dei casi a 8 anni di distanza. L'FBF non è stata predittiva, ma è stata usata come scala qualitativa. La SPI-A identifica circa il 23% del tasso di transizione nel primo anno e di circa 80% oltre i 3 anni. Con la CAARMS si è rilevato inizialmente una transizione del 40% a un anno, che si è ridotto negli ultimi anni al 12% e al 16% a 2 anni. Con la SIPS, i tassi di transizione sono del 22% a un anno, del 30% a due anni e del 40% a 2 anni e mezzo, con una sensibilità dell'89% e una specificità del 60,2%. Il tasso di transizione rilevato a 18 mesi è del 19%, ma combinando i criteri cognitivi della BSABS con i criteri SIPS il valore predittivo positivo è risultato dell'83%, aumentato rispetto all'impiego dei singoli criteri da soli.

Conclusioni: l'uso combinato di entrambi gli approcci consente di incrementare la validità predittiva degli approcci ai prodromi delle psicosi. Il tasso di transizione rimane contenuto rispetto alla popolazione identificata a rischio, ma forse la validità dell'identificazione del rischio potrebbe estendersi ad altre pos-

sibili transizioni, per cui sarebbe più appropriato di parlare di validità al plurale.

Bibliografia

Gross G, Huber G, Klosterkötter J, et al. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1987.

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, et al. *Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability*. Schizophr Bull 2003;29:703-15, erratum 2004;30:217.

Phillips LJ, Leicester SB, O'Dwyer LE, et al. *The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis*. J Psychiatr Pract 2002;8:255-69.

Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, et al. *Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A)*. Roma: Giovanni Fioriti 2007

Süllwold L. *Symptome schizophrener Erkrankungen: uncharakteristische Basisstörungen*. Berlin: Springer 1977.

Basic symptom at-risk criteria and prediction of first-episode psychosis

F. Schultze-Lutter

University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry, Bern, Switzerland

From the Cologne Early Recognition study prospectively investigating the predictive accuracy of basic symptoms according to the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS), two at-risk criteria have emerged: the at-risk criterion Cognitive-Perceptive Basic Symptoms (COPER) and the high-risk criterion Cognitive Disturbances (COGDIS).

The psychosis-predictive ability of these criteria was confirmed in the evaluation study of the Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version (SPI-A). 38% of the 146 at-risk subjects according to COPER and 39% of the 124 at-risk subjects also meeting the COGDIS criterion developed psychosis between 1 to 48 (12 ± 11) months past baseline. Additionally, in a follow-up of the non-psychotic clientele of the *Früh-Erkennungs- & Therapie-Zentrum für psychische Krisen* (FETZ) between 1998 and 2003, 38% of 203 COPER and 44% of 158 COGDIS subjects developed psychosis between 1 to 64 (15 ± 15) months past baseline. Further, in a retrospective study of 128 first-episode psychosis in-patients, COPER was reported by 80% of the 126 patients reporting any prodromal phase, while of 98 healthy adolescents from the general population, only 8% reported any one COPER and only 3% any two COGDIS symptoms having appeared at least once.

Both COPER and COGDIS are able to identify subjects at a high risk of developing psychosis. Further, they appear to be sufficiently frequent prior to onset of the first psychotic episode as well as sufficiently rare in young persons of general population

to be considered as valuable for an early detection of psychosis in samples exceeding those seeking help early at specialized centres.

Development of the SIPS at Yale and the dissemination of prodrome-based services in North America

S.W. Woods

Director, PRIME Clinic, Connecticut Mental Health Center; Professor of Psychiatry, Yale University

In September 1996, my colleague Thomas McGlashan and I had our first conversation about early detection and early intervention in the prospectively-identified risk syndrome, or prodrome, for psychosis. We began to plan a clinical trial to test whether a medication could delay or prevent onset of psychosis and quickly realized that familiar diagnostic and severity-rating instruments used for schizophrenia would have limited utility in this new clinical population. At first we planned on using the newly-developed Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS) from Melbourne, however, we felt that its initial configuration with items borrowed from earlier instruments was inconvenient for rating severity over time. Thus the Structured Interview for Prodromal Syndromes, or SIPS, now renamed the Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes, was born. From the beginning the instrument included a 19-item scale for rating current severity modeled after the PANSS, as well as an algorithm for determining yes vs. no categorical decisions about the presence of the risk syndrome diagnosis and of frank psychosis. The instrument has received a fairly rigorous evaluation of reliability and validity, which will be reviewed. It has been translated into over 15 languages, and is commonly used in most North American and many European sites and elsewhere worldwide. A Handbook describing its use with extensive clinical examples was recently published by Oxford. Similarities and differences from the current CAARMS will be discussed. The integration of the SIPS into risk syndrome research clinics and clinical services in North America will also be described.

Improving prediction of psychosis by combining UHR criteria and cognitive basic symptoms

S. Ruhrmann¹, F. Schultze-Lutter², J. Klosterkötter¹

¹ Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Cologne, Germany; ² University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry, Research Department, Bern, Switzerland

Background: in early detection of psychosis, two approaches that have been developed independently of each other are currently mainly followed: the basic symptom (BS) and ultra-high risk (UHR) approach. We examined if combining the two criteria would increase predictive accuracy.

Methods: the prognostic value of single criteria (attenuated psychotic symptoms, APS; brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS; risk factor plus functional decline; RISK; cognitive-perceptive basic symptoms, COPER; cognitive disturbances, COGDIS) and their combination was explored in two large samples. *Sample I:* 245 help-seeking participants of the naturalistic multi-center European Prediction of Psychosis Study (EPOS) included by UHR or COGDIS. *Sample II:* 246 participants of a follow-up study of patients having sought help in the FETZ between 1998 and 2003. The follow-up period was on average 3.4 (SD = 2.2, MD = 3.6) years: 1.3 (SD = 1.2, MD = 0.8) in the conversion group with time of conversion serving as end point and 4.5 (SD = 1.7, MD = 4.5) in the non-conversion group with time of follow-up interview serving as end point.

Results: in both samples, the combination of APS and COGDIS outperformed single criteria or UHR and BS criteria alone. In sample I, the 18-month hazard rate was 18% in those with only UHR and 22% in those with both criteria. In sample II, the group with combined criteria showed the highest transition rate and the shortest time to transition; the survival curve differed significantly from the other conditions

Discussion: the combination of APS and COGDIS is recommended as inclusion criteria for future early detection study and might serve as a reliable starting point for further risk assessments including also non-specific variables such as functional decline.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40
SALA PINTURICCHIO

S31. Nuove evidenze della ricerca sulla depressione bipolare e le sue terapie

COORDINATORI

A. Koukopoulos (Roma), P. Girardi (Roma)

La depressione mista

A. Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

La depressione tipica, chiamata oggi depressione maggiore secondo il DSM, è caratterizzata da tristezza, apatia, mancanza di

interessi, anedonia e inibizione psicomotoria: il paziente è rallentato e parla poco e lentamente. Ci sono però depressioni che in un quadro di depressione dell'umore e incapacità di compiere il loro lavoro sono agitate, piene di ansia e di angoscia. Spesso l'agitazione è anche psicomotoria, camminano sù e giù, sono irrequieti, si lamentano ad alta voce, piangono, sono irri-

tabili. Altre volte l'agitazione è soprattutto interna: sentono una grande agitazione dentro il loro petto oppure una grande rabbia. Kraepelin aveva incluso nei suoi Stati Misti due forme di depressione mista: la depressione agitata e la depressione con fuga delle idee (senza agitazione psicomotoria).

Nella preparazione del DSM-III si era voluta distinguere la depressione con agitazione psicomotoria con questi criteri adeguati. Alla fine non è stata inclusa e la Depressione Maggiore al criterio 5 include sia le sindromi agitate sia quelle rallentate. Questo ha portato i medici a trattare nello stesso modo cioè con antidepressivi tutte e due le forme. Il risultato è spesso disastroso per le depressioni miste: peggiorano, l'agitazione e la sofferenza aumentano e insorgono o si aggravano le idee di suicidio. Nei 212 casi che presentiamo qui ben 113 erano stati indotti o peggiorati dagli antidepressivi. Le depressioni miste, avendo forti elementi di eccitazione nervosa, dovrebbero essere curate con Litio, neurolettici, antipsicotici e antiepilettici almeno finché l'agitazione non si sia calmata.

La terapia elettroconvulsivante e la TMS

G. Minnai

DSM Oristano, Ospedale San Martino

Malgrado i notevoli progressi, degli ultimi decenni, i risultati terapeutici sono negativi per molti pazienti sofferenti di depressione e di disturbi bipolari. Il numero dei suicidi non diminuisce, le forme croniche come i rapidi ciclici e le depressioni resistenti e le invalidità civili sono in continuo aumento. Questi dati preoccupanti hanno rinnovato l'interesse per la terapia elettroconvulsivante e molti psichiatri sono meno influenzati dai pregiudizi ideologici del passato. Anche l'atteggiamento dell'opinione pubblica sta cambiando. Le indicazioni della terapia elettroconvulsivante nell'ambito del disturbo bipolare sono molte e soprattutto riguardano le forme più gravi e più pericolose. Prima di tutto quando è urgente avere una risposta rapida e sicura come nei casi ad alto rischio di suicidio o pazienti defedati o stati catatonici o stuporosi o manie confuse resistenti alle cure farmacologiche. Le gravi depressioni psicotiche rispondono bene fin al 90% dei casi. Ugualmente bene rispondono gli stati misti spesso difficili da curare farmacologicamente. Un'importante indicazione sono le depressioni miste post partum a rischio di suicidio e/o infanticidio e le depressioni a rischio di suicidio durante i primi mesi di gravidanza. L'indicazione più frequente è naturalmente la depressione resistente alle cure farmacologiche. In effetti in questi casi non bisognerebbe insistere con numerosi cicli di antidepressivi ma proporre l'ECT molto prima.

Alla fine saranno presentati i dati sull'efficacia della TMS.

Trattamento a lungo termine con litio nella depressione bipolare

L. Tondo

Centro Bini per i disturbi dell'umore, Cagliari; Lecturer in Psychiatry, Harvard Medical School-McLean Hospital, Boston

La fasi depressive costituiscono la componente più prevalente del disturbo bipolare (BPD; tipo I e II) con circa il 40% di

morbilità. Questa condizione è particolarmente problematica in quanto si associa a inabilità funzionale e aumento di rischio di suicidio. La sua gestione offre alcuni spunti da considerare: a) riconoscimento; b) collocazione all'interno della sequenza del ciclo maniaco-depressivo; c) presenza concomitante di altre sindromi; d) rischio di comportamenti suicidari; e) trattamenti delle sindromi depressive e f) prevenzione a lungo termine.

Un migliore riconoscimento della depressione bipolare inizia con l'identificazione di episodi ipomaniacali soprattutto in presenza di più episodi di un disturbo depressivo ricorrente.

Lo studio della sequenza del ciclo maniaco-depressivo può indicare se una depressione precede o segue una fase maniacale. Nel primo caso, frequentemente nel BPD-II, gli antidepressivi presentano un più elevato rischio di switch maniacale e di accelerazione dei cicli rispetto al secondo caso.

La presenza concomitante di altre sindromi (con abuso di sostanze o ansiose) possono diminuire la risposta ai trattamenti.

Il rischio di suicidio all'interno del BPD è considerato circa 20 volte più frequente che nella popolazione generale e la diagnosi di BPD è presente in circa la metà di tutti i suicidi. Inoltre, circa l'80% degli atti suicidari avvengono durante la fase depressiva del disturbo bipolare con un rischio di suicidio superiore a quello del disturbo depressivo ricorrente. I trattamenti antidepressivi potrebbero aumentare questo rischio.

L'uso di antidepressivi nella depressione bipolare è anche discutibile in relazione al rischio della comparsa di una sindrome ipo/maniacale stimata in circa il 13% dei casi nel disturbo bipolare e inferiore al 5% in quello unipolare.

Il trattamento a lungo termine con sali di litio si è dimostrato efficace nella prevenzione di ricadute sia maniacali che depressive, ma anche in una riduzione del rischio suicidario pari all'80% non presente con altri trattamenti. Una prevenzione delle sole ricadute depressive è presente anche durante un trattamento con quetiapina o lamotrigina.

Uso degli antidepressivi nella depressione bipolare

G. Sani

NESMOS Sapienza Università, Ospedale S. Andrea, Roma

La terapia della depressione bipolare è una sfida ancora aperta. Uno delle questioni maggiormente dibattute riguarda l'utilizzo degli antidepressivi. Se ormai tutte le linee guida internazionali concordano sul fatto che, quando usati, devono essere utilizzati insieme a farmaci stabilizzatori dell'umore, diverse sono le opinioni riguardo dosi e tempi di somministrazione. Recenti dati di letterature, inoltre, evidenziano come non vi sia alcun vantaggio, almeno nel lungo termine, nell'usare gli antidepressivi in pazienti con depressione bipolare. Accelerazione del ciclo, destabilizzazione dell'umore, switch in ipomania o mania e induzione di agitazione e stati misti sono i principali rischi associati all'uso degli antidepressivi in questi pazienti. L'aumento del rischio di suicidalità associato all'uso di farmaci antidepressivi è, inoltre, sensibilmente più elevato nel trattamento di depressioni bipolari. La depressione bipolare, infine, non dovrebbe essere considerata in modo unico. Molti fattori clinici, come la frequenza delle ricadute, il temperamento premorbo del paziente e il ciclo maniaco-depressivo, danno ad ogni depressione bipolare caratteristiche peculiari. Le diverse implicazioni terapeutiche verranno prese in esame.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BRAMANTE

S32. Nuove prospettive psicopatologiche nelle dipendenze comportamentali

COORDINATORI

L. Janiri (Roma), M. di Giannantonio (Chieti)

Pathological Gambling (PG) e disfunzione dei meccanismi di reward

S. Pallanti

Università di Firenze

Negli ultimi 5 anni, la mole di ricerche sul gioco d'azzardo patologico è cresciuta in maniera significativa e molti studi condotti in questo ambito, hanno messo a disposizione una serie di opzioni di trattamento tali da poter migliorare, in maniera apprezzabile, la vita dei pazienti che presentano un comportamento patologico legato al gioco d'azzardo. Il gioco d'azzardo patologico è una patologia diffusa (con stime che superano quelle del disturbo bipolare e della schizofrenia) e che presenta una significativa comorbidità (perdita dell'autostima, disturbi da uso di sostanze, difficoltà legali e finanziarie, stress per quanto riguarda relazioni e famiglia, nonché rischio suicidario).

Studi di neuroimaging funzionale e challenge farmacologici hanno di recente consentito di esplorare le dimensioni neurofunzionali coinvolte e di giungere alla proposta di modelli.

Nuove prospettive psicopatologiche nelle dipendenze comportamentali

D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

L'epoca in cui viviamo presenta realtà psicopatologiche estremamente variegata in cui persino il confine tra normalità e patologia risulta sottile. Nell'ambito delle dipendenze comportamentali questo confine appare ancora più sfumato, essendo queste strettamente correlate ai modelli di vita contemporanei. Le dimensioni psicopatologiche da un lato seguono i rapidi mutamenti che avvengono nella società e dall'altro sono ancorate alla tematica generale della gratificazione immediata. Tra le dipendenze comportamentali l'Internet addiction rappresenta un esempio chiaro di come le modificazioni tecnologiche abbiano prepotentemente investito la vita quotidiana. Spazio e tempo perdono le caratteristiche salienti per confondersi in una dimensione senza limiti e confini. Inevitabilmente anche le relazioni affettive subiscono l'influenza di queste mutazioni; la facilità con cui entriamo in relazione con gli altri tramite web ci spinge a ritenere che con altrettanta rapidità e facilità possiamo creare legami o interromperli nella vita reale, appiattendolo ed uniformando le esperienze e svuotandole delle peculiarità individuali. Aspetti analoghi sono implicati in altre aree di dipendenze patologiche, come il gioco d'azzardo, la dipendenza sessuale, la dipendenza relazionale. Oltre a segnalare un vistoso cambiamento della sensibilità e dello stile di vita,

tali ambiti della clinica contemporanea consentono di cogliere una serie molto ampia di determinanti psicopatologiche che la ricerca recente non ha mancato di evidenziare: tali devono essere considerate le componenti aleatorie, con le relative problematiche inerenti la precaria regolazione affettiva dei soggetti *addict*, la vulnerabilità allo stress, la tendenza dissociativa e, non ultimi, gli aspetti compulsivo-impulsivi, che rappresentano significativa determinante delle condotte additive. Infine lo studio della comorbidità psicopatologica risulta fattore imprescindibile non solo per una corretta diagnosi psichiatrica ma anche per un intervento terapeutico efficace e non esclusivamente sintomatico.

Le dipendenze comportamentali nei disturbi affettivi: il ruolo dei tratti di personalità

M. Di Nicola, D. Tedeschi, M. Mazza, G. Martinotti, D. Harnic, A. Bruschi, V. Catalano, G. Pozzi, L. Janiri

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

Introduzione: le dipendenze comportamentali definiscono condotte eccessive e incontrollate che provocano disagio psicologico, un danno sociale e lavorativo e talvolta conseguenze legali ed economiche. Pochi studi, ad oggi, hanno indagato l'associazione tra dipendenze comportamentali e disturbi affettivi. Pertanto, gli obiettivi del presente lavoro sono stati: a) investigare la prevalenza di specifiche dipendenze comportamentali in un campione di soggetti con disturbo bipolare confrontato con un gruppo di controllo non clinico; b) esplorare la relazione tra determinate condotte, i livelli di impulsività e le dimensioni temperamentali e caratteriali dei soggetti valutati.

Metodologia: a centocinquanta soggetti con disturbo bipolare (DSM-IV-TR) in fase di eutimia o stabilizzati dal trattamento farmacologico, seguiti in regime ambulatoriale, è stata somministrata una batteria di test per lo screening delle seguenti dipendenze comportamentali: gioco d'azzardo patologico (SOGS), shopping compulsivo (CBS), comportamenti sessuali compulsivi (SAST), uso problematico di Internet (IAD), "workaholism" (WART) e dipendenza da esercizio fisico (EAI). Il Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) e la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) sono state impiegate per valutare i livelli di impulsività e le dimensioni di personalità maggiormente associate alle condotte di dipendenza. Il campione clinico è stato confrontato con 200 soggetti di controllo non clinici, omogenei per caratteristiche socio-demografiche.

Risultati: il 33% dei soggetti con disturbo bipolare ha raggiunto il cut-off per lo screening di almeno una dipendenza comportamentale rispetto al 13% dei controlli non clinici. Nel campione clinico sono emersi punteggi significativamente più elevati ai

test di screening per il gioco d'azzardo patologico ($p < ,001$), lo shopping compulsivo ($p < ,05$) i comportamenti sessuali compulsivi ($p < ,001$) ed il 'workaholism' ($p < ,05$). Inoltre, i soggetti che hanno raggiunto il cut-off per almeno una dipendenza comportamentale hanno riportato valori di Self-Directedness ($p = ,007$) e Cooperativeness ($p = ,014$) significativamente inferiori e livelli di impulsività significativamente maggiori ($p = ,007$) rispetto a coloro che non presentavano alcuna condotta di dipendenza.

Conclusioni: le dipendenze comportamentali risultano frequentemente associate al disturbo bipolare e correlano con i livelli d'impulsività e con una condizione di immaturità caratteriale. La valutazione sistematica di tali condotte e dei tratti di personalità potrebbe orientare le scelte terapeutiche, influenzando favorevolmente sull'evoluzione del disturbo affettivo.

Il workaholism fra struttura di dipendenza ed obbligazione pragmatica

G. Pozzi¹, D. Tedeschi¹, I. Borrelli², M. di Giannantonio³

¹ Istituto di Psichiatria e Psicologia, ² Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; ³ Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

Il termine *workaholism* fu coniato da Oates (1971) per indicare compulsione o desiderio incontrollabile di lavorare incessantemente. La definizione si è ampliata col tempo ma mantiene le componenti originarie fondamentali: lavorare duramente ed in maniera eccessiva sotto una spinta interna irrefrenabile, assimila-

bile al concetto di *craving* (McMillan et al., 2002). Accanto alla struttura di dipendenza, l'attuale cultura economica e sociale, che incoraggia il lavoro intenso e prolungato e la competizione esasperata, sembra favorire ed alimentare il *workaholism*. Anche per alcuni ricercatori, i cosiddetti *workaholics* sono individui molto soddisfatti e produttivi, in linea con i risultati di studi che vedono una correlazione tra coinvolgimento nel lavoro e soddisfazione lavorativa (Furnham et al., 1994; Morrow & Crum, 1998). Tuttavia, ricerche preliminari hanno mostrato che i *workaholics* riportano livelli di stress più elevati ed maggiore tendenza al perfezionismo, e lamentano più frequentemente problemi di salute e difficoltà in ambito familiare e sociale rispetto ai colleghi non *workaholics* (Spence & Robbins, 1992; Kanai et al., 1996; Kubota et al., 2010). Anche in ragione di tali acquisizioni, altri studiosi utilizzano il termine "*workaholism*" come sinonimo di "*work addiction*", facendolo così rientrare nelle cosiddette "dipendenze senza droga" in quanto i comportamenti caratteristici di un *workaholic* sembrano corrispondere ai criteri per dipendenza da sostanze del DSM-IV (Porter, 1996). Tuttavia, gli Autori concordano nel rilevare la necessità di criteri adeguati (definizione e misura) per operationalizzare tale fenomeno in una sindrome psicopatologica vera e propria che deve essere assoggettata a validazione esterna. Nonostante le difficoltà metodologiche e la scarsa numerosità degli studi condotti, il *workaholism* rappresenta una condizione in crescita, con ricadute significative sulla salute psico-fisica della popolazione lavorativa. Tale fenomeno rischia di essere sotto-stimato e, di conseguenza, non trattato a causa delle attuali necessità lavorative e della cultura economica dominante, che in misura crescente promuove e sostiene la dedizione ed il coinvolgimento totale nel lavoro.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MASACCIO

S33. Il ruolo dei fattori sociali negli esordi psicotici: quali evidenze?

COORDINATORI

A. Fiorillo (Napoli), R. Pollice (L'Aquila)

Vulnerabilità, esordi, intervento precoce nella schizofrenia: l'esperienza di L'Aquila, dopo il terremoto

R. Pollice, L. Verni, V. Bianchini

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: il servizio ambulatoriale S.M.I.L.E. (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani) ha l'obiettivo di (i) sviluppare approcci innovativi per la lotta allo stigma nell'ambito della Salute Mentale, (ii) sostenere il dialogo fra i Servizi di Psichiatria, la Medicina e la Pediatria di Base, (iii) considerare anche i disturbi dell'umore e d'ansia come target dell'intervento precoce e, nelle persone affette, differenziare condizioni prodromiche all'eventuale sviluppo di disturbi psicotici; (iiii) intervenire con approcci multimodali precoci nell'esordio dei disturbi psicotici.

La notte del 6 aprile 2009, alle 03:32, L'Aquila è stata colpita da un terremoto di intensità pari a 6.3 magnitudo.

Lo SMILE ha immediatamente ripreso a funzionare: all'inizio in tre tende attrezzate appositamente, quindi presso una struttura costruita secondo criteri antisismici.

Lo scopo del nostro studio è quello di valutare il funzionamento cognitivo e la sintomatologia positiva e negativa in soggetti all'esordio (FEP) afferenti prima e dopo l'evento sismico.

Metodi: sono stati reclutati nello studio 55 soggetti al primo episodio psicotico (34 uomini e 20 donne) e 63 pazienti con disturbo schizofrenico stabilizzato (CSP - 39 uomini e 24 donne) afferiti consecutivamente al Servizio SMILE e presso il SPUDC del S. Salvatore di L'Aquila. I pazienti sono stati valutati prima e dopo il terremoto del 2009. Tutta la popolazione è stata valutata per le variabili psicopatologiche, la dimensione ansiosa ed il funzionamento cognitivo.

Risultati: il 67% dei FEP esposti al trauma presenta un elevato

livello di ansia. Il confronto con le prestazioni neurocognitive effettuate prima dell'evento sismico, ha dimostrato un significativo peggioramento nelle valutazioni effettuate nel post-sisma soltanto nel gruppo dei FEP. I FEP mostravano una sintomatologia positiva più attenuata al T0 rispetto a quella post-sisma mentre i CSP non hanno dimostrato differenze significative. A T1 i FEP hanno manifestato un peggioramento delle prestazioni della memoria verbale. Non sono emerse differenze statisticamente significative riguardo la presenza dei sintomi negativi in entrambi i gruppi.

Conclusioni: i nostri risultati, in linea con la letteratura più recente, dimostrano che i pazienti con schizofrenia, a seguito di uno stressor importante come un disastro naturale, rimangono clinicamente e cognitivamente stabili, mentre i pazienti al First Episode, subiscono un peggioramento sia della sintomatologia clinica che delle performances cognitive.

I fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di psicosi: uno studio a Bologna

I. Tarricone, S. Mimmi, E. Rossi, E. Mori, A. Paparelli, V. Bandieri, S. Panigada, R. Caramanica, R. Michetti, G. Minenna, D. Berardi

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

Introduzione: la ricerca condotta principalmente nel Regno Unito e Nord Europa ha stabilito che ci sono alti tassi di primo episodio psicotico (FEP) nelle grandi città, popolazioni di immigrati, individui traumatizzati e cannabis users (van Os et al., 2002; Cantor-Grae et al., 2005; Morgan & Fischer, 2007). Il presente studio intende valutare tasso di incidenza del FEP e la distribuzione dei diversi fattori di rischio (età, etnia, abuso di sostanze) a Bologna, Italia.

Metodi: il Bologna First Episode Psychosis (BoFEP) study è uno studio prospettico di 8 anni tutti di pazienti FEP, 18-64 anni, che consecutivamente hanno fatto accesso nel periodo 2002-2009 al centro di Salute Mentale Bologna Ovest. Dati socio-demografici, storia di migrazione e clinici sono stati raccolti attraverso una scheda ad hoc; le diagnosi psichiatriche sono state codificate utilizzando la SCAN.

Risultati: i giovani (18-35 anni), i maschi e gli immigrati hanno un rischio di psicosi evidentemente più alto della popolazione generale. I valori di tali rischi sono risultati essere molto simili ai rischi medi per quei gruppi individuati dalla meta-analisi di McGrath et al. (2004).

Conclusioni: l'incidenza FEP non è uniforme in termini di età, sesso o gruppo etnico. Questa eterogeneità ha implicazioni per la politica, lo sviluppo dei servizi di salute mentale, e la caratterizzazione biologica delle psicosi.

Eventi di vita stressanti ed esordio psicotico

A. Mulè*, L. Sideli**

* U.O. di Psichiatria, Policlinico Paolo Giaccone, Università di Palermo; ** Institute of Psychiatry, King's College of London

Introduzione: dati di letteratura supportano una associazione tra la presenza e la quantità di eventi di vita stressanti e lo sviluppo di psicosi. In questo lavoro intendiamo presentare dati relativi alla prevalenza degli eventi di vita stressanti in un cam-

pione di pazienti affetti da psicosi all'esordio afferenti ai servizi di salute mentale della città di Palermo confrontati con un gruppo di controllo costituito da soggetti sani.

Metodologia: sono stati reclutati pazienti con diagnosi di psicosi all'esordio di età compresa tra i 18 e 65 anni nell'ambito di uno studio caso-controllo condotto su soggetti affetti da psicosi all'esordio. Le informazioni relative alla presenza di eventi avversi occorsi *lifetime*, sono state raccolte attraverso il *Social Data Questionnaire* utilizzato nell'ambito dello studio GAP (*Genetic and psychosis Study, Institute of Psychiatry, King's College of London*); tra gli eventi stressanti vengono presi in considerazione: violenza domestica o in ambito lavorativo, bullismo, abusi sessuali, istituzionalizzazione, problemi scolastici ed essere stati vittime di aggressioni.

Risultati: il campione è costituito da 80 pazienti affetti da psicosi all'esordio (M = 70%; F = 30%) di età media di 26,7 anni. Il 75% dei pazienti riferisce la presenza di almeno 1 evento di vita stressante nel corso della vita. Il 25% di costoro hanno riferito 4 o più eventi avversi.

Conclusioni: è stata riscontrata un'associazione significativa tra anamnesi positiva per eventi di vita stressanti *lifetime* -tra cui bullismo, abuso sessuale e problemi scolastici- e disturbi dello spettro psicotico.

Uso di cannabis nei pazienti con esordio psicotico

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

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Le persone che fanno uso di cannabis hanno un rischio aumentato di sviluppare la schizofrenia. Inoltre, l'assunzione di cannabis potrebbe influenzare alcune importanti misure di esito dei disturbi mentali gravi, come la durata di psicosi non trattata (DUP), la modalità di esordio, i percorsi di cura e i trattamenti ricevuti.

In questo studio ci siamo proposti di esplorare, in un campione di pazienti con esordio psicotico: a) l'utilizzo di cannabis; b) le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti "cannabis users" vs. i pazienti che non avevano mai assunto questa sostanza; c) l'influenza della cannabis su DUP, percorsi di cura e caratteristiche cliniche all'esordio della patologia.

Metodi: le informazioni sono state raccolte in un campione di 30 pazienti con esordio psicotico reclutati consecutivamente presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN e valutati con strumenti di misura riproducibili e precedentemente validati.

Risultati: i pazienti "cannabis users", che rappresentano il 45% del campione totale, sono più spesso di sesso maschile, con un livello di scolarizzazione più basso, un'età d'esordio più precoce e una DUP più lunga rispetto ai pazienti "non-cannabis users". I percorsi di cura dei pazienti "cannabis users" sono caratterizzati da un ricorso più tardivo a cure mediche generiche (26,0 ± 65,4 vs. 13,7 ± 19,2 settimane) e specialistiche (45,3 ± 75,9 vs. 24,9 ± 29,3 settimane), con una DUP più lunga. L'esordio è caratterizzato prevalentemente da sintomi positivi (55,6% vs. 44,4%) e da una maggiore frequenza di tentativi di suicidio (62,5% vs. 37,5%) nei primi tre anni del disturbo.

Conclusioni: questi risultati possono avere importanti implicazioni in termini di sanità pubblica, in quanto evidenziano la necessità di ridurre l'utilizzo di cannabis nelle persone giovani, attraverso campagne di informazione e di sensibilizzazione.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BERNINI

S34. L'intervento precoce nelle vittime di traumi

COORDINATORI

S. Calossi (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

Piccole vittime di grandi disastri

I. Fernandez

Centro Ricerca e Studi in Psicotraumatologia, Milano

Questa relazione descrive l'applicazione dell'EMDR come trattamento precoce focalizzato sul trauma rivolto a bambini coinvolti in disastri collettivi (disastri naturali, incidenti e provocato in modo intenzionale dalla mano dell'uomo).

Il trattamento con EMDR in tutti questi casi è stato parte di un intervento con questa popolazione ed è stato il trattamento di elezione di bambini in età scolastica che erano stati i più esposti a eventi traumatici. In molti di questi casi, 3 cicli di sedute di EMDR sono stati organizzati ad un mese, a tre mesi e ad un anno dall'evento critico.

I bambini hanno avuto delle sedute individuali nella maggior parte dei casi dato che avevano avuto una grave traumatizzazione, unite al lutto, dove avevano vissuto una minaccia alla propria vita e la perdita di amici e fratelli.

Il supporto psicologico e il trattamento EMDR sono stati forniti anche ai genitori, al personale scolastico e questo aspetto è stato di fondamentale importanza negli ultimi interventi per rafforzare e mantenere i risultati nei bambini.

I risultati di questionari e delle interviste cliniche per valutare la sintomatologia post-traumatica prima e dopo il trattamento verranno descritti durante la presentazione insieme ai dati del follow-up. Il gruppo trattato dimostra un miglioramento significativo dopo il trattamento con EMDR. L'analisi statistica dei risultati sarà descritta in modo approfondito.

Durante la relazione verranno sottolineati gli aspetti clinici dell'applicazione dell'EMDR con i bambini dopo un trauma recente particolarmente grave. Le reazioni post-traumatiche di questo gruppo in età evolutiva sono state valutate, misurate e hanno dato delle informazioni rilevanti per questo campo di applicazione. Il trattamento EMDR con i genitori e con altri adulti coinvolti nel disastro e che era a contatto con i bambini si è rivelato un intervento chiave per quanto riguarda la sintomatologia dei bambini. A conclusione verranno presentate delle linee guida e delle indicazioni per la strutturazione di interventi sulla base di questi studi sul campo.

Interventi farmacologici preventivi

L. Bossini

Università di Siena

La terapia farmacologica del DPTS appare attualmente molto promettente e nella maggior parte dei casi rappresenta un "ingrediente" fondamentale del trattamento del disturbo post traumatico da stress. Essa è tuttavia estremamente complessa poiché sono poco noti i mediatori coinvolti nelle modificazioni biologiche cerebrali a lungo termine anche se in questi ultimi

dieci anni gli orientamenti sono indubbiamente cambiati e i principi di terapia farmacologica del DPTS hanno avuto di recente consistenti variazioni. È probabile che, come in altri settori della psichiatria, la risposta ai farmaci dia in futuro informazioni preziose su meccanismi ignoti della patogenesi del disturbo. Inoltre essendo il PTSD l'unico disturbo in psichiatria ad eziologia nota, la sua terapia, a differenza di tutti gli altri disturbi psichiatrici, potrebbe essere mirata alla prevenzione in senso primario, secondario o terziario.

La prevenzione primaria consisterebbe nel tentare di prevenire l'insorgenza del PTSD nelle situazioni in cui è certa l'esposizione ad un evento traumatico; tale aspetto è già attuato in termini psicoterapici tramite la preparazione in termini psicologici del personale che opera in situazioni che espongono agli eventi traumatici, ma potrebbe essere anche effettuato in termini di preparazione chimica sulla base delle alterazioni neurochimiche che un trauma può determinare?

La prevenzione secondaria invece sarebbe attuata dopo l'evento ma prima dell'insorgenza del disturbo; anche in questo caso gli interventi sul campo sono già attivi ma esistono anche dei brief report e delle comunicazioni relative all'utilizzo di farmacoterapia in questa fase.

La prevenzione terziaria sarebbe invece l'attuazione della terapia quanto prima rispetto all'insorgenza del disturbo in modo da prevenire la cronicizzazione.

Verrà effettuata una rassegna critica della letteratura sull'argomento sulla base delle attuali conoscenze neurobiologiche del PTSD.

Gli interventi precoci nei gravi traumi collettivi

M. Casacchia, R. Pollice, S. Di Mauro, M. Malavolta*, M. Colatei*, L. Verni*, V. Bianchini*, N. Giordani Paesani*, I. De Lauretis*, I. Santini*, A.M. De Paolis**, R. Roncone

*Dipartimento di Scienze della Salute, *Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Aquila; ** Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura, ASL1 Avezzano-Sulmona, L'Aquila*

I disastri collettivi, sia quelli causati dall'uomo che quelli naturali, quali attacchi terroristici, terremoti, uragani, hanno un profondo impatto sul senso di sicurezza, sulla salute mentale e sul benessere di un gran numero di individui, famiglie e gruppi, con manifestazioni di episodi di ansia acuta e di traumi psicologici.

Saranno riportate le principali strategie assistenziali nell'ambito della salute mentale impiegate a seguito del sisma dell'Aquila del 6 aprile del 2009, che ha colpito una città d'arte ed il suo territorio. Il bilancio definitivo dell'evento è stato di 308 morti, circa 1600 feriti di cui 200 gravissimi, circa 65.000 gli sfollati, alloggiati momentaneamente in tendopoli, auto, alberghi lungo la costa adriatica. La Protezione Civile ha provveduto

all'istituzione di tende da campo mentre i ricoverati all'ospedale San Salvatore, dichiarato inagibile al 90%, sono stati trasportati in una tendopoli adibita ad ospedale o nelle strutture ospedaliere viciniori. Il sisma ha completamente sventrato la sede della Prefettura dell'Aquila che avrebbe dovuto essere il centro di coordinamento dei soccorsi, creando numerose difficoltà. L'unità del Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Aquila ha continuato l'attività di ricovero in due tende specificatamente destinate ed ha erogato prestazioni e consulenze nelle tendopoli allestite in città. Saranno presentati i dati relativi ai primi 6 mesi di attività. La maggior parte degli interventi erogati sono stati incentrati sulla gestione dell'ansia, con approccio psicoeducativo, e sulla gestione dei problemi, utilizzando una metodologia di problem-solving.

Il supporto psicologico in situazioni di emergenza: aspetti organizzativi e problematiche logistiche

M. Casinghini

Direttore Nazionale, Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta, Roma

La complessa organizzazione dei soccorsi in situazioni di grave calamità risponde a logiche e procedure che sono state delineate nel corso di decenni di drammatiche esperienze.

Gli aspetti legati al supporto psicologico, sia in favore della collettività colpita dall'evento, sia verso i soccorritori, sono una recente acquisizione del sistema nazionale di Protezione Civile. Gli ultimi maggiori eventi hanno dimostrato come un efficace dispositivo di sostegno psicologico contribuisca in maniera concreta e pro-attiva al ripristino di condizioni di vita più prossime al concetto di normalità, accorciando anche quella distanza tra la macchina dei soccorsi ed il cittadino che spesso quest'ultimo percepisce come incolmabile.

Per consentire tutto ciò, anche l'apparato organizzativo nel suo complesso deve rispondere efficientemente alle esigenze. E, sempre partendo dalle recenti esperienze, scopriamo che opportuni accorgimenti logistico-organizzativi possono realmente fare la differenza.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MANTEGNA

S35. L'attaccamento come organizzatore di psicopatologia

COORDINATRICE:

D. Marazziti (Pisa)

Stili di attaccamento e psicopatologia

D. Marazziti, S. Baroni, M. Picchetti, F. Albanese, M. Catena Dell'Osso

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

Secondo la teoria dell'attaccamento le prime esperienze relazionali significative giocherebbero un ruolo determinante nelle relazioni future, negli atteggiamenti e perfino nello sviluppo di possibili psicopatologie, dato che la qualità dell'attaccamento sembra organizzare le risposte emozionali e comportamentali (Grossman, 1991). È lecito supporre che l'attaccamento insicuro, anche se non di per sé patologico, sia da porre in relazione con una maggiore predisposizione all'ansia e ai disturbi dell'umore nell'intero arco di vita (Amini et al., 1996; Goldberg, 2003). Uno dei legami che è fortemente influenzato dallo stile di attaccamento è quello della relazione amorosa con un partner (Hazan e Shaver, 1987), all'interno della quale l'attaccamento è definito "romantico". La diversa combinazione di due componenti continue chiamate "ansietà" ed "evitamento", dà vita ai quattro stili di attaccamento romantico adulto: sicuro, preoccupato, distanziante, timoroso-evitante (Brennan et al. 1998). In questo studio, abbiamo indagato in un gruppo di pazienti ambulatoriali la relazione tra diagnosi psichiatriche effettuate

con la SCID-IV (First et al., 1997) e l'attaccamento romantico, rilevato con la versione italiana dell'ECR (Brennan et al., 1998). I risultati confermano i dati della letteratura che l'attaccamento insicuro sembra essere una caratteristica aspecifica di pazienti affetti da varie patologie psichiatriche, ma contemporaneamente evidenziano che certi stili sono più rappresentati in specifici disturbi piuttosto che in altri.

Trasmissione epigenetica: il futuro oltre l'ereditarietà

S. Baroni, M. Catena Dell'Osso

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

Negli ultimi decenni, numerose osservazioni hanno messo in luce che l'attività di regolazione dei geni possa essere modulata attraverso processi biochimici che non comportino cambiamenti nel codice del DNA, ma che arrivano a modificare il fenotipo dell'individuo e/o della progenie, come la metilazione del DNA e acetilazione degli istoni. A questo proposito si parla di epigenetica. Spetta a Conrad Waddington, il merito di aver coniato, nel 1942, questo termine per definire "la branca della biologia che studia le interazioni causali fra i geni e il loro prodotto cellulare e pone in essere il fenotipo".

Anche oggi le opinioni su quanto siamo preprogrammati e quanto forgiati dall'ambiente non sono unanimi. L'epigenetica si è fatta strada per spiegare il divario fra natura ed educazione. Nel ventunesimo secolo viene perlopiù definita come "lo studio delle modifiche ereditabili nella funzione del genoma che si verificano senza cambiamenti della sequenza di DNA". Si ritiene che questi fenomeni alterino l'accessibilità fisica al genoma da parte di complessi molecolari deputati all'espressione genica e quindi alterano il grado di funzionamento dei geni. Esistono una serie crescente di osservazioni su animali e preliminari nell'uomo su come le cure materne alla nascita possano modificare l'espressione genica dei recettori ai glucocorticoidi, rendendo l'individuo più o meno suscettibile allo stress.

I modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento

F. Albanese

Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica

La teoria dell'attaccamento (TdA) di John Bowlby (1969/1988) postula che l'essere umano presenti già dalla nascita una predisposizione innata a formare legami di attaccamento con le figure genitoriali primarie, le Figure di Attaccamento (FdA). Nella TdA il sistema dell'attaccamento è inteso come un sistema motivazionale innato (SMI, Liotti, 2001) teso a mantenere l'omeostasi dell'organismo, un sistema che viene attivato soltanto in specifiche situazioni, quando cioè l'organismo avverte una minaccia da parte dell'ambiente. In caso di pericolo, l'attivazione del SMI dell'attaccamento innesca la produzione di una serie di comportamenti differenzialmente orientati (goal-corrected behaviours, Bowlby, 1969) finalizzati al recupero della vicinanza di una specifica FdA.

Le rappresentazioni mentali delle ripetute interazioni con la FdA, e delle modalità di risposta che questa è solita adottare, col tempo vengono generalizzate (RIG, Stern, 1985) in una rappresentazione unitaria di interazione con la FdA, nei confronti della quale viene strutturato un modello coerente di interazione, un Modello Operativo Interno (MOI). I MOI sono dunque rappresentazioni mentali che hanno la funzione di veicolare la percezione e l'interpretazione degli eventi da parte dell'individuo, consentendogli di fare previsioni e crearsi aspettative sugli accadimenti della propria vita relazionale.

Nei primi anni di vita, i MOI sono relativamente aperti al cambiamento, ma già nel corso dell'infanzia cominciano a solidificarsi, fino a venir dati così per scontati che arrivano ad operare a livello inconscio (Bowlby, 1988). Per questo motivo, sono tendenzialmente in grado di diventare caratteristiche della personalità del soggetto, più che della relazione, rendendosi così disponibili nell'adolescenza e in età adulta come gamma di modelli gerarchicamente organizzati e riferiti a differenti aspetti della realtà (Hazan e Shaver, 1994).

Bibliografia

Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books 1969. Tr. It. *Attaccamento e perdita*. Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri 1972

Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol. 2: *Separation*. New York: Basic

Books 1973. Tr. It. *Attaccamento e perdita*. Vol. 2: *La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri 1975

Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications 1979. Tr. It. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1982

Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol. 3: *Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books 1980. Tr. It. *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: *La perdita della madre*. Torino: Boringhieri 1983

Bowlby J. *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books 1988. Tr. It. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1989.

Hazan C, Shaver P.R. *Deeper into attachment theory*. *Psychological Inquiry*, 1994;5:68-79.

Liotti G. *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001

Stern D. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books 1985. Trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri 1987.

L'attaccamento insicuro come fattore di rischio per comportamenti violenti in età adulta: uno studio transnosografico

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma Tor Vergata

Introduzione: 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.

Metodologia: in questa relazione vengono presentati i risultati di uno studio condotto su un campione composto da 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 l'*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.

Risultati: 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 aggressivi in età adulta.

Conclusioni: la valutazione dello stile di attaccamento e la sua eventuale modificazione mediante interventi psicoterapeutici sono aspetti importanti nei programmi di prevenzione dei comportamenti aggressivi in persone affette da disturbi psichiatrici, indipendentemente dalla specifica diagnosi categoriale.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00
SALA TINTORETTO

S36. Disturbo bipolare, patologie fisiche e malattie neurodegenerative: una relazione complessa

COORDINATORE
G. Perugi (Pisa)

Malattie fisiche e disturbo bipolare: valutazione sistematica di una casistica clinica

N. Mosti, F. Casalini, S. Rizzato, G. Perugi

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

Introduzione: la relazione tra disturbo bipolare e malattie fisiche è stata riportata sia in studi epidemiologici che clinici. Nessuna ricerca ha studiato le relazioni tra caratteristiche cliniche e di decorso del disturbo dell'umore e specifiche malattie fisiche.

Metodologia: nella presente relazione verranno esposti i risultati di uno studio pilota effettuato su 100 pazienti consecutivamente afferenti presso l'ambulatorio della Clinica Psichiatrica Universitaria di Pisa. Tali pazienti, selezionati sulla base della diagnosi di disturbi dello spettro maniaco-depressivo (disturbo bipolare di I tipo, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico) sono stati sottoposti ad una valutazione trasversale che includeva un'ampia batteria di test: innanzitutto la SCID (*Structured Clinical Interview*) per la validazione diagnostica, la SIMD (*Structured Interview for Mood Disorders*) per le valutazioni di decorso, comorbidità psichiatriche, tipologia e risposta ai trattamenti precedenti e per la raccolta dell'anamnesi familiare psichiatrica. Sono inoltre state effettuate la GAF per la quantificazione della compromissione funzionale, la CGI per la valutazione di efficacia e tollerabilità del trattamento in atto, la TEMPS-35 per l'identificazione del temperamento affettivo. L'intero campione in studio è stato infine sottoposto ad un'ulteriore indagine anamnestica, estesa dal paziente ai familiari di I grado, volta a rilevare la presenza di condizioni mediche generali.

Risultati e conclusioni: la prevalenza di disturbi metabolici, malattie cardiovascolari e autoimmuni verrà correlata a sottotipi di disturbo bipolare sulla base di caratteristiche cliniche, di comorbidità e di decorso. Sarà valutato infine il peso dei trattamenti farmacologici e delle eventuali complicanze tossicologiche e comportamentali.

Disturbo bipolare, disturbi della condotta alimentare ed obesità: implicazioni cliniche e terapeutiche

A. Tortorella, P. Monteleone, A. Cervino, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli S.U.N.

Nonostante la letteratura sul disturbo bipolare (DB) valuti la comorbidità tra disturbi dello spettro bipolare e altri disturbi psichiatrici una costante, l'associazione tra DB e i disturbi del comportamento alimentare (DCA) è ancora oggi poco indagata¹.

Questo dato è solo in parte spiegato dall'espressione clinica dei DCA, che è spesso caratterizzata da una presentazione multi-

forme nella quale elementi psicopatologici specifici ed evidenti (comportamenti restrittivi, condotte di eliminazione, abbuffate, ecc.) si sovrappongono e, in un certo modo nascondono, una sintomatologia complessa che mescola tra loro elementi dello spettro affettivo, dei disturbi d'ansia, del controllo degli impulsi, dell'abuso di sostanze e dei disturbi di personalità. Questa presentazione può rendere difficile una valutazione delle categorie diagnostiche che possono presentarsi in comorbidità con i DCA come il DB con il quale esistono ampie aree di sovrapposizione sintomatologica².

La comorbidità appare particolarmente elevata tra DB tipo II e tutti i DCA con condotte impulsive e perdita di controllo nell'assunzione del cibo come anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e *Binge Eating Disorder* (BED) - obesità. Numerosi lavori hanno documentato che i pazienti bulimici presentano una variazione del tono dell'umore prima delle abbuffate con una correlazione fra l'esordio e l'intensità di tali cambiamenti e gli episodi di *binge eating*³.

Questa visione comporta la necessità di un intervento terapeutico precoce mirato alla stabilizzazione dell'umore e alla riduzione delle complicanze fisiche e metaboliche e al riconoscimento, in fase avanzata, della componente affettiva per finalizzare al meglio gli interventi psicoterapeutici e farmaco terapeutici necessari.

Bibliografia

- ¹ McElroy SL. *J Affect Disord* 2010 Jul 29.
- ² Lunde AV. *J Affect Disord* 2009;115:309-14.
- ³ Brambilla F. *Neuropsychobiology* 2001;43:225-32.

Disturbo bipolare e malattia di Alzheimer: una relazione complessa

C. Vampini*, F. Nifosi

*Dipartimento per la Salute Mentale, Verona; * Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Udine*

Il disturbo bipolare e la demenza sono stati tradizionalmente come entità cliniche non correlate. A differenza della depressione unipolare, che viene considerata sia un fattore di rischio che un prodromo di malattia di Alzheimer, i disturbi dello spettro bipolare sono stati generalmente trascurati nella diagnosi differenziale della demenza. Tuttavia, i disturbi affettivi ed affettivo-correlati nei soggetti con demenza vengono considerati complicazioni comportamentali della malattia o attribuiti ad una condizione indotta dal trattamento con antidepressivi di una depressione in corso di demenza. Ciononostante, il disturbo bipolare può rappresentare sino al 20% dei disturbi dell'umore negli anziani (Cassano et al, 2000). Per quanto ri-

guarda i pazienti anziani con demenza, almeno uno studio prospettico ha riportato che un incremento di rischio di ricovero per mania superiore a quello dovuto osteoartrite o diabete mellito (Nilsson et al., 2002). Benché un primo episodio di mania acuta ad espressività completa sia piuttosto insolito negli anziani, un'instabilità dell'umore, episodi misti irritabili-agitati e depressione "atipica" possono emergere a partire dalla sesta decade di vita insieme ad un decadimento cognitivo in soggetti precedentemente sani. Vi sono in letteratura dei case-report di intersezione tra demenza e bipolarità ad espressività mista-labile, interpretati suggestivamente come la slatentizzazione tardiva di un "bipolare tipo VI" (Akiskal et al., 2005). Altre osservazioni hanno descritto la concomitanza tra mania e demenza vascolare (Senturk et al., 2006). A supporto del concetto clinico di bipolare tipo VI, Ng et al. (2007) riportano alcuni casi clinici e discutono le ragioni teoriche di una connessione sinora scarsamente considerata tra disturbo bipolare e demenza, focalizzando l'attenzione, quali possibili validatori, sulla sintomatologia mista con labilità emotiva, sul temperamento premorbo ipertimico, sulla storia familiare positiva per disturbo bipolare e sulla risposta terapeutica. Questo costrutto nosografico rappresenta un'alternativa alla più comune visione clinico-neurologica secondo la quale l'agitazione, l'impulsività e l'instabilità emotiva nella demenza di Alzheimer e nelle altre demenze rappresentano puramente delle disfunzioni del lobo frontale (Senanarong et al., 2004).

Bibliografia

- Akiskal HS, Mallya G. *Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications*. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:68-73.
- Akiskal HS, Pinto OC, Lara DR. *Bipolarity" in the setting of dementia: bipolar type VI*. *Medscape Fam Med/Prim Care*. 2005a. <http://www.medscape.com/viewarticle/495795> Accessed.
- Berrios GE, Bakshi N. *Manic and depressive symptoms in the elderly: their relationships to treatment outcome, cognition and motor symptoms*. *Psychopathology* 1991;24:31-8.
- Cassano GB, McElroy SL, Brady K, et al. *Current issues in the identification and management of bipolar psectrum disorders in "special populations"*. *J Affect Disord* 2000;59:S69-79.
- Hope T, Keene J, Fairburn CG, et al. *Natural history of behavioural changes and psychiatric symptoms in Alzheimer's disease. A longitudinal study*. *Br J Psychiatry* 1999;174:39-44.
- Ng B, et al. *A case series on the hypothesized connection between dementia and bipolar spectrum disorders: Bipolar type VI?* *J Affect Disord* 2007, doi:10.1016/j.jad.2007.08.018
- Lara DR, Pinto O, Akiskal K, et al. *Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications*. *J Affect Disord* 2006;94:67-87.
- Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, et al. *Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging*. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
- Nilsson FM, Kessing LV, Sorensen TM, et al. *Enduring increased risk of developing depression and mania in patients with dementia*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:40-4.
- Senanarong V, Cummings JL, Fairbanks L, et al. *Agitation in Alzheimer's disease is a manifestation of frontal lobe dysfunction*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:14-20.
- Senturk V, Bilgic A, Atbasoglu EC. *A case of probable bipolar VI disorder?* *J Clin Psychiatry* 2006;68:1309-10.

Stati di eccitamento, impulsività e delirio di gelosia in pazienti con malattia di Parkinson in trattamento con dopamino-agonisti

C. Toni, S. Rizzato, G. Perugi

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

Introduzione: ad oggi non sono state pubblicate osservazioni sistematiche sui rapporti tra delirio di gelosia e MP. Questo studio si prefigge di caratterizzare il delirio di gelosia in corso di MP e di valutarne il rapporto con la storia personale e familiare di disturbi psichiatrici, l'interferenza con il quadro motorio ed i trattamenti farmacologici con levodopa e dopaminoagonisti.

Metodo: in una popolazione totale di 320 pazienti affetti da MP, afferente all'Ambulatorio dei Disturbi Del Movimento della Clinica Neurologica del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Pisa e della U.O.C. Neurologia dell'Ospedale Versilia sono stati individuati 11 pazienti che hanno sviluppato un delirio di gelosia secondo i criteri del DSM IV TR. Ciascun paziente è stato valutato da un neurologo e da uno psichiatra con esperienza clinica rispettivamente nella MP e nei disturbi psicotici. L'intervista iniziale aveva una durata variabile da 1 a 2 ore e comprendeva le seguenti scale di valutazione: *Hoehn e Yahr* (H & Y) per la codifica numerica della stadiazione di malattia, *Unified Parkinson's Rating Scale* (UPDRS) per la valutazione della gravità dei sintomi e segni della MP, *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) per una valutazione della psicopatologia globale, *Beck Depression Inventory* (BDI) per una valutazione della sintomatologia depressiva, *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAMA) per valutare la sintomatologia ansiosa, *Mini-Mental State Examination* (MMSE) per valutare globalmente le funzioni cognitive.

Risultati: degli 11 pazienti, 6 sono maschi e 5 femmine con età media di $58,8 \pm 6,8$ anni; 10 pazienti erano coniugati (91%). L'età di esordio della MP era $48,4 \pm 7,9$ anni con una durata media di malattia di $8,5 \pm 4,5$ anni ed uno stadio di malattia secondo la scala H&Y, al momento della comparsa del disturbo delirante, che variava da 1,5 a 2,5. I punteggi ottenuti all'HAMA e alla BDI sono bassi nella maggior parte dei casi; i punteggi medi del MMSE ($28,8 \pm 1,3$). Sono indicativi di un buon mantenimento delle funzioni cognitive in tutti i casi esaminati. Il profilo della BPRS mostra come i punteggi di gravità maggiore siano a carico di item quali sospettosità, ostilità, eccitamento, grandiosità, tensione. L'età media di presentazione del delirio è di $57,0 \pm 6,8$ anni. L'esordio era rappresentato in 5 casi (45%) da un'intuizione delirante o una percezione delirante, su uno stato affettivo caratterizzato da irritabilità e disforia. In 5 soggetti (45%) l'ideazione nasceva come idea prevalente durante uno stato espansivo di tipo ipomaniacale, divenendo rapidamente delirio. Solo in 1 caso insorgeva su uno stato depressivo. In 3 pazienti (27%) il quadro espansivo si accompagnava ad impulsività e discontrollo degli impulsi: gambling patologico in 2 casi ed ipersessualità in 1. In 1 paziente (9%) si associava al gambling patologico la disregolazione edonistica omeostatica ossia la necessità di incrementare la dose ed il numero di somministrazione dei farmaci dopaminergici, nonostante il buon controllo dei disturbi motori. Tutti i pazienti avevano una lunga storia di trattamento con dopaminoagonisti, solo in 2 pazienti era inferiore a 5 anni (18%). In 9 casi (81%) il dopaminoagonista era somministrato in associazione con levodopa, solo in 2 casi (18%) era impiegato in monoterapia.

Conclusioni: il delirio di gelosia rappresenta una complicanza

della MP e del suo trattamento e sembra presentare alcune specificità. Il quadro, sembra comparire in pazienti giovani, con un esordio relativamente precoce della MP ed integri dal punto di

vista cognitivo. Concomita con manifestazioni espansive, impulsività, irritabilità, eccitamento ed aggressività, mentre i sintomi depressivo ansiosi sono meno rappresentati.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PINTURICCHIO

S37. Tipizzazione delle depressioni problematiche

COORDINATORI

A. Amati (Catanzaro), M. Nardini (Bari)

Depressione e disturbo ossessivo-compulsivo

F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) presenta una comorbidità attuale e lifetime significativa con i disturbi dell'umore. I dati anche epidemiologici recenti sottolineano che i tassi elevati di comorbidità riguardano sia il disturbo depressivo maggiore che il disturbo bipolare. Tra l'altro, tali elevati tassi di comorbidità si riscontrano anche tra disturbi dell'umore e altri disturbi d'ansia quali il disturbo di panico e il disturbo d'ansia generalizzato.

Diversi sono i modelli per spiegare l'elevata comorbidità. In alcuni casi, il DOC temporalmente primario si associa alla depressione maggiore in ragione della gravità dei sintomi, della cronicità e della durata di malattia non trattata. Tali elementi, infatti, risultano predire lo sviluppo successivo di un disturbo depressivo maggiore, che in tal caso risulta secondario sia temporalmente che da un punto di vista psicopatologico. Quando il DOC coesiste con un disturbo depressivo unipolare, il trattamento dovrebbe prevedere l'impiego di un antidepressivo indicato per il trattamento del DOC (quindi SSRI o clomipramina); vi sono infatti evidenze del fatto che antidepressivi non serotoninergici (ad esempio desipramina) non solo non risultano efficaci nel trattamento dei sintomi ossessivo-compulsivi (come atteso) ma risultano inefficaci anche rispetto alla sintomatologia depressiva, che risponde solo agli SSRI.

Il DOC, tuttavia, presenta elevati tassi di comorbidità anche con i disturbi bipolari. La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi o di altri disturbi d'ansia in un paziente con diagnosi longitudinale di disturbo bipolare ha un significato clinico importante, in quanto tali pazienti presentano elevati tassi suicidari, maggior rischio di dipendenza o abuso di sostanze, rispondono meno ai trattamenti nel singolo episodio e nel lungo termine presentano ricorrenze più precocemente. Quindi la presenza di sintomi d'ansia determina un peggior decorso del disturbo bipolare. Altro elemento di rilievo è che gli stessi sintomi ossessivo-compulsivi, in caso di comorbidità, sembrano rispondere poco ai trattamenti con antidepressivi serotoninergici (altrimenti estremamente efficaci quando non è presente la comorbidità) e rispondono (apparentemente in modo paradossale) agli stabilizzatori. Queste considerazioni hanno portato alcuni autori a considerare i sintomi ossessivo-compulsivi o d'ansia come appartenenti alla sintomatologia del disturbo bipolare, e a mettere

in discussione l'attuale sistema classificatorio che è centrato sul concetto di comorbidità e non prevede il criterio gerarchico di priorità di alcuni disturbi psichiatrici su altri.

Sintomi positivi e sintomi negativi nella depressione

P. Castrogiovanni

Università di Siena

La depressione, nonostante il bagaglio di conoscenze biologiche, cliniche e terapeutiche accumulate in merito, non raramente si presenta a tutt'oggi irta di problematiche.

Un approfondimento della sua psicopatologia, che ne permetta una lettura più profonda rispetto a quella di superficie suggerita dai criteri diagnostici dei DSM, potrebbe garantirne una migliore comprensione e un più adeguato inquadramento.

In un'ottica psicopatologica tesa a cogliere la nuclearità sottostante ai sintomi, viene proposto di trasferire anche alla depressione il costrutto dei sintomi "negativi" e sintomi "positivi" che tanto seguito ha avuto nella interpretazione della schizofrenia, analizzandone i riflessi sul piano clinico e terapeutico.

Neuroimaging dell'apatia

L. Fazio, M. Mancini, P. Taurisano, B. Gelao, R. Romano, T. Quarto, M.R. Barulli, G. Blasi, M. Nardini, G. Logroscino, A. Bertolino

Università di Bari

Introduzione: l'apatia è descritta come una riduzione significativa dell'interesse, dell'emozione e della preoccupazione. Dati clinici, neuropatologici e di neuroimaging l'associano ad una compromessa funzionalità dei sistemi prefronto-striatali: l'apatia appare frequentemente associata a patologie o lesioni che coinvolgono la corteccia prefrontale o i gangli della base, o a condizioni cliniche in grado di alterare la funzionalità dell'asse prefronto-basogangliare. Obiettivo del presente studio è stato quello di valutare, in soggetti sani, la possibile correlazione tra misure di apatia e l'attività cerebrale nelle regioni prefrontale e nei gangli della base, misurata tramite risonanza magnetica funzionale (fMRI), durante compiti differenti compiti cognitivi ed emotivi.

Metodologia: un gruppo di 56 soggetti sani (25 m, età media $28,5 \pm 5,6$, QI medio $113,4 \pm 11,8$) è stato sottoposto a fMRI

durante l'esecuzione di tre differenti compiti: un compito di working memory a carichi crescenti, un compito parametrico di controllo attentivo ed un compito di valutazione implicita di stimoli emotivi. A ciascun soggetto è stata somministrata una scala di valutazione dell'apatia (*Apathy Scale* di S. Starkstein).

Risultati: alti punteggi di apatia sono apparsi correlati ad un maggiore reclutamento della corteccia prefrontale dorso-laterale destra durante compiti di working memory e della corteccia del cingolo dorsale durante compiti di controllo attentivo. Durante la somministrazione di stimoli emotivi, bassi punteggi di apatia sono apparsi correlati ad un maggiore reclutamento

della corteccia prefrontale dorso-laterale di destra, del giro del cingolo e, bilateralmente, del nucleus accumbens. Tali risultati si sono evidenziati in assenza di significative correlazioni con dati comportamentali. Nessun soggetto ha mostrato livelli clinicamente significativi di apatia.

Conclusioni: i risultati di questo studio indicano come l'apatia sia associata all'attività funzionale di regioni corticali e sottocorticali cruciali per lo svolgimento di compiti cognitivi ed emotivi. L'evidenza di tali risultati in soggetti sani, durante l'esecuzione di differenti compiti, offre un rilevante contributo nella caratterizzazione dell'apatia quale associata alla funzionalità prefronto-striatale.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BRAMANTE

S38. La sofferenza mentale all'esordio: esperienze a confronto nel mondo reale

COORDINATORI

R. Pollice (L'Aquila), A. Semerari (Roma)

A developmental perspective on early intervention, from youth mental health and detection of at risk mental states to first episode services: evidence from UK trials and longitudinal studies and prospects for interventions

D. Fowler

Professor of Social Psychiatry, School of Medicine, Health Policy & Practice UEA; Mental Health Research Lead, Faculty of Health, UEA

Effective early intervention services provide clear hope for recovery for many if not most people with early psychosis. The evidence suggests that the provision of evidence based interventions within early intervention services can assist improve social and symptomatic outcomes compared to traditional mental health services. However, the outcomes from early intervention are diverse: some make rapid symptomatic and social recoveries, others may recover only after variable delays and more intensive intervention, and a minority may remain severely disabled despite provision of even the best quality interventions. This may in part reflect the heterogeneity of presenting problems, and factors such as premorbid history, comorbid emotional disorder, engagement and service variation. This paper reviews current evidence particularly with respect to recent trials and service evaluations carried out in the UK. The paper will map out what may be different pathways of social and symptomatic recovery in early intervention and at risk cohorts. These studies will be used to outline a preliminary framework for a stepped care approach to delivering progressively more selective and intensive interventions for more socially disabled patients. We will also briefly describe a cognitive behaviour therapy approach focussed on improving social recovery amongst socially withdrawn delayed recovery cases, including pilot studies and a ongoing trial.

Trattamento metacognitivo delle psicosi all'esordio

R. Popolo, G. Dimaggio, M. Procacci, G. Salvatore

Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Negli ultimi anni sono stati sperimentati numerosi protocolli di intervento per gli esordi psicotici. La psicoterapia cognitiva comportamentale si è dimostrata efficace nel ridurre la sofferenza prodotta dai sintomi positivi e negativi ma non affronta alcuni elementi che risultano fondamentali nella schizofrenia prolungata, quali le difficoltà a ragionare in termini di stati mentali, ovvero la metacognizione carente. Un intervento quindi per prevenire le ricadute e aiutare la persona a dare un senso alle difficoltà che affronta nelle relazioni sociali dovrebbe promuovere la capacità di riflettere sugli stati mentali; questo al fine di incrementare le capacità di insight così come di guadagnare e mantenere la remissione clinica. È importante quindi aiutare il paziente affetto da schizofrenia a sviluppare consapevolezza dei propri sintomi e promuovere la consapevolezza di sé come essere pensante, dotato di un senso di agency e basarsi su questo per costruire scopi e piani di vita. Migliorare la metacognizione potrebbe quindi mediare l'azione terapeutica sui sintomi della psicosi, aumentare la consapevolezza soggettiva, indirizzare meglio l'esecuzione di compiti da parte del paziente. In questa relazione, presenteremo un modello di intervento psicoterapeutico sulle funzioni metacognitive adattato ai pazienti psicotici all'esordio. A partire dall'analisi intensiva delle sedute di psicoterapia trascritte, mostreremo come il miglioramento delle funzioni metacognitive (autoriflessività e decentramento) favorisce il processo di remissione e di stabilizzazione dei sintomi dei pazienti ai primi episodi psicotici. Presenteremo qui il modo in cui il clinico valuta ed interviene sulle disfunzioni metacognitive al fine di favorire la remissione delle condizioni di malattia; alcuni esempi clinici illustreranno le strategie intra-

prese dalla psicoterapia cognitiva ad orientamento metacognitivo degli esordi psicotici.

La sofferenza mentale all'esordio: esperienze a confronto nel real world

A. Meneghelli

AO Ospedale Niguarda Ca'Granda, Milano

La letteratura e l'esperienza clinica concordano nel riconoscere nelle fasi iniziali delle psicosi un periodo in cui il quadro psicopatologico è variegato, complesso, strettamente legato, in un bidirezionale rapporto di causa-effetto, con fattori di rischio sociale, difficoltà cognitive, schemi disfunzionali, alterazioni comportamentali, deterioramento di ruolo. L'attenzione terapeutica si rivolge quindi non soltanto a quello che viene considerato il "nucleo" dei deliri e delle allucinazioni, ma a un insieme di depressione, sia essa antecedente o conseguente all'esordio, ansia e ritiro sociale, spesso suicidalità, talvolta disturbo da stress post-traumatico, uso di sostanze, progressiva disabilità.

L'identificazione sistematica e l'analisi delle caratteristiche psicopatologiche negli esordi psicotici, e il loro raggruppamento in clusters, come suggerisce van Os, rappresenta una sfida affascinante, capace di dare un contributo importante alla costruzione di un modello di malattia e alla configurazione di programmi di trattamento specifici e multicomponentiali. Non sempre però nelle situazioni cliniche del "real world" essa può essere raccolta per oggettivi motivi, tra cui talvolta una scarsa attitudine alla valutazione e alla ricerca, più spesso a problemi, organizzativi, economici, deontologici, incontrati nello strutturare rigorosi percorsi clinici e accurati disegni sperimentali.

Nel Programma 2000, Programma di individuazione e di intervento precoce nelle psicosi, attivo dal 1998 nel DSM, AO Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano, il piano multicomponentiale di trattamento, composto da un intreccio di operazioni psicoterapeutiche, riabilitative, farmacologiche e di coinvolgimento strutturato dell'ambiente, si fonda su una approfondita e multidimensionale indagine, condotta con scale, interviste e self-report sulla sintomatologia positiva e negativa, la depressione, la suicidalità, il funzionamento cognitivo, la soddisfazione nella qualità della vita, il funzionamento sociale. Nel lavoro verranno presentati e discussi i dati riguardanti 91 soggetti al primo episodio psicotico (Checklist ERraos, HoNos, BPRS, CBA2.0, DAS II, Camberwell Family Interview, Batteria di assessment neuro cognitivo, SAT-P) e, per un gruppo più ristretto, Young Schema Questionnaire.

Gli interventi integrati e di remediation cognitiva nei pazienti all'esordio psicotico

R. Pollice, M. Mazza

Università di L'Aquila

Il disturbo schizofrenico è caratterizzato da una incapacità di comprendere gli stati mentali altrui, tale incapacità dipende da un deficit di un meccanismo mentale denominato Teoria della Mente (Frith, 1996). Recenti ricerche hanno dimostrato che tale deficit sembra essere presente per tutta la durata della malattia, permane dopo trattamento con antipsicotici e non si modifica in relazione alla severità sintomatologica o alle fasi di malattia (Hans, 2000; Herold, 2002).

In letteratura, tuttavia, lo stato dell'arte relativo alla "remediation cognitiva" è controverso.

I dati ottenuti da una piccola serie di studi relativi alla remediation dei deficit cognitivi nella schizofrenia non sono univoci relativamente all'efficacia di tali interventi (Benedict et al., 1994; Tompkins, Goldman & Axelrod, 1995; Wykes, Reeder, Corner, Williams & Everitt, 1999; Medalia, Aluma, Tyron & Merriam, 1998; Medalia, Revheim & Casey 2000). Studi recenti tuttavia sull'applicazione di nuove metodiche riabilitative hanno evidenziato che è possibile apprendere nuove informazioni quando si osservano passivamente lo svolgimento di azioni da parte di altri soggetti. Infatti sembra che la corteccia premotoria e motoria siano coinvolte in una rappresentazione interna e dunque all'apprendimento di ciò che osservano. Tale competenza è attribuita all'attivazione del sistema Neuroni Mirror (area F5 nella corteccia frontale inferiore) (Gallese, 2004) che permettono agli individui di comprendere il significato delle azioni e delle emozioni altrui attraverso il meccanismo di replicazione ('simulazione') senza nessuna riflessione esplicita di tipo consapevole e che durante l'osservazione di un comportamento eseguito, facilita attraverso l'imitazione, l'internalizzazione ed il riconoscimento di azioni di altri.

Nel presente lavoro verranno presentati i risultati preliminari di un intervento riabilitativo condotto su soggetti affetti da schizofrenia basato sull'osservazione ripetuta di stimoli legati ai vari aspetti della cognizione sociale.

Verranno inoltre discussi i risultati emersi dalla valutazione clinica, neuropsicologica e neurofisiologica rilevata mediante i potenziali evento correlati (ERP).

Bibliografia

- Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G. *A unifying view of the basis of social cognition*. Trends Cogn Sci 2004;8:396-403.
- Roncone R, Mazza M, Frangou I, et al. *Rehabilitation of theory of Mind's deficit rehabilitation in schizophrenia: a pilot study about metacognitive strategies in a group treatment*. Neuropsychol Reh 2004;14:421-35.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MASACCIO

S39. La disregolazione emotiva come fattore di rischio di psicopatologia

COORDINATORE
C. Maffei (Milano)

Sregolazione emotiva, funzione mentalistica e caratteristiche del disturbo *borderline* di personalità in adolescenza

Andrea Fossati, Serena Borroni, Cesare Maffei

Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Negli ultimi anni si è verificato un crescente interesse sia teorico che di ricerca verso il costrutto della (dis)-regolazione emotiva (DE) nella comprensione degli aspetti adattivi e maladattivi di personalità. Sebbene siano disponibili diverse teorie e diversi modelli della DE, è sempre maggiore il consenso sul ruolo centrale di questa caratteristica di personalità in diverse configurazioni psicopatologiche e comportamenti disadattivi.

Il presente studio si propone di valutare e approfondire l'importanza clinica della DE nelle caratteristiche disadattive di personalità, con particolare riferimento al disturbo *borderline* di personalità (BPD), in età adolescenziale, dato che l'adolescenza rappresenta un momento del ciclo di vita importante per identificare i precursori eziologici del BPD e per sviluppare programmi preventivi e terapeutici più efficaci.

In un modello di mediazione, la DE, valutata con la scala DERS, è risultata predire significativamente il numero di tratti BPD ($b = ,53, p < ,001$); dato interessante, la DE è risultata mediare completamente ($Pm = ,98$) il legame tra attaccamento ansioso e tratti BPD ($b = ,16, p < ,001$).

Controllo e discontrollo delle emozioni dello psichiatra nella cura

M. Guazzelli

Università di Pisa

La regolazione delle emozioni nell'interazione medico paziente è fondamentale in psichiatria e rappresenta essa stessa uno strumento attraverso il quale avviene il processo terapeutico.

La mancata regolazione o l'espressione emotiva abnorme può essere, d'altro canto, uno dei cofattori del mancato funzionamento di una terapia specialmente di tipo psicoterapeutico.

Per una analisi approfondita del fenomeno dobbiamo tenere presente diversi fattori. Una mancata regolazione delle emozioni o l'espressione di vissuti emozionali abnormi e non congrui può essere dettata da un quadro psicopatologico presente nello psichiatra. In questo senso la peculiarità della situazione non sta nel tipo di reazione emotiva (che evidentemente sarà propria ad esempio del disturbo dell'umore, d'ansia o della schizofrenia), ma il fatto che questa si trasmetta al setting terapeutico con i suddetti potenziali effetti negativi.

Più specifica del tipo di interazione tra psichiatra e paziente o meglio più strettamente legata alla natura del disturbo di pertinenza psichiatrica può essere la situazione di mimesi, in cui cioè il medico proietta nel suo ruolo di terapeuta le proprie pro-

blematiche soggettive. In un nostro recente lavoro attualmente sottomesso per la pubblicazione abbiamo mostrato come gli psichiatri che dormono meno bene ritengono di avere anche una maggiore difficoltà nella gestione diagnostica e terapeutica dei disturbi del sonno.

Ulteriore aspetto da tenere in considerazione, partendo dal modello psicoanalitico, sono le reazioni transferali, controtransferali e di identificazione proiettiva in cui la regolazione e la disregolazione emozionale del paziente come dello psichiatra sono parte stessa del setting terapeutico e, nel caso delle psicoterapie psicodinamiche la loro analisi è anche parte del processo terapeutico.

L'approccio neurobiologico infine ha offerto spunti di riflessione sui correlati neurobiologici della regolazione emotiva in condizioni normali e di patologia mentale, nonché della perdita di controllo sulla stessa. Recentemente si è identificato il circuito che sottende a tale processo di regolazione delle emozioni negative e alle sue alterazioni nella patologia depressiva mentre diversi studi, tra cui uno attualmente in atto da parte del nostro gruppo sta cercando di mettere in luce i correlati neurobiologici degli effetti delle strategie cognitive di controllo delle emozioni negative.

Modulazione disfunzionale della reattività emozionale in individui aggressivi: Indicatori psicofisiologici

D. Palomba, G. Buodo

Università di Padova

Premessa: il comportamento aggressivo è stato ampiamente studiato in psicobiologia e psicologia clinica, soprattutto nell'ambito della psicopatologia (pazienti sociopatici, con disturbo dell'attenzione e iperattività, con esiti di trauma cranico frontale). Individui impulsivo-aggressivi, nelle varie categorie nosografiche in cui sono inquadrati, mostrano spesso una paradossale riduzione dell'attivazione fisiologica, soprattutto autonoma, mentre il resoconto soggettivo emozionale può estendersi dall'apatia affettiva alla rabbia intensa o frustrazione. A questi elementi si aggiunge anche il riscontro di anomalie nei potenziali evento-relati legati alla categorizzazione di stimoli semplici o complessi. L'insieme di questi dati ha suggerito due ipotesi: a) pazienti con elevata impulsività-aggressività sarebbero caratterizzati da un'inadeguata elaborazione dell'informazione che li porta ad un'incapacità di comprendere e regolare i propri stati attivazionali-emozionali; b) il mancato riconoscimento della pericolosità degli stimoli, assieme alla bassa attivazione autonoma può portare questi individui alla ricerca costante di sensazioni ed emozioni forti, come suggerito dal modello del "sensation seeking".

La ricerca nel settore è però carente rispetto allo studio di popolazioni non patologiche, ma con elevata rabbia di tratto. Mancano inoltre studi che abbiano indagato pattern psicofisiologi-

ci integrati, includendo nello stesso studio misure dipendenti dal sistema nervoso centrale (ERPs), indici relativi ai circuiti di regolazione affettiva sottocorticale (riflesso di startle) e misure autonome (frequenza cardiaca e tono vagale), allo scopo di valutare le influenze reciproche tra sistema nervoso autonomo e centrale nella modulazione dell'aggressività.

Lo studio, metodo: hanno partecipato allo studio 40 studenti universitari (maschi e femmine, di età compresa tra i 19 e i 30 anni), selezionati da un più ampio campione in base ai punteggi di rabbia di tratto ottenuti al questionario STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory). I partecipanti sono stati divisi in due gruppi, ad alta e bassa rabbia di tratto.

Sono state utilizzate 72 immagini, tratte dall'International Affective Picture System (IAPS; Center for the Study of Emotion and Attention, 1999), e differenziate per arousal e valenza emozionale (piacevoli: coppie erotiche e scene di sport/avventura; neutre: persone con atteggiamento neutro; spiacevoli: scene di minaccia e sangue/ferite). Ciascuna immagine è stata presentata per 6 secondi. Lo stimolo acustico (startle probe), usato per produrre il riflesso di allarme durante la visione delle immagini, veniva presentato binauralmente attraverso una cuffia stereo. Venivano contemporaneamente registrate le seguenti misure: Frequenza cardiaca (FC) Ampiezza del riflesso di startle, misurata attraverso la registrazione dell'attività del muscolo orbicularis oculi; Risposta di conduttanza cutanea (SCR); Potenziali evento-relati (ERPs). In particolare, sono state misurate la componente N100, la P300 e il complesso positivo tardivo (LPC)

I partecipanti compilavano, inoltre i seguenti questionari di autovalutazione: Questionario Irritabilità-Ruminazione (I-R), lo STAI (State-trait anxiety Inventory) e lo STAXI (State-Trait anger Inventory).

Risultati: il gruppo dei soggetti ad alta aggressività ha presentato una maggiore irritabilità (Scala I-R, Caprara) rispetto al gruppo di controllo, dal quale non si è invece differenziato né per livello di ansia né per presenza di tratti sociopatici. Inoltre i soggetti aggressivi hanno valutato maggiormente attivanti varie categorie emozionali e in particolare le immagini erotiche e quelle sportive. I soggetti con elevato tratto aggressivo hanno prodotto risposte di conduttanza cutanea tendenzialmente più basse dei soggetti con bassa aggressività, con l'unica eccezione delle reazioni alle immagini a contenuto erotico. I soggetti aggressivi, rispetto ai controlli, hanno mostrato un potenziamento maggiore del riflesso di startle per le categorie di minaccia e mutilazione. Questo dato, in linea con la maggiore irritabilità di questi individui, fa pensare che i soggetti aggressivi tendono a reagire alle stimolazioni esterne, soprattutto se negative, in modo più impulsivo. Per i potenziali evocati si è rilevata una maggiore latenza della N100 nei soggetti ad alta aggressività soprattutto alle immagini a valenza spiacevole. Questo dato suggerisce che i soggetti aggressivi abbiano un ritardo nell'elaborazione precoce di stimoli emotigeni, soprattutto spiacevoli, e conferma l'ipotesi di disfunzioni nelle fasi precoci di elaborazione dell'informazione. Il complesso tardivo risulta invece più ampio nei soggetti ad alta aggressività, a suggerire una per-

sistenza, rispetto ai soggetti con bassa aggressività, dei processi consapevoli di elaborazione dell'informazione.

Complessivamente i dati ottenuti confermano dati presenti in letteratura in studi diversi, e ribadiscono l'importanza di una valutazione integrata dell'elaborazione affettiva in soggetti con alta rabbia di tratto. Tale valutazione potrebbe fornire indizi precoci di comportamenti devianti in popolazioni a rischio.

La disregolazione emozionale nei disturbi dell'alimentazione e nell'insonnia

C. Lombardo, G. Battagliese, M. David, C. Violani
Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

La difficoltà di regolare le proprie emozioni è considerata in molte teorie eziologiche come fattore di rischio per la genesi dei disturbi psicopatologici (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon, & Gomez, 2003; Greenberg, 2002; Kring & Bachorowski, 1999; Mennin & Farach, 2007), inclusi insonnia (e.g. Kales et al., 1976; Espie, 2002) e disturbi dell'alimentazione (Polivy, Herman, 2002; Macth, 2008; Schmidt, Treasure, 2006).

Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione (DA), alcuni studi riportano minore consapevolezza delle emozioni e maggiore difficoltà nella loro regolazione (ad es. Harrison et al., 2009), uso prevalente o esclusivo di strategie di regolazione disfunzionale come soppressione o evitamento (Schmidt, Treasure, 2006) e minore ricorso a strategie adattive come re-appraisal e problem solving (Paxton, Diggins, 1997). Una recente meta-analisi (Aldao et al., 2010) mostra che nei DA, la gravità della psicopatologia è in gran parte predetta dalla soppressione emozionale ($r = .59$).

Per quanto riguarda l'insonnia, alcuni studi hanno evidenziato che un sonno abituale di minore durata si associa a maggiori livelli di preoccupazione (Kelly, 2002), maggiori livelli di instabilità emotiva (Nixon et al., 2008), ridotta soppressione vagale (El-Sheikh, Buckhalt, 2005).

Per approfondire queste relazioni abbiamo condotto tre studi. Il primo studio ha evidenziato che, in un gruppo di 33 pazienti con DA, i punteggi nella scala di soppressione emozionale dell'ERQ di Gross e John (2003) sono maggiori rispetto a un corrispondente gruppo di controllo. Inoltre, le pazienti rispondono con tempi più brevi a stimoli verbali collegati con il cibo presentati attraverso la tecnica dello *stroop test*.

Le stesse metodologie sono state utilizzate confrontando pazienti con insonnia cronica e controlli.

Inoltre sono state valutate le risposte psicofisiologiche a stimoli emozionali e non emozionali connessi o no con la propria psicopatologia in tre gruppi: uno che riporta solo sintomi di insonnia, uno che riporta sia sintomi di insonnia che di DA e un gruppo che non riporta alcun sintomo. I risultati evidenziano che le persone con sintomi mostrano maggiore reattività agli stimoli emozionali negativi, specie se connessi con la sintomatologia.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PERUGINO

S40. ADHD e disturbi pervasivi dello sviluppo: due disturbi mutuamente esclusivi?

COORDINATORI

A. Zuddas (Cagliari), G. Masi (Pisa)

ADHD e disturbi pervasivi dello sviluppo: una "comobidità impossibile"?

A. Zuddas, L. Lecca, L. Anchisi*, R. Zanni, G. Melis

Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Cagliari; * Dottorato in Neuropsicofarmacologia dell'età evolutiva, Università di Messina

Sebbene considerati mutualmente esclusivi dal DSM IV (la diagnosi di un disturbo escluderebbe a priori quella dell'altro), ADHD e disturbi pervasivi dello sviluppo (PDD) presentano diversi aspetti comuni. Numerosi studi indicano che bambini ed adolescenti con PDD presentano con relativa frequenza sintomi invalidanti di iperattività/ impulsività e/o di marcata inattenzione, per i quali i farmaci per l'ADHD mostrano una significava efficacia. Studi neuropsicologici inoltre osservato che la compromissione delle funzioni esecutive caratteristica dei bambini ed adolescenti con ADHD e spesso più marcata nei bambini ed adolescenti con PDD ad alto funzionamento cognitivo; studi di *Genome Wide Scanning* hanno evidenziato regioni cromosomiche di interesse comuni per i due disturbi.

Più recentemente, mediante questionari quali la *Social Responsiveness Scale*, sono state evidenziate significative compromissioni delle capacità di responsività sociale (caratteristiche dei PDD), in bambini con ADHD: tale significativa compromissione è stata osservata sia in campioni nordamericani che europei (ed italiani). Il ruolo di tali evidenze per una più accurata definizione diagnostica e nella definizione di più efficaci strategie terapeutiche verrà illustrato e discusso.

Correlazione tra le misure della variabilità dei tempi di risposta in diversi test cognitivi in bambini con ADHD liberi dall'effetto di farmaci

N. Adamo^{1,2}, A. Di Martino^{1,2}, L. Esu¹, K. Johnson³, F. Xavier Castellanos^{2,4}, A. Zuddas¹

¹ Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscience, Università di Cagliari, Italia; ² Institute for Pediatric Neuroscience, NYU Child Study Center, NY, NY, USA; ³ School of Psychology, Queen's University Belfast, Northern Ireland; ⁴ Nathan Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Obiettivi: l'aumento della variabilità intra-soggettiva dei tempi di risposta (VIS-TR) misurato come fluttuazioni lente (banda "lenta" = frequenze < 0,07 Hz e banda "veloce" = frequenze > 0,07 Hz), ha caratterizzato i soggetti con ADHD in alcuni ma non in tutti gli studi, verosimilmente a causa delle differenze tra i test usati. Questo studio si propone di esaminare le misure della VIS-TR attraverso due test in un campione di bambini con ADHD rispetto a dei bambini con sviluppo normale (bambini di controllo, BC).

Metodi: tutti i partecipanti (52 ADHD e 49 BC) hanno completato in un'unica sessione l'Eriksen Flanker Task (EFT) e la versione a sequenza fissa del Sustained Attention to Response Task (SART). Sono stati inclusi solo bambini che non avevano mai assunto alcuna terapia per l'ADHD o che avessero sospeso la terapia con stimolanti per almeno una settimana prima delle valutazioni.

Risultati: il gruppo ADHD ha mostrato una più alta variabilità dei TR sia in termini di DS sia delle oscillazioni lente in entrambi i test. Le misure del contributo specifico di ciascuna banda di frequenza alla variabilità globale (controllando per la DS-TR), indicano che nel EFT sia la componente lenta sia quella veloce della VIS differenziano i bambini ADHD dai BC ($p < 0,05$). Nel SART, i due gruppi si differenziano significativamente solo per la componente veloce ($p < 0,05$).

Conclusioni: tali risultati confermano che l'aumento della VIS-TR può essere studiato mediante due diversi test in bambini ADHD liberi da effetti farmacologici confondenti e suggeriscono che, sebbene grossolanamente convergenti, i due test possono misurare differenti meccanismi alla cui base sono le oscillazioni lente e relativamente veloci nei TR.

Treatment of ADHD symptoms in the context of pervasive developmental disorders: continuity and discontinuity in therapeutic response

B. Vitiello

NIMH, Bethesda, MD, USA

ADHD symptoms are often encountered in children with pervasive developmental disorders (PDD), causing significant dysfunction and leading to clinical referral and treatment. Treatment of ADHD symptoms in PDD is more challenging than in otherwise normally developing children. Stimulant medications, which are highly effective in non-PDD children with ADHD, have a substantially lower efficacy in PDD. Compared with placebo, methylphenidate shows a large treatment effect size in non-PDD, but only a small, although statistically significant, effect size in PDD children. Moreover, the incidence of adverse effects, most commonly insomnia, irritability, and anorexia, is much greater in PDD, affecting about 1 in 5 children treated with methylphenidate. Thus, the balance between benefit and risk is less favorable in PDD. The biological characteristic and mechanisms underlying this difference are currently unknown. There are few controlled data on the efficacy of atomoxetine in PDD. Clinical trials of the alpha-2-agonist guanfacine are in progress. In the presence of other behavioral problems in PDD, such as aggression, self-injury or severe temper tantrums, atypical antipsychotics have been successfully used to improve behavior.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BERNINI

S41. La psichiatria come filosofia della medicina

COORDINATORE

E. Torre (Novara)

La psichiatria come filosofia della medicina – il parere del medico legale

L. Varetto

Università di Torino

La Medicina Legale ha sempre mutuato dalla Medicina Clinica i metodi di indagine, modificandoli per la finalità della ricerca di una prova il più possibile certa. Il metodo medico legale dovrebbe essere quindi da sempre quello della Medicina basata sulla prova (EBM), ma così non è. Gli sviluppi scientifici degli ultimi decenni hanno chiaramente dimostrato la debolezza dell'*opinione dell'esperto* nei confronti degli studi metodologicamente pregevoli. A questa situazione relativamente nuova la Medicina Legale si sta adattando con non poche difficoltà, per vari motivi: la tradizione autoreferenziale della disciplina; il metodo di indagine, spesso necessariamente artigianale; le difficoltà di comunicazione tra medici e magistrati, che possono non raramente privilegiare l'opinione errata di un buon comunicatore o la suggestione indotta da metodi nuovi e apparentemente infallibili. In questo panorama la Psichiatria non fa eccezione; alcune discipline tradizionalmente correlate alla Psichiatria - tra tutte la Criminologia e la Bioetica - sono addirittura paradigmatiche di questo stato di cose. La relazione discute di questi temi, evidenziando pregi e rischi della Psichiatria e delle discipline ad essa correlate nell'evoluzione del metodo scientifico applicato alla Giustizia.

La qualità è un'utopia filosofica per la medicina?

R. Siliquini

Dipartimento di Sanità Pubblica, Torino

Il concetto di qualità rappresenta quanto di più aleatorio e meno misurabile sia possibile descrivere. Tutti riconosciamo senza termini di smentita e senza aggiungere ammennicoli più o meno evocativi cosa significhino lealtà, competenza, affidabilità e così via. Ma la qualità ci sfugge come concetto e, quindi, come nozione logica di caratteri essenziali di un oggetto. A riprova di ciò il fatto che per dare 'sostanza' al vocabolo 'qualità' siamo sempre costretti a riempirlo di parole: criteri, indicatori, standard e, quindi, concetto non è.

Non a caso la 'qualità' è un termine ricorrente nell'ambito politico ma, anche troppo spesso, citata nella legislazione, nelle policies e nelle promesse relative all'ambito sanitario. La qualità, così abusata dai regolamenti ma così vuota di concetto, rischia di diventare un nemico per chi prende decisioni in 'scienza e coscienza'.

Ed è materia quotidiana dei media: scarsa qualità è morire in un sottoscala di un grande ospedale, alla stessa stregua di attendere nel Pronto Soccorso di un grande ospedale 3 ore con un codice bianco.

Non pago, il sistema sanitario, di propagandare il vuoto concetto di Sanità, si inventa il concetto di 'eccellenza': come a dire che la qualità è ormai di tutti mentre alcuni (sempre attraverso meccanismi concettuali non logici) sono più avanti.

Ma cos'è la qualità? Cos'è l'eccellenza? Quali sono i meccanismi che fanno pensare ad alcuni di fare 'qualità' o 'eccellenza' indipendentemente da descrittori univoci?

La morte è realmente il fallimento della qualità in Sanità? La diagnosi e i trattamenti precoci sono sempre eccellenza della Sanità?

E, ancora, è il singolo professionista o l'organizzazione che può fare qualità?

Lo sviluppo costante delle capacità individuali di valutazione personale, delle capacità di leadership, e di gestione dei colleghi e del collettivo possono certamente far sì che la sanità si possa avvicinare a fornire un quadro riconoscibile di cosa rappresenti quel concetto, oggi ancora vuoto, di qualità.

Le dimensioni del sé e le sue patologie

C. Meini

Facoltà di Lettere e Filosofia, UPO A. Avogadro

Il tema dell'identità personale, centrale nell'ambito dello studio delle principali patologie psichiatriche, richiama concetti che sono stati tradizionalmente al centro dell'indagine filosofica - basti citare Cartesio, Hume o Locke. La nuova prospettiva interdisciplinare aperta con lo sviluppo delle varie discipline componenti le scienze cognitive ha più di recente permesso di arricchire e "sfaccettare" la nozione di sé, nonché di metterla alla prova dell'indagine empirica. Diviene così opportuno distinguere tra varie dimensioni del sé, includendo almeno un io istantaneo-fenomenologico, un io come centro decisionale, un io autobiografico-narrativo e una dimensione sociale del sé. Autori come Damasio, Stern, Neisser, Siegel hanno così indagato, dalle loro rispettive prospettive disciplinari, come queste dimensioni si sviluppano e quali siano le conseguenze psichiatricamente rilevanti del loro decadere. Il dibattito sulla mente estesa, particolarmente vivo nella filosofia della mente contemporanea, giunge infine a porre nuovi e stimolanti interrogativi sui reali confini della mente e dell'identità della persona.

La psichiatria ispiratrice di complessità per l'arte medica

E. Torre

Clinica Psichiatrica, UPO A. Avogadro

Il medico senza filosofia non può dominare la stoltezza" ci ricorda Jasper.

Lo strumento filosofico offre al medico ed in particolare allo psichiatra una risorsa per la comprensione della complessità

dell'esistenza stessa in quanto teatro, possibilità, limite e confine dell'Esserci. La filosofia fa da sfondo epistemologico al lavoro psicologico, sia quando assume il ruolo più generico, ma anche prioritariamente formativo, di cultura e di *paideia*, sia, al polo opposto, nella sua accezione di disciplina scientifica definita avente per oggetto i principi primi e le strutture più generali dell'essere.

Il medico, il terapeuta come "testimone del fuoco", per dirlo con la Leonard: un crocevia di cultura, sensibilità, tecnica e improvvisazione ... in modo molto simile a quello che è il compito di integrazione fra istinto, tecnica e sentimento che caratterizza lo specifico dell'arte. L'arte come maestra, ovvero l'arte non presuntuosa di utilizzare ambiti e strumenti diversi e differenziati, ma riconosciuti come di pertinenza dell'uomo, dell'Esserci, allo scopo di curare l'umana sofferenza e aver cura dell'umana differenza. Medicina come arte medica, Psichiatria come arte della relazione, la metodologia del clinico e del terapeuta mutuata dall'arte come visione e filosofia.

La filosofia della formazione degli operatori della riabilitazione

P. Zeppegno, A. Gogliani, E. Torre

Clinica Psichiatrica, AOU Maggiore della Carità di Novara

La riabilitazione psichiatrica rappresenta una parte del trattamento specialistico in cui, forse maggiormente che in altre occasioni di cura, risulta evidente ed inderogabile la necessità di coordinare figure professionali diverse, in un contesto di lavoro d'équipe, dove si incontrano istanze, attese, capacità che profondamente risentono del proprio profilo formativo come di quello ideologico che vi si accompagna.

Ma se questo tema potrebbe essere più che sufficiente per invitare a riflettere su temi quali le tensioni tra individuo e collettivo, tra soggetto e società, tra diritti e doveri, tra sviluppo e contenimento, tra etica e scienza della salute, occorre considerare come le osservazioni compiute in questi anni di lavoro in merito (ed in particolare tramite supervisioni d'équipe di riabilitazione psichiatrica) portino a sostanziare tutto ciò con la necessità di studiare ed accordarsi sul metodo della riabilitazione più che non sugli strumenti.

Il metodo non è solo una questione di organizzazione, quanto invece il confronto con le radici epistemologiche del curare.

La cura richiama aspetti profondi per ognuno di noi che a sua volta rimandano al confronto con temi quali l'esistenza, il tempo, la scelta, il destino.

In questo lavoro si vuole puntare l'attenzione in particolare sul procedere formativo, considerando proprio come non sia possibile realizzare un percorso corretto se non ponendo attenzione più alle questioni del metodo che non della pratica, più della forma che delle tecniche e ciò significa per ognuno mettersi in gioco anche come individuo oltre che professionista.

Inoltre si desidera mostrare come la formazione si compia soprattutto lungo un percorso di supervisione, che possa trattare gli argomenti professionali quando accadono, restituendo loro la ricchezza dell'unicità che permette di sollevarsi dalla coltre della cronica invariabilità ed indifferenza dei possibili esistenziali.

Così la formazione può assolvere la sua funzione, archetipicamente della Puttana Sacra, che come nel film *Pretty Woman*, non pretende il cambiamento, ma ne crea occasione, accogliendo ma anche dandosi nella relazione come servizio all'altro, intervenendo sia sulle abilità ragionevoli ma soprattutto sul sentimento quale funzione psichica che ne possa svelare il valore, pretendendo per l'altro come per sé stesso.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BORROMINI

S42. Genetica ed epigenetica delle patologie stress-correlate

COORDINATORI

M. De Vanna (Trieste)

Il concetto di stress in medicina

M. Biondi, L. Tarsitani

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

Introduzione: la letteratura scientifica degli ultimi decenni ha chiaramente dimostrato che lo stress ha un impatto negativo sulla salute e che un valido supporto sociale gioca un ruolo protettivo nell'esposizione a situazioni stressanti. Stress e supporto sociale influenzano l'insorgenza e il decorso dei disturbi mentali e della maggior parte delle malattie mediche, direttamente, indirettamente e con meccanismi complessi ed eterogenei. Pertanto, la combinazione di un alto stress e di uno scarso supporto costituisce una condizione di particolare

vulnerabilità allo sviluppo di disturbi mentali e malattie somatiche.

Metodologia: verrà presentata la "Scala per la valutazione della Vulnerabilità correlata allo Stress" (SVS), recentemente validata, che misura in modo semplice ed in tempi brevissimi lo stress e il supporto sociale percepiti, con l'obiettivo di quantificare una vulnerabilità correlata ad eventi o situazioni stressanti e alla mancanza di supporto.

Risultati: ad oggi, la valutazione della vulnerabilità correlata allo stress con la SVS è stata effettuata in diversi ambiti di ricerca, su popolazioni cliniche e non, con l'obiettivo di predire il rischio di malattia o di esito sfavorevole. Inoltre, la SVS viene utilizzata come strumento per l'identificazione di soggetti particolarmente vulnerabili all'interno di un gruppo definito e per lo studio di altre caratteristiche individuali (ad

es. di personalità) che si associano ad una maggiore vulnerabilità.

Conclusioni: in medicina è ormai opinione condivisa che una valutazione clinica non possa essere limitata ad un determinato disturbo o malattia, ma debba considerare lo stato di salute globale dell'individuo. In questi contesti, la misurazione della vulnerabilità correlata allo stress potrebbe arricchire la valutazione generale di individui con un problema di salute e, probabilmente, dare la possibilità di prevedere decorsi, esiti e risposta ai trattamenti di vari disturbi o malattie.

Stressors e fattori di rischio nel determinismo delle patologie psichiatriche

E. Aguglia

A.O.U. Policlinico 'G. Rodolico' - Vittorio Emanuele II, Catania;
U.O.P.I. di Psichiatria

Recenti acquisizioni stanno modificando il paradigma secondo cui ad un genotipo è strettamente correlato un fenotipo, a favore del concetto che un fenotipo è definito "da un genotipo e da un epigenoma". Esiste pertanto un genotipo comune a più cellule, al quale si associa l'epigenoma che, attraverso alterazioni dei processi di metilazione/acetilazione del DNA, insieme a modifiche degli istoni e del pathway dei piccoli RNA non codificanti, determina cambiamenti nell'espressione genica, senza modificazioni della sequenza nucleotidica del genoma. L'epigenoma risente dell'azione di diversi fattori ambientali, in particolare le aberrazioni dei normali processi epigenetici rappresentano una risposta biologica a fattori di stress ambientale e possono essere trasmessi alla prole. Sebbene l'eliminazione del fattore ambientale induttore determina la possibile reversione della modifica epigenetica, le aberrazioni epigenetiche agiscono sull'espressione genica interferendo con la funzione del gene stesso. Stressor precoci ambientali (anche prenatali) possono infatti provocare effetti permanenti sull'abilità della risposta allo stress, alterando la predisposizione genetica verso lo stressor. Risulta quindi di notevole interesse indagare sui possibili elementi di induzione dei processi epigenetici per attivare adeguati protocolli di prevenzione.

Ambiente, sviluppo neuronale e psicopatologia

G. Biggio

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

La ricerca clinica e sperimentale hanno dimostrato che stress e depressione possono ridurre l'espressione di fattori trofici e il trofismo neuronale anche attraverso un'alterazione delle attività dell'asse HPA.

Nei roditori il comportamento materno altera la sensibilità dell'asse HPA allo stress attraverso modificazioni nei meccanismi di trascrizione di specifici geni.

Nel genere umano le avversità durante l'infanzia e l'adolescenza, incluse le gravi difficoltà familiari, sono associate ad un maggiore rischio di differenti forme di psicopatologia. Nella schizofrenia e nella depressione il suicidio è spesso associato a significativa diminuzione dei recettori ai glucocorticoidi. Il suicidio è spesso la conseguenza di episodi di abusi sessuali avvenuti durante l'infanzia, un fenomeno differente e indipen-

dente da quello associato alla psicopatologia. Pertanto il rischio di suicidio è particolarmente rilevante in quei soggetti nei quali gli eventi ambientali negativi sono associati ad aumentata funzione dell'asse HPA e riduzione nell'espressione dei recettori ai glucocorticoidi nell'ippocampo.

Nei roditori l'effetto dello stress e delle cure materne sulla funzione dell'asse HPA è associato a specifiche alterazioni epigenetiche a livello del promotore "NR3C1" del recettore ai glucocorticoidi e al gene che esprime il CRH. Recentissimamente i processi di metilazione del promotore NR3C1 sono stati studiati nell'ippocampo di soggetti adulti suicidi vittime di abusi sessuali nell'infanzia e nell'adolescenza. La ricerca ha dimostrato che in questi soggetti permaneva alterato il processo di metilazione del promotore NR3C1. Questa alterazione non era presente nel cervello dei controlli o di suicidi senza abusi nell'infanzia. Simile alterazione molecolare è stata dimostrata anche in neonati di mamme sofferenti di depressione. Ciò suggerisce che la depressione durante la gravidanza può attraverso il processo epigenetico alterare l'attività dei geni che controllano la funzione dell'asse HPA.

Nel loro insieme questi risultati indicano che gli eventi stressanti associati alla gravidanza, al periodo neonatale, all'infanzia e all'adolescenza possono essere associati ad alterazioni epigenetiche di specifici geni cruciali nello sviluppo dell'asse HPA.

Patologie stress correlate ed isolati genetici

M. De Vanna, V. Moret, R. Terrana, D. Carlino
Clinica Psichiatrica, Università di Trieste

Introduzione: l'obiettivo di questo studio è analizzare la presenza di disturbi psichiatrici all'interno di alcuni isolati genetici, nell'ambito del Progetto Parco Genetico Friuli Venezia Giulia. Lo studio di popolazioni isolate, con influenze ambientali e culturali omogenee, permette di valutare meglio gli aspetti genetici presenti nelle patologie psichiatriche.

Metodologia: il campione valutato è composto da 863 soggetti, di cui 57,7% donne e 42,3% uomini. La diagnosi dei disturbi d'ansia e dell'umore è stata fatta seguendo i criteri del DSM IV-TR, utilizzando l'intervista strutturata SCID-I. Lo studio neuropsicopatologico si è avvalso delle seguenti scale: HAM-D, HAM-A, GAF, BPRS, TAS-20. L'abuso alcolico è stato valutato attraverso i dati nutrizionali, considerando l'abuso come il consumo maggiore di 2 unità alcoliche/die nella donna e 3 nell'uomo.

Risultati: la percentuale dei disturbi d'ansia e dell'umore negli isolati genetici considerati è pari a: 14,28% GAD; 14,60% fobia specifica; 3,24% fobia sociale; 7,07% DAP; 0,69% OCD e 5,23% MDD. La media dei punteggi relativi alle scale utilizzate è stata di: 7,68 HAM-A; 5,75 HAM-D; 23,25 BPRS; 85,69 GAF; 46,88 TAS-TOT. La percentuale di soggetti che abusano di alcol è risultata pari a 7,56% nelle donne e 28,08% negli uomini.

Conclusioni: negli isolati genetici considerati sono state trovate percentuali di disturbi d'ansia (GAD, fobia specifica, fobia sociale, DAP) superiori rispetto ai dati della letteratura. Al contrario, la percentuale di OCD è risultata essere nettamente inferiore. La frequenza di MDD, invece, è sovrapponibile a quella presente nei dati di letteratura. Le percentuali trovate per le condotte di abuso alcolico sono sovrapponibili ai dati nazionali, ma inferiori a quelli regionali. Ipotizziamo che queste differenze siano dovute ad un effetto fondatore, che ha selezionato alcuni geni di suscettibilità.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA TINTORETTO

S43. Le psicosi acute brevi: tra “reazione” e “processo”

COORDINATORI

M. Amore (Parma), A. Fagiolini (Siena)

Il disturbo psicotico breve

M. Amore, C. Di Vittorio, S. Baratta

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Il disturbo psicotico breve, in accordo con i criteri del DSM IV-R definisce un quadro clinico caratterizzato da esordio improvviso, con presenza di deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico. La durata di un episodio del disturbo è di almeno un giorno, ma inferiore a un mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso. In base alla presenza di un fattore di stress vengono codificati due sottotipi, con e senza rilevante fattore di stress.

L'ICD-10 comprende il disturbo psicotico breve nella categoria dei disturbi psicotici acuti transitori (DPAT) che si caratterizzano per esordio “improvviso” (entro 48 ore) o “acuto” (fra le 48 ore e le 2 settimane), manifestazioni cliniche rapidamente mutevoli e sintomi psicotici.

Nel caso del DPAT, una remissione completa può essere raggiunta, secondo la WHO, entro 2 o 3 mesi, ma spesso anche dopo poche settimane o giorni.

Gli episodi psicotici brevi a prognosi favorevole sono stati descritti in passato con varie denominazioni: Bouffée délirante, Psicosi cicloidi, Oneirofrenia, Psicosi psicogenica, Psicosi reattiva, Schizofrenia remittente, Schizofrenia a prognosi favorevole.

La definizione dei disturbi psicotici acuti brevi rimane problematica così come l'inquadramento nosografico.

I dati clinici disponibili sono limitati e non consentono una individuazione sufficientemente valida di entità cliniche autonome all'interno dei disturbi psicotici brevi; gli studi effettuati si limitano infatti a indagini per lo più trasversali impostate secondo un'ottica categoriale che non permette una valutazione esaustiva dei disturbi psicotici acuti transitori

forme più gravi prevalgono disordine e scarsa igiene personale. È presente logorrea, il tono della voce è alto, il linguaggio è prolisso e i concetti perdono spesso la loro funzione di trasmissione delle informazioni.

Nell'episodio maniacale si evidenziano alterazioni delle funzioni cognitive, quali deficit dell'attenzione e della concentrazione. Le idee si affollano nella mente del soggetto, che difficilmente ne controlla la concatenazione: nei casi più gravi si esperisce una perdita totale della coerenza interna e dei nessi associativi.

Il contenuto del pensiero è rappresentato nelle forme più lievi da idee di grandezza, con ipervalutazione delle proprie capacità e delle proprie risorse; nelle forme più gravi si arriva allo sviluppo di deliri congrui o incongrui all'umore. Nelle forme estremamente gravi di mania può comparire un progressivo offuscamento della coscienza e sintomi catatonici.

Le forme acute di mania sono spesso accompagnate da sintomi abitualmente collegati con la schizofrenia. Tali sintomi comprendono i sintomi di primo ordine di Schneider, il disturbo formale del pensiero, le allucinazioni acustiche, i deliri di persecuzione e la catatonia. Tali sintomi non sembrano legati variabili clinico-anamnestiche, familiari o socio demografiche. Va inoltre tenuto presente come almeno un sintomo psicotico è presente in circa il 60% dei pazienti, e come tutti i tipi di sintomi psicotici possono essere presenti nei pazienti affetti da disturbo bipolare I. Il disturbo del pensiero nei pazienti maniacali è, inoltre, non meno grave di quello dei pazienti schizofrenici. Mentre il disturbo formale del pensiero nel maniacale è caratterizzato da stravaganza, humour e giocosità, quello dello schizofrenico appare disorganizzato, confuso, ideativamente fluido, ma con neologismi inderivabili e frasi idiosincrasiche. La presenza e la gravità del disturbo formale del pensiero nella mania sono predittori positivi della ricaduta. Nella forme di mania ad esordio acuto possono anche essere presenti disturbi della coscienza. Le forme acute hanno un esordio molto rapido, da qualche ora a qualche giorno; la durata è variabile (4-13 mesi).

La mania acuta

P. Girardi

U.O.C. Psichiatria, Sapienza Università di Roma

La caratteristica della mania è una elevazione del tono dell'umore. Contrariamente all'episodio depressivo, questo stato è estremamente instabile, in particolare nelle forme ad esordio acuto, ed è sufficiente spesso un modesto stimolo stressante esterno affinché subentrino rabbia, irritabilità, aggressività o profonda tristezza. Talvolta il tono dell'umore prevalente è quello della disforia. Altre caratteristiche, che si manifestano in particolare nelle forme acute, sono l'incremento dell'attività motoria e dell'energia: il soggetto non riesce a stare fermo a lungo; mimica e gestualità appaiono estremamente vivaci, esagerate e mutevoli; l'abbigliamento è spesso vistoso, bizzarro, dai colori accesi, nelle

Bibliografia

Allen MH. *Acute nonpsychotic mania: first episode*. CNS Spectr 2009;14(Suppl 11):3-6.

Bowden CL. *Relationship of acute mania symptomatology to maintenance treatment response*. Curr Psychiatry Rep 2004;6:473-7.

Dunayevich E, Keck PE Jr. *Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania*. Curr Psychiatry Rep 2000;2:286-90.

Haro JM, van Os J, et al. *EMBLEM Advisory Board. Evidence for three distinct classes of 'typical', 'psychotic' and 'dual' mania: results from the EMBLEM study*. Acta Psychiatr Scand 2006;113:112-20.

Swann AC, Janicak PL, et al. *Structure of mania: depressive, irritable, and psychotic clusters with different retrospectively-assessed course patterns of illness in randomized clinical trial participants*. J Affect Disord 2001;67:123-32.

Vieta E, Sanchez-Moreno J. *Acute and long-term treatment of mania*. Dialogues Clin Neurosci 2008;10:165-79.

Endofenotipi strutturali e cognitivi nei pazienti con esordio schizofrenico

G. Perini

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Padova

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico caratterizzato da basi genetiche e fenotipi complessi.

L'esordio della schizofrenia è prevalentemente nella adolescenza, giovane età adulta, anche se le fasi prodromiche possono essere presenti già diversi anni prima dell'insorgenza acuta.

La schizofrenia si associa ad un endofenotipo sia strutturale che cognitivo caratterizzato da alterazioni di circuiti prefrontali e limbici e alterazioni della memoria di lavoro e delle funzioni

esecutive, oltre che della memoria episodica. Queste alterazioni strutturali e cognitive sono presenti già nelle prime fasi del disturbo, dalla fase prodromica al primo episodio psicotico acuto e sono considerate essere la manifestazione di quella alterazione dello sviluppo neuronale che caratterizza la schizofrenia. Nella nostra presentazione presenteremo una rassegna della letteratura sugli endofenotipi cerebrali morfologici e cognitivi nei primi episodi di schizofrenia confrontati con gli altri esordi. Inoltre presenteremo i dati preliminari di un sottogruppo di pazienti all'esordio schizofrenico e bipolare raccolti nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata Regione Veneto N. 293/08: "Genotipi ed Endofenotipi Neurali e Cognitivi nelle Malattie Psichiatriche Complesse ad Esordio Precoce: Una Ricerca Sui 'Common Genes' nei disturbi dell'umore e schizofrenia

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40".

SALA PINTURICCHIO

S44. Stigma: tra "cultura" e "misura"

COORDINATORI

M. Rigatelli (Modena), M. Bassi (Milano)

Don't call me nuts! Eliminating the Stigma of Mental Illness

P. Corrigan

Illinois Institute of Technology, Chicago, USA

There are three types of stigma: public stigma, self-stigma and label-avoidance. This presentation reviews our group's empirical research on ways to change public stigma. I present findings from nine randomized controlled trials comparing three approaches to public stigma change: protest, a moral appeal to suppress the prejudice of mental illness; education, a review of the myths and facts of mental illness; and contact, a face-to-face engagement between people with mental illness and the public. For the most part, contact yields the biggest effects on public stigma. Our research has evolved into targeted programs where anti-stigma approaches are tailored for specific power groups. Implications for ongoing research are discussed.

Stigma e pregiudizi del personale sanitario nei confronti della malattia mentale

B. Carpiniello, F. Pinna

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

Lo stigma nei confronti della malattia mentale e delle persone che ne sono affette costituisce da tempo un problema di importanza cruciale nelle politiche sulla salute mentale, come riconosciuto dagli operatori del settore e dagli organismi sopranazionali e nazionali. Combattere lo stigma è uno degli obiet-

tivi che gli psichiatri si pongono. Molteplici studi hanno sino ad oggi riguardato il cosiddetto "public stigma", cioè gli atteggiamenti della popolazione generale verso la malattia mentale. Un numero molto minore di studi ha invece riguardato gli stessi operatori della salute e in particolare gli operatori della salute mentale. Gli autori, attraverso una disamina della letteratura e contributi personali di ricerca, dimostreranno come i medici e gli infermieri, inclusi quelli che lavorano in psichiatria, condividano buona parte degli atteggiamenti negativi verso le persone affette da malattia mentale, condividendone stereotipi e processi di stanzamento sociale. Il fatto che il personale medico, incluso quello psichiatrico, condivide almeno in parte gli atteggiamenti stigmatizzanti del largo pubblico suggerisce che anche gli operatori della salute, e quelli della salute mentale in particolare, siano inclusi fra i gruppi "target" nelle iniziative anti-stigma.

Stigma e salute mentale: di chi è la colpa?

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

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Le opinioni sulle cause e le conseguenze psicosociali della schizofrenia espresse dalla popolazione italiana, dai familiari dei pazienti e dagli operatori dei servizi di salute mentale sono state indagate in uno studio multicentrico coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN e condotto in 30 aree geografiche selezionate in maniera randomizzata sull'intero territorio nazionale.

Sono stati reclutati 1688 soggetti, a cui è stato somministrato il Questionario sulle Opinioni sulle Malattie Mentali (QO).

I risultati dello studio hanno evidenziato differenze significative tra i tre gruppi nell'attribuzione delle cause e nelle opinioni sui diritti civili e sulla competenza sociale dei pazienti con schizofrenia. In particolare, mentre il 68% dei familiari ritiene che la schizofrenia sia dovuta a cause esclusivamente psicosociali, questa percentuale è del 20% negli operatori psichiatrici e del 34% nella gente comune. Il 48% dei familiari si è detto del tutto convinto dell'utilità dei trattamenti farmacologici, rispetto al 28% degli operatori e al 25% della gente comune. La convinzione che i pazienti con schizofrenia siano imprevedibili è presente nel 18% degli operatori psichiatrici e nel 35% dei familiari e della gente comune.

Rispetto ai diritti civili, circa la metà dei familiari si dice del tutto convinto che i pazienti con schizofrenia non debbano avere figli; questa convinzione è presente anche nel 17% negli operatori psichiatrici e nel 19% della gente comune.

I risultati di questo studio sottolineano la necessità di condurre campagne di sensibilizzazione e di informazione sulla schizofrenia che tengano conto della popolazione target a cui sono rivolte e che siano centrate su aspetti specifici della malattia, quali l'imprevedibilità, i diritti civili e le possibilità di guarigione dei pazienti.

Stigma: oltre la parola

L. Pingani*, S. Ferrari*, M. Forghieri*, D. Ben-Zeev**, P. Artoni*, F. Mazzi*, G. Palmieri***, M. Rigatelli*, P. W. Corrigan**

* Dipartimento ad attività integrata di Chirurgie Specialistiche Testa-Collo, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia; ** Institute of Psychology, Illinois Institute of Technology, Chicago, USA; *** Villa Igea Hospital, Modena, Italy

Introduzione: il superamento di atteggiamenti stigmatizzanti da parte della popolazione generale nei confronti di persone che soffrono di disturbi mentali rappresenta una delle sfide più importanti per le attuali politiche di salute pubblica. Tuttavia emerge dalla letteratura una grave mancanza di strumenti psicometrici validati utili per indagare tale fenomeno. Scopo di questo studio è quello di tradurre in italiano il questionario Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) ed esaminarne le proprietà psicometriche.

Metodi: il questionario è stato tradotto utilizzando la procedura standard di "back-translation" ed è stato successivamente somministrato a 214 individui. È stata utilizzata l'Alpha di Cronbach per stimarne l'attendibilità. L'analisi fattoriale confermativa è stata utilizzata per corroborare la struttura originale dei fattori in inglese rispetto a quella italiana. La "path analysis" è stata utilizzata per convalidare le relazioni trovate nella versione inglese con i partecipanti italiani.

Risultati: i valori di "fit index" ottenuti dal modello supportano in modo statisticamente significativo la struttura fattoriale del questionario.

Conclusioni: l'AQ-27-I è uno strumento utile per verificare la presenza di atteggiamenti di stigmatizzanti all'interno della popolazione generale italiana.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BRAMANTE

S45. La disforia: psicopatologia e clinica

COORDINATORE

G.S. Bertacca (Parma)

Psicopatologia della disforia

C. Maggini

Università di Parma

Alla disforia "orfana negletta" della ricerca psichiatrica¹ attingono in letteratura e nei sistemi tassonomici significati non univoci².

Nella tradizione psicopatologica tedesca la disforia è uno stato psicopatologico composito cui si riconoscono come aspetti nucleari malumore, tensione, irritazione e rabbia e come aspetti accessori distorsioni cognitive (tendenza a colpevolizzare gli altri sino al delirio) e comportamentali (agitazione psicomotoria e acting out aggressivi)³.

Questa accezione non ha un corrispettivo nel lessico degli attuali sistemi classificativi in cui "umore disforico" identifica un

"umore spiacevole" che può essere di tipo depressivo, ansioso o irritabile (DSM-IV-TR) o tristezza e anedonia e "umore irritabile" (ICD-10).

Le differenti accezioni del termine disforia (e dell'aggettivo disforico) sono state ricondotte al duplice significato del verbo greco *dysphèrein* ("essere scontento, indignato, trovare intollerabile" e "essere afflitto, addolorato") da cui il termine disforia deriva³ da cui sono derivate le accezioni di disforia come "malumore" e "umore irritabile" (fatto proprio dalla psichiatria tedesca) e disforia come sinonimo di depressione o depressione e ansia (utilizzato nella letteratura psichiatrica nord-americana).

Una terza accezione accoglie entrambe le interpretazioni in due diverse declinazioni: quella che riserva l'aggettivo "disforico" agli stati dell'umore a tonalità negativa caratterizzati da depressione o irritabilità e quella che identifica la disforia come una combinazione di depressione e irritabilità. Anche queste

due interpretazioni sono rintracciabili nella psichiatria nord-americana.

Berner et al.³ concettualizzano la disforia come uno stato dell'umore indipendente dalla mania e dalla depressione correlato ad un'ipotetica attivazione delle strutture cerebrali che controllano l'aggressività. In questa accezione il disturbo bipolare è un disturbo tripolare e gli stati misti (stabili e instabili) includono una combinazione o oscillazione degli aspetti sintomatologici di disforia, mania e depressione.

In una lettura antropologica la disforia è stata considerata non una forma primaria di disturbo dell'umore indipendente dalla depressione e dall'euforia, ma una reazione della personalità alla turba depressiva o maniacale⁴.

Bibliografia

- 1 Musalek M, Griengl H, Hobl B, et al. *Dysphoria from a transnosological perspective*. *Psychopathology* 2000;33:209-14.
- 2 Starcevic V. *Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term*. *Australasian Psychiatry* 2007;15:9-13.
- 3 Berner B, Musalek M, Walter H. *Psychopathological concepts of dysphoria*. *Psychopathology* 1987;20:93-100.
- 4 Stanghellini. *Antropologia della vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli 1997.

Le dimensioni negative del disturbo bipolare

G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Università di Pisa

Nelle classificazioni internazionali attuali il disturbo bipolare è definito in base alla presenza di fasi maniacali o ipomaniacali, che sono considerate specifiche del disturbo. Al di là delle difficoltà di riconoscimento delle fasi espansive attenuate, soprattutto nelle indagini retrospettive, gli psichiatri devono più spesso confrontarsi con il riconoscimento ed il trattamento delle dimensioni negative del disturbo bipolare: depressione, stati misti depressivi, esiti cognitivi e deterioramento funzionale. La depressione bipolare, spesso non viene diagnosticata tempestivamente. La diagnosi non corretta delle forme bipolari II in parte riflette la mancanza di accordo sulla definizione di spettro bipolare e le difficoltà oggettive d'identificazione retrospettiva dell'ipomania. Tuttavia, anche la mania e la depressione bipolare I sono inclini alla sottodiagnosi, sia per la scarsa consapevolezza di malattia da parte del paziente, sia per le difficoltà di indagine dei sintomi maniacali da parte dei clinici. Un problema ancora aperto rimane quello degli stati misti depressivi (depressione maggiore con sintomi ipomaniacali). Questi ultimi sono particolarmente frequenti nei pazienti bipolari ospedalizzati ma, nonostante la loro rilevanza clinica, sono meno studiati e riconosciuti. Purtroppo nella letteratura contemporanea non esiste un'uniformità di linguaggio, e termini come "stato misto", "mania mista", "mania depressiva" e "mania disforica" sono utilizzati in modo intercambiabile. Sintomi ipomaniacali durante gli episodi depressivi come l'ideorrea, l'ipersessualità e l'agitazione psicomotoria non vengono considerati come possibili indicatori di stato misto dagli attuali sistemi classificativi. Sul piano operativo, questo limite nosografico rappresenta una vera e propria "tragedia" clinica, poiché può influenzare negativamente la scelta delle terapie, privilegiando l'impiego dei farmaci antidepressivi rispetto a quello di stabilizzanti dell'umore,

antipsicotici o alla terapia elettroconvulsivante. Infine molti pazienti bipolari tendono a presentare nel tempo un progressivo deterioramento funzionale e deficit cognitivi stabili che interferiscono marcatamente con gli esiti degli interventi terapeutici. Molti di questi pazienti sono considerati come schizofrenici e spesso ricevono interventi inadeguati che contribuiscono ad aggravarne la prognosi. Una migliore definizione dei fattori prognostici legati alla comparsa di esiti cognitivi e funzionali ed una maggiore attenzione al trattamento di questi aspetti sintomatologici è di grande importanza per la gestione terapeutica a lungo termine.

Creazione di uno strumento psicometrico per la valutazione della disforia

A. Pelosi*, B. Branchi**

* *Dipartimento di Psicologia, Università di Parma*; ** *Centro Studi Farmacotossicodipendenze e Disturbi del Comportamento, DAI-SMDP, AUSL di Parma*

La disforia è un costrutto ancora "giovane", in attesa di una concorde definizione ed attribuzione nosologica, su cui diversi filoni di ricerca stanno cercando far chiarezza partendo, però, da presupposti tanto differenti; Starcevic (2007) ha definito i ricercatori come "dysphoric about dysphory". Questo stato emotivo negativo, caratterizzato soprattutto da malinconia, irritabilità, scarsa capacità di controllo, insofferenza e incapacità di descrivere chiaramente ciò che si prova, è stato diversamente concettualizzato da molti autori; tra essi Dayer et al. (2000) lo definiscono come sindrome a se stante che concorre a dar vita a stati e quadri misti. Facendo riferimento a quest'ultimo quadro teorico delineato, la ricerca qui presentata ipotizza che la disforia costituisca una dimensione a sé stante, legata a tratti temperamentali ed elicitata o accentuata da fattori situazionali. La fase di ideazione e validazione dello strumento (denominato Dysphoria Assessment Questionnaire) ha coinvolto 424 soggetti adulti non clinici, di madrelingua italiana e con sviluppo cognitivo tipico, e 53 soggetti reclutati presso i Servizi Territoriali Psichiatria Adulti e Dipendenze Patologiche. Il DAQ, composto da 44 item (sottoposti a giudici esperti indipendenti per valutarne la validità di contenuto e la comprensibilità), è stato somministrato ai campioni unitamente al Beck Depression Questionnaire (BDI), allo State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) e allo State-Trait Anger Expression Inventory, per valutarne la validità convergente e divergente. L'analisi degli item del DAQ ha indicato distribuzioni normali; tre item sono stati esclusi per correlazioni insoddisfacenti con il totale. Il coefficiente alfa di Cronbach suggerisce un'eccellente attendibilità interna ($\alpha = ,952$). Il punteggio si è mostrato sensibile alle differenze di genere previste dalla letteratura ($F_{1,303} = 48,2$, $p < ,001$; $\eta^2 = ,137$), non all'età. L'analisi fattoriale (PAF, eigenvalues > 1 , rotazione ortogonale Varimax) ha evidenziato nei fattori emersi i nuclei costitutivi del costrutto previsti. Le correlazioni di ordine zero e parziali tra DAQ e STAI - tratto e STAI - stato suggeriscono che l'associazione tra disforia e depressione "pura" sia spuria, e dovuta, probabilmente, agli aspetti depressivi coinvolti nella sindrome ansiosa. Le curve ROC evidenziano l'ottima capacità discriminante del DAQ ($AUC_{DAQ} = ,872$), tra campione non clinico e campione clinico con disturbi di asse I o II, maggiore di quella mostrata da BDI e STAI.

La disforia premenstruale: un'indagine

G. Michelini*, T. Serra**

* Dipartimento di Psicologia, Università di Parma; ** Centro Studi Farmacotossicodipendenze e Disturbi del Comportamento, DAI-SMDP, AUSL di Parma

La sindrome disforica premenstruale (PMS) viene definita come un insieme polisintomatico di stati psichici e somatici che compaiono ciclicamente e ripetutamente prima della mestruazione e scompaiono quando il flusso finisce. La PMS si differenzerebbe dal disturbo disforico premenstruale (PMDD) per la minore severità dei sintomi. Block, Schmidt e Rubinov (1997) hanno rilevato una considerevole stabilità dei sintomi affettivi negativi della PMDD nel corso dei diversi cicli e, in assenza di trattamento, anche nel corso di molto tempo. Gli Autori delineano: "una sindrome stabile come parte di uno spettro di un disturbo dell'umore ricorrente" (pag. 1746). Il DSM IV include il PMDD come esempio di un disturbo depressivo non altrimenti specificato (categoria F32.9); sebbene i sintomi del PMDD e

del disturbo depressivo maggiore (DDM) mostrino molte somiglianze, le differenze nei criteri diagnostici specifici delle due condizioni evidenziano come il DDM si possa manifestare per un lungo periodo di tempo, mentre, per definizione, i sintomi del PMDD scompaiono completamente con l'inizio della fase follicolare. La letteratura (ad esempio, Harrison et al., 1989) ha ampiamente e chiaramente definito come sintomo cardine del PMDD lo stato affettivo disforico, caratterizzato da irritabilità, umore marcatamente depresso, labilità affettiva, ansietà e tensione marcate, agitazione psicomotoria. Per tale motivo, si è ritenuto di indagare la validità di contenuto e di costrutto del Dysphoria Assessment Questionnaire (Bertacca et al., 2009) somministrando lo strumento ad un campione di donne afferenti presso studi medici privati, con diagnosi di disturbo disforico premenstruale. Si intendono in questa sede presentare i dati preliminari relativi alle caratteristiche psicometriche dello strumento ed alla sua sensibilità nel rilevare la presenza del sintomo, con una specifica attenzione al confronto con i risultati precedenti, relativi a soggetti non clinici (uomini e donne) e clinici (afferenti ai Servizi Territoriali Psichiatria Adulti e Dipendenze Patologiche).

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA MASACCIO

S46. Trattamenti somatici nella depressione

COORDINATORI

A.C. Altamura (Milano), A. Priori (Milano)

Trattamenti somatici nella depressione

M. Bortolomasi

Clinica Psichiatrica "Villa Santa Chiara", Verona

Il disturbo depressivo maggiore (DDM) è un grave disturbo mentale ed è tra le più frequenti cause di invalidità in molti paesi sviluppati colpendo ogni anno circa il 5% della popolazione adulta. Le diverse classi di antidepressivi sono sostanzialmente efficaci, tuttavia, circa il 15% dei pazienti affetti da DDM sono resistenti al trattamento¹ e vanno incontro a stati di disabilità permanente e a un rischio di suicidio tra il 6-15%.

La terapia elettroconvulsivante (ECT) è una tecnica che si avvale dell'applicazione di correnti elettriche sulla scatola cranica al fine di provocare uno shock elettrico del tessuto cerebrale e un riassetto dell'equilibrio elettrochimico, che porterebbe a una remissione o a un miglioramento dei sintomi depressivi. L'applicazione avviene in rilassamento muscolare farmaco-indotto alla presenza di un'anestesista rianimatore e di uno psichiatra esperto della metodica, in regime di ricovero ospedaliero con una frequenza di due o tre sedute a settimana per un numero variabile di settimane.

Dati i possibili effetti cognitivi dell'ECT, non ancora ben chiariti dalla letteratura scientifica, l'applicazione dell'ECT è ben regolamentata ed è indicata solo a pazienti con forme di Depressione severa e resistente alla terapia farmacologica e solo in casi molto selezionati (elevato rischio di suicidio). È indicata inoltre per i pa-

zienti affetti da disturbo bipolare in fase maniacale refrattari alla terapia farmacologica, nei casi in cui è stata accertata resistenza ai trattamenti farmacologici e nella catatonìa perniciosa.

I meccanismi d'azione dell'ECT agiscono a livello centrale e verosimilmente attraverso una serie di modificazioni neurofisiologiche e neurochimiche, un nostro studio ha dimostrato l'aumento di BDNF in seguito a trattamento con ECT in pazienti depressi². La somministrazione di ECT produce un significativo aumento dell'attività degli enzimi che riducono i neurotrasmettitori nello spazio sinaptico, aumentando così il ricambio cerebrale delle catecolamine cerebrali: serotonina, noradrenalina e dopamina.

Inoltre, sembra accertato l'effetto di aumento del rilascio di neuropeptidi (endorfine, vasopressina, neuroormoni dello stress, ecc.) per l'azione elettrostimolante sulla base del cervello, regione in cui sono localizzati i centri che coordinano l'attività neuroendocrina.

Bibliografia

- Berlim MT, Turecki G. *Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods.* Can J Psychiatry 2007;52:46-54.
- Bocchio-Chiavetto L, Zanardini R, Bortolomasi M, et al. *Electroconvulsive Therapy (ECT) increases serum Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) in drug resistant depressed patients.* Eur Neuropsychopharmacol 2006;16:620-4.

La stimolazione transcranica a correnti dirette (tDCS)

B. Dell'Osso, R. Ferrucci

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

La Stimolazione Transcranica con Correnti Dirette (tDCS) è una terapia somatica che si è dimostrata efficace in varie condizioni cliniche neurologiche. In ambito psichiatrico, viene impiegata, a livello sperimentale, in augmentation nella terapia della depressione maggiore¹. La tDCS consiste nell'applicazione di una corrente elettrica di bassa intensità (2 mA), attraverso due elettrodi (catodo e anodo, 25-35 cm²) posizionati in corrispondenza della corteccia prefrontale dorsolaterale. La maggior parte della corrente viene dispersa sullo scalpo, solo il 20% attraversa la teca cranica e raggiunge il cervello, agendo sulle funzioni motorie, somatosensoriali, visive, affettive e cognitive delle aree stimolate. I meccanismi d'azione della tDCS sono ancora da chiarire. Allo stato attuale, sembra che sia in grado di modulare la plasticità neurosinaptica, di normalizzare lo sbilanciamento funzionale tra la corteccia frontale destra e sinistra presente nei pazienti depressi e di aumentare il contenuto di mioinositolo cerebrale.

Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi clinici sulla depressione con tDCS. Tra i più significativi merita essere citato quello australiano del 2010 da cui sono emersi una buona efficacia e tollerabilità della tDCS in 40 pazienti depressi².

Per quanto riguarda l'esperienza del Policlinico di Milano, sono stati effettuati due studi sulla tDCS, somministrata per 5 giorni per 2 volte/die in augmentation in pazienti depressi farmaco-resistenti. Il primo (14 pazienti) ha mostrato un miglioramento > 30% alla HAM-D³. Nel secondo studio (23 pazienti), la tDCS si è dimostrata ben tollerata ed efficace sulla sintomatologia depressiva, soprattutto sui sintomi melancolici, con riduzione significativa dei punteggi alla HAM-D e alla MADRS. Ad una settimana dal termine della terapia, il 30.4% dei pazienti aveva mostrato una risposta al trattamento (riduzione del punteggio totale della HAM-D ≥ 50% rispetto al baseline)⁴. Nel corso della presentazione, saranno illustrati i meccanismi d'azione e gli studi clinici effettuati con tDCS.

Bibliografia

Arul-Anandam AP, Loo C. *Transcranial direct current stimulation: a new tool for the treatment of depression?* J Affect Disord 2009;117:137-45.

Loo CK, Sachdev P, Martin D, et al. *A double-blind, sham-controlled trial of transcranial direct current stimulation for the treatment of depression.* Int J Neuropsychopharmacol. 2010;13:61-9.

Ferrucci R, Bortolomasi M, Vergari M, et al. *Transcranial direct current stimulation in severe, drug-resistant major depression.* J Affect Disord 2009;118:215-9.

Dell'Osso B, Zanoni S, Castellano F, et al. *Transcranial Direct Current Stimulation in Patients with treatment-resistant Major Depressive Episode.* Presented at the 23rd ECNP Congress, 28 Aug-1 Sep, Amsterdam 2010.

Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)

S. Rossi

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Neurologia e Neurofisiologia Clinica, Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese, Siena

Major Depressive Disorder (MDD) is a highly prevalent disease associated with significant morbidity and mortality. Although current available treatments are effective, a significant number of patients do not respond despite of aggressive pharmacological management. Therefore, during the past years new pharmacologic and non-pharmacologic treatment approaches were initiated, whose clinical efficacy yet has to be demonstrated.

Among neuromodulatory strategies used to treat MDD, repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) is a non-invasive and well-tolerated technique for stimulating the cerebral cortex. Repetitive TMS of the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) has been introduced to psychiatry to more than a decade and its antidepressive activity has been largely investigated. More than 35 individual randomized, placebo-controlled trial including over 1200 patients with MDD have been conducted to investigate the safety and efficacy of TMS as antidepressant intervention. There are evidences of significant antidepressant effects that range from moderate to highly clinical significant. Some investigators however found no significant effects. Meta-analyses of numerous sham-controlled studies indicate that administered to the left dorsolateral prefrontal cortex rTMS provides clinical significant antidepressant effects. Here, we will review the rationale of the use of rTMS in MDD, and the most significant clinical results. Safety aspects will be also discussed.

La stimolazione cerebrale profonda nel trattamento della depressione maggiore

A. Franzini

Fondazione Istituto Neurologico "C. Besta" Milano

La stimolazione cerebrale profonda ad alta frequenza è basata sul posizionamento di elettrodi intracerebrali in strutture anatomiche la cui attività è ritenuta essere coinvolta nella eziopatogenesi della depressione.

Il razionale è derivato da osservazioni di neuroradiologia funzionale che hanno evidenziato una iperattività di strutture fronto-basali nei pazienti affetti da depressione. In particolare è stata individuata una iperattività della corteccia cingolare nella area 25 di Brodman (cg25). La stimolazione elettrica cronica di questa struttura ha permesso il controllo della grave sintomatologia nel 60% dei pazienti operati e riportati in letteratura.

In Italia sono stati sottoposti a questa procedura due pazienti affetti da depressione maggiore farmaco resistente risultati resistenti anche alla stimolazione vagale e alla a terapia elettroconvulsiva.

Sono riportati e discussi i risultati ottenuti considerando un periodo di follow-up di 2 anni disponibile in entrambe i casi operati.

Infine si discute la necessità di uno studio prospettico basato su criteri di selezione omogenei affinché anche nel nostro Paese sia possibile offrire questa opzione terapeutica evitando la fuga indiscriminata dei pazienti verso l'estero.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA PERUGINO

S47. Elaborazione delle emozioni e primo episodio psicopatologico: dal comportamento al *neuroimaging*

COORDINATRICE

M. Mazza (L'Aquila)

First episode e neuroimaging funzionale: stato dell'arte

M. Casacchia

Università dell'Aquila

I principali sintomi associati alla schizofrenia sono l'appiattimento affettivo che corrisponde a una diminuita espressione delle emozioni, l'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 essere in correlazione con i sintomi negativi. Recentemente è stato dimostrato che i circuiti neurali attivati durante compiti di riconoscimento delle emozioni sono localizzate nelle aree orbito-frontali, mesiali e del sistema limbico, in particolare nell'insula. Il ruolo cruciale dell'insula e della corteccia mesiale nell'esperienza associata al riconoscimento dell'emozione, suggerisce che il substrato neurale dell'emozioni non è solo sensoriale.

Nel presente studio sono stati esaminati quindici soggetti al primo episodio di schizofrenia con un normale Q.I. e quindici volontari sani selezionati per età e istruzione sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale durante l'osservazione di stimoli visivi piacevoli e spiacevoli.

Le attivazioni ottenute sono state elaborate mediante Brain Voyager Software (Version QX, University of Maastricht).

I nostri risultati hanno evidenziato che in soggetti sani è presente in particolare una attivazione delle aree orbito frontali e mesiali non evidenziabili in soggetti affetti da schizofrenia all'esordio.

I risultati verranno discussi alla luce delle recenti evidenze empiriche che dimostrano il ruolo delle strutture frontali e del sistema limbico nella patogenesi dei disturbi mentali gravi

Independent component analysis in soggetti con esordio psicotico

F. Di Salle

Università di Maastricht, Olanda

Le più recenti evoluzioni della Risonanza Magnetica Funziona-

le aprono prospettive di estremo interesse per le applicazioni allo studio delle patologie psichiatriche. Verranno dimostrate le potenzialità dei più efficaci strumenti di analisi funzionale in Risonanza Magnetica, che comprendono lo studio dell'organizzazione connettivistica del cervello e la valutazione dei pattern neurotrasmettitoriali che sorreggono le strutture connettivistiche.

Si valuteranno, inoltre, le potenzialità applicative di queste nuove metodiche allo studio della fisiologia cerebrale e delle principali patologie mentali.

Riconoscimento delle emozioni in soggetti con schizofrenia al primo episodio: dall'analisi del comportamento all'imaging funzionale

M. Mazza

Università dell'Aquila

Studi recenti hanno messo in evidenza che i deficit cognitivi e di cognizione sociale nella schizofrenia e nei disturbi mentali gravi possono essere collegati alla durata dei sintomi e alla gravità del disturbo evidenziando che questi ultimi possono essere considerati una caratteristica di stato associata alla gravità della malattia. La ricerca nell'ambito dell'imaging funzionale nei disturbi mentali gravi e nella schizofrenia ha messo in evidenza i correlati neurali delle alterazioni cognitive.

L'obiettivo della presente ricerca è stato di analizzare nei soggetti affetti da schizofrenia sia con disturbo cronico sia in soggetti all'esordio di un disturbo psicotico le capacità di cognizione sociale sia mediante paradigmi comportamentali classici che permettano di indagare le caratteristiche delle competenze di cognizione sociale sia mediante la costruzione di paradigmi sperimentali di tipo comportamentale sia mediante paradigmi da utilizzare durante risonanza magnetica funzionale. I risultati evidenziano che i soggetti con esordio psicotico non evidenziano differenze nei compiti di cognizione sociale in compiti comportamentali. Abbiamo invece rilevato interessanti differenze nelle attivazioni delle differenti regioni neurali tra soggetti con esordio psicotico e soggetti con schizofrenia cronica.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BERNINI

S48. Il ponte fra ansia e psicosi: i disturbi d'ansia come fattore di rischio psicotico?

COORDINATORE

P. Castrogiovanni (Siena)

Dalle ossessioni alla psicosi?

F. Bogetto

Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista di Torino

L'angoscia psicotica è costitutiva della schizofrenia e parte integrante della sintomatologia positiva, negativa e disorganizzata. A volte può estrinsecarsi in presentazioni fenomeniche che rispondono ai criteri diagnostici per i disturbi d'ansia, altre volte è una vera e propria comorbidità con pregressi o concomitanti disturbi d'ansia indipendenti dal processo schizofrenico.

Tra tutti i disturbi d'ansia, in letteratura è stata analizzata con particolare attenzione la relazione tra schizofrenia e disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Questi due disturbi si associano con frequenza elevata e maggiore di quella osservata nella popolazione generale (presenza di sintomi ossessivo-compulsivi – sintomi OC- nel 10-52% dei pazienti e di diagnosi di DOC nel 7.8-26% dei casi), suggerendo che questa associazione non sia casuale. I due disturbi presentano numerose sovrapposizioni: l'omogenea distribuzione tra i sessi, l'età d'esordio precoce, il decorso cronico. Dal punto di vista neurobiologico, le aree cerebrali che sembrano essere interessate nelle due patologie (rispettivamente la corteccia prefrontale dorso-laterale e la corteccia orbito-frontale) condividono substrati anatomici e funzionali, quali il lobo frontale, i gangli della base e il talamo. Bleuler (1911) aveva suggerito che la "nevrosi ossessivo-compulsiva" potesse essere interpretata come "schizofrenia mascherata". Successivamente Stengel (1945) aveva ipotizzato che la presenza di sintomi OC potesse prevenire o ritardare la "disintegrazione della personalità" associata alla schizofrenia. Studi più recenti, invece, hanno evidenziato che la presenza di sintomi OC nei pazienti affetti da schizofrenia è associata ad esiti funzionali peggiori: peggiore qualità di vita, prevalente utilizzo di stili di coping di tipo evitante, più marcato isolamento sociale. Gli studi che hanno esplorato la relazione tra sintomi OC e psicopatologia non hanno prodotto evidenze univoche, rilevando, tuttavia, in alcuni casi, un trend di un'associazione positiva. I dati sul legame tra ossessioni e compulsioni e deficit neurocognitivi appaiono equivoci. Alcuni studi hanno, tuttavia, evidenziato, nell'ambito di un confronto tra due gruppi di pazienti schizofrenici con o senza sintomi OC, sottoposti a test neuropsicologici frontali, nei primi una peggiore performance cognitiva, suggerendo un'alterazione più severa della corteccia frontale. Sono state formulate svariate ipotesi per spiegare le discrepanze tra i dati in letteratura. Da un lato, potrebbero essere dovuti alla mancata distinzione, all'interno del campione di studio, di tre sottogruppi: "gruppo DOC-schizofrenia" (con esordio tardivo della schizofrenia), "gruppo schizo-ossessivo" (pazienti con schizofrenia farmaco-resistente, in cui alcuni deliri e comportamenti presentano caratteristiche di compulsività)

e un gruppo di individui che sviluppano sintomi OC in particolari condizioni, ad esempio dopo trattamento con clozapina. Dall'altro lato, la relazione tra sintomi OC e sintomi caratteristici della schizofrenia potrebbe modificarsi lungo il decorso della malattia, con specifici sintomi OC che compaiono in momenti diversi del disturbo e che possono avere eziologie e correlati differenti. Inoltre, la relazione tra sintomi OC e sintomi schizofrenici potrebbe non essere lineare, modificandosi a seconda dei sottogruppi sintomatologici. Infine, i sintomi OC nella schizofrenia sono generalmente difficili da trattare e alcuni farmaci abitualmente utilizzati nella schizofrenia possono esacerbare o determinare l'insorgenza degli stessi sintomi OC. In futuro occorrono studi controllati longitudinali sugli effetti di interventi che combinino l'utilizzo di ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici e interventi psicoterapici, quali psicoeducazione familiare e terapia cognitivo-comportamentale, interventi di dimostrata efficacia nella schizofrenia e nel DOC ma non ancora testati nel caso di sintomi OC insorti in corso di schizofrenia.

Molteplici sono le questioni ancora aperte in questa area di ricerca: la stabilità dei sintomi OC lungo il decorso della schizofrenia, la loro persistenza in pazienti che soddisfino i criteri per la remissione sintomatologica e il modificarsi della loro intensità e gravità in caso di esacerbazione di sintomi positivi e negativi o in caso di successo dei programmi di riabilitazione, in particolare per quanto riguarda domini quali l'autostima e la depressione.

Dalla dissociazione post traumatica alla psicosi

L. Bossini

Università di Siena

Il disturbo post traumatico da stress è caratterizzato da un corredo sintomatologico specifico ed unitario. Tra i sintomi più tipici emergono quelli del cluster relativo alla "dissociazione" con i sintomi intrusivi comprendenti i "flashback", le sensazioni di "irrealtà" e il non ricordare alcuni aspetti del trauma.

Tale sintomatologia è spesso associata a sintomi più specificamente psicotici con varie gradazioni di gravità (dalla convinzione che il trauma si stia ripresentando fino alla costruzione di veri e propri deliri di colpa spesso associati anche sintomi pseudoallucinatori o allucinatori). Secondo il DSM, però, se sono presenti i sintomi psicotici è necessario operare un cambio di diagnosi (i.e. disturbo psicotico breve) perdendo da un punto di vista dimensionale la continuità psicopatologica fra il nucleo PTSD e il disturbo psicotico.

Del resto in letteratura è riportata la presenza di sintomi psicotici in percentuali variabili comprese fra il 15 e il 64% dei soggetti affetti da PTSD, suggerendo che questa sindrome possa essere simile ai disturbi dell'umore ove la presenza dei sintomi

psicotici determina un aggravamento della psicopatologia senza variazione della diagnosi categoriale, così da permetterne anche la comprensione di derivazione. Inoltre la relazione fra PTSD e sintomi psicotici può essere evinta anche dall'altra parte della letteratura che riporta con alta frequenza la presenza di un "evento traumatico" nei soggetti affetti da disturbi psicotici. Verrà trattata una review della letteratura sull'argomento con elaborazioni teoriche relative possibili implicazioni cliniche e terapeutiche.

Vergogna, ansia sociale e delirio

A. Ballerini

Il disturbo indicato come "ansia sociale" è una posizione di esistenza alla quale appartiene un ventaglio di possibilità psicopatologiche che arrivano fino al delirio. Di sfondo è il ruolo della intersoggettività per la identità e nel rapporto sicurezza-insicurezza della persona, anche se è utile precisare che ci si riferisce prevalentemente alla identità-idem (P. Ricoeur 1990) e, quanto alla insicurezza, ad uno degli aspetti che il termine "insicurezza" ricopre: la insicurezza psicotica riguarda il piano ontologico della costituzione dell'io e non è detto sia correlata alla comune insicurezza del mondo della quotidianità.

Tuttavia vi è una condizione dell'animo e un modo di essere che, come ha dimostrato E. Kretschmer (1918), possono rappresentare un percorso della trasformazione delirante dell'ansia e fobie sociali: tali sono il modo di essere e il vissuto della vergogna. Il sentimento di vergogna, così vicino alla corpo-

reità, con scarso accesso ai codici comunicativi, si presenta in maniera rigida e massiva, senza le possibilità elaborative della colpevolezza. La vergogna appartiene all'area del disvelamento, e la sua scarsa elaborabilità si presta ad un suo annullamento "magico" o ad entrare in miscela ambivalente con la rabbia disforia. ed è questo il possibile crogiolo della persecutorietà.

Dall'attacco di panico alla psicosi?

P. Castrogiovanni

Università di Siena

La nuclearietà psicopatologica dell'attacco di panico, rappresentata, nella sua manifestazione più tipica anche se non più immediatamente evidente alla introspezione, dalle esperienze di depersonalizzazione-derealizzazione, configura già di per sé un vissuto "psicotico" in senso lato. In questo senso l'attacco di panico – ben diverso da una esperienza quand'anche massimale di ansia – è forse omologabile, per quel frammento temporale, al vissuto del "mutamento pauroso".

Se così è, appare logico pensare che, quanto una siffatta esperienza si colloca in un contesto di generico rischio psicotico (disturbi di personalità del cluster A, uso di sostanze, sintomi di base, comorbidità con lo spettro psicotico, ecc.), essa diventi l'elemento psicopatologico di partenza per lo sviluppo di un quadro psicotico vero e proprio.

Questa possibilità, analoga a quella concernente tutti i disturbi d'ansia, suggerisce una diversa interpretazione della natura e della collocazione nosografia dei disturbi psicotici.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 11,40-13,40

SALA BORROMINI

S49. La spiritualità come fattore di *resilience*

COORDINATORE

V. Rapisarda (Catania)

Il fattore religioso nelle psicoterapie come contributo al trattamento della vulnerabilità

L.S. Filippi

Sapienza Università di Roma

Il secolo scorso può essere considerato il grande successo della moderna tecnologia con il benessere diffuso nel mondo occidentale, le scoperte scientifiche che hanno allungato la vita, i trasporti resi più rapidi dalle automobili, dagli aerei, la diffusione delle scuole, l'aumento dei laureati. Tale progresso si riferisce al mondo occidentale con il colonialismo prima e con il primato degli Stati Uniti d'America, dopo la seconda guerra mondiale, che ha visto la grande scoperta della energia nucleare, utilizzata con la bomba atomica per convincere il Giappone alla resa.

Il mondo diventa contemporaneo o post moderno come lo definisce Lyotard, attraverso la sua lettura socio-politica, ma vera-

mente tutto è cambiato con la tremenda distruzione delle torri gemelle, con la crisi economica mondiale, con la crescita prodigiosa economica della Cina e dell'India, con il persistere del terrorismo di Al Qaeda che in Iraq, in Afghanistan e nelle città europee produce ancora migliaia di morti.

Lo psichiatra oggi non può trascurare che la sua specialità medica si colloca tra l'antropologia e la filosofia, mediando tra le scienze positive e quelle umanistiche. In Italia, come in tanti altri paesi, deve rafforzarsi il rapporto della psichiatria con le agenzie educative (Famiglia, Scuola e Chiesa) per ridurre la diffusione delle dipendenze vecchie e nuove, della dissocialità, delle depressioni, specie quelle reattive, dei disturbi di personalità che non sono solamente genetici, del disagio di tanti anziani, non più, come nel passato, considerati depositari della saggezza.

Riporterò i risultati di come questo rapporto tra Sacerdoti e Religiosi con psichiatri appartenenti all'AMCI (Associazione Medici

Cattolici Italiani), si realizza in Italia, con un particolare riferimento al dialogo con i 5 milioni di immigrati anche di altre religioni, specie per i nati e cresciuti in Italia che rappresentano in una certa misura il futuro di un Paese ormai invecchiato. In definitiva lo psichiatra dovrebbe favorire in armonia ad un impegno sacerdotale la condivisione del bene comune, del senso di responsabilità per una necessaria riscoperta del senso etico della vita.

La spiritualità come fattore di resilienza nel sisma de L'Aquila

C. Capanna, A. Rossi

Università de L'Aquila

Il ruolo della religiosità/spiritualità come fattore di coping è oggetto di studio attuale sia nell'ambito della salute mentale che della psicologia positiva.

La letteratura non fornisce evidenze conclusive, infatti, solo alcuni aspetti della religiosità/spiritualità sembrano rappresentare un fattore di protezione (come ad esempio partecipare alle attività sociali o la meditazione) mentre le convinzioni religiose di per se non sembrano avere alcun impatto sul benessere e la salute mentale.

Nel presente studio verranno riportate le caratteristiche psicometriche della Breve scala multidimensionale per la misura della religiosità/spiritualità (BMMRS) di alcune delle dimensioni che maggiormente sono correlate al benessere e alla salute mentale e le differenze tra le medie di tali dimensioni in due gruppi di soggetti esposti/non esposti ad un evento traumatico (il terremoto de L'Aquila dell'aprile 2009).

La BMMRS sviluppata dai ricercatori dell'istituto Fetzer (1999) analizza diverse dimensioni religiose e spirituali che possono influenzare la qualità della vita e la risposta ad eventi stressanti.

Hanno partecipato alla ricerca 985 soggetti eterogenei per sesso, età e scolarità di questi 427 erano presenti a L'Aquila la notte tra il 5 e il 6 aprile 2009.

I risultati hanno evidenziato come emergano differenze significative tra maschi e femmine soprattutto relative all'età nelle dimensioni misurate dalla BMMRS, infatti, mentre le persone più giovani (sotto i 30 anni) mostrano punteggi più bassi nella maggior parte delle dimensioni, soggetti in età più avanzata, mostrano punteggi più alti soprattutto nelle dimensioni relative al coping e ai valori. Infine, contrariamente a quanto ipotizzato, ma coerentemente con i risultati di altre ricerche (Mills, 2002; Koenig, 2009) i soggetti che si dichiarano religiosi e che sono stati esposti al trauma del terremoto mostrano punteggi medi significativamente più bassi nelle dimensioni di coping, di autovalutazione della religiosità e di valori religiosi.

Dal credere come fondamento dell'essere, al delirio come negazione dell'esistere

V. Andreoli

Verona

Il rapporto di "realtà", come misura del criterio di adeguatezza dell'io al mondo, presuppone la dimensione della obiettività e dunque della consapevolezza propria del concreto. E concreto è

tutto ciò che permette una verifica dei sensi e della coscienza.

Da questa cornice si esclude Dio e il mondo dello spiritualità a meno di non inserirli in categorie che sono proprie della psicopatologia. La allucinazione, la illusione, la perdita di identità con manifestazioni dell'io diviso o frammentato, ne sono alcuni riferimenti.

Si pone subito il concetto, meglio l'esperienza della fede, e dunque del credere e del credere persino *quia absurdum* (come dice Tertulliano). E la fede non può rispondere ai criteri del concreto e dell'obiettivo poiché ciò che è spirituale e anche strettamente personale e dunque non condivisibile sul piano della esperienza obiettivabile.

Insomma la fede male si inserisce in una psicopatologia dei sensi e nella psicopatologia del tempo presente che distingue nettamente uno psichiatra che crede da uno che invece è ateo, e fa di quest'ultimo uno "meglio" dotato all'esercizio del lavoro psichiatrico.

Il credere nel non esperibile sensorialmente diventa "spunto delirante" e se uno è fortemente credente e dunque si dedica con coerenza e continuità alle relazioni con il mondo dello spirito, rischia persino la diagnosi di "delirante cronico".

D'altra parte per chi crede in "ciò che non c'è" in quanto non dimostrabile scientificamente (non basta il razionalmente) tenderà ad accettare il delirio, la interpretazione errata del mondo "fuori di me", che è un caposaldo della psicopatologia corrente.

Si pone dunque la necessità di far entrare la fede dentro il procedere dell'analisi psicopatologica e di procedere ad una discriminazione che divida la fede dalle dispercezioni. E il tema del demonio esprime bene e drammaticamente la dimensione di questo problema, dimenticato dalla psichiatria.

Il contributo si colloca proprio in questo ambito, in una specie di semeiologia del credere e del delirio di credere.

La collaborazione tra Psichiatri e Sacerdoti in un mondo che da moderno diventa contemporaneo

V. Rapisarda

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Catania

Il secolo scorso può essere considerato il grande successo della moderna tecnologia con il benessere diffuso nel mondo occidentale, le scoperte scientifiche che hanno allungato la vita, i trasporti resi più rapidi dalle automobili, dagli aerei, la diffusione delle scuole, l'aumento dei laureati. Tale progresso si riferisce al mondo occidentale con il colonialismo prima e con il primato degli Stati Uniti d'America, dopo la seconda guerra mondiale, che ha visto la grande scoperta della energia nucleare, utilizzata con la bomba atomica per convincere il Giappone alla resa.

Il mondo diventa contemporaneo o post moderno come lo definisce Lyotard, attraverso la sua lettura socio-politica, ma veramente tutto è cambiato con la tremenda distruzione delle torri gemelle, con la crisi economica mondiale, con la crescita prodigiosa economica della Cina e dell'India, con il persistere del terrorismo di Al Qaeda che in Iraq, in Afghanistan e nelle città europee produce ancora migliaia di morti.

Lo psichiatra oggi non può trascurare che la sua specialità medica si colloca tra l'antropologia e la filosofia, mediando tra le scienze positive e quelle umanistiche. In Italia, come in tanti altri paesi, deve rafforzarsi il rapporto della psichiatria con

le agenzie educative (Famiglia, Scuola e Chiesa) per ridurre la diffusione delle dipendenze vecchie e nuove, della dissocialità, delle depressioni, specie quelle reattive, dei disturbi di personalità che non sono solamente genetici, del disagio di tanti anziani, non più, come nel passato, considerati depositari della saggezza.

Riporterò i risultati di come questo rapporto tra Sacerdoti e Religiosi con psichiatri appartenenti all'AMCI (Associazione Medici

Cattolici Italiani), si realizza in Italia, con un particolare riferimento al dialogo con i 5 milioni di immigrati anche di altre religioni, specie per i nati e cresciuti in Italia che rappresentano in una certa misura il futuro di un Paese ormai invecchiato. In definitiva lo psichiatra dovrebbe favorire in armonia ad un impegno sacerdotale la condivisione del bene comune, del senso di responsabilità per una necessaria riscoperta del senso etico della vita.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MICHELANGELO

S50. La responsabilità civile e penale dello psichiatra

COORDINATORI

L. Loretto (Sassari), E. Aguglia (Catania)

La responsabilità dello psichiatra nel lavoro d'équipe

G.C. Nivoli

Università di Sassari

La relazione concerne la definizione di EQUIPE nel suo aspetto di prestazione contestuale, diagnostica e terapeutica di un gruppo di sanitari o di operatori sanitari, che svolge insieme un compito differenziato.

È inoltre trattato sotto il profilo clinico e giuridico il principio dell'*affidamento* e dell'*autonomia vincolata*.

Sono forniti esempi clinici in tema di *Leges artis*, *Culpa in vigilando* e *Culpa in eligendo*.

È tracciato un possibile futuro attraverso la responsabilità organizzativa ed i principi assicurativi con esclusione del penale e del civile.

La posizione di garanzia dello psichiatra e la pericolosità del paziente

L. Loretto

Assessore dei Trasporti, Sassari

La posizione di garanzia dello psichiatra trova la sua cornice normativa nell'art del c.p. secondo cui: "... Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo ...". Numerose sentenze, sempre più frequentemente, coinvolgono lo psichiatra nell'ambito della responsabilità professionale derivante dalla posizione di garanzia.

Nell'ambito di tali sentenze si sta assistendo ad un cambiamento che vede responsabilizzato lo psichiatra non solo per quanto concerne la cura del paziente ma anche per i comportamenti violenti del paziente "allargando" in maniera significativa il campo della responsabilità ed il concetto di posizione di garanzia. Tale rischio è particolarmente evidente per quei pazienti con riconosciuta pericolosità sociale e affidati ad una comunità terapeutica nell'ambito di una misura di sicurezza.

In tal modo al momento dell'affidamento del paziente alla comunità vi è il fondato rischio che oltre un intervento terapeuti-

co, venga richiesto allo psichiatra anche un controllo del comportamento del paziente.

Nell'ambito della relazione verranno esaminate le sentenze che vedono coinvolti gli psichiatri in situazioni in cui la posizione di garanzia è risultata strettamente legata alla responsabilità professionale dello psichiatra.

Specificità delle responsabilità civili e penali dello Psichiatra

C. Mencacci, F. Durbano, G. Cerveri

Dipartimento di Neuroscienze, A.O.Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

Gli operatori sanitari – medici e paramedici – di una struttura sanitaria sono tutti, ex lege, portatori di una *posizione di garanzia* (funzione di garante della vita e della salute del paziente) nei confronti dei pazienti affidati alle loro cure e attenzioni, e, in particolare, sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di *posizione di protezione*, dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela (= proteggere) di un certo bene giuridico (in specie la integrità psicofisica = bene salute) contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità (= errore professionale in senso lato).

In ambito medico, pur riconoscendosi l'opera ed il valore del singolo operatore, si valorizza sempre più, per il raggiungimento di un risultato favorevole per il paziente, l'attività di una intera équipe spesso di tipo pluridisciplinare. La responsabilità dei risultati è quindi dell'équipe, ma anche quella degli errori ... responsabilità condivisa e non diffusa.

Ogni professionista sanitario ha quindi una duplice responsabilità: propria (del proprio operato), definisce e dichiara i risultati del suo agire, si impegna a perseguirli, li determina, ne risponde, e di équipe, risponde in ogni caso del livello di qualità delle prestazioni erogate.

La responsabilità in équipe è *condivisa* e *non diffusa*.

Nell'attività del lavoro di équipe la regola ordinaria è infatti che ciascuno risponde generalmente dell'inosservanza delle "leges artis" del proprio specifico settore, perché il lavoro in questione

implica, per il suo stesso esito, fiducia nel corretto comportamento degli altri (concetto di affidamento).

In tema di responsabilità per i reati colposi, vale il principio di affidamento, secondo cui ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, nell'ambito delle proprie conoscenze e specializzazioni, mentre non risponde dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di terzi (si deve fidare di quello che fanno gli altri).

Tale principio subisce un temperamento ove, come nel caso dell'équipe medica, esistano altri partecipi che agiscono nello stesso ambito di attività o nel medesimo contesto. In queste ipotesi vale la regola per cui l'agente ha l'obbligo di attivarsi ove abbia la percezione della violazione delle regole cautelari da parte degli altri membri dell'équipe o se, comunque, si trovi in una situazione in cui diviene prevedibile l'altrui inosservanza di regole cautelari. I medici hanno la responsabilità diagnostica, terapeutica e chirurgica; gli psicologi coadiuvano il medico nell'attività diagnostica, hanno un ruolo attivo nell'attività terapeutica non medico-chirurgica; gli infermieri hanno la responsabilità della gestione del paziente, che è affidato quasi esclusivamente al personale infermieristico, il quale, ove lo reputi necessario, si avvale dell'opera del personale di supporto; il personale di supporto ha la responsabilità della corretta esecuzione del compito affidatogli.

Insorge però un generico obbligo di controllo e di sorveglianza, e quindi di intervento, quando l'attività d'équipe consente al soggetto partecipante di constatare circostanze fattuali e concrete che facciano prefigurare contegni scorretti e inadeguati (es., percezione di altrui atteggiamenti distratti o incerti, o delle precarie condizioni fisiche di un membro dell'équipe, o di mancata valutazione di elementi clinici significativi) o di cogliere veri e propri errori di condotta in cui un membro dell'équipe sia in corso.

I componenti dell'équipe, se fanno capo a discipline diverse, godono di una propria autonomia, se invece i vari componenti di una équipe della stessa specialità sono di diverso livello gerarchico, il capo équipe conserva l'obbligo della sorveglianza (principio di non affidamento e responsabilità per colpa in vigilando o in eligendo).

Un obbligo di controllo e di sorveglianza compete, comunque, per definizione, al soggetto che, per la sua particolare posizione giuridica di supremazia gerarchica, è chiamato proprio a dirigere e coordinare le prestazioni dei collaboratori (non si deve fidare). La "subordinazione gerarchica" non giustifica però la mancata dissociazione del collaboratore da una pratica ritenuta errata, in quanto la "soggezione al capo" non vanifica il dovere di segnalare quanto rientra nelle conoscenze personali e l'obbligo di esprimere (motivandolo e, meglio, per iscritto) il proprio dissenso.

La responsabilità dell'équipe: la materia è regolata dal principio dell'affidamento

- ciascun componente del team di lavoro risponde nell'ambito della propria specifica mansione, ma ciascun membro può fare affidamento sul fatto che ognuno degli altri eseguirà in modo corretto i propri compiti.

Di norma, ognuno risponderà del proprio operato ma non di quello degli altri

- permane l'obbligo dei vari componenti dell'équipe di attivarsi per integrare o correggere l'operato altrui in caso di necessità per rilevata carenza o errata condotta altrui.

Un possibile errore con conseguenze su tutta l'équipe: prescrivere significa "scrivere prima".

La prescrizione scritta con grafia poco leggibile è da considerarsi "prescrizione incompleta" (comportamento errato o caren-

te) e deve essere corretta prima dell'esecuzione del processo "somministrazione terapia"

Il controllo da parte dell'infermiere è quindi obbligatorio ai fini del raggiungimento dell'obiettivo rispetto al paziente.

L'autonomia e la responsabilità dell'infermiere consiste nello svolgimento delle procedure e nelle valutazioni necessarie per garantire la correttezza dell'applicazione.

Mutate condizioni cliniche della persona, intervenute dopo la prescrizione medica, possono suggerire all'infermiere di astenersi temporaneamente dalla somministrazione, avvisando il medico del cambiamento sopraggiunto nell'assistito per una eventuale rivalutazione della terapia.

Responsabilità civile e penale dello psichiatra

E. Aguglia, G. Crisafulli

Università di Catania, A.O.U. Policlinico – Vittorio Emanuele; U.O.P.I di Psichiatria, presidio "Gaspare Rodolico", Catania

Prima della legge 180, quando cioè il malato di mente veniva definito "pericoloso per sé e per gli altri", al medico veniva demandata una funzione di "arginamento" e di "contenimento" del malato e della sofferenza psichica. Malgrado l'evoluzione culturale ed i progressi compiuti in ambito medico-scientifico, le esigenze di tutela sociale, oltreché di cura, si ripropongono a tutt'oggi nella pratica assistenziale psichiatrica, alimentando dibattiti in relazione al "ruolo" dello psichiatra ed alla sua responsabilità, specialmente in ambito medico-legale e forense. La gestione delle acuzie, della suicidalità, delle lesioni a terzi e le questioni inerenti la valutazione della *prevedibilità/prevenibilità* delle condotte dei pazienti, sono momenti caratterizzanti e decisivi nell'attività professionale. È facile comprendere come le ambiguità concettuali insite in tali problematiche non siano solo operative, ma anche di natura legale ed etica. L'escalation dei casi di presunta responsabilità professionale e di "malpractice" cui si è assistito in questi ultimi anni ha coinvolto e "responsabilizzato" la psichiatria e gli operatori della salute mentale in generale. Ma, in quali casi, e con quali modalità, il medico è posto a tutela e garanzia dell'operato del paziente?

Le tutele assicurative nelle cause di responsabilità civili e penali degli psichiatri

V. Volterra

Università di Bologna

Le persone anziane (> 65 anni) costituiscono ormai la maggior parte degli utenti dei Servizi psichiatrici e degli ambulatori pubblici-privati. Ciò richiede una particolare attenzione negli specialisti, sia per quanto riguarda la somministrazione di psicofarmaci (quasi mai sperimentati in soggetti di quest'età), sia negli interventi psicoterapici.

In particolare, devono essere tenute presenti le diversità di assorbimento, metabolismo ed eliminazione di questi farmaci in tarda età, le loro frequenti somministrazioni con altri medicinali, la presenza di malattie internistiche o di vario tipo e la maggior possibilità di reazioni avverse e di effetti collaterali.

Non di rado le aziende farmaceutiche, a tal proposito, sottolineano particolari cautele sull'opportunità o meno di somministrazioni di psicofarmaci in persone di età avanzata con ap-

posite avvertenze e segnalazioni. Da ciò un particolare rigore nell'ottenimento sempre necessario del consenso informato. Anche agli interventi psicoterapici di vario genere, nei casi indi-

cati, devono essere apportate modifiche metodologiche, tenuto conto della minore plasticità cognitiva degli anziani e della loro più frequente intolleranza alla sofferenza e al cambiamento.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA TIZIANO

S51. Disturbi bipolari: eterogeneità e personalizzazione delle cure

COORDINATORE

A. Tundo (Roma)

Eterogeneità genetica e individualizzazione delle cure

A. Serretti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

L'applicazione pratica della farmacogenetica non è così semplice come previsto, in particolare nei disturbi psichiatrici. Nonostante il notevole vantaggio che questo approccio potrebbe offrire nella individualizzazione ed ottimizzazione dei trattamenti, solo un numero molto ridotto di applicazioni cliniche sono al momento disponibili. Le ragioni di ciò sono molteplici, in particolare le questioni fondamentali sono: La scienza è abbastanza robusta per garantire una applicazione nella routine clinica? Medici e pazienti sono pronti? Le parti interessate (ad esempio governi, settore assicurativo, ecc.) sono disposti ad attuare queste possibilità? Qual è la posizione dell'industria farmaceutica?

La presentazione riguarderà tali aspetti offrendo una panoramica dello stato attuale e delle aspettative realistiche nel campo.

Ciclicità continua: differente decorso, differente risposta alle cure?

A. Tundo

Istituto di Psicopatologia, Roma

Con il termine di ciclicità continua si indica un particolare decorso del disturbo bipolare caratterizzato dall'alternanza di episodi depressivi e (ipo)maniacali in assenza di un significativo intervallo libero. In funzione della durata di ciascun ciclo maniaco-depressivo si distingue una ciclicità continua a lunghi (CC-LC) e a brevi cicli (CC-BC). Nel primo caso è presente un unico ciclo per anno, in genere depressione in autunno-inverno e (ipo)mania in primavera-estate, nel secondo sono presenti due o più cicli per anno. La diagnosi di CC-BC è in parziale sovrapposizione con quella di disturbo bipolare a cicli rapidi in base ai criteri del DSM IV (Maj et al., 2001).

Benché, come segnalato fin dall'antichità, la ciclicità rappresenti un elemento fondamentale del disturbo bipolare, ad oggi sono scarsi gli studi che hanno confrontato le caratteristiche demografiche e cliniche, la prognosi e la risposta alle terapie dei pazienti con disturbo bipolare a cicli continui e non.

Nell'ambito del simposio saranno presentati i dati della letteratura e quelli derivanti da uno studio originale condotto presso l'Istituto di Psicopatologia e relativo a 140 pazienti con disturbo

bipolare (55% BPI) di cui 39 (28%) con decorso a cicli continui, lunghi (N = 20, 14%) o brevi (N = 19, 13,5%).

Bibliografia

Maj M. *Diagnosis and treatment of rapid cycling bipolar disorder*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251(Suppl 2): 11/62-5.

Instabilità emozionale nella malattia maniaco depressiva

G. Perugi

Istituto di Scienze del Comportamento, Pisa; Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Una certa instabilità emozionale si riscontra comunemente nei pazienti con disturbi dell'umore e tratti ciclotimici sono stati identificati nel 4-6% della popolazione generale. Alcuni studi condotti su popolazioni cliniche hanno mostrato come la depressione che si presenta su un disturbo ciclotimico rappresenti la manifestazione più comune del disturbo bipolare negli ambulatori specialistici, venendo a costituire circa il 50% dei pazienti depressi ambulatoriali. 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. Infine, molti pazienti all'interno dello spettro bipolare II, soprattutto quando le recidive sono frequenti ed i periodi intervallari non sono liberi da manifestazioni timiche, vengono classificati come disturbi di personalità. Questo è particolarmente vero per i pazienti ciclotimici che sono spesso identificati come disturbi borderline di personalità a causa della loro estrema instabilità affettiva. La distinzione tra alcuni disturbi di personalità del cluster B, in particolare il DPB, da un lato e ciclotimia dipende più dal momento e dalla prospettiva di osservazione che da reali differenze cliniche. Secondo alcuni, l'instabilità emotiva sarebbe ciò che distingue il disturbo di personalità borderline dalla ciclotimia. Sfortunatamente questi autori non si sono proposti di includere e di indagare, con strumenti specificamente designati, il disturbo ciclotimico. Si tratta di una "omissione" abbastanza comune tra i ricercatori che si occupano di personalità borderline probabilmente indotta dalle convenzioni in uso nel DSM-IV. Nei pazienti ciclotimici, la presenza di caratteristiche "borderline" sembra derivare da una disregolazione affettiva importante, in cui la sensibilità interpersonale e l'instabilità affettiva occupano una posizione centrale

e sembrano condizionare molta della loro storia interpersonale dalla fanciullezza in avanti. Infine, pattern di comorbidità articolati 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 fin dall'inizio della loro vita adulta.

Interventi psicosociali per i disturbi bipolari quale, come, quando e per chi

A. Fagiolini

Università di Siena

Sebbene non esista una cura per il disturbo bipolare, il de-

corso della malattia può essere nettamente migliorato attraverso adeguati trattamenti. Il trattamento ottimale del disturbo include di solito una terapia farmacologica, affiancata da Interventi educativi, psicosociali e di riabilitazione. I trattamenti psicoterapici si focalizzano spesso su strategie cognitivo-comportamentali, familiari ed interpersonali volte al miglioramento di relazioni, modi di pensare, emozioni e comportamenti dannosi per la salute fisica e mentale. Obiettivo comune delle varie psicoterapie è infatti il miglioramento della qualità di vita e la creazione di un miglior habitat interpersonale, sociale e lavorativo, in grado di limitare gli eventi stressanti ed il loro impatto sulla malattia. La psicoterapia interpersonale e dei ritmi sociali (IPSRT) mira inoltre a favorire l'acquisizione di ritmi di vita più stabili possibile, al riconoscimento precoce di nuovi episodi di malattia e all'aderenza al trattamento farmacologico.

Questa relazione sarà focalizzata sull'importanza ed i benefici dei trattamenti psicosociali nelle fasi acuta, di mantenimento e prevenzione del disturbo bipolare.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA CARAVAGGIO

S52. Spettro ossessivo-compulsivo ed endofenotipi: stato dell'arte e prospettive

COORDINATORE

P. Cavellini (Milano)

Compulsive behaviors, from animal models to endophenotypes

C.M. Gillan

Behavioural and Clinical Neuroscience Institute, Department of Experimental Psychology, University of Cambridge

Introduction: while compulsivity may contribute to adaptive human behaviour, the failure to exert adequate cortical control over these mechanisms may be associated with the development of mental disorders, such as obsessive-compulsive disorder (OCD) and behavioural addiction.

Methods: results from a large body of translational endophenotype research are integrated and discussed. Techniques include brain imaging, pharmacological manipulations and behavioural testing using both humans and animals. In addition, the balance between goal-directed and habitual learning in OCD was investigated using an instrumental learning task.

Results: functionally segregated, cortico-striatal neural projections, from orbitofrontal cortex (OFC) to medial striatum (caudate nucleus) may drive compulsive activity. New data provides evidence of a deficit in goal-directed action control in OCD patients, with consequent overreliance on habit.

Conclusions: we suggest that compulsivity is multidimensional, involving orbitofronto-striatal neural projections. Serotonin and dopamine interact across this circuit to modulate aspects of compulsive responding and as yet unidentified brain-based

systems may also have important functions. New data suggests that a disrupted balance between goal-directed and habit learning may constitute a plausible endophenotype for compulsivity in OCD. Goal-directed actions are supported by orbitofronto-striatal circuitry, and our findings are therefore in line with a literature that implicates dysfunction in this circuitry in the neuropathology of OCD.

Pattern neurofisiologici: un endofenotipo distintivo nel disturbo ossessivo-compulsivo

S. Pallanti

Dipartimento di Psichiatria, Università di Firenze & Mount Sinai School of Medicine, New York (USA)

Una serie di test neurocognitivi, genetici, neurochimici e di imaging costituiscono un valido ausilio nella comprensione della patogenesi dei disturbi dell'umore e della loro potenziale cura. Tra questi marker biologici (endofenotipi) si riscontrano tratti di personalità (impulsività, aggressività, ansia, introversione, scarsa autostima), alterazioni neuroendocrine a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, deficit immunitari e neurochimici. Inoltre, è stato dimostrato come l'eziopatogenesi della depressione sia strettamente collegata sia a variabili genetiche sia a variabili ambientali. La ricerca preclinica costituisce un valido ausilio nello studio di questa patologia. Rispetto agli

studi clinici, i modelli animali permettono sia di tenere sotto controllo l'influenza di variabili di disturbo sia la manipolazione delle variabili indipendenti consentendo di isolare il contributo di ogni fattore. In particolare è stato possibile osservare, in modelli animali, alterazioni comportamentali, endocrine e neurochimiche assimilabili alle caratteristiche disfunzionali dei pazienti depressi. Questo fiorire di modelli sperimentali in grado di evidenziare variabili dipendenti isomorfe alla depressione umana, non è stato affiancato da un analogo sviluppo di modelli in cui le variabili indipendenti posseggano un analogo livello di isomorfismo.

Bibliografia

Cannon TD, Keller MC. *Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders*. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:267-90.

The use of dimensional phenotypes in genetic studies of Obsessive-compulsive disorder

K. Kateberg

Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; Department of Clinical Genetics, Section of Medical Genomics, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; GGZ Buitenzorg, Amsterdam, The Netherlands

Family and twin studies clearly indicate that heritability plays an important role in the aetiology of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). The search for susceptibility genes for this disorder has been hampered by genetic and symptomatic heterogeneity. This urged researches to identify possibly more homogenous phenotypes, for example based on symptomatology. Several factor analytic studies have been performed on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale symptom checklist (YBOCS-CL) to identify symptom dimensions. Alternatively, Latent Class Analysis has been used to classify patients according to their symptoms. Only limited research has been performed to unravel the heritability of the symptom dimensions identified. These studies show that symptom dimension identified by factor analysis on the YBOCS-CL are found to be heritable and that some of these symptom dimensions have shared genetic influences. A one factor model as well as

symptom severity were also found to be heritable. This suggests that there are both shared and unique genetic influences for OCD and its symptom dimensions. These findings provide support for the use of both OCD diagnosis and its symptom dimensions and the OCD diagnosis in genetic studies.

Funzioni esecutive e disturbo ossessivo-compulsivo: alla ricerca di un fenotipo intermedio

C. Zorzi

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

Le evidenze della letteratura suggeriscono che i deficits neurocognitivi possono essere considerati possibili fenotipi intermedi utili per la dissezione dell'eterogenità genetica nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Diverse funzioni esecutive, come il decision-making, il planning e la flessibilità cognitiva, sono state indagate nei soggetti affetti da DOC, evidenziando sostanziali deficit prestazionali ai test somministrati. Al fine di valutare se tali domini cognitivi possono essere considerati come possibili endofenotipi in questa patologia, diversi studi hanno indagato il funzionamento di queste abilità nei parenti sani dei pazienti affetti da DOC, confrontandoli con soggetti sani di controllo ed i loro rispettivi familiari. In un recente studio, sono stati reclutati 35 soggetti affetti da DOC, senza altre diagnosi di Asse I, e 31 soggetti sani di controllo. Inoltre, sono stati reclutati i familiari sani di primo grado di entrambi i gruppi. I soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica utilizzando, come test, lo Iowa Gambling Task, la Torre di Hanoi ed il Wisconsin Card Sorting Test. Lo scadimento neurocognitivo evidenziato nei pazienti affetti da DOC è influenzato dalla gravità del disturbo ed appare simile a quello riscontrato nei loro familiari sani, quando confrontato con i soggetti di controllo ed i rispettivi familiari. Inoltre, l'analisi della concordanza nella prestazione ai test ha mostrato una certa sovrapposibilità nelle performances tra probandi ossessivi ed i loro familiari, allo Iowa Gambling Task ed alla Torre di Hanoi. Quindi, le funzioni esecutive potrebbero essere considerate come potenziali endofenotipi candidati nel DOC. In particolare modo il decision-making ed il planning sembrano segregare in probandi e familiari allo stesso modo, suggerendo la possibilità che possano essere parte della componente genetica di questo disturbo.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA MANTEGNA

S53. Spettro bipolare, antidepressivi e suicidio: una relazione complessa

COORDINATORI

R. delle Chiaie (Roma), M. Caredda (Roma)

Antidepressants and suicidal behaviour: literature review

Z. Rihmer

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

In spite of the fact that about 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.

Untreated depression is the major cause of suicide and several naturalistic, real-life follow-up studies show that successful acute and long-term treatment of major depression with antidepressants markedly reduces the risk of further suicide attempts and completed suicide. Suicidal behaviour in patients taking antidepressants is relatively most frequent among the nonresponders and in the first 10-14 days of the treatment. Register based cohort studies also found that continuous treatment with antidepressants markedly reduced the risk of subsequent suicidal behaviour in unipolar depressives compared to those who were not pharmacologically treated. The recently decreased use of antidepressants in children and adolescents seen in USA, The Netherlands and Canada after the FDA Black Box Warnings has been accompanied by a concurrent increase in suicide rates in that age-groups.

On the other hand, however, the meta-analysis of Phase II/III randomized controlled clinical trials on antidepressant monotherapy in unipolar major depression (from which studies the most severe, comorbid and acutely suicidal patients are excluded) show a nonsignificant increase of suicidal behaviour in patients taking antidepressants compared to those who are taking placebo. Recent findings show that this small increase in suicidality relates primarily to depression-worsening potential of antidepressant monotherapy (unprotected by mood stabilizers) in subthreshold bipolar depressives (in RCTs on unipolar depression) and in unrecognized bipolar depressives (in real life situation).

The risk of suicidal behaviour in patients with major depression is an inherent phenomenon and the most frequent reason of medical contact in depression is the suicidality. The suicide mortality of untreated major depressives is up to 30 fold times higher than the same rate in the general population, but patients taking antidepressants show „only“ 8-fold increase in this risk. Considering only major depressives who receive successful antidepressive pharmacotherapy, this risk is much lower and it is close to the suicide rate of the general population and benefits of antidepressants in unipolar depression highly outweigh their risk that should be minimize or eliminate with careful clinical care.

References

- Akiskal HS. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:395-402.
 Gibbons RD, et al, *Amer J Psychiatry* 2007;164:1356-1363.
 Rihmer Z, Akiskal HS. *J Affect Disord* 2006;94:3-13.

Aggiornamenti sulla prevenzione medica del suicidio

L. Tondo

Centro Bini per i disturbi dell'umore, Cagliari; Lecturer in Psychiatry, Harvard Medical School-McLean Hospital, Boston

Gli ultimi dati disponibili dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mostrano che il tasso di suicidio internazionale nei paesi sviluppati corrisponde al 13,3 x 100mila persone. Questo tasso complessivo è aumentato, dal 1955 al 2001, del 3,3%, ma è diminuito nel periodo 1990-2001 dell'11,7% con ampie variazioni regionali. Il calo degli ultimi due decenni potrebbe essere associato a un migliore accesso alle cure sanitarie, inclusi gli interventi psicosociali e medici, tra i quali è attribuito il ruolo più rilevante per i trattamenti con antidepressivi. Tuttavia, la maggior parte degli studi che mostrano una correlazione inversa tra uso maggiore di antidepressivi e diminuiti tassi di suicidio regionali o nazionali si basano su studi ecologici che non forniscono informazioni a livello individuale. Al fine di prevenire il comportamento suicidario è fondamentale sapere che: a) la morte per suicidio è spesso preceduta da altri comportamenti quali i tentativi, i gesti e ideazione; b) il 90% di tutti i suicidi è legato a un disturbo psichiatrico, in particolare disturbi dell'umore, che rappresentano più della metà di tutti i suicidi; c), il rapporto dei tentativi di suicidio nella popolazione generale è di circa 20:1, mentre lo stesso rapporto è di circa 5:1 in disturbo bipolare (BPD) pazienti, mostrando una mortalità più elevata dei tentativi di suicidio in questa popolazione. A conferma di questo dato, il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) raggiunge il valore massimo (20; valore normale = 1) nei pazienti con disturbo dell'umore tra tutti i disturbi psichiatrici, con piccole differenze tra BPD-I e BPD-II, e la Depressione Maggiore. Tuttavia, il comportamento suicidario in pazienti con BPD può essere largamente prevenibile conoscendo i fattori di rischio clinico e psico-sociali associate a comportamento suicidario. I primi interventi sono ancora più importanti poiché un comportamento suicidario si verifica in pazienti con disturbi psichiatrici nei primi anni dall'insorgenza della malattia. Da un punto di vista medico, l'uso di antidepressivi non è stata associata con la riduzione del comportamento suicidario. Per il BPD, l'unico trattamento che mostra una consistente riduzione del comportamento suicidario è la terapia di mantenimento con sali di litio. La spiegazione più probabile per l'azione anti-suicida di sali di litio è attribuibile ad una riduzione della morbilità, in particolare di fasi depressive, responsabile della maggior parte degli atti suicidari.

Esito clinico e fattori predittivi di ricadute in soggetti che accedono in pronto soccorso per un tentativo di suicidio: l'esperienza del Policlinico Umberto I di Roma

M. Caredda, L. Tarsitani, E. Tarolla, A. Maraone, M. Biondi
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I Roma, Sapienza Università di Roma

Introduzione: la prevenzione delle condotte suicidarie costituisce a tutt'oggi una delle problematiche più gravi dell'assistenza psichiatrica nonostante la ricerca abbia individuato numerosi e qualitativamente differenti *fattori di rischio*. Tra questi i tentativi di suicidio (TS) sono considerati il fattore predittivo più importante per un eventuale futuro suicidio. In letteratura esistono pochi studi diretti alla ricerca delle variabili correlate a ricadute dei gesti suicidari in pazienti che hanno compiuto un TS.

Metodo: a tale scopo, presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione del Policlinico Umberto I di Roma, è stato redatto un protocollo di ricerca finalizzato a valutare longitudinalmente la presenza di fattori clinici e fattori socio-demografici, nonché l'ideazione suicidaria, in individui che accedono in Pronto Soccorso per un TS. I soggetti che avevano accettato di partecipare allo studio sono stati ricontattati, attraverso un follow-up telefonico, ad uno, sei e dodici mesi dall'evento. Durante l'intervista telefonica sono stati indagate le condizioni cliniche del paziente e l'eventuale occorrenza di nuovi TS.

Risultati: dal marzo 2007 sono stati reclutati per lo studio più di settanta pazienti e ne sono stati rivalutati più di cinquanta mediante il follow-up telefonico. I dati hanno mostrato che circa un paziente su dieci aveva compiuto un nuovo TS durante il follow-up e i tre quarti di tali recidive si sono registrati nel primo mese di osservazione. L'unico fattore di rischio risultato significativamente associato ad ulteriori TS è la disoccupazione o la sottoccupazione. Il tempo intercorso prima di un nuovo TS è risultato più lungo per i soggetti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, mentre è risultato più breve per i soggetti che avevano presentato una elevata intenzionalità suicidaria durante il primo TS.

Conclusioni: nonostante alcune limitazioni dello studio, questi risultati possono costituire un interessante punto di partenza per future ricerche finalizzate allo sviluppo di nuovi interventi di prevenzione per le persone a rischio di suicidio.

Rischio di suicidalità associato all'uso degli antidepressivi nello spettro bipolare: uno studio controllato

R. Delle Chiaie, I. Marini
Roma

Per quanto in molti paesi negli ultimi anni l'ampia diffusione degli antidepressivi si sia associata ad un abbassamento dei tassi di frequenza dei suicidi, ciò malgrado significative evidenze testimoniano come l'impiego di questi composti in forme paucisintomatiche di spettro bipolare, possa sovente risultare associata a fenomeni attivazione, spesso seguiti dall'attuazione di agiti anticonservativi. Esiste pertanto la possibilità che l'incremento di suicidabilità associato in alcuni pazienti all'impiego di antidepressivi, sia effettivamente limitato ai pazienti con quadri depressivi riferibili all'area dello spettro bipolare 'soft', nei quali può effettivamente verificarsi un peggioramento qualora vengano esposti agli antidepressivi in monoterapia (non bilanciati dagli stabilizzanti). Il problema è comunque di dimensione clinica non esigua, dal momento che le presentazioni di spettro bipolare 'soft' sono molto frequenti e spesso non riconosciute, con frequenti problemi di causare misdiagnosi.

Recentemente sono state introdotte alcune rating scales come la Hypomania Checklist 32 (HCL-32), la Mood Disorders Questionnaire (MDQ), la Bipolar Spectrum Disorder Scale (BSDS) che, anche per le forme particolarmente attenuate, consentono di individuare in modo efficace l'appartenenza del paziente allo spettro bipolare 'soft', indipendentemente dalla diagnosi categoriale con cui essi possono essere inquadrati in base ai criteri DSM-IV.

In questo studio sono stati somministrati questi reattivi in un gruppo di 155 pazienti consecutivi che erano giunti in contatto con un SPDC per aver agito, o fortemente temuto di poter agire, un atto anticonservativo (gruppo TS). Questo gruppo era eterogeneo sul piano diagnostico in quanto i pazienti venivano inseriti consecutivamente nel gruppo TS unicamente in base alla presenza di comportamenti anticonservativi. Gli stessi test sono stati somministrati in un gruppo di controllo di pari numerosità di pazienti, altrettanto eterogeneo sul piano diagnostico, che avevano richiesto una visita psichiatrica presso il nostro ambulatorio Dipartimentale, ma non avevano provato nel corso degli ultimi 3 mesi alcuna spinta anticonservativa (gruppo non-TS).

Sono stati effettuati nei due gruppi dei test di frequenza comparativi. Si è così osservato che nei pazienti del gruppo TS, era più elevata la positività per sintomi di spettro bipolare (MDQ) tra coloro che avevano assunto un antidepressivo. Nel gruppo non-TS invece, i soggetti risultati positivi alla sintomatologia di spettro bipolare erano risultati meno frequentemente trattati con antidepressivi.

Questi risultati sembrano pertanto indicativi della possibilità che la somministrazione di antidepressivi possa favorire l'attuazione di agiti anticonservativi, ma solo in pazienti che, indipendentemente dalla diagnosi categoriale, presentino quadri clinici rientranti nello spettro bipolare 'soft'.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA TINTORETTO

S54. Modelli di collaborazione fra psichiatria e medicina generale per il trattamento della depressione

COORDINATORI

D. Berardi (Bologna), L. Ferrannini (Genova)

Effectiveness of collaborative care for Major Depressive Disorder (MDD) in primary care in the Netherlands: a randomized controlled trial, CC:DIP

van der Feltz-Cornelis CM^{1,2}, Huijbregts KML¹, de Jong FJ¹, Beekman ATF^{3,4}, van Marwijk HWJ⁴, Adèr HJ⁵

¹ Research Program Diagnosis and Treatment, Netherlands institute of mental health and addiction, Utrecht, The Netherlands;

² Department of Clinical Psychology, University of Tilburg, Tilburg, The Netherlands; ³ GGZ Breburg Academic Psychiatry Dept., Tilburg, The Netherlands; ⁴ GGZ Ingeest Department of Psychiatry; ⁵ EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands;

⁵ Statistical consultant

Background: in the Netherlands, Trimbos Instituut developed and evaluated collaborative care for depressive disorder in the primary care setting.

Purpose: to present the results of a randomized controlled trials (RCT) in which the effectiveness of a Collaborative Care(CC) model for depression (CC:DIP) in primary care was evaluated compared to Care As Usual (CAU).

Theory: depressive disorders have major consequences for both patients and society. So far, treatment in primary care did not produce very good results. Therefore, collaborative care models were developed combining expertise of General Practitioner(GP), nurse-caremanager, and consultant psychiatrist, stimulating collaboration between professionals, protocolized treatment with an algorithm and active monitoring of symptoms.

Methods: cluster-randomized RCT performed in general practices of 82 GPs. The effectiveness of CC was evaluated in CC:DIP in patients with a major depressive disorder (MDD). In total, 150 patients participated. Primary outcome measure was the severity of depressive symptoms. Measurements took place at baseline, 3, 6, 9 and 12 months.

Results and conclusions: the treatment algorithm for MDD was feasible in the primary care setting and will be presented. Short term outcome in terms of treatment response were strongly in favour of CC with an OR of 7,8 compared to CAU. Results will be presented.

Uno studio italiano sulla Collaborative Stepped Care per la depressione: dati preliminari

M. Menchetti, C. Sighinolfi, C. Nespeca, D. Berardi
Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: la maggior parte dei casi di depressione sono trattati dal Medico di Medicina Generale (MMG) mentre solo una piccola percentuale accede ai servizi psichiatrici. In diversi

paesi europei sono stati elaborati modelli di integrazione strutturata fra cure primarie e salute mentale (Collaborative Care) per migliorare l'accesso ai servizi e la qualità dei trattamenti. Il presente studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia di un modello di Collaborative Stepped Care (CSC), per il trattamento della depressione nel nostro paese.

Metodologia: il presente studio multicentrico, randomizzato e controllato compara un modello di CSC con la usual care. Partecipano allo studio 6 centri di 3 regioni italiane (Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria). La CSC si basa sui seguenti elementi: formazione in piccolo gruppo, definizione di link workers, adozione di protocolli di stepped care. La misura di esito principale è la remissione della sintomatologia depressiva. Sono inoltre valutate modificazioni nei percorsi di cura, nonché modificazioni delle opinioni e degli atteggiamenti dei MMG rispetto alla depressione.

Risultati: hanno aderito allo studio 14 NCP per un totale di 160 MMG; 84 di loro sono allocati al braccio sperimentale mentre 76 costituiscono il gruppo di controllo (il reclutamento è ancora in corso in alcune unità partecipanti). Nei primi mesi del 2010 sono state condotte diverse iniziative di formazione, per un totale di 18 giornate, sulla depressione per i MMG del braccio sperimentale, inclusa l'organizzazione di periodiche discussioni di casi clinici in piccolo gruppo.

Conclusioni: al termine del primo anno, il progetto è stato attivato in tutte le regioni partecipanti. Nella relazione saranno illustrati la metodologia ed i dati preliminari del progetto.

Salute mentale e medicina generale nel Distretto di Genova Medio Ponente

P.F. Peloso, G. Saltamerenda, M. Amparo Ortega

U.O. Salute Mentale Distretto 9, DSMD dell'ASL 3 "Genovese"

Il rapporto con i medici di medicina generale (MMG) rappresenta una priorità per la Psichiatria di comunità dei nostri giorni. Il MMG rappresenta infatti il primo interlocutore per la maggior parte dei pazienti che soffrono di disturbi mentali, in particolare nel campo dell'ansia e della depressione; e le problematiche psichiatriche rappresentano uno dei campi in cui più frequentemente il MMG si trova a intervenire. Inoltre il MMG si trova in una posizione privilegiata per garantire un'assistenza integrata all'anziano e per fare precocemente diagnosi di malattia mentale, in particolare nella fascia giovanile. Esperienze estremamente interessanti sono state realizzate a partire dagli anni '50 in Gran Bretagna, e più recentemente in Italia, in particolare a Verona e Bologna. In Liguria, il DSM di Savona ha incominciato a muoversi in questa direzione nel corso degli anni '90, e nel corso di quest'ultimo decennio anche nell'ambito del nostro DSM sono state realizzate esperienze interessanti

nel Distretto di Voltri, confinante col nostro (Ciancaglini et al., *Psichiatria di Comunità* 2009). In quest'ottica la Regione Liguria ha recentemente emanato la Delibera 655/2010 con la quale sono stati enunciati i principi generali della collaborazione tra MMG e DSM all'interno del Distretto Sociosanitario. In questo quadro di riferimento scientifico e normativo si colloca il nostro sforzo di migliorare la collaborazione con i MMG, che è passato per l'individuazione di un medico unico per il rapporto di consulenza per tutti i MMG del Distretto, l'organizzazione del Corso di Formazione per i Medici di Medicina Generale del Distretto 9 dal titolo "Buone pratiche di collaborazione tra Centro di Salute Mentale e Medici di Medicina Generale" che ha affrontato aspetti diagnostico-terapeutici dei disturbi mentali più diffusi, aspetti legati all'uso degli psicofarmaci e alle interazioni tra farmaci, aspetti relativi alla tutela generale della salute nei pazienti con disturbi mentali gravi, aspetti particolari di collaborazione nell'area dei giovani e degli anziani. In quest'ambito è stato presentato il progetto strategico ministeriale "Implementation of a collaborative stepped care model for the treatment of depression in primary and secondary care", che si propone un confronto tra un'area del Distretto nella quale sono state implementate buone pratiche di collaborazione con il MMG, con un'altra nella quale si prosegue per il momento con il modello precedentemente in essere. I partecipanti al corso di formazione sono stati il 10% dei MMG del Distretto; quelli alla ricerca il 20%; tali risultati, inferiori alle attese, sono stati attribuiti in parte al fatto che i MMG cominciano solo oggi ad essere oggetto di un'attenzione mirata da parte del DSM nel nostro Distretto; in parte al fatto che modelli organizzativi prossimi alle UTAP cominciano solo in questo momento a prendere piede e non hanno ancora sufficiente consistenza e diffusione nella nostra realtà; e in parte, infine, alle molteplicità di sollecitazioni e proposte delle quali i MMG, che si avviano a diventare i registi dell'intervento nell'ambito del SSR, sono oggetto in questo periodo, tra cui sono continuamente costretti a operare delle scelte.

Le cure collaborative della depressione. L'esperienza della regione Abruzzo

V. Di Michele^{1,2}, M.G. Giurgola³, T. Staniscia^{2,3}, F. Romano²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Pescara, Pescara;

² Agenzia Sanitaria Regionale, Abruzzo, Pescara; ³ Sezione di Igiene, Epidemiologia, Farmacologia e Medicina Legale, Università "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara

Il coinvolgimento della medicina primaria nel trattamento della depressione, attraverso la pianificazione di opportuni modelli organizzativi e di cure, si è dimostrata di particolare efficacia nei paesi di lingua anglosassone ed anche in alcune aree del Nord Italia. Il presente contributo analizzerà la verifica della efficacia di tali modelli, all'interno di un Progetto Nazionale Multicentrico, in una realtà territoriale semirurale della Regione Abruzzo coinvolgente le Unità Territoriali di Assistenza primaria (UTAP) e i Nuclei di Cure primarie (NCP).

Materiali e metodi. Nella Regione Abruzzo sono state coinvolte 2 UTAP e 2 NCP delle ASL di Pescara e Chieti. La randomizzazione ha incluso nel gruppo sperimentale la UTAP di Scafa e la NCP di Guardiagrele, mentre nel gruppo di controllo sono state incluse la UTAP di Penne e la NCP Prometeo di Guardiagrele. Il numero totale di medici di medicina generale era di 42.

Risultati. I medici delle UTAP/NCP sperimentali hanno esperito una maggiore confidenza nel trattamento della depressione dei loro assistiti, utilizzando meglio le risorse collaborative messe a disposizione dal protocollo di studio e rappresentate nella fattispecie da un maggior ricorso al "consulto".

Conclusioni. Le cure collaborative della depressione rappresentano un benefico modello di cura anche in aree semirurali dove la disponibilità di centri di secondo e terzo livello o di eccellenza è minore. Tuttavia la possibilità per i medici di medicina generale di avere la possibilità di supporti specialistici rapidi ed efficaci consente una maggiore confidenza nel trattamento di casi ritenuti maggiormente impegnativi.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA PINTURICCHIO

S55. La particolare vulnerabilità del disabile intellettivo nelle varie fasi della vita

COORDINATORI

A. Castellani (Verona), C. Ruggerini (Modena)

Quozienti intellettivi e gradienti di vulnerabilità in età adulta

M. Bertelli¹, D. Scuticchio¹, M. Piva^{1,2}, A. Bianco¹, G.F. Placidi²

¹ CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), Firenze; ² U.O. Psichiatria, DSNP Università di Firenze

L'intelligenza non è unica. Il sistema cognitivo umano agisce mediante la sinergia di competenze o abilità che si possono relativamente distinguere e che contribuiscono in diversa misura a rendere

l'individuo capace di fronteggiare e gestire le situazioni ed i compiti più disparati. In base ad un criterio di utilità sociale, un individuo è intelligente solo se le manifestazioni del suo modo di essere sono riconosciute e valorizzate dalla cultura d'appartenenza.

L'intelligenza non si misura con nessuno dei test finora prodotti. Il QI sembra incidere solo per il 20% sulle prestazioni lavorative ed in percentuale ancora minore su quelle non professionali. Ciò significa che il suo valore non rispecchia una misura della potenzialità cerebrale o della capacità globale di far fronte ad una varietà di problemi.

La diagnosi di Ritardo Mentale (RM), basata sul QI, viene oggi considerata estremamente generica e di scarsa validità clinica. Manca infatti alla comunità scientifica internazionale una definizione comune di intelligenza e coesistono invece molti approcci diversi a questo costrutto. Raccogliendo casi sostanzialmente diversi tra loro, sia per etiologia che per tipo e livello di disfunzionamento, il RM è più correttamente definibile come un raggruppamento meta-sindromico di disturbi dello sviluppo cognitivo.

Punteggi di QI ai limiti della subnormalità sembrano essere molto diffusi. Sono stati rilevati in circa un ottavo della popolazione del Regno Unito.

In Paesi diversi, l'applicazione di un diverso sistema di classificazione può avere importanti implicazioni per le persone che vengono valutate e che possono ricevere diagnosi stigmatizzanti. Differenze minori nella definizione della soglia del punteggio di QI possono cambiare l'assegnazione dalla categoria 'borderline' a quella di RM.

Un numero crescente di evidenze indica che funzioni cognitive specifiche, come la memoria di lavoro, possono essere sviluppate per correggere gradi borderline e lievi di DI.

Per avere maggior valore i punteggi di QI dovrebbero derivare da più valutazioni diverse, secondo un approccio 'multi-method' e 'multi-informant', riferirsi ad abilità cognitive più specifiche ed includere nuovi costrutti inerenti l'efficienza del funzionamento mentale nella sua interazione col mondo, come la qualità di vita.

Vulnerabilità psichiatrica in bambini con disabilità intellettive

A. Verri, A. Cremante, V. Destefani, G. Locatelli

Laboratorio di Psicologia Cognitivo-Comportamentale, Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia

È noto in letteratura che l'incidenza di patologie psichiatriche è circa 3-4 volte più elevata nei soggetti affetti da disabilità intellettiva (DI); le più comuni vulnerabilità riguardano: disturbi affettivi (5-15%), disturbi d'ansia (25%), disturbi della condotta (12-15%), ADHD (4-11%) e disturbi psicotici (3%) (Masi G.-Bargagna S., 2003). Benché gli studi in questo campo siano limitati, uno dei filoni più importanti è senza dubbio quello dei fenotipi comportamentali, che analizza le specifiche traiettorie evolutive in relazione alle diverse sindromi genetiche. Questo settore si avvale sempre di più dello studio delle correlazioni tra comportamento e specifiche regioni del cervello e del genoma. L'impiego di tecniche neurofisiologiche e di imaging ha così consentito di descrivere le correlazioni gene-cervello-aspetti cognitivi e comportamentali ad esempio nella sindrome di Williams (Key & Dickens, 2008) o l'esordio di disturbi psichiatrici in pazienti affetti da sindrome velo-cardio-facciale (Gothelf, 2007). Altrettanto nota è l'associazione tra sindrome di Klinefelter e disturbi del comportamento (Verri, 2010). La valutazione il più possibile precoce delle problematiche neuropsichiatriche costituisce un elemento fondamentale per orientare la diagnosi e conseguentemente interventi di tipo riabilitativo.

D'altra parte è importante tenere in altrettanta considerazione ai fini della comprensione della vulnerabilità, anche fattori di tipo ambientale. È noto, infatti, che contesti di deprivazione e stress associati a specifici fattori genetici determinino linee di

sviluppo meno ottimali (Hodapp & Dickens, 2009). Per contro esistono fattori ambientali protettivi per la resilienza del bambino, che determinano il modo in cui le capacità del bambino hanno effettivamente occasione di esprimersi. In questa prospettiva, benché l'interesse nei confronti di questi aspetti sia andato crescendo nel corso degli ultimi 50 anni, è auspicabile che studi futuri si concentrino sull'analisi di fattori ambientali con particolare riferimento ai contesti comunitari.

Le patologie neurologiche più frequentemente associate alla disabilità intellettiva

C.M. Cornaggia, J. Santambrogio, M. Beghi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano Bicocca

La disabilità intellettiva varia come incidenza dall'1 al 4% nel mondo e la prevalenza nella popolazione generale è tra il 2 e il 10% a seconda del tipo di valutazione e definizione utilizzata. Le cause sono di tipo genetico (alterazioni di singoli geni o cromosomiche) o non-genetico. Tra quelle genetiche ricordiamo la sindrome di Down, la sindrome dell'X-fragile, la sindrome di Williams, le alterazioni poligeniche del metabolismo e molte altre. Le cause non genetiche sono patologie prenatali, perinatali e postnatali, quali malnutrizione, prematurità, ipossia, infezioni e traumi. Inoltre ricordiamo lo spettro delle patologie autistiche con una alterazione genetica non ancora ben definita.

Sia le sindromi genetiche che le lesioni cerebrali correlate o successive al parto sono i fattori etiologici che conducono ad una lesione o ad una disfunzione permanente del sistema nervoso centrale che si esprime, oltre che con la traccia indelebile della disabilità intellettiva, anche con una serie di disturbi neurologici (paresi, plegie, atonie, distonie, discinesie, ecc.) che complicano ulteriormente il quadro clinico.

Tra i diversi disturbi neurologici espressione del danno o della disfunzione permanente del sistema nervoso centrale si ascrivono anche le crisi epilettiche. Infatti, il rischio di sviluppare epilessia è elevato nei soggetti con patologie neurologiche gravi come la paralisi cerebrale infantile che accompagnano spesso la disabilità intellettiva¹. Epidemiologicamente l'epilessia è una delle malattie neurologiche più comuni nell'infanzia, con un'incidenza di 5-7 casi su 10000 bambini dalla nascita ai 15 anni e una prevalenza stimata di 4-5 persone/1000².

Si considera che circa 25% delle persone con epilessia abbiano disabilità intellettiva e che tra il 20 e il 50% delle persone con disabilità intellettiva abbiano epilessia³. Disordini dell'apprendimento e del comportamento sono più comuni in persone con epilessia rispetto alla popolazione generale, ma queste disabilità non sono necessariamente correlate al ritardo mentale.

Una sovrapposizione così elevata delle due patologie impone una grande attenzione a questi casi, in quanto l'associazione tra disabilità intellettiva ed epilessia deve essere valutata tenendo conto di queste diverse possibilità:

- epilessia e disabilità intellettiva sono entrambe espressione del danno o della disfunzione cerebrale permanente sottostante;
- l'epilessia è causa di danno o di disfunzione permanente del sistema nervoso centrale che a sua volta è causa del ritardo mentale.

Vari tipi di sovrapposizione tra epilessia e disabilità intellettiva sono discussi nel dettaglio.

Bibliografia

- 1 Shinnar S, et al. *Update on the epidemiology and prognosis of pediatric epilepsies*. J Child Neurol 2002;17:S4-17.
- 2 Cowan LD. *The epidemiology of the epilepsies in children*. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002;8:171-81.
- 3 Lhatoo SD, et al. *The epidemiology of epilepsy and learning disability*. Epilepsia 2001;42:6-9.

Il disabile nella terza età

S. Monchieri

Società Italiana per lo Studio del Ritardo mentale, Fondazione Poliambulanza Brescia

Le persone con disabilità intellettiva presentano limiti cognitivi e relazionali accanto alla comorbidità medico – neurologica – psichiatrica. La particolare morbilità di ordine medico che accompagna questa popolazione unitamente alle scarsa conoscenza delle specifiche esigenze di cura e assistenza a caratterizzato la cultura scientifica pregressa. La mancanza di interventi specifici a carattere terapeutico e assistenziale con significato preventivo ha comportato una riduzione dell'aspettativa di vita del disabile intellettivo. Oggi giorno le maggiori

conoscenze e soprattutto la maggior attenzione dedicata dalla comunità scientifica hanno decisamente allungato non solo l'aspettativa ma anche la qualità di vita di persone disabili che solo poche decadi addietro non si riteneva potessero raggiungere, se non eccezionalmente, la terza età. Attualmente convinzioni scientifiche a lungo radicate, come l'elevata incidenza della malattia di Alzheimer ad esordio già nella quinta decade di vita, in persone con Sindrome di Down, ha lasciato spazio ad evidenze più moderne che nascono da approfondimenti medico-educativi-psicologici sempre più specifici. Nel contempo il rapido avanzare delle conoscenze genetiche ha consentito di definire profili e traiettorie evolutive non più generiche del disabile intellettivo ma, sempre più specifiche per quasi ogni singola forma di disabilità ad impronta genetica. L'arricchimento delle conoscenze e delle strategie di prevenzione di specifici disturbi che riducevano l'aspettativa di vita nella disabilità ha conseguentemente comportato un significativo incremento di tale popolazione nel raggiungimento della terza età. Un ulteriore passo nel trattamento life span di questa popolazione comporta un arricchimento di conoscenze geriatriche specifiche centrate sulla specificità della Disabilità Intellettiva non solo come categoria ma anche dei singoli quadri sindromici che manifestano caratteristiche d'invecchiamento spesso con significative diversità.

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA BRAMANTE

S56. Il curriculum scientifico dello psichiatra e la pubblicistica psichiatrica

COORDINATORE

A. Rossi (L'Aquila)

Trenta anni di "formazione psichiatrica"

V. Rapisarda

Catania

La Rivista "Formazione psichiatrica nasce nel 1980, frutto di collaborazione interdisciplinare con il filosofo prof. Mariano Cristaldi, poi Rettore di Cassino e purtroppo scomparso e con lo psichiatra fenomenologo prof. Bruno Callieri, avendo insieme organizzato un Congresso internazionale di Fenomenologia e trova il suo spazio nazionale quando i professori Cazzullo e Balestrieri hanno accolto la mia richiesta di far svolgere a Catania il XXXIV Congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria, dopo tanti anni di interruzione, a seguito della devastazione della Aula Magna della appena inaugurata la Facoltà di Medicina di Napoli. Condirettore il farmacologo prof. Scapagnini.

Iniziano così le pubblicazioni degli Atti di Congressi, non solo realizzati in Sicilia, come quello della Associazione latino-mediterranea di Psichiatria nel 1984 per iniziativa dei professori Vella e Siracusano, stampati con la collaborazione del prof. Aguglia, della Società del BioFeedBack dell'indimenticabile

prof. Paolo Pancheri nel 1986, per iniziativa dei Colleghi Scrimali e Grimaldi e quello della Società di Riabilitazione psichiatrica nel 1990 (il secondo dopo Verona), ma anche gli Atti in quattro volumi del XXXIX Congresso SIP a Riccione nel 1994, sempre a cura dell'infaticabile Antonio Virzì, aiutato poi da Antonio Petralia che ha collaborato con il Prof. Sarteschi nella Società di Neuropsicofarmacologia.

La rivista ha pubblicato i Quaderni, giunti a circa 30 volumi, tra cui mi piace ricordare i contributi di Calandra sulla psicoterapia sistemico-familiare a seguito del corso catanese, tenuto dal prof. Loredano di Roma, e tanti altri argomenti come i Seminari letterari a cura di Salvo Di Dio, Misticismo e psichiatria ed altri a cura di Salvo Zerbo, Loredana Paradiso e Carmela Dinaro.

Questi riferimenti possono essere giustamente considerati un nostalgico ricordo di un anziano, ma costituiscono pure una opportuna riflessione per gli psichiatri giovani, che adesso scrivono poco sulle riviste straniere, mentre sono rimaste poche quelle italiane sopravvissute e che, in un tempo ricco di stimoli televisivi, pubblicitari e su Internet, non scrivono neppure recensioni di volumi ed articoli scientifici.

Utile pure discutere del costo di stampa e di spedizione e della attività di referee senza compenso, poco agevole e assai lenta.

Si sono moltiplicate le rassegne e i contributi scientifici su Internet, ma andrebbero meglio chiarite le disposizioni normative. Potenziare le riviste esistenti e far rinascere o nascere delle nuove credo sia opportuno per consentire agli aspiranti psichiatri e a quanti desiderano giustamente un posto di lavoro in strutture pubbliche e/o private un più facile accesso a pubblicare, quale criterio meritocratico non trascurabile.

Editoria scientifica e formazione: problemi e prospettive

M. Biondi

Ordinario di Psichiatria, Sapienza, Roma

L'aggiornamento continuo dello psichiatra è attualmente affidato a corsi ECM e a iniziative del singolo, quali partecipazione a convegni, acquisto personale di libri e lettura di riviste di settore. Non vi sono dati specifici a disposizione, ma da una breve indagine personale vi è motivo di ritenere che nella media ogni psichiatra legga dai 2 ai 4 periodici di settore a settimana, avendo inoltre accesso mediante il web a diverse altre fonti non sistematiche. L'aggiornamento è fondato anche in modo informale su contatti con colleghi e confronti di esperienze nei luoghi di lavoro, fonte tutt'altro che da screditare. In quest'ambito ho sempre ritenuto che le riviste di settore in lingua nazionale potrebbero avere un ruolo molto maggiore dell'attuale se si adottassero criteri di raccolta di contributi pur sempre di qualità ma anche diversi da quelli dell'articolo tradizionale ancora ancorato al modello di "tesi" di articolo culturale di rassegna teorico.

Le riviste scientifiche di area italiane soffrono oltre che per questo per diversi motivi, quali limitatezza di bacino di autori e scarsi fondi per la ricerca, scarsa tendenza ad abbonarsi, circolazione limitata a livello locale, frammentazione tra diverse testate minori – che assorbono risorse – piuttosto che aggregazione in un mercato piccolo. Gli autori italiani che si sono impegnati in ricerche di maggior costo e complessità spesso peraltro preferiscono tentare la pubblicazione su riviste estere, principalmente per la maggiore visibilità delle proprie ricerche, aspetto non soddisfatto dalla maggior parte delle riviste italiane. Il divario a questo punto si accentua tra riviste nazionali e riviste internazionali.

L'esperienza maturata con Rivista di Psichiatria, della casa editrice il Pensiero Scientifico di Roma – che di recente ha ottenuto il listing su PubMed ed è una delle poche italiane ad averlo – è interessante come modello ed è tuttora in evoluzione. Rivista "storica" romana, ma punto di riferimento nazionale, esce 6 volte l'anno a cadenza bimestrale. Negli ultimi anni è vissuta pressoché esclusivamente di abbonamenti. È stata listata ormai da vari anni su diverse banche dati quali Excerpta Medica/EM-BASE, PsycInfo, SciSearch, Biosis Database, Lettera (Mario Negri), Faxxon Finder ed altre ancora, fatto che ne ha favorito la diffusione e in qualche misura la richiesta di pubblicazione. Va ricordato infatti che la visibilità in queste banche dati corrisponde ad uno dei criteri concorsuali di valutazione della produttività scientifica di candidati, non solo in ambito universitario. Fu tentato il listing presso la National Library of Medicine anni orsono, senza successo. Maturata esperienza dalla sconfitta, si è lavorato duro per anni. La Casa Editrice ha mostrato nella Direzione di Luca e Luciano De Fiore e del team editoriale una sensibilità e disponibilità culturale uniche, tollerando momenti

difficili per un'Azienda che può vivere solo dei suoi profitti, in fasi in cui Rivista di Psichiatria era forte solo dei suoi pochi, insufficienti abbonamenti. L'Editore ha dato fiducia, l'impegno costante del team di Redazione guidato da dr.ssa Angela Iannitelli e dalla Direzione ha portato a ritentare l'impresa di PubMed, stavolta coronata da successo.

La nuova sfida riguarda la competizione sul web, la possibilità di formazione on-line, con il meccanismo degli abbonamenti, che sta transitando da quello individuale del singolo a quello delle grandi Agenzie internazionali, dove gli abbonamenti vengono acquisiti per blocchi o a grandi pacchetti. Le grandi case internazionali sono in questo molto avvantaggiate. Tra le iniziative cui dare spinta vi è pertanto di capitalizzare di più sulle riviste nazionali a fini formativi, sia universitari che per corsi ECM, eventualmente anche attivando la formazione a distanza.

Il Giornale Italiano di Psicopatologia nella pubblicistica psichiatrica Italiana

A. Rossi

Università dell'Aquila

Il Giornale Italiano di Psicopatologia nasce nel 1995 fondato e diretto da G.B. Cassano e P. Pancheri con periodicità prima quadrimestrale e successivamente trimestrale. Il Consiglio Direttivo della SOPSI – nata nel 1990 – aveva ritenuto che, come altre importanti Società Psichiatriche, essa dovesse avere una rivista scientifica particolarmente qualificata.

Il GIP diventa negli anni una delle riviste di massimo prestigio nell'ambito della pubblicistica periodica italiana nel campo psichiatrico ed è premiata con un afflusso crescente di articoli di ricerca di sempre migliore qualità e dal consenso dei lettori. Nel 2001 nasce il sito (prima www.sopsi.it, poi www.gipsicopatol.it) che raccoglie l'intero archivio digitale degli articoli e dei supplementi pubblicati dalla rivista dal 1996.

A partire dal 2005 viene incentivata la pubblicazione di articoli originali in inglese; viene premesso ad ogni articolo in italiano un lungo riassunto in inglese, con citazioni di tabelle e figure, in modo da permettere ad ogni lettore con scarsa conoscenza della lingua italiana, di avere una completa informazione sul testo. L'obiettivo è quello di favorire la diffusione della rivista e, soprattutto, che la rivista possa essere indicizzata nelle maggiori banche-dati dell'area psichiatrica.

Viene altresì data priorità di pubblicazione a tutti i lavori di carattere clinico-sperimentale basati su adeguate casistiche e su corrette procedure metodologiche.

Infine, viene centralizzata la redazione del giornale nella sede romana, presso la FIS, creando un comitato editoriale formato dai membri del C.D. della SOPSI e ampliando il comitato scientifico di riferimento: ad ogni redattore è assegnato un compito specifico coordinato con quello di tutti gli altri. Infine sono identificati referees per la valutazione dei lavori inviati alla rivista. I referees sono stati scelti, nell'ambito nazionale, tra i più qualificati esperti nei settori della psicofarmacologia, della psichiatria biologica, della psicoterapia, della psichiatria sociale e di altre aree specifiche.

Nel 2008, dopo la prematura scomparsa del fondatore e storico Editor, Paolo Pancheri, la direzione della rivista viene assunta da Alessandro Rossi.

Nell'ultimo biennio è stato profondamente rinnovato l'Editorial Board, affiancandolo ad un Advisory Board. La rivista è citata su EMBASE, Index Copernicus, PsycINFO, SCOPUS. In corso la valutazione per PubMed/Medline, PubMed Central, ISI Web of Knowledge, Directory of Open Access Journals.

La formazione specialistica in psichiatria: requisiti minimi assistenziali secondo il nuovo ordinamento e riflessione sul ruolo dell'Università nella clinica e nella formazione specialistica.

D. De Ronchi

Università di Bologna

Il nuovo ordinamento didattico ¹ della Scuola di Specializzazione in Psichiatria prevede l'acquisizione di specifiche capacità professionali mediante attività metodologiche e pratiche che consistono in attività formative volte al conseguimento sia di capacità di individuare e definire i problemi del paziente e proporre soluzioni (*problem solving*), sia di abilità gestuali, relazionali e comportamentali (*practical skills*), sia infine di capacità decisionali, diagnostiche, terapeutiche e di follow-up (*decision making, management*).

La formazione dei futuri psichiatri della Sanità è garantita dalle Università con l'insostituibile apporto delle strutture e del personale del Sistema Sanitario Nazionale. Nella GU sono indicate chiaramente le strutture che devono essere presenti nelle sedi universitarie: Degenze e/o day hospital, ambulatori, oltre ad altri ambulatori e servizi che devono essere necessariamente presenti nella struttura di sede o nell'azienda ospitante (per

esempio tre fra Psicogeriatrica, Psichiatria di consultazione, Neurologia, Psicofarmacologia clinica, Psicoterapia, Riabilitazione psichiatrica, Neuropsichiatria infantile, Ambulatori territoriali, Psicologia).

Ma la GU ² va oltre gli standard strutturali, e detta i requisiti essenziali per gli standard organizzativi (la presenza nelle sedi Universitarie di medici e psicologi, personale tecnico, infermieristico o dei servizi sociali in numero adeguato al volume assistenziale) e, altrettanto importante, per gli standard assistenziali, indica un elevato numero di ricoveri (Degenze e/o day hospital) e prestazioni (ambulatoriali) all'anno.

Esempio:

Standard assistenziali	Tipologia	Struttura di sede
Ricoveri/anno	Degenze e/o day hospital	N. 300
Prestazioni/anno	Ambulatori	N. 600

Alla luce delle nuove normative, quali riflessioni possono essere fatte sul ruolo dell'Università nella clinica e nella formazione specialistica? Quale confronto con le realtà Universitarie Europee?

Bibliografia

- G.U. n. 258 del 5-11-2005, Suppl. Ordinario n. 176. Altre note che citerò: "Core Competencies for Psychiatric Practice: What Clinicians Need to Know" (a Report of the American Board of Psychiatry and Neurology, Edited by SC Scheiber, AM Krmaer, SE Adamowski, 2003).
- Supplemento Ordinario alla G.U. Serie Generale n. 105, 8 maggio 2006

SABATO 19 FEBBRAIO 2011 – ORE 16,00-18,00

SALA RAFFAELLO

S57. Errori nel setting in psicoterapia

COORDINATORI

P. Petrini (Roma), C. Loredio (Roma)

Errori diagnostici

N. Dazzi

Sapienza Università di Roma

Sebbene il tema della diagnosi abbia sempre suscitato un notevole interesse da parte di coloro che si occupano di psicopatologia, tuttavia la questione più specifica relativa agli errori diagnostici sembra sia stata spesso oggetto di un parziale evitamento, non imputabile del tutto alla salvaguardia di un narcisismo professionale. Questo lavoro tenta perciò di orientare il riflettore su ciò che accade nella mente del diagnosa nel momento in cui pur confrontato con determinati "segni", scotomizza un'ipotesi diagnostica per abbracciarne un'altra che poi si rivelerà erronea. Ma se la diagnosi si configura come un processo dinamico svolgentsi in seno ad una relazione, definita da uno specifico setting, tra due soggetti che si riconoscono

reciprocamente nei rispettivi ruoli e statuti, allora anche la fonte degli errori diagnostici andrà evidentemente ricercata nella relazione stessa.

L'etica uno dei punti cardinali della bussola dello psicoterapeuta. Come imparare dagli errori e farli divenire maestri

A. Zucconi

Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP)

L'etica è uno dei quattro punti cardinali della BUSSOLA dello PSICOTERAPEUTA che offre la possibilità di autoconsapevolezza e facilita l'operare sempre in scienza e coscienza. Una visione storico-culturale-antropologica-sociale mostra la necessità d'interrogarci su quale antropologia e quale etica

sono basate le nostre azioni diagnostiche e psicoterapeutiche nel processo complesso che inizia con l'analisi della domanda, continua con la decisione del trattamento di elezione, passando poi alla sua erogazione e monitoraggio.

I valori dell'etica vengono incarnati e applicati dalla deontologia nel disegnare e gestire i setting clinici. Saranno illustrati i principali errori, tutti prevenibili ed evitabili, che possono altrimenti generare impasse nel processo psicoterapeutico e/o produrre effetti iatrogeni.

Illustreremo alcuni contributi di Carl Rogers derivati dalle ricerche sulla qualità della relazione inclusi anche schizofrenici lungodegenti e psicotici. 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 e psicoterapeutiche 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 alcuni aspetti della supervisione e come facilitare l'imparare dagli errori e farli divenire maestri, in particolare nella prevenzione e risoluzione dell'impasse e della relazione terapeutica quando essa ha subito degli strappi.

Verrà illustrata l'importanza dell'autoconsapevolezza del proprio processo: essere consapevoli se si è capaci o meno di accogliere e comprendere la persona dell'utente, e come 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 di ogni paradigma.

Problemi e alcune soluzioni per i rischi di errore nel setting di terapie integrate

M. Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma

L'impiego sempre più diffuso di trattamenti che impiegano di psicoterapia e farmacoterapia insieme ha posto problemi clinici e organizzativi nuovi e diversi. Le dizioni più comuni per tali interventi sono combinati, associati, sebbene quella preferibile sia "integrati", quando gli interventi non solo aggiunti l'uno all'altro ma seguono un modello concettuale articolato e pianificato.

Uno dei problemi riguarda l'alleanza terapeutica tra terapeuta e paziente, un altro quella tra due terapeuti che seguono un caso – ad esempio tra medico psichiatra e psicoterapeuta psicologo, oppure tra uno psichiatra ad orientamento psicodinamico ed uno psichiatra ad orientamento "farmacologico". Il paziente può così trovarsi nella condizione di "splitting" tra due trattamenti per lo stesso disturbo ed "esposto" a due razionali d'intervento differenti ("il suo disturbo ha radici psicologiche, quindi la terapia dev'essere sulle cause psichiche con la psicoterapia" contrapposto alla spiegazione "il suo disturbo ha una base organica, legato ad una riduzione di serotonina ... quindi la cura più specifica è la correzione della serotonina") difficilmente riconducibili ad una matrice unitaria.

In ambito clinico naturalistico, in un primo studio sono stati ri-

veduti retrospettivamente 48 casi di Disturbi dell'area ansiosa e depressiva, trattati mediante co-terapie psicofarmacologiche e psicoterapiche nell'arco degli anni, valutando la presenza di quattro possibili indicatori di "alleanza". Nella maggior parte dei casi il trattamento prevedeva uno psichiatra ed uno psicoterapeuta psicologo. In base a una revisione dell'esperienza personale, i motivi di riuscita ma soprattutto di fallimento terapeutico sono stati riconducibili ad almeno uno dei seguenti punti: 1. mancanza di colloquio tra terapeuti, 2. diversità teorica di intervento non spiegata al paziente e non risolta (mancanza d'intesa tra i due interventi), 3. scarsa reciprocità e complementarità sul paziente, 4. problemi di competenza specifica nel proprio settore (scelta di un farmaco "errato", intervento psicoterapico o "matching terapeuta paziente non adeguati). L'alleanza terapeutica è un fattore che può essere analizzato e descritto, almeno secondo questo studio, in quattro "operatori" principali. Riconoscerli, sorvegliarli e realizzarli, può essere d'aiuto per prevenire fallimenti terapeutici.

Da questa esperienza emerge che vanno tenuti in considerazione vari aspetti, alcuni di tipo psicopatologico e di contesto, altri più specifici di un intervento integrato, quali un modello teorico di intervento adatto (non basta solo associare in qualche modo farmaci e psicoterapia) che dia anche al paziente una spiegazione non conflittiva dei due interventi; una buona intesa e comunicazione tra i due terapeuti.

Bibliografia

- 1 Biondi M. *Beyond the mind-brain dichotomy and toward a common organizing principle of psychotherapy and pharmacotherapy*. Psychother Psychosom 1995;63:3-8.
- 2 Biondi M, Picardi A. *Increased probability of remaining in remission from panic disorders with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow up study*. Psychother Psychosom 2003;72:34-42.
- 3 Biondi M, Picardi A. *Attribution of improvement to medication and increased risk of relapse of panic disorder with agoraphobia*. Psychother Psychosom 2003;72:110-1.
- 4 Biondi M, Picardi A. *Increased probability of maintaining treatment gains in patients with obsessive-compulsive disorder who received integrated psychological and biological treatment compared with medication alone*. Psychother Psychosom 2005;74:123-8.
- 5 Kandel ER, editor. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. APA, 2006.

L'errore in psicoterapia: realtà o fantasia?

N. Visconti

Roma

Uno dei processi centrali della situazione analitica sembra essere la necessità di mantenere i confini professionali in modo tale che i due partecipanti abbiano la possibilità di attraversarli psicologicamente, e non solo. In altre parole processi quali l'empatia e l'identificazione proiettiva oscillano continuamente attraverso la membrana semipermeabile costruita dalla diade analitica. Ma se le trasgressioni che il paziente compie hanno diritto d'asilo all'interno del setting, per la natura stessa del rapporto, e possono solo essere soggette a lettura ed interpretazione, ciò che è il terapeuta ad agire all'interno della relazione con il proprio paziente ha più diritto di essere definito *errore*, perché il presupposto di base è che il terapeuta abbia maggiori strumenti di comprensione.

PSICHIATRIA 2011:
Vulnerabilità e intervento precoce

POSTERS



15° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia



Roma, 15-19 febbraio 2011

MERCOLEDÌ 16 FEBBRAIO 2011 – ORE 13,50-15,50

SALA: POSTER SESSION

PRIMO GRUPPO

Schizofrenia – Disturbo Bipolare

P1. Profilo neurocognitivo del paziente con disturbo bipolare in rapporto alla fase di malattia

S. Ammendola, A. Cervone, A. Calento, E. De Vivo, C. Elce, S. Orlando, D. Galletta, M. Casiello

Dipartimento di Neuroscienze, Divisione di Psichiatria, Università di Napoli "Federico II"

I deficit cognitivi associati al disturbo bipolare (DB) coinvolgono differenti domini tra cui funzioni esecutive, memoria, attenzione e concentrazione, abilità logico- astrattive. Tali deficit sembrano caratterizzare non solo gli episodi acuti ma anche lo stato eutimico. Scopo dello studio è stato valutare le performance cognitive di pazienti affetti da DB-I e II in fase eutimica e depressiva.

Sono stati arruolati 32 soggetti con diagnosi di DB secondo DSM-IV TR (20 DB-I e 12 DB-II) in fase depressiva e in eutimia, afferenti al Servizio di Psichiatria dell'AOU "Federico II" di Napoli. Le performance cognitive sono state confrontate con quelle di 8 controlli volontari sani. La batteria neuropsicologica comprendeva i seguenti test: MMSE, Span verbale, Corsi, Parole di Rey, Memoria logica, Prassia costruttiva di Milano, Raven, Frontal Assessment Battery (FAB) e Fluenza Verbale Fonologica (FVF).

Il gruppo dei pazienti mostra, rispetto ai controlli, una ridotta performance nella memoria a breve termine spaziale ($p = 0,012$), nelle abilità logico- astrattive ($p = 0,000$) e nelle funzioni esecutive ($p = 0,002$ e $p = 0,048$). Questo dato non appare influenzato dallo stato clinico. Il profilo cognitivo dei pazienti affetti da DB-I e DB-II appare sovrapponibile tranne nelle prestazioni ai test di memoria a lungo termine ($p = 0,039$).

I risultati confermano la presenza di deficit in differenti domini cognitivi, indipendenti, nel nostro campione, dalla fase clinica e dal sottotipo di disturbo.

P2. Associazione di varianti polimorfiche del gene DRD3 della dopamina con la diagnosi di schizofrenia e la working memory

I. Andriola, G. Ursini, A. Di Giorgio, G. Todarello, R. Masellis, A. Papazacharias, G. Miccolis, L. Fazio, R. Romano, B. Gelao, A. Porcelli, M. Mancini, L. Lobianco, P. Taurisano, G. Blasi, G. Caforio, M. Nardini, A. Bertolino.

Università di Bari, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche

Studi di associazione suggeriscono che il gene del recettore D3 (DRD3) della dopamina abbia un ruolo nella schizofrenia. Questo gene presenta varianti polimorfiche funzionali (SNP) responsabili di un'alterata affinità recettoriale per la dopamina. Lo scopo dello studio è valutare l'associazione tra gli SNP rs6280, rs226082, rs963468 e rs2134655 e i relativi aplotipi

del gene DRD3 con la diagnosi di schizofrenia e le performance di working memory (WM). 313 soggetti, di cui 164 sani (93 femmine e 69 maschi, età media $32 \text{ anni} \pm 8,02$) e 149 pazienti (37 femmine e 109 maschi, età media $27,8 \text{ anni} \pm 10,12$), sono stati genotipizzati per i 4 SNP di DRD3. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione della WM attraverso l'*N-back task*. Ai pazienti è stata somministrata la PANSS per la valutazione sintomatologica.

Le analisi di regressione lineare dimostrano un'associazione dell'allele T di rs6280 sia con la diagnosi ($p = 0,03$) che con peggiori performance all'1-back ($p = 0,032$) e al 2-back ($p = 0,007$) nei sani. L'allele G dell'rs963468 è risultato associato alla diagnosi con un $p = 0,044$. Ancora, valori più alti della sottoscala positiva sono risultati associati all'allele T dell'rs6280 ($p = 0,048$), mentre valori più alti della PANSS totale sono risultati associati all'allele G dell'rs963468 ($p = 0,047$). Infine è stata trovata un'associazione dell'aplotipo TCGG ($p < 0,001$) con la malattia.

Questi dati suggeriscono che variazioni polimorfiche di DRD3 potrebbero giocare un ruolo nelle performance di working memory e nella suscettibilità alla schizofrenia.

P3. Correlazione tra depressione bipolare subsindromica e outcome funzionale

C. Antonucci, B. Daniel, A. Montali, M.L. Gerra, A. Camerlengo, M. Amore

Università di Parma, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Background: la persistenza di sintomi depressivi subsindromici nel disturbo bipolare si correla con bassi livelli di funzionamento psicosociale.

Obiettivi: individuare le correlazioni tra depressione subsindromica e livelli di funzionamento interepisodici nei pazienti con disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore ricorrente.

Materiali e metodi: lo studio include 49 pazienti con disturbo bipolare (I e II), e 45 pazienti con disturbo depressivo maggiore ricorrente (secondo i criteri del DSM-IV-TR), esaminati durante le fasi di remissione clinica. La presenza di sintomatologia depressiva subsindromica è stata valutata tramite la Scala di Hamilton per la depressione (HAM-D), mentre per stabilire il grado di funzionamento interepisodico si è utilizzata la Scala di Valutazione del Funzionamento Globale (VGF).

Risultati: i punteggi della VGF e della HAM-D sono correlati negativamente ed in modo altamente significativo ($r = -,700$ e $p < ,001$) nei pazienti con disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore ricorrente, in assenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Conclusioni: esiste una correlazione inversa tra sintomatologia depressiva subsindromica e funzionamento interepisodico nel

disturbo bipolare e nel disturbo depressivo maggiore ricorrente. I sintomi depressivi subsindromici contribuiscono dunque al deterioramento funzionale spesso riscontrato nel disturbo bipolare, con implicazioni riguardo alla sua gestione a lungo termine.

P4. Risposta corticale al controllo attentivo in pazienti affetti da schizofrenia e loro fratelli sani

L. Antonucci*, P. Taurisano*, A. Papazacharias*, R. Romano*, B. Gelao*, L. Fazio**, L. Lo Bianco*, A. Di. Giorgio**, G. Caforio*, M. Nardini*, T. Popolizio**, G. Blasi*, A. Bertolino*

* Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Dipartimento di Psichiatria e Neurologia, Università di Bari; ** IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG)

Precedenti studi di neuroimaging hanno mostrato in pazienti affetti da schizofrenia e nei loro fratelli sani un'anomala attività a livello della corteccia prefrontale dorsolaterale e del cingolo anteriore durante compiti di elaborazione attentiva. Il presente studio ha investigato l'impatto del rischio genetico per schizofrenia sulla fisiologia associata a carichi crescenti di controllo attentivo misurata tramite fMRI. 31 pazienti affetti da schizofrenia, 23 fratelli non affetti e 49 controlli sani (N = 103) hanno svolto il compito Variable Attentional Control, che elicitava carichi crescenti di controllo attentivo, durante fMRI. I gruppi erano comparabili per una serie di variabili socio-demografiche e per performance. I dati di fMRI ($p < 0,005$) hanno evidenziato un effetto significativo della diagnosi a livello del Giro Frontale Inferiore (BA45/46) e dell'interazione tra diagnosi e carichi crescenti di controllo attentivo a livello del cingolo anteriore e del giro frontale medio (BA32 e BA6). In particolare, i pazienti con schizofrenia e i loro fratelli non affetti evidenziavano una simile risposta corticale in queste aree cerebrali ad alti carichi di controllo attentivo. Inoltre, tale risposta era differente da quella riscontrata nei soggetti sani. Questi dati suggeriscono che il rischio genetico per schizofrenia è associato a modulazione della risposta corticale durante controllo attentivo. Tale modulazione è funzione del carico cognitivo richiesto e può essere considerata un utile fenotipo intermedio per lo studio della schizofrenia.

P5. Percezione dagli psichiatri sull'aderenza ai farmaci nella schizofrenia: risultati di una survey condotta in Italia ed EMEA (Europe, Middle East & Africa)

M. Bassi*, F.L. Lopes** M.G. Giustra**

* UOC Psichiatria, DSM Azienda Ospedaliera "Niguarda Ca' Granda", Milano; ** Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)

Introduzione: i pazienti con schizofrenia presentano un'elevata percentuale di parziale/mancata aderenza (fino al 72%)¹.

Materiali e metodi: survey condotta in 35 paesi EMEA che ha coinvolto più di 4000 psichiatri che visitano regolarmente pazienti con schizofrenia. L'Italia ha partecipato con 194 psichiatri. Il questionario utilizzato prevedeva 20 domande per indagare: 1) il metodo preferito dagli psichiatri per valutare l'aderenza;

2) la loro percezione del grado di aderenza alla terapia dei loro pazienti; 3) la loro opinione relativamente alle ragioni di una parziale/mancata aderenza al trattamento e alle strategie per migliorarla.

Risultati: quasi la metà dei pazienti con schizofrenia in Italia sono considerati come non/parzialmente aderenti (48% e 54% per l'Italia ed EMEA, rispettivamente) e la mancanza di *insight* è la ragione principale di mancata aderenza (39% e 35%). In Italia il metodo più utilizzato per valutare l'aderenza è la raccolta di informazioni direttamente dal paziente (82% e 76%). Le formulazioni iniettabili a rilascio prolungato costituiscono la strategia preferibile dagli psichiatri per il trattamento farmacologico in pazienti schizofrenici con scarsa aderenza (44% in Italia ed EMEA).

Conclusioni: questa survey illustra che, mentre gli intervistati hanno riconosciuto l'importanza di una mancata/parziale aderenza, rimane tuttora la necessità di una gestione più attiva della scarsa aderenza al trattamento per ridurre la frequenza e le conseguenze delle ricadute.

Bibliografia

¹ Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. *Prevalence of and risk factors for medication non-adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature.* J Clin Psychiatry 2002;63:892-909.

P6. Progetto orientato alla recovery nel contesto di vita di soggetti con disturbo mentale severo: una collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale dell'Alto Friuli ed il Mulino Cocconi-Ecomuseo delle acque

F. Bertossi*, C. Bertossi*, M. Asquini**, T. Gon**

* Dipartimento di Salute Mentale, ASS 4 "Medio Friuli"; ** Dipartimento di Salute Mentale, ASS 3 "Alto Friuli"

L'alto Friuli presenta un territorio di 2355 kmq, prevalentemente montuoso, ove vivono 76500 abitanti. Sul territorio è presente un Dipartimento di Salute Mentale ed i soggetti che risultano in carico al servizio sono 1300.

Uno degli obiettivi del DSM è quello di supportare l'integrazione degli utenti nella comunità attraverso la realizzazione di progetti e la collaborazione con associazioni già presenti sul territorio, con il fine di promuovere l'inclusione sociale e contrastare lo stigma.

Il Mulino Cocconi-Ecomuseo recupera, promuove e diffonde la cultura rurale ed ecologia locale.

Nel 2008 è stato realizzato un progetto in collaborazione tra DSM e l'associazione Mulino Cocconi-Ecomuseo con i seguenti obiettivi: valorizzazione del territorio, recupero dei saperi tradizionali, qualificazione di lavoratori inoccupati, disoccupati e personale in mobilità, opportunità riabilitative per inserimento lavorativo di persone con fragilità. Beneficiari del progetto sono stati 16 utenti con disturbo mentale severo, che hanno lavorato in stretta collaborazione con il personale dell'associazione. Gli utenti sono stati coinvolti in un percorso durato di formazione ed work-esperienze: 2 utenti sono diventati guide per scolaresche presso il museo all'aperto, 4 hanno trovato impiego nel settore del restauro e catalogazione, 10 utenti hanno imparato a coltivare secondo i dettami dell'agricoltura biologica, il "cinquantin", una qualità autoctona di mais in un campo messo a

disposizione e la farina è stata utilizzata per la realizzazione di un pane tradizionale biologico.

Gli utenti coinvolti nel progetto hanno implementato il proprio percorso di recovery e l'integrazione in comunità. Il progetto è attualmente in atto e verrà ulteriormente implementato.

Bibliografia

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ 2008;337:1655.

Drake R, Rosenberg S, Teague G, et al. *Fundamental principles of evidence-based medicine applied to mental health care*. Psychiatr Clin North Am 2003;26:811-20.

P7. Schizofrenia stabilizzata in comorbidità con disturbo post-traumatico da stress: *cognitive impairment* e stress percepito

V. Bianchini, S. Di Mauro, L. Verni, N. Giordani Paesani, M. Mazza, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Aquila, Dipartimento Scienze della Salute

Introduzione: la percentuale di traumi nell'ambito della popolazione generale è piuttosto elevata e numerosi studi suggeriscono che i soggetti con gravi malattie mentali (SMI) hanno una maggiore probabilità di essere soggetti a traumi *lifetime*. Recenti studi sul PTSD hanno rilevato un range tra il 13% e il 29% di comorbidità negli SMI. Altri studi hanno mostrato che i pazienti schizofrenici con PTSD presentavano, rispetto a quelli senza una comorbidità, più bassa autostima, una bassa qualità di vita soggettivamente percepita e deficit cognitivi. Lo scopo dello studio è di valutare se la comorbidità con PTSD in un campione di pazienti schizofrenici ricoverati dopo il terremoto L'Aquila nell'SPUDC, sia associata ad un peggioramento neurocognitivo, della risposta clinica e della qualità di vita.

Materiali e metodi: lo studio condotto dopo il terremoto di L'Aquila (tra aprile e dicembre 2009) ha studiato 54 pazienti schizofrenici ricoverati consecutivamente presso SPUDC dell'Ospedale San Salvatore. Tutti erano sottoposti a terapia con farmaci antipsicotici a dosi equivalenti di clorpromazina. Ogni paziente è stato valutato con la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), il *General Health Questionnaire - 12 items* (GHQ-12), l'*Impact Event Scale-Revised* (IES-R), e l'intervista clinica SCID-I per la diagnosi di PTSD. La batteria di valutazione cognitiva consiste nella WAIS-III Digit Span e Trail Making Test per valutare rispettivamente la Working Memory e le funzioni esecutive.

Risultati: il 12% del campione totale di pazienti schizofrenici ricoverati (n = 6) soddisfacevano i criteri DSM-IV per il PTSD. I soggetti con PTSD avevano un punteggio significativamente più elevato nella sintomatologia positiva della PANSS (nello specifico nei "deliri"), e più elevato punteggio medio del GHQ-12. La sintomatologia post traumatica ha mostrato una differenza significativa nella sottoscala "iperarousal" tra i due gruppi (con e senza PTSD) e un significativo peggioramento nella Working Memory per il campione con PTSD. La sintomatologia post traumatica correla positivamente con la sintomatologia positiva, con il punteggio totale della PANSS e con il GHQ-12 (total score ≥ 20) ("livello di stress elevato").

Conclusioni: la comorbidità con PTSD, nei pazienti schizofrenici, è associata a un maggiore deterioramento cognitivo, un elevato livello di distress psicologico e una più florida sintomatologia positiva. Valutare il PTSD in pazienti con schizofrenia potrebbe avere importanti implicazioni per l'outcome clinico, cognitivo e nel funzionamento globale.

Bibliografia

McGorry PD, Chanen A, McCarthy E, et al. *Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognized postpsychotic syndrome*. J Nerv Ment Dis 1991;179:253-8.

Mueser KT, Rosemberg SD, Goodman LA, et al. *Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model*. Schizophr Res 2002;53:123-43.

P8. Il vissuto soggettivo come predittore di outcome clinico in pazienti con malattie mentali gravi

V. Bianchini, F. Serra*, A. Tomassini, R. Pollice, R. Roncone
*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Aquila, Dipartimento Scienze della Salute; *Facoltà di Psicologia*

Introduzione: tradizionalmente lo studio dei sintomi soggettivi della schizofrenia è stato limitato ai deliri e alle allucinazioni, mentre altre esperienze soggettive sono state per lungo tempo ignorate. Solo il 13% degli studi sull'efficacia degli ATPs ha indagato l'esperienza soggettiva dei pazienti verso il trattamento, nonostante essa rappresenti un fattore prognostico importante in quanto legato alla compliance e alla qualità della vita. Lo scopo dello studio è quello di indagare la possibile differenza esistente tra il "vissuto soggettivo del paziente" vs. la valutazione oggettiva dell'operatore nell'ambito della dimensione psicopatologica negativa e della Cognizione Sociale.

Materiali e metodi: 58 pazienti ricoverati consecutivamente presso l'SPUDC dell'Aquila tra aprile e agosto 2010 hanno completato il seguente l'assessment: per la valutazione della dimensione soggettiva, la *Subjective Experience of Negative Symptoms* (SENS) e la *Geople Scale* per lo studio della cognizione sociale. La PANSS e la VGF rispettivamente per la valutazione del quadro psicopatologico e del funzionamento globale.

Risultati: il 31% ha una diagnosi di depressione, e a seguire rispettivamente: disturbo bipolare (27,6%), schizofrenia (20,7%), Abuso di sostanze (17,1%) e DOC (3,4%). Sette pazienti erano in regime di TSO, e i restanti 51 in ricovero volontario. L'analisi della SENS ha evidenziato un valore medio di 161,43 (ds $\pm 29,1$), rilevando una notevole percezione della sofferenza negativa con differenze significative tra i due sessi e per diagnosi. Nella Cognizione Sociale è stato percepito dal paziente (parte A) un "discreto stato di cognizione sociale" (v.m. 33,50; ds $\pm 10,9$), in contrasto con la valutazione medio-basso dell'operatore (parte B) (v.m. 42,50; ds $\pm 9,2$) (score compreso tra 15 e 75). Esistono delle correlazioni significative tra la sintomatologia negativa della PANSS e gli items della SENS "Incapacità a provare emozioni" (p < 0,015). Si evidenziano inoltre correlazioni statisticamente significative tra la cognizione sociale soggettivamente rilevata (parte A) e la sintomatologia generale della PANSS e tra il punteggio totale della SENS e il funzionamento globale del paziente (VGF).

Conclusioni: la conoscenza delle esperienze soggettive del paziente psichiatrico può risultare problematica a causa del ritiro sociale e della resistenza al trattamento, dovute per lo più alla sofferenza soggettiva che non viene adeguatamente compresa. I nostri risultati, in linea con la letteratura più recente, hanno evidenziato come la percezione della sintomatologia negativa non sempre trovi un riscontro nella valutazione del clinico e come invece sia presente una correlazione significativa con il funzionamento globale del paziente. In tale ottica, risulta quindi necessaria la considerazione del punto di vista del paziente allo scopo di “predire” l’adesione al trattamento, l’outcome nel funzionamento globale e la prognosi a lungo termine.

Bibliografia

De Millas W, Lambert M, Naber D. *The impact of subjective well-being under neuroleptic treatment on compliance and remission*. Dialogues Clin Neurosci 2006;8:131-6

Pollice R, Tomassini A, Malavolta M, et al. *Subjective and psychopathological response in patients under different antipsychotic treatments: are there differences in real clinical practice?* J Biol Regul Homeost Agents 2008;22:83-91.

P9. Funzioni cognitive e sintomatologia clinica nei pazienti al primo episodio psicotico e nei pazienti con schizofrenia stabilizzata dopo il sisma de L’Aquila

V. Bianchini, L. Verni, M. Mazza, A. Cavicchio, R. Roncone, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell’Aquila, Dipartimento Scienze della Salute

Introduzione: il modello stress-vulnerabilità nella schizofrenia spiega come le esacerbazioni sintomatologiche siano il risultato di una complessa interazione tra vulnerabilità genetica, fattori protettivi ed esposizione a stressors ambientali. I disastri naturali sono noti per indurre un peggioramento psicopatologico. Indagini neuropsicologiche hanno dimostrato deficit in numerosi domini cognitivi dopo un evento stressante, ma il tipo e la gravità, sono poco chiari. Pazienti con disturbi psicotici gravi non manifestano un peggioramento della sintomatologia clinica ma anzi, un miglioramento dopo la primissima esposizione a situazioni di emergenza. Lo scopo dello studio è confrontare il funzionamento cognitivo e le risposte cliniche di pazienti al primo episodio (FE) con quelle di pazienti con schizofrenia cronica (CSP) prima e dopo il terremoto dell’Aquila.

Materiali e metodi: abbiamo confrontato due campioni: 59 FEP reclutati presso lo SMILE dell’Aquila e 73 CSP afferenti presso gli ambulatori dell’SPUDC prima del terremoto (T0) con un drop-out dopo il terremoto del 21%. L’assessment prevedeva nelle due fasi, pre- e post-sisma, la valutazione del funzionamento cognitivo (WCST, Digital SPAN, CPT, Figura di Rey e Memoria logica) e della psicopatologia generale (PANSS).

Risultati: il funzionamento cognitivo risulta essere correlato in modo statisticamente significativo solo con i sintomi negativi (PANSS): per i CSP, i sintomi negativi sono correlati significativamente con le funzioni esecutive e la memoria verbale rievocata; per i FEP oltre le precedenti, anche con la memoria visiva soltanto al T0. I FE mostravano una sintomatologia positiva più attenuata

al T0 rispetto a quella post-sisma mentre i CSP non hanno dimostrato differenze significative. Inoltre a T1 i FE hanno dimostrato un deterioramento delle prestazioni di memoria verbale.

Conclusioni: i nostri risultati, in linea con la letteratura più recente, dimostrano che i pazienti con schizofrenia, a seguito di uno stressor importante con un disastro naturale, rimangono clinicamente e cognitivamente stabili, mentre i pazienti al first episode, subiscono un peggioramento sia della sintomatologia clinica che delle performances cognitive. Tale considerazione non può quindi prescindere dalla pianificazione di interventi riabilitativi da attuare su pazienti gravi esposti ad un evento traumatico allo scopo di implementare la compliance farmacologica, la risposta al trattamento e l’outcome funzionale.

Bibliografia

Addington J, Addington D. *Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorder*. Schizophr Res 1997;23:197-204.

Addington J, Addington D. *Cognitive functioning in first-episode schizophrenia*. Rev Psychiatr Neurosci 2002;27:188-92.

Pollice R, Di Giovambattista E, Ussorio E, et al. *Early Intervention in the Real World: The service for monitoring and early intervention against psychological and mental suffering in young people at the University of L’Aquila: first year experience*. Early Interv Psychiatry 2007;1:268-72.

P10. Esordi psicotici e ricoveri nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Taranto: dati su uno studio osservazionale condotto nel 2010

A. Boccadamo*, A. d’Adamo*, N. Loparco*, B. Matacchieri*, F. Perrucci*, F. Scapati**, M. Nacci*

* Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura ASL TA, ** Dipartimento Salute Mentale ASL TA, Taranto

È stata ormai evidenziata da molti studi l’importanza, in giovani a rischio, del riconoscimento e del trattamento del periodo prepresicotico.

Questo studio riguarda soggetti di età compresa fra i 18 ed i 25 anni con diagnosi di schizofrenia o dello spettro schizofrenico ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Taranto (S.P.D.C.) durante l’anno 2010. Il campione rappresenta il 2,6% dei ricoveri totali (dati sostanzialmente sovrapponibili a quanto osservato nel 2009): si tratta per l’87,5% di maschi e per il 12,5% di femmine, con età media di 21,8 anni. Tutti i pazienti hanno mostrato in adolescenza segni di marcato disagio quali chiusura sociale, somatizzazioni e riduzione del rendimento scolastico che nel 57,14% dei casi ha condotto all’interruzione degli studi a livello medio inferiore e, fra questi, il 50% ha iniziato contestualmente l’uso di sostanze stupefacenti (cannabinoidi). Nessuno dei soggetti attualmente svolge un’attività lavorativa.

Per l’85,71% il primo ricovero in ambito psichiatrico è avvenuto intorno a 20 anni e nel 66,66% dei essi ciò ha coinciso anche con il primo contatto con i servizi psichiatrici; per il restante 33,33%, invece, vi è stato un intervento in età adolescenziale non continuativo e di tipo sostanzialmente solo psicoterapeutico.

Solo nel 14,28% del campione totale è risultata una presa in carico da parte del servizio pubblico prima di 18 anni ed in questo caso il soggetto ha necessitato di ricovero in SPDC più tardivamente (23 anni) rispetto agli altri.

Questo studio sembra confermare la necessità di individuare tempestivamente il periodo antecedente il franco esordio psicotico per potere operare interventi mirati a favorire, quanto più possibile, lo sviluppo personale e sociale dell'individuo interessato, altrimenti marcatamente condizionato dal mancato riconoscimento della malattia.

Bibliografia

Stanghellini G, editor. *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson Liviana 1992.

Toniolo E, Grossi A. *Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria*. Torino: Centro Scientifico Editore 2006.

P11. Differenze nel profilo cognitivo di pazienti bipolari eutimici o in fase di malattia: uno studio comparativo

M. Buoli, E. Caletti, R. Paoli, A.C. Altamura

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Introduzione: diversi studi indicano che i pazienti bipolari presentano deficit cognitivi sia in eutimia che durante le diverse fasi di malattia.

Obiettivi: valutare l'eventuale presenza di deficit cognitivi nei pazienti eutimici e confrontare il profilo cognitivo tra le diverse fasi di malattia e l'eutimia.

Materiali e metodi: 22 pazienti bipolari ricoverati e in fase attiva di malattia e 5 pazienti eutimici in follow-up ambulatoriale sono stati sottoposti a test neuropsicologici per la valutazione delle funzioni cognitive. Sono stati confrontati tramite ANOVA ad una via i punteggi riportati dai pazienti eutimici o in fase di malattia.

Risultati: tra i pazienti eutimici il 20% mostra deficit attentivi, di linguaggio e di memoria, mentre il 40% mostra deficit nella percezione visiva e nelle funzioni esecutive. I pazienti depressi ($p = 0,03$) e maniacali ($p = 0,01$) presentano peggiori punteggi al Trail Making Test A (TMT-A) rispetto agli eutimici. I pazienti maniacali presentano peggiori risultati nella memoria come mostrato dai punteggi al test di Corsi ($F = 4,96$, $p = 0,01$), nel Breve Racconto ($F = 4,06$, $p = 0,02$) e al California Test ($F = 3,67$, $p = 0,03$).

Conclusioni: i pazienti bipolari eutimici mostrano deficit in diverse funzioni cognitive. I pazienti maniacali presentano maggiore discognitività in particolare per quanto riguarda l'attenzione e la memoria. Studi su campioni più ampi sono necessari per confermare questi dati.

Bibliografia

Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, et al. *Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia*. *Bipolar Disord* 2007;9:114-25.

Martinez-Arán A, Vieta E, Reinares M, et al. *Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder*. *Am J Psychiatry* 2004;161:262-70.

P12. Questionario per la valutazione dell'apprendimento: un nuovo strumento per la valutazione dell'outcome nei programmi psicoeducativi per il disturbo bipolare

G. Camardese, A. Bruschi, L. De Risio, B. Mattioli, G. Pizi, R. Nicolai, M. Mazza, D. Harnic, P. Bria, L. Janiri

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

Introduzione: l'obiettivo di questa ricerca è rappresentato dalla costruzione di un questionario per la valutazione dell'apprendimento di informazioni acquisite dai singoli pazienti durante un programma di psicoeducazione per il disturbo bipolare.

Materiali e metodi: al termine di un programma strutturato della durata di 3 mesi, è stato somministrato, ad un campione di 11 pazienti bipolari (6 BP-I and 5 BP-II), un questionario composto da 24 domande a risposta multipla.

Lo stesso questionario è stato sottoposto ad un campione di controllo di 12 pazienti bipolari (5 BP-I and 7 BP-II).

Risultati: 11 pazienti (47,83%) hanno risposto a tutte le domande, ma solo un paziente (4,35%) è riuscito ad ottenere il punteggio massimo (24/24). I risultati non sono apparsi correlati al livello di scolarità. È stata infine rilevata una differenza tra i punteggi medi ottenuti dai 2 gruppi ($15,08 \pm 5,43$ vs. $22 \pm 1,41$) che, nonostante la limitatezza del campione, è risultata statisticamente significativa all'analisi della varianza ($F = 6,077$; $p = 0,02$).

Conclusioni: il nostro questionario potrebbe completare i protocolli di valutazione pre- e post-trattamento dei programmi psicoeducativi per il disturbo bipolare, fornendo informazioni su possibili correlazioni con il decorso clinico della malattia.

Abbiamo infine sviluppato una nuova versione con 30 domande, in via di validazione, che potrebbe assolvere ad una funzione di screening per individuare i soggetti elettivamente candidabili per i programmi riabilitativi.

P13. L'intervento integrato nell'autismo: il progetto di un centro di riabilitazione sperimentale

E. Canavese, A. Goggi, P. Leggero

Cooperativa Interactive

Obiettivo dello studio è quello di monitorare l'efficacia di un intervento che segue un approccio integrato, su un gruppo di 6 soggetti autistici, bambini e adulti, secondo l'approccio cognitivo-comportamentale.

I soggetti sono stati seguiti per 8 mesi presso un laboratorio educativo in cui si usa il programma TEACCH. In questo periodo sono stati inseriti interventi secondo le strategie ABA, FBA, *mand training* e *pairing*, per offrire un intervento integrato secondo linee guida nazionali. Sono stati somministrati PEP, AAPEP e Vineland per test e retest ad inizio e fine intervento, dopo 8 mesi. Sono stati registrati i comportamenti problema e le interazioni comunicative. I risultati sono stati confrontati con i dati in letteratura, in particolare con ricerche di centri che usano metodologie simili e, per la valutazione dello sviluppo, studi italiani che hanno usato gli stessi strumenti di valutazione dell'efficacia.

I risultati sono in linea con quelli delle altre ricerche. Il gruppo di 6 soggetti ha mostrato un miglioramento sensibile nelle aree dei profili PEP e AAPEP, una progressiva riduzione dei comportamenti problema e un aumento delle interazioni comunicative intenzionali.

Nonostante la portata limitata dello studio, preliminare, crediamo che i risultati ottenuti siano incoraggianti, perché sottolineano l'importanza dell'uso dei modelli integrati e di un monitoraggio degli stessi, per garantire alle persone con Autismo una presa in carico efficace scientifica.

P14. L'efficacia di quetiapina RP sulle dimensioni psicopatologiche del disturbo schizoaffettivo e bipolare

A. Carano^{***}, L. Mancini^{**}, F. Faiella^{**}, A. Testa^{**}, D. Campanella^{*}, D. De Berardis^{*}, M. Vizza^{**}, G. Mariani^{**}

^{*} Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ^{**} Dipartimento Salute Mentale, Ascoli Piceno

Introduzione: la quetiapina è un antipsicotico atipico con una riconosciuta efficacia nel trattamento in acuto e a lungo termine della schizofrenia e degli episodi depressivi e maniacali del disturbo bipolare (Sachs et al., 2004). Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia di un trattamento con quetiapina RP sulle dimensioni sintomatologiche di pazienti affetti da psicosi affettiva.

Materiali e metodi: lo studio multicentrico è stata condotta su una popolazione di pazienti con un grave disturbo dell'umore (GAF < 50) in carico presso i Dipartimenti di Psichiatria di Ascoli Piceno, Chieti e Teramo. I pazienti reclutati presentavano diagnosi rispettivamente di disturbo schizoaffettivo (55 soggetti) e di disturbo bipolare (80 soggetti). Sono state valutate le modificazioni nei punteggi degli items della BPRS-24 e delle subscale della PANSS al baseline, a 1 mese e a 3 mesi dall'assunzione di quetiapina RP progressivamente aumentata fino a raggiungere un dosaggio di 600-800 mg in terza giornata.

Risultati: tutti i punteggi degli items della BPRS-24 e delle subscale della PANSS mostrano al primo follow-up (dopo 1 mese) una sensibile riduzione ($p < 0,005$) sintomatologica sia nel gruppo pazienti "schizoaffettivi" che "bipolari". Al secondo step (dopo 3 mesi dal trattamento) la valutazione complessiva dei punteggi della BPRS-24 e della PANSS mostrano una netta e significativa riduzione delle componenti psicopatologiche di rilievo in ambedue i bracci arruolati ($p < 0,001$).

Nello specifico sia nei pazienti bipolari che schizoaffettivi si assiste ad un miglioramento significativo negli items della BPRS-24 "depressione", "sentimenti di colpa", "rischio suicidario" e "appiattimento emotivo", e una sostanziale riduzione dei sintomi negativi evidenziati con l'apposita subscale della PANSS.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con i dati di letteratura secondo cui la quetiapina RP ha una riconosciuta efficacia nel trattamento in acuto e a lungo termine della schizofrenia e degli episodi depressivi del disturbo bipolare. La quetiapina RP inoltre permette di raggiungere un dosaggio efficace in breve tempo e attraverso una monosomministrazione una migliore compliance farmacologica.

Bibliografia

Möller HJ, Johnson S, Mateva T, et al. *Evaluation of the feasibility of switching from immediate release quetiapine fumarate to extended release quetiapine fumarate in stable outpatients with schizophrenia*. Int Clin Pharmacol 2008;23:95-105.

P15. Uptake di GABA e glutammato in piastrine di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare

A. Cardini, L. Lari, S. Daniele, E. Da Pozzo, A. Panighini, S. Pini, M. Abelli, C. Gesi, M. Preve, C. Martini

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

Obiettivi: l'acido gamma amino butirrico (GABA) ed il glutammato (Glu) sono i principali neurotrasmettitori del sistema nervoso centrale, la cui azione è mediata da specifici trasportatori. Diversi studi hanno evidenziato la presenza di un'alterazione dei meccanismi di uptake di GABA e Glu nei disturbi dell'umore. Lo studio si propone di valutare l'alterazione della funzionalità dei trasportatori di GABA e Glu in pazienti con disturbo bipolare (BD) in fase depressiva, maniacale o eutimica.

Materiali e metodi: il campione è costituito da 36 pazienti con diagnosi di BD, valutati secondo i criteri del DSM-IV e 15 volontari sani. L'uptake di GABA e Glu è stato calcolato utilizzando preparazioni piastriniche di [³H]GABA o [³H]glutammato.

Risultati: rispetto ai controlli sani, l'uptake del GABA è risultato significativamente aumentato nei pazienti in fase depressiva e significativamente ridotto nei soggetti in fase maniacale. L'uptake del Glu, al contrario, è risultato significativamente incrementato sia nei pazienti in fase maniacale che in fase eutimica.

Conclusioni: per la prima volta si è evidenziata la presenza di una dipendenza tra livelli di uptake di GABA e Glu e polarità dell'episodio affettivo in pazienti con BD. I risultati suggeriscono che la funzionalità dei trasportatori di GABA e Glu rappresentano un nuovo marker utile a specificare la polarità dei pazienti bipolari. Specifici modulatori dei trasportatori di GABA e Glu potrebbero essere utilizzati per regolare i livelli di uptake di questi neurotrasmettitori nelle diverse fasi del BD.

P16. Il riconoscimento audiovisivo delle emozioni nella schizofrenia: associazione con i fattori sintomatologici

F. Castagna, N. Birindelli, G. Mingrone, L. Sandei, M. Sigaud, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: deficit nelle abilità di social cognition sono stati ampiamente documentati nei pazienti affetti da schizofrenia e legati ad un ridotto funzionamento sociale. Una delle funzioni maggiormente compromesse è il processamento delle emozioni. Mentre numerosi studi hanno dimostrato che il riconoscimento delle emozioni facciali e della prosodia è compromesso nei pazienti con schizofrenia, sono rari gli studi che esplorano l'integrazione multisensoriale delle emozioni (riconoscimento audiovisivo), condizione più vicina alle comunicazioni sociali della vita quotidiana in cui le informazioni ambientali provengono da canali sensoriali diversi. Risultati preliminari hanno mostrato un deficit di integrazione audio-visiva in pazienti schizofrenici rispetto ai soggetti sani (de Jong et al., 2009; de Gelder et al., 2005) e una influenza crossmodale tra volti e voci che può facilitare le prestazioni comportamentali (de Gelder et al., 1995; 2005; de Jong et al., 2009). Non esistono al momento studi che esplorano l'associazione tra questo deficit e le caratteristiche fondamentali della malattia quali i sintomi clinici e funzionamento cognitivo. L'obiettivo del presente lavoro è di valutare il riconoscimento

delle emozioni nei pazienti con schizofrenia in fase stabile e la relazione tra questa abilità e le dimensioni psicopatologiche.

Materiali e metodi: sono stati reclutati due gruppi di soggetti, uno costituito da pazienti con diagnosi di schizofrenia (DSM IV-TR) (n = 94) in fase stabile, reclutati presso la Clinica Psichiatrica Universitaria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino e Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL 1-Molinette di Torino e l'altro da controlli sani (n = 51). Tutti i soggetti sono stati sottoposti al Comprehensive Affect Testing System (CATS, versione italiana tradotta dal nostro gruppo di ricerca), un gruppo di test computerizzati che valuta differenti aspetti delle funzioni emotive. L'indagine sui pazienti ha incluso un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali e la somministrazione della Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Nelle analisi statistiche, è stata considerata la classificazione a cinque fattori dei sintomi basati sulla PANSS, proposta da van der Gaag: sintomi positivi, sintomi negativi, disorganizzazione, eccitamento e stress emotivo (van der Gaag et al., 2006).

Risultati: i pazienti schizofrenici hanno delle prestazioni significativamente inferiori rispetto ai controlli sani nelle prove di percezione bimodale delle emozioni (ANOVA). Dei cinque fattori sintomatologici considerati, solo i sintomi negativi sono risultati fattori che contribuiscono al deficit di percezione emotiva multisensoriale (regressione lineare univariata, metodo backward).

Conclusioni: la capacità di integrare informazioni sensoriali provenienti da canali espressivi diversi, come il volto e la voce, è risultata compromessa nei pazienti con schizofrenia e i sintomi negativi sono risultati fattori che contribuiscono a tale deficit. Comprendere se la schizofrenia, classicamente descritta come un disturbo di disintegrazione delle funzioni mentali, si caratterizzi anche per la disintegrazione dei processi automatici di integrazione sensoriale, è una sfida per la ricerca futura.

Bibliografia

de Gelder B, Vroomen J, de Jong SJ, et al. *Multisensory integration of emotional faces and voices in schizophrenics*. Schizophr Res 2005;72:195-203.

de Jong JJ, Hodiament PP, Van den Stock J, et al. *Audiovisual emotion recognition in schizophrenia: Reduced integration of facial and vocal affect*. Schizophr Res 2009;107:286-93.

Green MF, Penn DL, Bentall R, et al. *Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities*. Schizophr Bull 2008;34:1211-20.

van der Gaag M, Hoffman T, Remijsen M, et al. *The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: A ten-fold cross-validation of a revised model*. Schizophr Res 2006;85:280-7.

P17. Brief Bipolar Catamnestic Tool (BPCT): uno strumento sperimentale per il follow-up di pazienti affetti da disturbo bipolare

C.I. Cattaneo, G. Castignoli, R. Valsesia

ASL 13 Novara, DSM Novara, CSM Borgomanero

Introduzione: la pratica clinica corrente impone allo psichiatra che lavora nei centri di salute mentale di occuparsi di patologie molto differenti tra di loro e molto eterogenee; tale impegno può generare grande difficoltà nella raccolta anamnestica e catamnestic dei pazienti affetti da disturbo bipolare.

La cura di tale disturbo non deve essere infatti polarizzata solo all'evento acuto ma anche e soprattutto al mantenimento e profilassi. Uno dei cardini per un trattamento efficace è quindi la corretta conoscenza dell'anamnesi clinica e farmacologica, sia sul piano individuale che su quello familiare.

Recentemente sono stati proposti strumenti sinottici di ausilio alla cartella clinica tipo *Life chart* (Vieta, Akiskal, Erfurth) che non sempre sono però ritagliati sulle reali esigenze del clinico che opera nel real world.

Lo strumento proposto mostra alcune singolarità: permette di concentrarsi sull'intera storia di malattia del paziente e solo sugli ultimi 12 mesi, concentra in modo chiaro ed evidente la storia farmacologica ed i livelli plasmatici delle molecole dosabili. Allo strumento grafico si associa una *fiche* anamnestica precipuaemente elaborata per i pz affetti da disturbo dell'umore. Al momento tale scheda sperimentale è in uso anche come strumento del programma psicoeducazionale attivo presso il ns. Centro di Salute Mentale.

Cartella anamnestica pazienti bipolari

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Scolarità _____ Professione _____

- Familiarità
1. Disturbi d'ansia
 2. D. psicotici
 3. D. depressivo maggiore/bipolare
 4. Abuso di sostanze/alcool
 5. Disturbi alimentari
 6. Psicosi post-partum
 7. Pathological Gambling
 8. Suicidarietà

- Anamnesi personale
1. Disturbi d'ansia
 2. D. psicotici
 3. D. depressivo maggiore/bipolare
 4. Abuso di sostanze/alcool
 5. Disturbi alimentari
 6. Psicosi post-partum
 7. Pathological Gambling
 8. Suicidarietà

- Anamnesi tossicologica
- THC
 - Cocaina
 - Amfetamine/Ecstasy
 - "Acidi"/LSD
 - Anoressizzanti
 - Caffè/tè
 - Alcool
 - Pathological Gambling
 - Bevande energizzanti - erbe stimolanti
 - Fumo di sigaretta
 - BDZ

Life events: _____

Bibliografia

Lieberman DZ, Kelly TF, Douglas L, et al. *A randomized comparison of online and paper mood charts for people with bipolar disorder.* J Affect Disord 2010;124:85-9.

P18. Morte improvvisa e trattamento antipsicotico: sicurezza degli antipsicotici tipici ed atipici nel real world

C.I. Cattaneo¹, A. Verde², G. Castignoli¹, I. Raimondi Cominesi³, M. Parolini⁴

¹ ASL 13 Novara, DSM Novara, CSM Borgomanero; ² Ospedale Niguarda Ca' Granda, "Angelo De Gasperis" Dipartimento Cardiovascolare, Milano; ³ Ospedale Maggiore, Dipartimento Cardiologia, Lodi; ⁴ Ospedale Niguarda Ca' Granda, Istituto di Fisiologia Clinica CNR, Milano

Introduzione: le linee guida più aggiornate raccomandano di utilizzare preferibilmente farmaci antipsicotici atipici per la maggiore tollerabilità e sicurezza, soprattutto in ambito cardiovascolare. Nella pratica clinica si osservano però un numero non esiguo di pazienti ancora in trattamento con neurolettici tipici. Obiettivo di questo studio è valutare l'inferenza delle due categorie farmacologiche sull'intervallo QT corretto (QTc) nel real world.

Materiali e metodi: 169 pazienti affetti da psicosi acuta (età media $39 \pm 12,5$, 84 F 85 M), ricoverati in SPDC da gennaio 2005 a dicembre 2007, e trattati per almeno 6 mesi con antipsicotici (aloperidolo n = 43, risperidone n = 41, aripiprazolo n = 42, olanzapina n = 43) sono stati sottoposti a tracciato ECG. Pz con storia familiare di morte improvvisa o trattati con farmaci interferenti con il QT sono stati esclusi. 3 cardiologi differenti (A, B and C) hanno calcolato QTc in cieco [Bazett's Formula: $QTc = QT/(sqr(RR))$] per tutti i pz coinvolti nello studio.

Risultati: non si sono osservate differenze statisticamente significative tra i QTc calcolati per le 4 molecole. 2 pz su 169 hanno mostrato valori QTc borderline. Altri 2 pz valori QTc ad alto rischio aritmogeno. Per meglio confrontare i valori di QTc e le molecole in studio, abbiamo analizzato le differenze fra i 4 gruppi di trattamento. Il sesso femminile e l'età si distribuivano correttamente nei 4 gruppi e tutti i pz mostravano valori degli elettroliti in range. ANOVA test non ha mostrato una correlazione statisticamente significativa nei QTc dei pazienti in tp con aloperidolo o con atipici.

Conclusioni: nel nostro campione i pazienti trattati con aloperidolo od altri antipsicotici atipici non hanno mostrato differenze significative nei valori di QTc e verosimilmente il rischio di aritmie letali è un effetto di classe e non dipende dal tipo di farmaco antipsicotico.

Bibliografia

Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. *Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death.* N Engl J Med 2009;360:225-35.

Stöllberger C, Huber JO, Finsterer J. *Antipsychotic drugs and QT prolongation.* Int Clin Psychopharmacol 2005;20:243-51.

P19. La teoria della mente e i deficit cognitivi in un gruppo di pazienti con disturbo bipolare in normotimia

G. Cauli, S. Anselmetti, E. Ermoli, R. Viganoni, E. Corbetta, V. Bernascone, C. Gala

Day Hospital, Unità Operativa di Psichiatria 51 Azienda Ospedaliera "San Paolo", Polo Universitari, Milano

I deficit meta cognitivi ed in particolare di Teoria della Mente (la capacità dell'individuo di riconoscere l'esistenza di stati mentali (credenze ed emozioni) in sé e negli altri e, in base ad essi, di prevedere e spiegare i comportamenti) sono riconosciuti attualmente come caratteristiche centrali e importanti predittori della competenza sociale in numerosi disturbi psichiatrici (schizofrenia e autismo i più studiati). Nell'ultimo decennio l'interesse si è spostato anche verso un'altra tipologia di pazienti con comportamento sociale deficitario, i pazienti con disturbo bipolare, in cui sono stati riscontrati, oltre che deficit cognitivi a livello prefrontale (Gildersen et al., 2004), anomalie nella modalità con cui percepiscono, rispondono e immagazzinano gli stimoli emotivi (Sloan, 2002) e alterazioni di Teoria della Mente (Montag et al., 2009).

Lo studio si propone di valutare in un campione di pazienti bipolari in fase eutimica la presenza e l'eventuale correlazione tra deficit cognitivi e metacognitivi. I soggetti sono valutati con i seguenti strumenti: BACS (Keefe et al., 2004), per la valutazione del deficit cognitivo, ToM Picture Sequencing Task (Brune et al., 2005) per la valutazione della Teoria delle Mente. Un'eventuale conferma della presenza di entrambi questi deficit potrebbe essere utile per la strutturazione di interventi terapeutici mirati.

P20. Comorbidità di spettro fobico-sociale in un campione di pazienti psicotici

D. Cesari, M. Simoncini, L. Amendola, I. Di Noi, M. Turri, E. Massimetti, C. Socci, C. Carmassi, A. Ciapparelli, L. Dell'Osso

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

Numerosi studi esplorano la presenza di disturbo d'ansia sociale (DAS) in pazienti psicotici. Una meta-analisi su 52 lavori ha rilevato una comorbidità tra DAS e schizofrenia del 14,9%.

In un nostro lavoro su 98 pazienti psicotici trattati per un anno dalla ospedalizzazione, la comorbidità con DAS (DSM-IV-TR) è stata riscontrata nel 39,1% dei casi di schizofrenia, nel 21,1% di disturbo schizoaffettivo e nel 10,7% di disturbo bipolare con sintomi psicotici. Gli schizofrenici presentavano una percentuale di DAS maggiore rispetto agli altri due gruppi diagnostici ($p < ,05$). Il DAS risultava associato ad un peggiore decorso del disturbo psicotico. Obiettivo dello studio è stato estendere la nostra indagine alla comorbidità di spettro fobico-sociale (f-s). Il campione del precedente lavoro è stato valutato, dopo un anno di terapia, con SHY-SR versione lifetime per esplorare lo spettro f-s.

È stata rilevata una comorbidità di spettro f-s del 54,7%, senza differenze significative nei tre gruppi diagnostici. L'età media d'esordio del disturbo psicotico risultava più precoce nei pazienti con elevati punteggi SHY-SR. Il punteggio medio CGI dell'item gravità al momento dell'ospedalizzazione era maggiore nei soggetti con spettro f-s ($p < ,05$). Le percentuali medie di miglioramento ai fattori BPRS Attività e Ostilità erano inferiori nei soggetti con spettro f-s ($p < ,05$).

Lo spettro f-s risulta associato ad un peggiore decorso, ad una precoce età di esordio e ad una maggiore gravità dell'episodio indice.

P21. Comorbidità di spettro ossessivo-compulsivo in un campione di pazienti psicotici

D. Cesari, M. Simoncini, I. Di Noi, L. Amendola, M. Turri, M. Corsi, I. Pergentini, C. Socci, A. Ciapparelli, L. Dell'Osso

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

La presenza di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) o di sintomi ossessivo-compulsivi risulta frequente nei pazienti psicotici. In un nostro lavoro effettuato su 98 pazienti psicotici in trattamento per un anno dalla ospedalizzazione, la comorbidità con DOC (DSM-IV-TR) è stata riscontrata nel 21,7% dei casi di schizofrenia, nel 26,3% di disturbo schizoaffective e nel 17,9% di disturbo bipolare con sintomi psicotici. Inoltre il DOC risultava correlare significativamente ad una maggiore gravità del disturbo psicotico in fase acuta.

Obiettivo di questo studio è stato quello di estendere la nostra indagine alla presenza di una comorbidità di spettro ossessivo-compulsivo (o-c).

Il campione del precedente lavoro è stato valutato, dopo un anno di trattamento, con OBS-SR versione lifetime per esplorare lo spettro o-c.

Considerando la percentuale di pazienti con punteggio sopra-soglia all'OBS-SR (> 59), è stata rilevata una comorbidità di spettro o-c del 54,9%. Non sono emerse differenze statisticamente significative nei tre gruppi diagnostici né per quanto riguarda i punteggi medi all'OBS-SR, né per le percentuali di pazienti sopra-soglia. Una differenza significativa alla BPRS è stata rilevata nel punteggio del fattore Attivazione dopo un anno di trattamento, risultato maggiore nei pazienti sopra-soglia all'OBS-SR ($p < .05$).

Mentre la presenza di DOC condiziona la maggiore gravità del disturbo psicotico in acuzie, la comorbidità di spettro o-c risulta influenzarla in fase di remissione.

P22. Una meta-analisi sui tassi di disfunzione sessuale in pazienti che assumono antipsicotici

A. Chiesa, A. Serretti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna, Italia

Introduzione: nonostante il crescente interesse per la disfunzione sessuale (DS) associata a molti psicofarmaci, la prevalenza di DS in pazienti che assumono antipsicotici (AP) ha iniziato ad essere adeguatamente investigata solo di recente. Di conseguenza lo scopo della presente meta-analisi è quello di quantificare i tassi di DS in pazienti che assumono tali farmaci.

Materiali e metodi: gli studi che fornivano misure concernenti i tassi di DS in pazienti che assumono AP sono stati cercati utilizzando 3 motori di ricerca. L'outcome principale era la DS totale e gli outcome secondari includevano i tassi di disfunzione del desiderio, eccitazione ed orgasmo associati ai singoli antipsicotici.

Risultati: i risultati hanno mostrato che quetiapina, ziprasidone, perfenazina e aripiprazolo erano associati a tassi di DS relativamente bassi (16-27%) mentre olanzapina, risperidone, clozapina

e tioridazina erano associati a tassi più alti (40-60%). Le analisi degli outcome secondari erano sostanzialmente sovrapponibili a quella della DS totale. Tuttavia, le sottoanalisi volte a valutare l'impatto che diverse variabili tra cui l'associazione con altri psicofarmaci avevano sui risultati, hanno mostrato l'esistenza di un effetto significativo per la maggior parte di tali variabili.

Conclusioni: i tassi di DS variano significativamente in rapporto ai diversi AP. Tuttavia, alla luce delle significative limitazioni di molti degli studi revisionati, ulteriore ricerca è necessaria per valutare meglio la relazione di causalità tra l'impiego di vari antipsicotici e l'emergere di DS.

P23. Rischio psicopatologico e funzionamento globale nei figli di pazienti con disturbi mentali gravi

M. Colatei, G. Di Emidio, S. D'Onofrio, R. Pollice, R. Roncone

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze della salute, Università dell'Aquila

Introduzione: numerosi studi dimostrano l'associazione tra il rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico e la storia familiare di malattie psichiatriche. Una situazione di abbandono e di trascuratezza nell'infanzia può determinare gravi disagi psicologici, problematiche emotive, deficit intellettivi, incapacità nel mantenere le relazioni con gli altri e il rischio di abuso di sostanze nell'adulto. Viene sottolineata la relazione tra il grado di attaccamento genitoriale e l'insorgenza di patologie psichiatriche.

Scopi: lo scopo dello studio è verificare la presenza di fattori di rischio psicopatologici e individuare disagi psico-comportamentali nei figli dei nostri pazienti.

Materiali e metodi: i pazienti che affluiscono presso il nostro Servizio S.P.U.D.C. e lo S.M.I.L.E. dell'Ospedale Civile San Salvatore de L'Aquila vengono valutati con la CGI-s (Clinical Global Impression-severity), la CGI-i (Clinical Global Impression-improvement), la VGF (Valutazione del Funzionamento Globale) e la PBI (Parental Bonding Inventory). Di seguito vengono valutati i figli maggiorenni e minorenni. I figli maggiorenni vengono sottoposti al: SPQ (Schizotypal Personality Questionnaire), la MDQ (Mood Disorder Questionnaire) e alla BSDS (Bipolar Spectrum Disorder Scale). Per i figli minorenni, effettuiamo un'intervista al familiare da noi osservato, chiedendogli il peso alla nascita, il rendimento scolastico, gli hobby e chi si prende cura di loro durante la degenza del familiare.

Risultati: sono stati valutati 150 pazienti (64 M e 86 F; età media 46 anni; ds 2,2), presso lo SMILE e il S.P.U.D.C. dell'Ospedale "S. Salvatore" dell'Aquila, divisi in gruppi diagnostici: schizofrenico (SCH), affettivo-bipolare (BIP) e depressi (DP). È emerso che i pazienti SCH hanno ricevuto, nei primi sedici anni di vita un attaccamento non ottimale, caratterizzato da alta cura e alta iperprotettività o da bassa cura e alta o bassa iperprotettività. I figli valutati sono stati 118 (96 maggiorenni e 22 minorenni), 34% M e 66% F. I figli di pazienti SCH mostrano tratti schizotipici con compromissioni "cognitivo-percettive" e "interpersonali" (SPQ, 19,17 vs 10) maggiori rispetto ai figli dei pazienti bipolari e depressi. Per i figli di pazienti BIP emerge la presenza di fattori di rischio psicopatologico per un episodio maniacale (MDQ e BSDS, 8 e 18 vs. vn 7 e 6). Inoltre, i figli dei pazienti SCH hanno un rendimento scolastico inferiore rispetto a chi ha genitori che soffrono di altre patologie psichiatriche. Per i minorenni si è visto che nella maggioranza dei casi è il

genitore sano ad occuparsi di lui durante la degenza del genitore malato.

Conclusioni: in accordo con la letteratura, i figli di soggetti affetti da una patologia psichiatrica hanno un rischio di ammalarsi per la stessa patologia maggiore rispetto alla popolazione generale. Si evidenzia un aumento del valore del SPQ totale con compromissione della sfera "cognitivo-percettiva" per i figli di pazienti SCH. Nei figli di genitori BIP si riscontra una maggiore predisposizione verso i sintomi maniacali (BSDS e MDQ). Di fronte ad un paziente affetto da disturbi psichici è fondamentale intervenire precocemente sui familiari di primo grado, valutando i fattori di rischio psicopatologico, in relazione con la situazione socio-ambientale. Nel caso di minorenni è necessario indagare il loro accudimento evitando situazioni di trascuratezza e abbandono. Dai nostri dati si evince, inoltre, come i pazienti affetti da psicosi schizofrenica hanno avuto un legame non ottimale con i genitori nei primi sedici anni di vita, caratterizzato in maggior misura da iperprotezione (con o senza cura).

Bibliografia

Baldassano CF. *Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder*. Bipolar Disord 2005;7 (Suppl 1):8-15.

Gil A, Gama CS, de Jesus DR, et al. *The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect*. Child Abuse Negl 2009;33:618-24.

P24. Schizotipia e disfunzioni cognitive in fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia

M. Colizzi, R. Romano, P. Taurisano, B. Gelao, A. Porcelli, M. Mancini, L. Lo Bianco, C. Castellana, L. Fazio, G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Diversi studi hanno rilevato in fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia (SIB) la presenza di disfunzioni cognitive e tratti schizotipici intermedi fra soggetti sani (NC) e pazienti. Obiettivo finale è stato la ricerca di una correlazione tra compromissioni cognitive e tratti schizotipici. Lo studio ha valutato performance in compiti cognitivi e schizotipia in 38 NC e 38 SIB mediante somministrazione di test cognitivi quali NBack, CPT, WCST, TMT, COWAT, WMS, WAIS e dello SPQ. Tramite factor analysis i test sono stati raggruppati in domini cognitivi; mediante standardizzazione i punteggi delle performance, convertiti in z-score, sono confluiti in un Composite Score, indice di cognitività globale. I SIB sono risultati danneggiati nei domini cognitivi di memoria di lavoro ($p = 0,005$), attenzione ($p = 0,007$) e velocità nel processare le informazioni ($p = 0,0005$), hanno espresso punteggi inferiori al Composite Score ($p = 0,0005$) e presentato una tendenza di aumento globale di schizotipia ($p = 0,081$), rispetto agli NC. I deficit nei domini cognitivi sono risultati correlati coi punteggi dei fattori di schizotipia. L'aumento della schizotipia è risultato correlato con un decremento della cognitività globale ($r = -,3221$, $p = 0,049$). I risultati suggeriscono che nella popolazione ad alto rischio composta da SIB esiste una relazione complessa tra fattori cognitivi e clinici. Questi rappresenterebbero fattori di vulnerabilità legati a un aumentato rischio per lo sviluppo della schizofrenia.

P25. Studio osservazionale di un campione di soggetti con disturbo bipolare in terapia con sali di litio

M. Corsi, I. Pergentini, C. Viaggi, A. Caramelli, L. Musetti, G.U. Corsini, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia; Sezione di Farmacologia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Pisa

Introduzione: i sali di litio continuano ad essere lo standard per la fase acuta e la prevenzione delle recidive del disturbo bipolare (DB). Il range terapeutico della litiemia è però limitato dagli effetti collaterali endocrini, iperparatiroidismo e l'ipotiroidismo, e metabolici come le alterazioni renali. Pertanto è necessaria attenzione alla gestione del paziente in terapia con sali di litio.

Materiali e metodi: litiemie di 114 soggetti con DB, 54 donne, età media $42 \pm 0,04$, e 60 uomini, età media $33 \pm 0,02$, seguiti presso il Day Hospital, Dipartimento di Psichiatria. Litiemie effettuate con Spettrometro ad Assorbimento Atomico, AAnalyst 200 Perkin Elmer, Sezione di Farmacologia, Dipartimento di Neuroscienze.

Risultati: 16,6% assumono 300 mg/die di sali di litio, litiemia media 0,30 mEq/l; 16,6% assumono 450 mg/die, litiemia media 0,41 mEq/l; 36,8% assumono 600 mg/die, litiemia media 0,47 mEq/l; 12,3% trattati con 750 mg/die, litiemia media 0,55 mEq/l; 14,9% trattati con 900 mg/die, litiemia media 0,73 mEq/l. Infine 1,7% assumono 150 mg/die, litiemia media 0,17 mEq/l e 0,9% trattati con 1200 mg/die, litiemia media 0,64 mEq/l.

Conclusioni: indipendentemente dall'età e dall'associazione con altri stabilizzanti la dose di sali di litio più usata è di 600 mg/die e litiemia di 0,47 mEq/l, al limite inferiore del range terapeutico (0,5-0,8). Punto di partenza per ricercare la dose ottimale di sali di litio, associati ad altri stabilizzanti, per un maggior controllo del DB minimizzando gli effetti collaterali.

P26. Outcome funzionale nel disturbo bipolare: il ruolo dei fattori cognitivi

B.D. Daniel, A. Montali, M.L. Gerra, C. Antonucci, N. Bertocchi, S. Baratta, M. Amore

Università di Parma, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Introduzione: sono stati evidenziati le alterazioni neurocognitive e deficit di funzionamento in pazienti con disturbo bipolare (BP). Scarsamente indagato quale profilo neurocognitivo e funzionale caratterizzi questi pazienti in eutimia. Questo studio indaga tale dimensioni confrontando BP in eutimia, pazienti con disturbo depressivo maggiore ricorrente in remissione (DDMr) e controlli.

Materiali e metodi: campione 86 soggetti, 27 BP in eutimia (HAM-D ≤ 7 , YMRS ≤ 6 per 3 mesi), 29 DDMr (HAM-D ≤ 7 per 3 mesi) e 30 controlli; con MMSE ≥ 24 valutati su vari domini cognitivi (Memoria di Prosa, TMT-B, Digit-Span, Associazione Simboli-Numeri, Stroop-Test, WCST) e livelli di Funzionamento Globale (VGF).

Risultati: l'analisi MANCOVA mostra come BP e DDMr presentino similmente basse performance in TMT-B, WCST e Digit-Span. I primi ottengono punteggi peggiori in tutte le funzioni esecutive (in particolare WCST $p < 0,05$) e nella Curva

dell'Obligo ($p < 0,001$); i DDMr nella memoria verbale immediata ($p < 0,05$).

Un confronto per ranghi Wilcoxon in entrambi i gruppi clinici, evidenzia come i pazienti a basso funzionamento differiscano da quelli ad alto funzionamento (su mediana VGF > 70) in Digit-Span ($p < 0,05$) e Associazione Simboli-Numeri ($p < 0,05$).

Conclusioni: BP in eutimia e DDMr in remissione, presentano deficit neurocognitivi, comuni di tipo esecutivo (WCST, Digit-Span, Associazione di singoli numeri) e altri distintivi di tipo mnesico (Obligo per BP e Rievocazione immediata per DDMr). Uno specifico pattern esecutivo (Digit-Span e Associazione Simboli Numeri) si associa a basso funzionamento globale.

P27. Efficacia dell'aripirazolo intramuscolo nella gestione del paziente agitato

S. De Filippis, M. Caloro, S. De Persis, I. Cuomo, P. Girardi, A. Sciarretta

La formulazione IM di aripirazolo ha recentemente dimostrato una rapida risoluzione della sintomatologia dell'agitazione, un miglioramento dell'efficacia e della tollerabilità nei pazienti con schizofrenia e disturbo bipolare, fornendo una valida alternativa per il trattamento dei pazienti agitati.

Il nostro studio ha lo scopo di validare la somministrazione IM dell'aripirazolo nella gestione del paziente in stato di agitazione acuta con diagnosi di schizofrenia, disturbo bipolare di tipo I.

In questo studio abbiamo arruolato 194 pazienti (112 maschi e 82 femmine; con età media $\pm 41,3$), in agitazione acuta moderata/severa all'ACES e un punteggio ≥ 15 alla PEC. All'ammissione, tutti 194 pazienti sono stati sottoposti agli esami ematochimici di routine, all'ECG e alla valutazione dei parametri vitali. Tutti poi sono stati valutati a 30', 45', 60', 90' e 120' dalla somministrazione.

Il decremento dei valori medi di tutti gli items della PEC (P4, P7, G4, G8, G14) è stato significativo con valutazione finale intorno ad 1,5. La ACES ha evidenziato dei valori di partenza collocabili in un quadro clinico di agitazione acuta moderata/severa, e una riduzione significativa delle manifestazioni comportamentali dopo somministrazione di aripirazolo IM.

Non sono stati rilevati eventi avversi dopo la somministrazione IM particolarmente a carico del sistema cardiovascolare (aumento del QTc) o l'emergenza di EPS. La ACES non ha evidenziato una sedazione eccessiva dei pazienti trattati, con persistenza dell'effetto clinico anche a valutazioni successive.

In conclusione l'azione clinica sull'agitazione inizia pochi minuti dopo la somministrazione del farmaco (già dopo 30' il paziente evidenzia segni concreti di miglioramento) e persiste alle successive valutazioni e nei giorni seguenti.

P28. Comorbidità psichiatrica in adulti con sindrome Asperger e autismo ad alto funzionamento

A.I. De Micheli*, M. Boso*, D. Broglia*, R. Faggioli**, P. Orsi*, E. Emanuele*, E. Caverzasi*, P.L. Politi*, F. Barale*

* *University of Pavia, DSSAP (Dipartimento Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali)*; ** *Azienda Ospedaliera San Paolo, University of Milan*

The presence of comorbidities in autism represent a common clinical issue; however, research on this topic remains scanty.

We recruited 21 outpatients (mean age $27,5 \pm 10,8$ years) with diagnosis of Asperger syndrome ($n = 13$), high-functioning autism ($n = 3$) and not otherwise specified high-functioning pervasive developmental disorder ($n = 5$) confirmed by ADI-R and ADOS and WAIS-R. Subjects were also assessed using the Autism Quotient, Empathy Quotient, SCL-90-R, HAM-D, HAM-A, SASS, DES. To assess the presence of comorbidities on the Axis I and II of DSM-IV-TR we used the MINI-PLUS and SCID-II. We found that 71% of patients had one or more Axis I disorders (e.g. mixed-anxiety-depression disorder in 28% of cases, generalized anxiety disorder 14% of cases, and major depressive disorder in 14%). In terms of Axis II disorders, we found that 66% of patient had one or more personality disorder (Cluster A: 29%, B: 0%, C: 71%). Interestingly, there was a positive correlation between the number of Axis I disorders and age ($\beta = 0,751$; $t = 3,713$; $p = 0,003$). Our results suggest that High Functioning adults are prone to develop psychiatric disorders and psychiatrists should be aware of this important clinical issue.

P29. Diffondere l'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon per il disturbo bipolare tipo I nella pratica clinica dei CSM italiani: quali difficoltà?

V. Del Vecchio, M. Luciano, C. Malangone, D. Giacco, C. De Rosa, G. Sampogna, L. Del Gaudio, V. Vinci, F. Di Iorio, N. Feliziani, M. Piselli, R. Pescosolido, G. Ciampini, D. Lampis, L. De Falco, S. Biondi, R. Antonio, E. Orlandi, C. Baronessa, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il disturbo bipolare rappresenta una delle patologie a più elevato costo personale e sociale, con compromissione del funzionamento sociale del paziente e dell'intero nucleo familiare.

Lo studio, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN, si è proposto di: 1) testare l'efficacia dell'intervento psicoeducativo familiare nei pazienti con disturbo bipolare tipo I e nei loro familiari; 2) favorirne la diffusione nella pratica clinica in 11 centri di salute mentale italiani (Campobasso, Colleferro, Foligno, Grosseto, Lanciano, Lanusei, Milano, Montecatini, Monza, Ravello, Sassuolo).

Lo studio ha previsto le seguenti fasi: 1) sviluppo del materiale informativo e degli strumenti di valutazione; 2) formazione di almeno 2 operatori per centro; 3) selezione randomizzata di 16 famiglie di pazienti con disturbo bipolare per centro, di cui 8 hanno ricevuto l'intervento sperimentale e 8 il trattamento di routine; 4) verifica dell'andamento dell'intervento nel tempo.

Il reclutamento è cominciato a novembre 2009. Al momento sono state reclutate 62 famiglie, di cui sette hanno interrotto l'intervento per la difficoltà di partecipare a tutte le sedute. Gli operatori hanno riportato numerosi vantaggi nella conduzione dell'intervento, sia nei rapporti con gli utenti che con i familiari. Inoltre, sono stati riportati miglioramenti delle proprie competenze professionali e dei rapporti con i colleghi. Questi vantaggi sono elevati già all'inizio dello studio e tendono ad aumentare nel tempo. Le principali difficoltà riportate, invece, sono la mancanza di tempo per condurre l'intervento, l'individuazione di famiglie appropriate, un carico di lavoro troppo faticoso ed impegnativo e la necessità di dover integrare l'intervento con gli altri carichi lavorativi.

I risultati preliminari di questo studio evidenziano che è possibile fornire gli interventi psicoeducativi familiari agli utenti dei servizi

di salute mentale affetti da disturbo bipolare tipo I e ai loro familiari, dopo un periodo di formazione relativamente breve degli operatori. Al fine di favorire la diffusione di quest'intervento nella pratica clinica dei servizi di salute mentale potrebbe essere utile prevedere una migliore pianificazione delle attività dei diversi operatori e spazi dedicati per la conduzione di questi interventi.

P30. Agiti violenti nei pazienti ricoverati in SPDC

E. di Giacomo^{***}, V. Raucci^{**}, E. Noè^{**}, G. Zerbetto^{**}, M. Clerici^{***}

^{*} Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano-Bicocca, ^{**} U.O. Psichiatria, Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza

Introduzione: i pazienti affetti da patologia mentale sono considerati, a torto, come maggiormente coinvolti in episodi di violenza (che risultano comunque rilevanti in ambito di SPDC). Il 64% degli operatori di salute mentale è sottoposto a minacce verbali, l'11% a minacce fisiche.

Fattori di rischio: avere in anamnesi precedenti agiti violenti, sesso maschile, giovane età, addiction da alcool/sostanze soprattutto nel mese precedente il ricovero, scarsa consapevolezza/manca di insight, problemi di gestione di rabbia e controllo degli impulsi (maggiormente coinvolti quindi i disturbi dello spettro schizofrenico soprattutto con sintomi produttivi, disturbi di personalità ed episodi maniacali), nonché ostilità all'ingresso. L'osservazione del comportamento è indispensabile e risulta attualmente lo strumento preventivo principale.

Materiali e metodi: rilevare le caratteristiche degli agiti violenti avvenuti nell'SPDC dell'Ospedale S. Gerardo nel periodo 1/4-30/9/2010 attraverso la scala Yudofsky (1996, modificata).

Risultati: si sono verificati 105 agiti aggressivi (52 M; 53 F). Preponderanti agiti verbali (29,4%), eteroaggressivi minacciati (20%) o compiuti (30,5%). Risoluzione per lo più con assistenza infermieristica (93,5%) e medica (77,7%), minore la necessità di contenzione fisica (35,7%) o farmacologia (48,3%).

Conclusioni: dai dati si evince la preponderante gestione risolutiva degli agiti da parte del personale infermieristico e medico, con l'ausilio di contenzione farmacologia (sia in termini tranquillizzanti che sedativi) rispetto a quella fisica.

Bibliografia

Amore M, Menchetti M, Tonti C, et al. *Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study.* Psychiatry Clin Neurosci 2008;62:247-55.

Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, et al. *Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments.* Int J Occup Environ Health 2009;15:29-35.

P31. Valutazione dei temperamenti affettivi in un campione di pazienti affetti da disturbi dello spettro bipolare

E. Di Giovambattista, M. Nardini, M. Marconi, D. Scalella, W. Roberto, G. Pace, G. Solito, M. Scali

Casa di Cura San Giuseppe-Ascoli Piceno, Provincia Italiana della Congregazione delle Suore Ospitaliere del Sacro Cuore di Gesù

Introduzione: scopo del presente studio è stato quello di valu-

tare i temperamenti affettivi in un campione di pazienti affetti da disturbi dello spettro bipolare consecutivamente afferenti in regime di ricovero ordinario presso la Casa di Cura San Giuseppe di Ascoli Piceno.

Materiali e metodi: il nostro campione è costituito da 70 soggetti affetti da un disturbo dello spettro bipolare. Del campione totale, 38 soggetti (19 maschi e 19 femmine; età media 42,1 anni ds 12,6) hanno ricevuto una diagnosi di dimissione di disturbo bipolare tipo I (DB I) e 32 soggetti (12 maschi e 20 femmine; età media 48,8 anni ds 11,5) di disturbo bipolare tipo II (DB II) secondo i criteri diagnostici del DSM-IV TR (APA; 2000). Al termine del ricovero (giorni medi di degenza 31,4 ds 10,7) a tutti i soggetti è stato somministrata la *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A)* (Pompili et al., 2008) per la valutazione dei cinque principali temperamenti affettivi (depressivo, ciclotimico, ipertimico, irritabile ed ansioso).

Risultati e conclusioni: i soggetti affetti da DB I presentavano, rispetto ai soggetti con DB II, punteggi medi maggiori nel temperamento ciclotimico (10,5 ds 4,6 vs. 9,5 ds 4,7) ed irritabile (7,4 ds 4,2 vs. 5,9 ds 3,2). I soggetti con DB II presentavano punteggi medi maggiori, rispetto ai soggetti con DB I, nel temperamento depressivo (11,4 ds 3,6 vs. 10,8 ds 3,5) ed ansioso (13,9 ds ,0 vs. 12,8 ds 6,4). Nessuna delle differenze riscontrate, tuttavia, raggiungeva la significatività statistica. Tra i due gruppi non sono state riscontrate differenze rispetto ai punteggi medi del temperamento ipertimico.

Nei soggetti con DB II, inoltre, è stata evidenziata una correlazione negativa tra il punteggio medio del temperamento ciclotimico e quello del temperamento ipertimico ($p < 0,05$).

I risultati del nostro studio confermano l'importanza dei temperamenti affettivi nella definizione dei sottotipi clinici dello spettro bipolare.

Bibliografia

Di Florio A, Hamshire M, Forty L, et al. *Affective temperaments across the bipolar-unipolar spectrum: examination of the TEMPS-A in 927 patients and controls.* J Affect Disord 2010;123:42-51.

Gassab L, Mechri A, Bacha M, et al. *Affective temperaments in the bipolar and unipolar disorders: distinctive profiles and relationship with clinical features.* Encephale 2008;34:477-82

Pompili M, Girardi P, Tatarelli R, et al. *TEMPS-A (Rome): Psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid and south Italy.* J Affect Disord 2008;107:63-75.

P32. Dimensione cognitiva nella schizofrenia: confronto con un gruppo di pazienti bipolari

G. Di Iorio^{*}, M. Cornelio^{*}, T. Acciavatti^{***}, S. Marini^{*}, V. Infante^{*}, N. Serroni^{**}, D. Campanella^{**}, L. Olivieri^{**}, M. Caltabiano^{**}, V. Marasco^{**}, D. De Berardis^{***}, F.S. Moschetta^{**}, M. Di Giannantonio^{*}

^{*} Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; ^{**} Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo

L'impairment cognitivo risulta essere una dimensione-chiave della schizofrenia. Deficit dell'attenzione, della working memory e di alcune funzioni esecutive e prassiche sono estremamente diffuse e sufficientemente stabili tra i soggetti schizofrenici.

Questo influenza in modo determinante le capacità relazionali ("social cognition") e le prospettive terapeutiche e riabilitative di tali soggetti. Numerosi sono gli strumenti psicometrici e le batterie neurocognitive utilizzate per la valutazione dell'impairment cognitivo nella schizofrenia. Tra le più recentemente validate in Italia, abbiamo la B.A.C.S. (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia). Essa è stata sottoposta a 8 pazienti affetti da disturbo schizofrenico. Il gruppo di controllo è stato rappresentato da 10 pazienti con disturbi dello spettro bipolare. La BACS è stata somministrata a tutti i pazienti in fase stabilizzata di malattia. Nel campione dei soggetti schizofrenici le performances cognitive sono state peggiori rispetto al campione di controllo, con maggiori differenze nella working memory, nella fluenza semantica e nelle funzioni esecutive. I risultati ottenuti sono coerenti con la letteratura corrente, mettendo in evidenza come, soprattutto le performances relative la working memory, ma anche quelle relative le funzioni esecutive e la fluenza verbale, appaiano sostanzialmente più conservate nei pazienti bipolari rispetto ai pazienti con disturbo schizofrenico.

P33. Valutazione nel lungo termine del benessere soggettivo in pazienti ambulatoriali con schizofrenia in trattamento con quetiapina a rilascio prolungato o risperidone orale, in un setting naturalistico

L. Ferrannini*, G. Montagnani**, G. Trespi**, D. Naber***
e Gruppo di Studio RECOVER

*Dipartimento di Salute Mentale, ASL3 "Genovese"; **AstraZeneca Italia, ***Psychiatrische und Nervenlinik, Universitäts-Krankenhaus-Eppendorf, Universität Hamburg- Germany

Introduzione: la schizofrenia è una patologia cronica; il benessere soggettivo è un elemento determinante della compliance ed efficacia terapeutica in questa popolazione^{1,2}.

Obiettivi: scopo del presente studio (D1443L00039, NCT00600756) è stato valutare il benessere soggettivo nel lungo termine in pazienti ambulatoriali con schizofrenia trattati con quetiapina a rilascio prolungato (QTP- RP) vs. risperidone in un setting naturalistico per un periodo di un anno.

Materiali e metodi: allo studio multicentrico, randomizzato, prospettico per gruppi paralleli in aperto, sono stati arruolati pazienti con un primo episodio o che necessitavano di un cambio di terapia per ragioni cliniche (switch da tipico ad antipsicotico atipico o switch da altro antipsicotico). La variabile primaria di efficacia è stata la percentuale di variazione dello score totale calcolata come variazione dal basale per *Subjective Well-being under Neuroleptics scale, short version* – SWN-K –³; lo studio prevedeva inoltre anche una valutazione dei costi economici legati alla patologia. Il range di dosaggio utilizzato è stato: 400-800 mg for QTP XP e 4-6 mg per risperidone.

Risultati: un totale di 798 pazienti sono stati arruolati in 114 centri/13 Paesi (almeno 1 paziente); 65 pazienti sono stati arruolati in 16 centri italiani. Un totale di 430 pazienti (nei primi 6 mesi) e 364 (12 mesi) hanno completato lo studio. L'ultima visita dell'ultimo paziente è stata ad ottobre 2009 e l'analisi dei dati è al momento ancora in corso. Ulteriori informazioni saranno disponibili per la presentazione del poster.

Bibliografia

¹ Schimmelmann BG, et al. J Child Ad Psycho 2005.

² Naber D, et al. Acta Psy Scand 2005;111(Suppl 427):29-34.

³ Wehmeier PM, et al. Prog Neurop Biol Psychiatry 2007;31:703-12 (Studio Sponsorizzato da AstraZeneca).

P34. Valutazione dello stato di benessere bio-psico-sociale nell'approccio integrato in riabilitazione psichiatrica: l'esperienza del gruppo "Albatros" di Palermo

A. Francomano, M. La Placa, A. Guella, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: la valutazione degli interventi si rende particolarmente necessaria in contesti riabilitativi in cui gli approcci, multidimensionali e polispecialistici, tendono ad assorbire risorse professionali ed economiche crescenti e possono risultare condizionati dall'autoreferenzialità dell'equipe dei curanti nella descrizione dei livelli di funzionamento e di qualità della vita raggiunti dagli utenti. Scopo dello studio è valutare l'efficacia di un approccio multimodale (psichiatrico, psicologico, riabilitativo), mirante all'acquisizione e/o riacquisizione di uno stato di benessere bio-psico-sociale, associando a metodologie eterovalutative specifiche ed integrate strumenti di autovalutazione per i pazienti.

Materiali e metodi: lo studio prende in esame una popolazione di 15 soggetti facenti riferimento alla dimensione dello psicotismo schizofrenico afferenti al gruppo terapeutico-riabilitativo "Albatros" attivo presso l'UO di Recupero Funzionale e Trattamenti Integrati in Psichiatria dell'AOUP di Palermo. Lo studio prevede la somministrazione in due tempi, ad intervallo semestrale, delle seguenti scale di valutazione: *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Life Skills Profile*.

Conclusioni: dai primi dati in possesso, tenuto conto delle valutazioni cliniche e di empowerment sociale di ciascun soggetto, si registra la coerenza tra la valutazione del team multiprofessionale con l'autovalutazione degli utenti. Ciò testimonia un incremento dei livelli di *life skill* e della soddisfazione generale nei settori delle abilità quotidiane utili a favorirne un eventuale inserimento socio-lavorativo.

Bibliografia

Endicott J, Nee J, Harrison W, et al., *Quality of Life enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure*. Psychopharmacol Bull 1993;29:321-6.

La Barbera D, Francomano A, La Cascia C. *Cento fiori nel giardino – Approfondimenti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psico-sociale*. Milano: FrancoAngeli 2007.

Zizolfi S. *La versione italiana del Life Skills Profile (LSP), uno strumento per la valutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici*. EPS 1997;6:196.

P35. Teoria della Mente, cognizione morale e qualità della vita nei disturbi psichiatrici

A. Geraci, M.S. Signorelli, C. Concerto, E. Battaglia, M. Cottone

Policlinico Universitario di Catania, U.O.P.I., Psichiatria

Introduzione: in letteratura carenti sono le informazioni inerenti alla relazione tra la qualità della vita (QoL) e la cognizio-

ne sociale e morale di pazienti affetti da patologie di interesse psichiatrico. L'ipotesi prevede la possibilità che i deficit nella cognizione sociale e morale alterino la QoL.

Obiettivo del nostro lavoro è indagare la relazione tra i processi cognitivi sottostanti alle funzioni neuropsicologiche e alla cognizione socio-morale per valutare la correlazione con la QoL in relazione alla vita sociale delle popolazioni psichiatriche.

Materiali e metodi: il campione è composto da: gruppo sperimentale 1: outpatient, in remissione, con diagnosi di: a) schizofrenia (n = 20), b) depressione (n = 20), c) disturbo bipolare (n = 20); gruppo di sperimentale 2 composto dai familiari dei pazienti (di primo grado); gruppo di controllo (n = 20). È prevista valutazione psichiatrica e assessment di base con SCID, CGI, PANSS, MADRS, MRS, Ham-D. Inoltre, l'assessment prevede per tutti i gruppi una valutazione sulla qualità della vita percepita, uno screening neuropsicologico, una batteria sperimentale di compiti di Teoria della Mente (ToM) e di cognizione morale.

Risultati: i risultati, in via preliminare, confermano che deficit nella ToM e nel giudizio morale alterano in maniera significativa la QoL, correlando con alcune funzioni neuropsicologiche.

Bibliografia

Brüne M. *Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia*. Schizophr Res 2003;60:57-64.

Cushman F, Young L, Hauser M. *The role of conscious reasoning and intuition in moral judgment*. Psychol Sci 2006;17:1082-9.

Onishi KH, Baillargeon R. *Do 15-month-old infants understand false beliefs?* Science 2005;308:255-8.

Ueoka Y, Tomotake M, Tanaka T, et al. *Quality of life and cognitive dysfunction in people with schizophrenia*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2010;35:53-9.

P36. Le misure coercitive nella pratica clinica degli SPDC italiani: risultati dello studio europeo EUNOMIA

D. Giacco, V. Del Vecchio, M. Luciano, H.G. Del Vecchio, C. De Rosa, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

L'utilizzo delle misure coercitive (trattamento farmacologico forzato, contenzione, isolamento) nella pratica clinica è un tema molto dibattuto, sia da un punto di vista clinico che etico. Tuttavia, esistono solo pochi dati sul loro impiego negli SPDC italiani. Nel periodo 2002-2006, la Commissione Europea ha promosso lo studio multicentrico EUNOMIA sulla valutazione delle misure coercitive in psichiatria in 12 Paesi europei (Bulgaria, Germania, Grecia, Inghilterra, Israele, Italia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svezia).

Lo studio ha i seguenti obiettivi: 1) valutare la frequenza e le modalità con cui le misure coercitive vengono applicate nella pratica clinica; 2) individuare le caratteristiche cliniche e socio-demografiche dei pazienti che predicono l'utilizzo di misure coercitive; 3) indagare l'effetto delle misure coercitive sulle principali misure di esito a tre mesi.

Sono stati reclutati 294 pazienti, con un'età media di 40 anni, prevalentemente di sesso maschile (66%), single (75%) e disoccupati (83%), ricoverati in 5 SPDC della Campania. Il 44% del campione (129) era ricoverato in regime di TSO. La diagnosi più frequente è di schizofrenia; il livello di disabilità, valutato

con la GAF, è grave negli ambiti lavorativo, familiare e sociale. Quasi il 30% dei pazienti ha ricevuto una o più misure coercitive durante il ricovero: terapie farmacologiche forzate nel 22%, contenzione fisica nel 9%, isolamento nel 7%.

I pazienti che hanno ricevuto le misure coercitive sono più frequentemente di sesso maschile, con un punteggio più elevato alla BPRS, con livelli più elevati di coercizione percepita e un peggior funzionamento sociale. A 3 mesi dal ricovero, questi pazienti presentano livelli più elevati di sintomatologia positiva, non riconoscono la necessità dell'ospedalizzazione e hanno opinioni negative sull'appropriatezza dei trattamenti ricevuti. Il ricorso alle misure coercitive nel nostro paese è meno diffuso rispetto agli altri paesi europei e riservato, nella maggior parte dei casi, ai pazienti più "gravi".

P37. Lo studio "Clinical decision making and outcome in routine care of severe mental illness" (CEDAR): background, metodologia ed outcome previsti

D. Giacco¹, A. Fiorillo¹, C. De Rosa¹, H.G. Del Vecchio¹, V. Del Vecchio¹, M. Luciano¹, P. Cozzolino¹, A. Salzano¹, L. Del Gaudio¹, K. Arnold², P. Neumann², H. Jordan³, M. Slade³, P. Munk-Jorgensen⁴, W. Rossler⁵, A. Egerhazi⁶, T. Becker², M. Maj¹, B. Puschner²

¹ Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, Italy; ² Department for Psychiatry and Psychotherapy II, Ulm University, Germany; ³ Section of Community Mental Health, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁴ Unit for Psychiatric Research, Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Denmark; ⁵ Department of General and Social Psychiatry, University of Zurich, Switzerland; ⁶ Medical and Health Science Center, Department of Psychiatry, University of Debrecen, Hungary

Numerosi studi clinici hanno recentemente indagato l'effetto del clinical decision making (CDM) sull'esito delle principali patologie fisiche. Tuttavia, solo pochi studi hanno esplorato questo fenomeno nelle malattie a lungo termine, ed in particolare nei disturbi mentali gravi.

La Commissione Europea, nell'ambito del VII Programma per lo sviluppo e la ricerca tecnologica, ha finanziato lo studio "Clinical decision making and outcome in routine care of severe mental illness" (CEDAR), in sei paesi europei (Germania, Danimarca, Italia, Regno Unito, Svizzera e Ungheria). L'obiettivo principale è quello di indagare il CDM nei pazienti con disturbi mentali gravi e di valutarne l'impatto su alcune misure di esito, quali funzionamento sociale, qualità di vita, relazione terapeutica e sintomatologia.

Lo studio prevede due fasi. Nella prima verrà stabilita una metodologia accurata per valutare il CDM nelle persone con disturbi mentali gravi, mediante lo sviluppo di strumenti di valutazione appropriati, di cui verranno definite le proprietà psicometriche. Nella seconda fase dello studio, di natura prospettica, 564 pazienti verranno reclutati nei sei centri e valutati una volta ogni due mesi per 12 mesi mediante strumenti di valutazione standardizzati per indagare l'effetto del CDM sulle misure di esito considerate. I principali stili di CDM (paternalistico, condiviso ed informato) verranno valutati indipendentemente nel paziente e nel terapeuta.

I risultati dello studio permetteranno di definire gli indicatori di qualità del CDM e di individuare specifiche aree che necessitano di ulteriori miglioramenti ed approfondimenti scientifici.

Verranno individuati, inoltre, gli elementi più significativi del CDM nelle persone con disturbi mentali gravi, e verranno formulate delle raccomandazioni di buona pratica clinica per i terapeuti sul CDM. Infine, i risultati dello studio serviranno per mettere a punto strategie pratiche per garantire una rapida applicabilità degli stili di CDM più appropriati.

P38. Pazienti migranti: caratteristiche e modalità di utilizzo dei servizi di salute mentale

C. Giubbarelli, S. Ferrari, C. Reggianini, M. Rigatelli
Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduzione: all'elevata prevalenza di disturbi mentali tra soggetti immigrati sembra corrispondere un sottoutilizzo dei servizi di salute mentale (SSM) e un frequente ricorso ai servizi in urgenza. Differenze culturali, barriere linguistiche e scarsa conoscenza del sistema sanitario potrebbero spiegare tale fenomeno.

Materiali e metodi: sono stati valutati e intervistati, attraverso l'utilizzo di una scheda costruita ad hoc, i pazienti stranieri afferenti a 3 Centri di Salute Mentale (CSM), al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), al Servizio Consulenze Psichiatriche (SCP) e al Pronto Soccorso (PS) di Modena durante un periodo indice di un mese.

Risultati: il campione di soggetti ricoverati in SPDC presenta caratteristiche opposte a quello dei CSM: il 71,43% sono giovani uomini disoccupati, l'85,71% vive solo, il 28,57% non ha il permesso di soggiorno ($p = 0,01$) e il 42,86% riporta traumi migratori. Il 50% è in Italia da meno di 5 anni e il 57,14% presenta difficoltà linguistiche con necessità di un mediatore culturale ($p = 0,01$). I migranti rispetto agli autoctoni hanno un tasso più elevato di accessi in PS e di TSO.

Conclusioni: tra i pazienti migranti l'adesione a percorsi di cura territoriali efficaci è talvolta difficoltosa e riguarda soprattutto soggetti con caratteristiche di buon adattamento e integrazione. Pazienti recentemente immigrati, esposti a molteplici fattori di rischio, sembrano accedere più facilmente ai servizi in urgenza con conseguente ospedalizzazione.

P39. Vulnerabilità, diagnosi di psicosi e interventi terapeutici tra pazienti migranti a Modena

C. Giubbarelli, C. Reggianini, S. Ferrari, M. Rigatelli
Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

Introduzione: il rischio di patologie dello spettro psicotico nei paesi occidentali sembra essere più elevato tra i migranti rispetto ai nativi. La maggior vulnerabilità sarebbe mediata da fattori biologici, psicologici, sociali mentre difficoltà culturali e diagnostiche renderebbero più tardivo un intervento terapeutico efficace, con DUP (duration of untreated psychosis) più lunga.

Materiali e metodi: sono stati valutati tutti i pazienti migranti afferenti a 3 Centri di Salute Mentale (CSM) e al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Modena nell'arco di un periodo indice di un mese.

I dati socio-anagrafici e clinici sono stati raccolti attraverso una scheda costruita ad hoc.

Risultati: 63 pazienti di origine straniera hanno avuto accesso ai Servizi. Il 46% di tutte le diagnosi è un disturbo psicotico (più

frequente la diagnosi di episodio psicotico breve: 19,15% nei CSM, 22% in SPDC).

I disturbi psicotici prevalgono nelle popolazioni asiatiche, sud-americane e est-europee.

Nei CSM è frequente l'utilizzo di Antipsicotici di seconda generazione (23,4% di tutte le terapie, $p = 0,003$) mentre in SPDC dominano terapie combinate (42,86%). La DUP è in media di 12 settimane in SPDC, 8 presso i CSM.

Conclusioni: confermeremmo una elevata incidenza di psicosi tra soggetti migranti, con tendenza a ricorrere ai servizi in urgenza e maggior difficoltà ad instaurare un rapporto terapeutico continuativo e territoriale o ad intervenire precocemente in fase di esordio.

P40. Ruolo dell'insight nell'espressività psicopatologica in un gruppo di pazienti affetti da psicosi all'esordio

G. Grillo*, A. Mulè***, V. Alabastro*, A. Bruno*, V. Di Giorgio*, L. Ferraro*, R. Grassia*, C. La Cascia*, M. La Placa*, V. Marcianò*, C. Mistretta*, M. Pomar*, M.V. Rumeo*, C. Sartorio*, L. Sideli***, A. Trotta*, B. Wiffer**, M. Di Forti**, D. La Barbera*

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo (BioNec); ** Institute of Psychiatry, King's College, London; *** A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

Introduzione: una buona capacità di insight pare costituire un fattore predittivo di minore espressività psicopatologica nei pazienti affetti da psicosi.

In questo lavoro intendiamo analizzare le relazioni tra il grado di insight e la gravità dei sintomi psicotici utilizzando i punteggi totali e parziali ottenuti alla Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in un gruppo di pazienti affetti da psicosi all'esordio nell'ambito del progetto SGAP "Sicilian Genetic and Psychosis" svolto in collaborazione con il GAP study dell'Institute of Psychiatry, King's College of London.

Materiali e metodi: il campione è costituito da 69 pazienti prevalentemente di sesso maschile ($M = 68,9\%$), di età compresa tra 18 e 65 anni, affetti da psicosi al primo episodio, valutati con la PANSS.

Risultati: dalle analisi preliminari emerge un'associazione tra carenza di insight e gravità dei sintomi misurati alla sottoscala positiva della PANSS, agli item grandiosità, sospettosità, pensiero insolito e discontrollo degli impulsi ($p < 0,05$) e agli item deliri, disorganizzazione concettuale ($p < 0,01$). Inoltre esiste un'associazione tra maggiori capacità di insight e la presenza di sentimenti di colpa ($p < 0,01$).

Verranno presentati i risultati relativi al campione costituito da soggetti reclutati al gennaio 2011.

Conclusioni: nel nostro campione maggiori capacità di insight si associano a minore gravità nell'espressione della sintomatologia positiva. Non è emersa alcuna correlazione tra i livelli di insight e sintomi negativi.

Bibliografia

Mintz AR, Dobson KS, Romney DM, et al. *Insight in schizophrenia: a meta-analysis*. Schizophr Rese 2003;61:75-88.
David SA. *Insight and Psychosis*. Br J Psychiatry 1990;156:798-808.

P41. Indici di *burn-out* degli operatori socio-sanitari e soddisfazione dei pazienti con diagnosi di disturbo bipolare

D. Harnic*, A. Cardella*, M. Mazza*, V. Catalano*, A. Bruschi*, F. Paparello*, C. Romano**, A. Callea***, L. Janiri*

* *Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Day-Hospital di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma;*
 ** *Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico A. Gemelli, Roma;*
 *** *LUMSA Libera Università Maria Santissima Assunta*

Obiettivo: scopo della ricerca è indagare gli indici di *burn-out* negli operatori socio-sanitari (psichiatri, psicologi, infermieri) che lavorano con pazienti affetti da disturbo bipolare e correlarli con la soddisfazione dei pazienti, rispetto alle cure ricevute.

Materiali e metodi: un campione di 20 operatori della salute mentale (psichiatri, psicologi, infermieri) e uno di 22 pazienti con disturbo bipolare è stato arruolato presso l'ambulatorio dei disturbi bipolari del day-hospital di psichiatria del Policlinico Gemelli di Roma. Agli operatori è stato somministrato il Maslach Burnout Inventory (Esaurimento emotivo, Depersonalizzazione, Realizzazione personale) e ai pazienti il Questionario sulla Soddisfazione del paziente (QS).

Risultati: calcolando il Coefficiente di Correlazione di Spearman, solo la dimensione Depersonalizzazione risulta significativamente correlata con le tre sottoscale del QS: Qualità della relazione medico-paziente (-,51); Qualità delle informazioni e delle competenze terapeutiche del medico (-,48); Efficienza organizzativa del servizio (-,58).

Conclusioni: nel nostro campione alti livelli di Depersonalizzazione portano ad una minore soddisfazione del paziente quindi ci aspettiamo che bassi livelli di Depersonalizzazione siano correlati in modo positivo con la soddisfazione del paziente. Pur non potendo generalizzare i risultati finora ottenuti possiamo affermare che il *burn-out* incide sulla soddisfazione del paziente.

P42. Temperamento affettivo e attaccamento in età adulta nel disturbo bipolare

D. Harnic*, M. Mazza*, M. Innamorati**, V. Catalano*, F. Paparello*, L. Janiri*, P. Bria*

* *Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Day-Hospital di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma;*
 ** *Università Europea di Roma*

Obiettivi: l'obiettivo della nostra indagine è lo studio delle variabili temperamento e attaccamento in pazienti con diagnosi di disturbo bipolare (tipo I, tipo II e ciclotimia).

Materiali e metodi: presso l'ambulatorio dei disturbi bipolari del Policlinico Gemelli è stato arruolato un campione di 50 pazienti (16 uomini; 34 donne). Contemporaneamente abbiamo reclutato un gruppo di controllo di 50 persone (21 uomini; 29 donne) estratto dalla popolazione generale, avente analoghe caratteristiche socio-demografiche. A tutti sono stati somministrati la TEMPS-A per valutare il temperamento affettivo e la ECR per l'assessment dell'attaccamento in età adulta.

Risultati: I gruppi mostrano differenze significative per quanto riguarda la frequenza dei diversi temperamenti ($\chi^2_{(gdl=5)} = 13,60$; $p < 0,05$) e le medie nella dimensione ECR Evitamento ($t_{gdl=93} = -3,44$; $p < 0,001$). Il campione clinico ha punteggi

più elevati nella dimensione Distimia ($10,1 \pm 3,9$ vs. $7,2 \pm 3,1$; $t_{gdl=93} = -3,97$; $p < 0,001$), Ciclotimia ($9,2 \pm 4,6$ vs. $6,09 \pm 3,54$; $t_{gdl=93} = -3,70$; $p < 0,001$), e Ansia ($11,7 \pm 5,0$ vs. $8,5 \pm 5,2$; $t_{gdl=93} = -3,09$; $p < 0,01$). Per quanto riguarda la media alla dimensione evitamento all'ECR, il campione clinico ha in media un punteggio più elevato in questa scala ($59,00 \pm 20,05$ vs. $44,58 \pm 21,66$).

Conclusioni: nel nostro campione si osserva una prevalenza dei temperamenti distimico, ciclotimico e ansioso e una prevalenza della componente evitamento, rispetto al gruppo di controllo.

P43. Temperamento e disturbi di personalità nella depressione bipolare

D. Harnic*, M. Mazza*, M. Innamorati**, L. Janiri*, P. Bria*

* *Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Day-Hospital di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma;*
 ** *Università Europea di Roma*

Obiettivo: l'obiettivo della nostra indagine è lo studio, in pazienti con diagnosi di depressione bipolare, della correlazione tra temperamento e disturbi di personalità.

Materiali e metodi: presso l'Ambulatorio dei Disturbi Bipolari del Policlinico Gemelli, è stato arruolato un gruppo di 60 pazienti con un disturbo di Asse II. La diagnosi in asse I è stata definita mediante *SCID-I*. A tutti i pazienti è stato somministrato il TEMPS-A, per valutare il temperamento affettivo.

Risultati: Il temperamento prevalente alla TEMPS-A è principalmente quello ipertimico (quasi il 27% dei pazienti). I pazienti con disturbo di personalità di cluster B hanno più spesso un temperamento prevalente di tipo ciclotimico (31,0% vs. 6,5%) oppure in misura minore un temperamento ipertimico (27,6% vs. 25,8%) rispetto ai pazienti con disturbi di personalità di altri cluster.

I pazienti con un disturbo di cluster B in comorbidità hanno un rischio circa 28 volte superiore di avere una diagnosi di BD-2 ($p < 0,01$), rispetto a quanti hanno in comorbidità un disturbo di personalità di cluster A o C.

Conclusioni: nei pazienti con disturbo bipolare in comorbidità con un disturbo di personalità si osserva una prevalenza maggiore del temperamento ipertimico mentre nei pazienti con un disturbo appartenente al cluster B si osserva una maggiore prevalenza del temperamento ciclotimico e una maggiore probabilità di comorbidità con il DBII.

P44. Correlazione tra fase eutimica e sintomatologia sottosoglia in pazienti con diagnosi di disturbo bipolare

D. Harnic*, M. Mazza*, M. Innamorati*, G. Martinotti*, M. Di Nicola*, V. Catalano*, A. Bruschi*, C. Battaglia*, P. Bria*, L. Janiri*

* *Ambulatorio dei Disturbi Bipolari, Day-Hospital di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma;*
 ** *Università Europea di Roma*

Obiettivi: l'obiettivo dello studio è valutare in pazienti con diagnosi di disturbo bipolare la correlazione tra fase di malattia (eutimica vs. non eutimica) e sintomatologia sottosoglia.

Materiali e metodi: presso l'Ambulatorio dei Disturbi Bipolari del Policlinico Gemelli sono stati arruolati 40 pazienti con di-

sturbo bipolare. La diagnosi in asse I è stata definita mediante *SCID-I*. A tutti i pazienti è stato somministrato come test di screening il General 5 spectrum measure (GSM-V), intervista autosomministrata life-time per le manifestazioni sottosoglia. Coloro che avevano un punteggio superiore a 30 hanno poi compilato le interviste: MOODS-SR (per lo spettro dell'umore), PAS-SR (per lo spettro panico-agorafobico), SHY-SR (per lo spettro social-fobico) e OBS-SR (per lo spettro ossessivo-compulsivo).

Risultati: l'umore maniacale (Cohen D = -0,72) alla MOODS, e l'ipomanicità (Cohen D = -0,71) alla GSM-V hanno ottenuto una grandezza dell'effetto di significatività moderata. I due gruppi di pazienti differiscono significativamente nella scala ipomanicità ($t = -2,13$; $p < 0,05$). Anche le dimensioni depressione e agorafobia hanno punteggi grezzi superiori in pazienti eutimici rispetto ai non eutimici.

Conclusioni: i pazienti eutimici mostrano un numero di sintomi sottosoglia non molto inferiori a quelli dei pazienti in fase di malattia attiva. La fase eutimica, quindi, va attentamente monitorata poiché i sintomi sottosoglia spesso si associano a ricadute o misconoscimento del quadro clinico.

P45. Temperamenti affettivi e dimensioni psicopatologiche di personalità nel disturbo bipolare tipo I, tipo II e nella ciclotimia

D. Harnic*, M. Pompili**, M. Mazza*, M. Innamorati***, M. Di Nicola*, V. Catalano*, A. Bruschi*, D. Del Bono**, C. Pace**, P. Girardi**, P. Bria*, L. Janiri*

* Ambulatorio Disturbi Bipolari, Day-Hospital di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma; ** Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, Università La Sapienza, Roma; *** Università Europea di Roma

Obiettivi: l'obiettivo dello studio è valutare la correlazione tra temperamenti affettivi e dimensioni psicopatologiche in pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, individuando eventuali differenze tra i tre sottotipi diagnostici.

Materiali e metodi: presso l'Ambulatorio dei Disturbi Bipolari del Policlinico Gemelli, è stato arruolato un gruppo di 60 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare (tipo I, tipo II e ciclotimia). La diagnosi in asse I è stata definita mediante *SCID-I*. A tutti i pazienti sono stati somministrati TEMPS-A, per valutare il temperamento affettivo e TCI-R, per valutare le dimensioni psicopatologiche di personalità.

Risultati: per il gruppo BD I la dimensione SD, della TCI, ha 3 correlazioni con le dimensioni della TEMPS-A: essa è inversamente correlata a ciclotimia ($r = -0,57$; $p < 0,01$), irritabilità ($r = 0,60$; $p < 0,01$), e ansia ($r = -0,45$; $p < 0,05$). Per il gruppo DB II, la dimensione irritabilità della TEMPS-A è inversamente correlata a SD ($r = -0,65$; $p < 0,01$), e direttamente correlata a HA ($r = 0,48$; $p < 0,05$), e ST ($r = -0,49$; $p < 0,05$) della TCI-R. Per il gruppo con diagnosi di ciclotimia risultano 9 correlazioni significative grado forte. Nel confronto tra gruppi diagnostici solo due differenze sono risultate significative: la dimensione l'ipertimia e la dimensione Irritabilità.

Conclusioni: questo è il primo studio che riporta un'associazione di questo tipo tra temperamento e personalità del disturbo bipolare (di tipo I, II e ciclotimia) in pazienti in fase eutimica.

P46. Il disturbo bipolare e la comorbidità con i disturbi di personalità

L. Lai*, S. Pirarba*, F. Pinna*, P. Milia*, E. Sarritzu*, S. Piras*, S. Lai*, T. Lepori*, R. Maccioni*, M. Taberlet*, I. Scanu*, C. Sardu**, B. Carpiello*

*Clinica Psichiatrica, **Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università di Cagliari

Introduzione: la comorbidità tra differenti sindromi psichiatriche rappresenta attualmente una delle principali problematiche in termini di prevalenza, comprensione diagnostica, decorso, prognosi e terapia.

Gli studi sulla comorbidità tra disturbi bipolari dell'umore e disturbi di personalità sono piuttosto recenti e spesso riportano risultati discordanti.

L'obiettivo principale dello studio è stato di valutare le correlazioni tra il disturbo bipolare e i disturbi di personalità in generale e il disturbo borderline di personalità nello specifico, andando a misurare quanto tale comorbidità possa incidere su alcuni aspetti clinici del disturbo bipolare dell'umore, quali l'impulsività, l'aggressività e il rischio suicidario.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione di 57 pazienti affetti da disturbo dell'umore di tipo bipolare (I e II), afferenti alla Clinica Psichiatrica Universitaria di Cagliari.

I pazienti sono stati valutati attraverso le scale CGI, per la valutazione globale della psicopatologia; GAF per la valutazione del funzionamento globale; le interviste SCID I- e SCID II, per la conferma della diagnosi di disturbo bipolare in atto e per la valutazione della comorbidità di Asse II, (sec. DSM IV).

Le caratteristiche di personalità del campione sono state analizzate attraverso i test MILLON III, AQ (Aggression Questionnaire) e BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale).

Risultati: nei soggetti con comorbidità di asse II sono stati riscontrati una maggiore gravità clinica, un peggiore funzionamento globale e un numero medio maggiore di tentativi di suicidio.

I soggetti con comorbidità di Asse II hanno mostrato al Millon III punteggi superiori alle scale 2B depressiva, 6A antisociale, 6B sadica-aggressiva, 8A negativistica, S schizotipica, C borderline, N bipolare/mania, D distimia, B dipendenza da alcol, T dipendenza da droghe, SS disturbo del pensiero, PP disturbo delirante, 2A evitante, 3 dipendente, 8B masochistica, A ansia, CC depressione maggiore.

Alle scale BIS 11 e AQ nei pazienti bipolari con una comorbidità di asse II sono stati osservati punteggi superiori indicativi rispettivamente di un maggiore livello di impulsività e aggressività.

Conclusioni: in accordo con i dati di letteratura, nei pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, una condizione di comorbidità con disturbi di Asse II in generale e con un disturbo borderline di personalità in particolare si associa a una maggiore gravità clinica e a un peggiore funzionamento psicosociale.

Una condizione di comorbidità con i suddetti disturbi si associa, inoltre, a più alti indici di impulsività e aggressività, nonché a una maggiore incidenza di agiti a scopo suicidario.

P47. Interazione tra catecol-O-metiltrasferasi Val158Met, attività cerebrale durante visione di stimoli emotivi avversivi e rischio di schizofrenia

L. Lo Bianco^{**}, F. Ferrante^{*}, G. Blasi^{*}, P. Taurisano^{*}, A. Di Giorgio^{*}, B. Gelao^{*}, L. Fazio^{*}, G. Ursini^{*}, I. Andriola^{*}, R. Romano^{*}, T. Quarto^{*}, M. Mancini^{*}, A. Porcelli^{*}, A. Papazacharias^{*}, M. Lozupone^{*}, G. Caforio^{*}, B. Nardi^{**}, C. Bellantuono^{**}, M. Nardini^{*}, A. Bertolino^{*}

^{*} Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ^{**} Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona

La trasmissione dopaminergica riveste un ruolo cruciale nella patofisiologia della schizofrenia. Diversi studi hanno mostrato un'interazione fra un polimorfismo funzionale presente sul gene COMT(Val¹⁵⁸Met), attività cerebrale, e diagnosi di schizofrenia. Obiettivo dello studio è valutare l'interazione fra questo polimorfismo e il carico genetico di schizofrenia durante un compito di elaborazione emotiva, implicita ed esplicita. 25 pazienti, 23 fratelli non affetti e 24 soggetti sani, confrontabili per una serie di variabili sociodemografiche e neuropsicologiche, sono stati genotipizzati e sottoposti a fMRI durante elaborazione di stimoli emotivi a valenza negativa. L'ANOVA ($p < 0,005$) in SPM5 ha mostrato un effetto del carico genetico sull'attività dell'amigdala, maggiore nei soggetti sani rispetto al gruppo dei pazienti e dei fratelli; un effetto di interazione fra genotipo e diagnosi in corteccia prefrontale dove, solo nel contesto dell'allele val, i soggetti sani mostrano un'attività maggiore rispetto al gruppo di pazienti e fratelli; infine un effetto di interazione fra diagnosi e genotipo solo durante elaborazione emotiva esplicita nello striato: il gruppo di pazienti mostra un andamento dell'attività opposto rispetto al gruppo dei soggetti sani in presenza della stessa variante allelica, mentre i fratelli si pongono in una situazione intermedia. Tali risultati suggeriscono che il carico genetico interagisce con altri fattori legati al disturbo nel determinare tali pattern differenziali di attività cerebrale durante elaborazione emotiva.

P48. Percorsi di cura e durata di psicosi non trattata nei pazienti con schizofrenia all'esordio

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

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Diversi studi hanno evidenziato che i percorsi di cura e la durata di psicosi non trattata dei pazienti con schizofrenia hanno un impatto significativo sull'esito a lungo termine del disturbo, in termini sia di sintomatologia clinica che di disabilità sociale. In questo studio abbiamo indagato i percorsi di cura e la durata di psicosi non trattata (DUP) in un campione di pazienti con esordio recente di schizofrenia, mediante una scheda "ad-hoc", sviluppata in collaborazione con il gruppo "Initiative to reduce the impact of schizophrenia (IRIS)" dell'Università di Birmingham, e somministrata ai pazienti, ai familiari-chiave e agli psichiatri di riferimento.

Il campione è costituito da 29 pazienti, prevalentemente di sesso maschile. L'esordio della schizofrenia è avvenuto a 22,3 ($\pm 5,4$) anni ed è stato caratterizzato, in oltre la metà del campione, da sintomi negativi, ritiro sociale e comportamenti disorganizzati; il 28% dei pazienti ha tentato il suicidio e il 26% è

stato ricoverato in ospedale (di cui il 20% in regime di TSO). La DUP è risultata di 41,6 ($\pm 60,4$). I pazienti hanno inizialmente contattato lo psichiatra (35% dei casi), il medico di base (31% dei casi), il neurologo (21% dei casi) o lo psicologo (13% dei casi).

Dopo il primo contatto sanitario, il 24% dei pazienti è stato trattato con antipsicotici in monoterapia, il 7% ha ricevuto un trattamento con ansiolitici e il 3% con antidepressivi. Al 48% del campione è stata prescritta una politerapia con antipsicotici e altri farmaci psicotropi. Il 35% dei pazienti reclutati ha ricevuto un ciclo di psicoterapia, che è stato l'unico trattamento somministrato per il 18% dei pazienti.

Questi risultati sottolineano l'importanza di ridurre la DUP e di favorire un invio più precoce dei pazienti con schizofrenia ai servizi di salute mentale. Potrebbe essere utile condurre campagne informative sui principali aspetti dei disturbi mentali, rivolte alle persone "a rischio" e ai loro familiari, e fornire un'adeguata formazione ai medici di medicina generale.

P49. Un modello di intervento psicoeducativo familiare breve per pazienti con disturbi mentali gravi ricoverati in SPDC: risultati preliminari

M. Luciano, D.M. Fabrazzo, V. Del Vecchio, D. Giacco, C. Malangone, C. De Rosa, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il ricorso ai ricoveri ospedalieri dei pazienti con disturbi mentali gravi è maggiore quando il clima familiare è teso, quando i livelli di carico familiare sono particolarmente elevati e quando i familiari riferiscono un alto grado di emozioni espresse. Inoltre, molto spesso al miglioramento sintomatologico del paziente durante la degenza ospedaliera fa seguito un'immediata ricomparsa dei sintomi quando il paziente rientra a casa, rendendo necessari ricoveri frequenti o piuttosto lunghi.

L'intervento proposto si pone l'obiettivo di favorire il reinserimento del paziente all'interno della famiglia, fornendo a tutti i familiari le conoscenze pratiche su cosa fare, a chi rivolgersi, come fronteggiare i momenti di crisi e come migliorare le abilità di comunicazione e di problem-solving del nucleo familiare.

L'intervento prevede 5 incontri: 1) aggancio del nucleo familiare e valutazione delle abilità presenti; 2) valutazione individuale e definizione degli obiettivi personali; 3) rinforzo delle abilità di comunicazione carenti; 4) sviluppo di strategie di problem-solving; 5) gestione dei segni iniziali di crisi e/o di situazioni potenzialmente problematiche.

L'intervento è stato somministrato ai pazienti con disturbo mentale grave ricoverati presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN nel periodo compreso tra marzo e dicembre 2010, di età compresa tra 18 e 65 anni, con almeno un familiare convivente di età compresa tra 18 e 70 anni. Ciascun nucleo familiare è stato valutato 3 volte (prima dell'inizio dell'intervento, alla fine dell'intervento e un mese dopo con strumenti di misura validati). Eventuali ricadute sono state registrate per tutta la durata della presa in carico.

Al momento sono stati reclutati 10 nuclei familiari, di cui uno ha rifiutato di portare a termine l'intervento. Nessun paziente è stato ricoverato in SPDC dopo la dimissione dall'episodio indice. I familiari hanno riferito un sostanziale miglioramento del clima familiare e della partecipazione del paziente alle attività comuni.

I risultati preliminari evidenziano che questo intervento, facilmente realizzabile rispetto ad altri interventi più strutturati, può essere molto utile nella gestione delle dimissioni dei pazienti con disturbi mentali gravi, favorendone il reinserimento nella vita familiare.

P50. Mare terapia: alla ricerca dei delfini nel mare di Sardegna. Risultati preliminari

F. Maggiani, L. Pilutzu, F. Santucci, F. Cadoni, A. Secci, A. Pisano, M.G. Carta

Dipartimento di Sanità Pubblica e corso di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: l'interazione con i mammiferi marini è stata utilizzata nella riabilitazione in piscina. È poco esplorato il potenziale utilizzo in natura, anche se l'ambiente marino può costituire un contesto stimolante. Lo scopo dello studio è verificare l'efficacia di un percorso riabilitativo per pazienti inseriti in un progetto sullo studio dei branchi di delfini del sud Sardegna. Gli utenti conoscono il mondo marino, contribuiscono alla conduzione dell'imbarcazione, al monitoraggio degli idrofoni e all'avvistamento. L'ipotesi è che le attività possano stimolare l'autostima e il senso di aggregazione.

Materiali e metodi: il campione è composto da 40 individui sofferenti di psicosi cronica.

Modello. Studio randomizzato con disegno "cross over": i pazienti di 1 dei 2 gruppi partecipano all'intervento per 6 mesi; dopo ulteriori 6 mesi di follow-up senza alcun intervento in mare, sarà sottoposto al trattamento sperimentale il II gruppo (in lista d'attesa).

Strumenti di valutazione: GAF, CGI, WHQOL-brief, HONOS.

Risultati: dopo 4 mesi di trattamento emerge un miglioramento del gruppo sperimentale rispetto a quello in lista d'attesa nel punteggio totale CGI e GAF e in alcuni items della Honos e della Scala WHQOL. Il miglioramento è anche evidente nel confronto fra punteggi all'inizio delle attività e a 4 mesi.

Conclusioni: i primi risultati sembrano suggerire un possibile utilizzo del modello in percorsi riabilitativi. I risultati dovranno essere confermati dal confronto cross-over e da ulteriori ricerche.

P51. La durata di malattia non trattata nel disturbo bipolare è correlata al Subjective Well-Being? Uno studio prospettico preliminare

P.M. Marinaccio, E.P. Nocito, M. Ciabatti, E. Dipasquale, C. Bressi, A.C. Altamura

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: recenti studi suggeriscono che la percezione soggettiva di benessere possa essere considerata come indicatore di esito nella schizofrenia; il medesimo ruolo potrebbe avere anche nel disturbo bipolare (DB). Questo studio preliminare si propone di valutare quali fattori possano predire un miglioramento del benessere soggettivo nel paziente con DB.

Materiali e metodi: sono stati reclutati consecutivamente 30 pazienti con diagnosi di DB (DSM IV-TR) presso il Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore

re Policlinico, Milano. Tutti i pazienti hanno compilato un questionario standardizzato e la Subjective Wellbeing under Neuroleptics a 20-items (SWN) al ricovero (T0), alla dimissione (T1) e successivamente ogni sei settimane fino alla diciottesima (T2, T3, T4).

Risultati: l'analisi statistica (Pearson's Correlation) ha evidenziato una associazione significativa tra l'età di esordio e la percezione soggettiva del funzionamento fisico al T3 ($r = 0,778$, $p = 0,003$). Inoltre la Durata di Malattia non Trattata (DUI) correla con la percezione dell'autocontrollo alla dimissione ($r = -0,410$, $p = 0,027$) e al funzionamento fisico al T3 ($r = -0,589$, $p = 0,044$). La regressione lineare ha confermato questi dati, suggerendo che la DUI sia un fattore predittivo della percezioni soggettive di benessere.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono il ruolo protettivo di una maggiore età d'esordio e che un intervento precoce possa avere un ruolo fondamentale nel lungo periodo sulla percezione soggettiva di benessere del paziente affetto da DB.

Bibliografia

Naber D, Vita A. *Tools for measuring clinical effectiveness*. Eur Neuropsychopharm 2004;14(Suppl):S435-44.

Pollice R, Tomassini A, Malavolta M, et al. *Subjective and psychopathological response in patients under different antipsychotic treatments: are there differences in real clinical practice?* J Biol Regul Homeost Agents 2008;22:83-91.

P52. Efficacia e tollerabilità di dosi flessibili di paliperidone compresse a rilascio prolungato ER in soggetti schizofrenici sintomatici con una durata di malattia < 10 anni

M. Mauri¹, G. Corrivetti², V. Del Curatolo³, F. Iovine⁴, M.G. Giustra⁵, e gli Sperimentatori dei centri partecipanti allo studio clinico PERSpect10

¹ Centro Coordinatore Dipartimento di Psichiatria, U.O. Psichiatria, I Azienda Ospedaliera Pisana, Pisa; ² Centro Salute Mentale, Distretto D, Pontecagnano Faiano (SA); ³ Centro Salute Mentale, Barletta (BA); ⁴ Centro Salute Mentale, Andria (BA); ⁵ Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)

Introduzione: paliperidone ER utilizza una tecnologia innovativa a rilascio osmotico, per ottenere minime fluttuazioni picco/valle nelle 24 ore, con un'unica dose giornaliera¹.

Materiali e metodi: studio multicentrico, in aperto, di 13 settimane in soggetti schizofrenici sintomatici, non acuti, con durata di malattia < 10 anni, trattati con dosi flessibili di paliperidone ER e seguiti in 28 strutture territoriali italiane.

Risultati: sono stati analizzati 132 pazienti (età media 35,3 ± 6,8 anni) e 88,7% ha completato lo studio. Il punteggio medio totale PANSS si è ridotto significativamente di 24,4 ± 21,7 ($p < 0,0001$) all'endpoint con un'analogia significatività anche nelle sottoscale ($p < 0,0001$). La percentuale di soggetti valutata con la CGI-S come normale/borderline/lievemente ammalata è aumentata dal 15,9 al 62,5% all'endpoint. Un miglioramento significativo si è verificato anche nei punteggi PSP, DAI30, scala di qualità del sonno e della sonnolenza diurna ($p < 0,001$). L'aumento medio di peso corporeo è stato minimo di 0,7 kg ($p = 0,05$) e la variazione BMI non è stata significativa. Il trattamento con paliperidone ER si è dimostrato ben tollerato: il 16% dei soggetti ha avuto almeno 1 evento avverso principalmente di grado lieve/moderato (46,7%).

Conclusioni: questo studio supporta i dati recenti di studi con-

trollati in cui paliperidone ER mostra una significativa risposta clinica associata ad un buon profilo di tollerabilità e sicurezza in soggetti schizofrenici con diagnosi recente.

Bibliografia

¹ Conley R, Gupta SK, Sathyan G. *Clinical spectrum of the osmotic-controlled release oral delivery system (OROS*), an advanced oral delivery system.* *Curr Med Res Opin* 2006;22:1879-92.

P53. L'ossido nitrico in pazienti schizofrenici in trattamento farmacologico

G. Minutolo, D. Cannavò, E. Arcidiacono, M. Cottone, E. Battaglia

A.O.U. Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania; U.O.P.I. di Psichiatria

Introduzione: l'ipotesi che l'ossido nitrico (NO) possa esercitare un ruolo eziopatogenetico nei disturbi psichiatrici è stata supportata da diverse evidenze scientifiche presenti in letteratura, eppure ad oggi non sono state ancora ben chiarite le modalità secondo cui attribuire valore diagnostico/terapeutico al riscontro di tali alterazioni.

Materiali e metodi: lo studio osservazionale naturalistico ha coinvolto 25 pazienti affetti da schizofrenia e 25 controlli sani, di entrambi i sessi. Sono state somministrate la Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II) per la valutazione della personalità e la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) per la valutazione delle dimensioni positiva, negativa e generale della schizofrenia. Dal prelievo ematico è stato effettuato il dosaggio dei nitriti e dei nitrati. I pazienti erano tutti in trattamento farmacologico al momento del prelievo: 9 pazienti con olanzapina (OLA) (5-15 mg/die); 8 pazienti con aloperidolo (ALO) (3-10 mg/die); 8 pazienti con risperidone (RSP) (2-6 mg/die).

Risultati: i valori dei nitrati nei pazienti schizofrenici risultavano $30,92 \pm 6,05 \mu\text{M}$, mentre nei controlli sani si registrava $26,78 \pm 6,31 \mu\text{M}$ ($p = 0,025$). Nel confronto intra-gruppi tra pz in trattamento: $38,9 \pm 2,77 \mu\text{M}$ (ALO); $31 \pm 1,08 \mu\text{M}$ (RSP); $25,04 \pm 6,05 \mu\text{M}$ (OLA), con una differenza altamente significativa ($p < 0,001$). I punteggi della PANSS erano direttamente correlati alle alterazioni dell'NO: ALO vs. RSP: $p = 0,006$; ALO vs. OLA: $p < 0,001$; RSP vs. OLA: $p < 0,001$.

Conclusioni: l'ipotesi che i livelli dell'NO fossero correlati alla presenza di schizofrenia è stata confermata dalla nostra ricerca che nel confronto tra pazienti e controlli sani ha messo in evidenza una differenza statisticamente significativa ($p = 0,025$) dei livelli circolanti dei nitrati. Alcuni trattamenti farmacologici sembrano normalizzare tali alterazioni, con una maggiore evidenza per gli antipsicotici di seconda generazione.

P54. Screening per il disturbo bipolare ed uso dei farmaci antidepressivi nella depressione bipolare in Italia

M.F. Moro¹, M. Balstrieri³, F. Caraci², M. Casacchia⁴, L. Dell'Osso⁵, G. Di Sciascio⁶, F. Drago², C. Faravelli⁷, M.E. Lecca¹, M. Nardini⁶, M.C. Hardoy¹, M.G. Carta¹

¹ University of Cagliari; ² University of Catania; ³ University of Udine; ⁴ University of L'Aquila; ⁵ University of Pisa; ⁶ University of Bari; ⁷ University of Florence

Background: the prevalence of bipolar disorder (BD) in the

community is in debate and the prescription of antidepressant drugs (ADs) in bipolar depression could be underestimated.

Aims: to evaluate both the prevalence of BD and the appropriateness of AD prescriptions.

Methods: study design: community survey. Study population: sample randomly drawn from municipal records of adult population. Sample size: 4999 subjects from 6 Italian regions. Tools: questionnaire on psychotropic drugs consumption, Structured Clinical Interview for DSM-IV modified (ANTAS), Mood Disorder Questionnaire (MDQ).

Results: 3398 subjects were interviewed (68% of recruited sample). Positivity at MDQ was higher in males (3.4% vs. 2.8%) but the difference was not statistically significant (OR = 1.2, $p = 0.37$). The association between MDQ+ and Depressive Episode (DE) was statistically significant for males (OR = 14.9, $p < 0.0001$) and females (OR = 8.3, $p < 0.001$); 30% subjects with MDQ+ and DE lifetime diagnosis were taking ADs.

Conclusions: the positivity prevalence at the MDQ+ was similar to community surveys in other settings. The use of ADs in people with MDQ+ and DE diagnosis needs to be taken into account.

References

Carta MG, et al. *The use of antidepressant drugs in Italy.* *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2010;6:94.

Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, et al. *Validation of the Italian version of the Mood Disorder Questionnaire.* *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:8.

Supported by Agenzia Italiana del Farmaco (National Drug Agency).

P55. Insight come indicatore di esito clinico nel disturbo bipolare: studio longitudinale preliminare

E.P. Nocito, P.M. Marinaccio, M. Ciabatti, R. Fontana, C. Bressi, A.C. Altamura

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

Introduzione: l'Insight è considerato un indicatore di esito nella Schizofrenia; il medesimo ruolo potrebbe essergli attribuito nel disturbo bipolare (DB). Questo studio preliminare si propone di valutare le modificazioni psicopatologiche in relazione all'insight e quest'ultimo come indicatore di esito clinico.

Materiali e metodi: sono stati reclutati consecutivamente 30 pazienti con diagnosi di DB (DSM IV-TR) presso il Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano. Tutti i pazienti hanno compilato un questionario standardizzato e la Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) al T0, alla dimissione (T1) e successivamente ogni 6 e 12 settimane (T2, T3).

Risultati: l'analisi statistica (Pearson's Correlation) mostra al T0 correlazioni significative tra i punteggi BPRS e consapevolezza di avere un disturbo mentale (SUMD1 $p < 0,05$), consapevolezza dei benefici ottenuti con i trattamenti (SUMD2 $p < 0,05$) e consapevolezza delle conseguenze sociali del disturbo men-

tale (SUMD3 $p < 0,05$); al T2 i punteggi BPRS correlano con la SUMD1 e SUMD3 ($p < 0,05$). È stata effettuata anche una regressione lineare che conferma la SUMD3 come predittore significativo di esito clinico.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono che potrebbero esistere aspetti dell'insight direttamente correlati allo stato psicopatologico del paziente e che possa evidenziare fattori prognostici di esito clinico.

Bibliografia

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

Amador XF, Strauss DH. *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University 1990.

P56. La terapia di mantenimento nella psicosi schizofrenica: trattamento con risperidone a rilascio prolungato ed ospedalizzazione

D. Nucifora

Centro di Salute Mentale del Modulo Dipartimentale di Salute Mentale di Taormina, Azienda Sanitaria Provinciale di Messina

La psicosi schizofrenica, con una prevalenza lifetime di circa l'1,0% nella popolazione adulta, interessa una fascia consistente di popolazione ed è un disturbo, a tutt'oggi, destrutturante che implica gravi ripercussioni sulla qualità della vita del soggetto che ne è affetto e in quella della rete sociale nell'ambito della quale vive. Per la compromissione del funzionamento sociale complessivo e gli alti costi sanitari che comporta merita particolare attenzione.

Lo studio condotto su 39 soggetti, in trattamento presso il Modulo Dipartimentale di Salute Mentale di Taormina, prende in esame il ricorso al ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nel caso di ricadute in soggetti in trattamento con farmaci antipsicotici.

Viene valutato il ricorso al ricovero nei 24 mesi antecedenti e nei 24 mesi successivi al trattamento con risperidone a rilascio prolungato ed esaminati i costi stimati come ricavabili dalla letteratura e quelli diretti relativi alla somministrazione del farmaco sulla base del prezzo imposto. L'analisi dei dati emersi permette di evidenziare un marcato calo del numero dei ricoveri nei 24 mesi successivi all'inizio trattamento con sensibile riduzione dei costi per l'ospedalizzazione.

I dati emersi sembrano essere in linea con quanto rilevato nell'ambito della letteratura a livello internazionale.

P57. Il trattamento depot in ambito territoriale: caratteristiche cliniche, socio-demografiche e di genere

G. Nuvoli, D. Lombardi

S.C. Salute Mentale 12, Genova

Introduzione: riportiamo i dati di uno studio compiuto su 108 pazienti in trattamento con antipsicotici depot, nel mese di novembre 2009 nel CSM distretto 12 dell'ASL 3 genovese.

Il nostro campione rappresenta il 4,3% di tutti i pazienti in ca-

rico al CSM (2498 utenti) e il 47% di tutti i pazienti del CSM in terapia con depot (231 utenti).

Lo scopo è stato quello di fornire un quadro più chiaro e completo dal punto di vista sociale e clinico dei pazienti in osservazione al fine di promuovere riflessioni, approfondimenti e scelte operative adeguate.

Materiali e metodi: sono stati osservati 108 pazienti in carico al CSM (58 M e 50 F) ai quali nel mese di novembre 2009 è stata somministrata almeno una dose di terapia antipsicotica depot. L'indagine si è poi concentrata sulla raccolta di alcuni dati socio-demografici (età, sesso, stato civile, condizione abitativa, condizione lavorativa, livello di istruzione) e clinici (anno di presa in carico da parte del CSM, tipo di depot, durata del trattamento depot, terapia farmacologica o psicoterapia associata, dimensione psicopatologica, diagnosi, fase di malattia, patologie organiche associate, ricoveri in SPDC nel 2009, numero di contatti non farmacologici con il CSM, numero di pazienti seguiti da CD o altre strutture) al fine di inquadrare questi pazienti in ogni aspetto sociale, economico, lavorativo, clinico, patologico che li caratterizza e di promuovere nel CSM una efficace messa a punto degli strumenti terapeutici e dei programmi di intervento.

Risultati: tra i dati più significativi che emergono da questo studio sicuramente ci sono quelli riguardanti l'età dei pazienti del nostro campione.

La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella dei 40-69 anni (66% dei pazienti).

Risulta però più interessante la diversa distribuzione dell'età in base alle differenze di genere: appare evidente dai nostri dati che c'è una maggiore presenza di maschi in giovane età in linea con l'esordio precoce nei soggetti maschili delle patologie psicotiche e di femmine in età avanzata dovuta più probabilmente ad un decadimento fisiologico legato all'invecchiamento.

Con l'analisi dello stato civile e della condizione abitativa abbiamo osservato la netta prevalenza di pazienti celibi/nubili che sono il 69% rispetto al totale dei pazienti in studio; tuttavia bisogna sottolineare che le donne rispetto al campione maschile hanno una maggiore facilità a lasciare la famiglia di origine per crearsene una propria: infatti mentre gli uomini che vivono ancora con i genitori sono il 23%, per le donne la percentuale scende al 12%.

Tra i dati clinici, uno degno di particolare attenzione è quello riguardante il tipo di depot utilizzato. In generale c'è un prevalente utilizzo di haldol che interessa il 49% dei pazienti osservati.

Analizzando la diversa distribuzione nell'uso di questi farmaci in base al genere, osserviamo che gli uomini utilizzano di più neurolettici come l'haldol o il moditen (69% degli uomini) molto probabilmente perché i loro disturbi sono soprattutto legati ad un controllo comportamentale, nelle donne aumenta l'utilizzo di antipsicotici atipici (risperdal) (36% delle donne) riconducibile alla presenza di patologie più complesse, ma anche perché risentono maggiormente degli effetti collaterali extrapiramidali.

Infine appare interessante il dato sui ricoveri in SPDC nel 2009 che riguarda 10 pazienti e quindi il 9,2% del nostro campione.

Conclusioni: i dati emersi da questo studio ci permettono di valutare le caratteristiche cliniche, socio-demografiche e di genere, delineando un quadro completo dei pazienti del CSM in terapia con depot.

Ci proponiamo, anche grazie all'aiuto di questi dati, di promuo-

vere programmi di intervento, percorsi terapeutici e pianificare attività cliniche, nel tentativo di avviare nel CSM una nuova cultura basata sull'efficacia e la qualità dei trattamenti.

P58. Intervento di *problem solving* in soggetti all'esordio psicotico: confronto degli esiti in pazienti afferenti al servizio S.M.I.L.E. prima e dopo l'evento sismico del 6 aprile 2009

R. Ortenzi*, L. Verni, V. Bianchini, D. Ussorio*, R. Pollice*, R. Roncone*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; * Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: scopo del nostro studio è stato quello di analizzare gli esiti di un intervento di Problem Solving sulle variabili cliniche e neuropsicologiche, e sugli stili funzionali di coping in soggetti al First Episode, afferenti al servizio S.M.I.L.E, suddivisi in base all'esposizione all'evento sismico: NE (in carico prima del 6 aprile 2009) e ES (in trattamento dopo il sisma).

Materiali e metodi: da maggio 2008 ad aprile 2010 sono stati valutati 48 soggetti (31 maschi e 17 femmine) ai quali abbiamo somministrato, prima e dopo l'intervento, i seguenti strumenti di valutazione clinica: Positive and negative syndrome scale for Schizophrenia (PANSS), Clinical Global Impression (CGI), e Jalowiec Coping Scale (JCS) ed una batteria di valutazione neuropsicologica.

Risultati: il confronto nelle tre dimensioni indagate dalla PANSS (sintomi positivi, negativi, generali), ha evidenziato nel campione ES, risultati maggiori nei punteggi medi della sintomatologia positiva e negli items G2, G6, G11 relativi alla sintomatologia generale, ed un punteggio medio alla PANSS ed alla CGI tendente ad un progressivo peggioramento. Abbiamo rilevato correlazioni statisticamente significative tra sintomatologia negativa e prestazioni deficitarie nelle funzioni esecutive, in entrambe le popolazioni. Nel gruppo ES, le sottodimensioni N2 ed N5 della PANSS correlano statisticamente con gli errori perseverativi alla WCST, e con i valori deficitari alla Memoria Verbale Rievocata. Il gruppo NE presenta, dopo l'intervento, un uso più limitato di stili disfunzionali, a differenza del gruppo ES dove il ricorso a strategie, soprattutto nelle modalità "Evasivo" e "Fatalista", resta comunque invariato.

Conclusioni: i risultati del nostro studio evidenziano una maggior gravità del disturbo, nei soggetti al First Episode, quando esposti ad un evento traumatico quale il sisma del 6 aprile 2009. Rispetto alle funzioni esecutive sembrano non esserci peggioramenti, anche se si nota una significativa compromissione della memoria rievocata negli esordi esposti al sisma. In questi ultimi gli stili di coping restano disfunzionali, a riprova di come l'evento traumatico non sia in grado di stimolare capacità adattative di tipo costruttivo sin dall'esordio del disturbo psicotico.

Bibliografia

Bechdolf A, Thompson A, Nelson B, et al. *Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra high risk (prodromal) group.* Acta Psychiatr Scand 2010;121:377-84.

Pollice R, Bianchini V, Di Mauro S, et al. *Cognitive functioning and clinical responses among first episode and chronic schizophrenia patients before and after natural disaster.*

P59. Atteggiamento verso il trattamento antipsicotico e schizofrenia: variabili cliniche e socio-demografiche correlate

M.F. Pantusa*, S. Paparo**, A. Salerno**

**Psichiatra, responsabile, **Psichiatra, Centro di Salute Mentale, Rogliano (CS)*

Introduzione: la non compliance è uno dei principali problemi nel trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia ed è anche il più importante fattore di rischio di ricaduta e di riospedalizzazione. Il presente studio ha avuto lo scopo di valutare nei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico l'atteggiamento nei confronti del trattamento farmacologico e correlarlo alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Materiali e metodi: lo studio è stato condotto su 76 pazienti (M = 39, età media $46,7 \pm 12,05$ anni, r 24-77) ambulatoriali, affetti da schizofrenia e sindromi correlate secondo i criteri del DSM-IV TR, in trattamento antipsicotico da almeno 12 mesi presso il CSM di Rogliano (CS). Sono stati raccolti i dati sociodemografici e clinici e tutti i soggetti sono stati valutati con: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), DAI-10 short version (Drug Attitude Inventory), Global Assessment of Functioning (GAF).

Risultati: il 73,7% (n = 56) del campione riceve la diagnosi di schizofrenia e il 26,3% di disturbo schizoaffettivo. La durata media di malattia è di $20,6 \pm 12,5$. Il 64,5% (n = 49) assume un antipsicotico di seconda generazione (SGA), il 19,7% (n = 15) un antipsicotico di prima generazione (FGA), il 15,8% (n = 12) è in trattamento combinato. Il punteggio medio ottenuto al DAI è di $6,9 \pm 2,4$. Il 64,5% riporta un punteggio > 6. L'attitudine verso il trattamento non varia in rapporto all'età, sesso, scolarità, durata di malattia e durata dell'ultimo trattamento farmacologico. Così come riportato da altri Autori, non abbiamo trovato differenze in rapporto al tipo di farmaco assunto (SGA vs. FGA). Fattori associati ad atteggiamenti più positivi nei confronti del trattamento farmacologico sono un migliore funzionamento globale e una minore psicopatologia.

Conclusioni: i risultati preliminari dello studio indicano che oltre la metà del campione ha un atteggiamento positivo nei confronti del trattamento e che sono soprattutto alcune variabili cliniche ad influire su di esso.

P60. Associazione del polimorfismo rs6314 nel gene del recettore per la serotonina 5-HT_{2A} e fenotipi correlati alla schizofrenia

A. Papazacharias¹, G. Blasi¹, P. Taurisano¹, B. Gelao¹, L. Fazio¹, G. Ursini¹, L. Sinibaldi², I. Andriola¹, R. Masellis¹, R. Romano¹, A. Di Giorgio^{1,7}, L. Lo Bianco^{1,3}, G. Caforio¹, F. Piva⁴, T. Popolizio⁵, C. Bellantuono³, O. Todarello⁶, A. Bertolino^{1,5}

¹ Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ² Laboratorio Mendel, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo; ³ Dipartimento di Neuroscienze, ⁴ Dipartimento di Biochimica, Biologia e Genetica, Università Politecnico delle Marche, Ancona; ⁵ Dipartimento di Neuroradiologia, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo; ⁶ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università "Aldo Moro", Bari; ⁷ Servizio di Consulenza Psichiatrica, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo

Studi precedenti hanno suggerito che la serotonina modula l'at-

tività neuronale nella corteccia prefrontale (PFC) durante processi cognitivi. Inoltre, il recettore 5-HT_{2A} per la serotonina è uno dei target principali degli antipsicotici. Lo SNP rs6314 nel gene per tale recettore è stato associato a variazioni del signaling serotoninergico, della fisiologia neuronale e delle performance cognitive. Scopo di questo studio è la valutazione della possibile associazione di tale polimorfismo a fenotipi correlati alla schizofrenia.

Un totale di 310 soggetti sani e 62 pazienti affetti da schizofrenia sono stati genotipizzati per lo SNP rs6314. I soggetti sani sono stati sottoposti a fMRI durante l'esecuzione di un compito parametrico di controllo attentivo (VAC) ed un compito di working memory (N-back). Inoltre, hanno eseguito 2 test neurocognitivi (N-back, Trail Making) correlati alla fisiologia della PFC. Infine, nei pazienti è stata valutata la risposta clinica dopo 8 settimane di terapia antipsicotica con olanzapina.

L'allele timina del polimorfismo rs6314 è stato associato ad una inefficiente attività della PFC, ad una ridotta performance comportamentale durante N-back e Trail Making e a peggior risposta a olanzapina in termini di sintomi negativi nei pazienti.

Questi risultati suggeriscono che il polimorfismo rs6314 del recettore 5-HT_{2A} per la serotonina modula fenotipi neurofisiologici e comportamentali rilevanti per la schizofrenia e conferisce variabilità individuale alla risposta al trattamento con olanzapina nei pazienti con questo disturbo.

P61. Valutazione delle strategie terapeutiche adottate in un campione di soggetti con disturbo bipolare in terapia con sali di litio e altri stabilizzanti

I. Pergentini, M. Corsi, C. Viaggi, A. Caramelli, L. Musetti, G.U. Corsini, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Sezione di Farmacologia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Pisa

Introduzione: il disturbo bipolare (DB) spesso necessita di una polifarmacologia. Valproato, carbamazepina e lamotrigina sono stabilizzanti usati frequentemente in aggiunta ai sali di litio. Studi dimostrano un'azione sinergica di litio e valproato sull'inibizione della GSK3B, pertanto si ritiene importante focalizzarsi maggiormente su tale combinazione terapeutica.

Materiali e metodi: 114 pazienti con DB, 54 donne età media 42 anni e 60 uomini età media 33 anni, in terapia con sali di litio, seguiti presso il DH della clinica Psichiatrica. Litiemie effettuate tramite lo Spettrometro ad Assorbimento Atomico, A Analyst 200, Dipartimento di Neuroscienze. Osservazione delle combinazioni terapeutiche con stabilizzanti.

Risultati: 21,9% solo litio, dose media 582 mg/die, litiemia media 0,44 mEq/l; 43% litio più valproato, dose media litio 609 mg/die, litiemia media 0,47 mEq/l; 22,8% litio più gabapentin, dose media litio 508 mg/die, litiemia media 0,40 mEq/l; 7,8% litio più carbamazepina, dose media litio 700 mg/die, litiemia media 0,52 mEq/l; 1,7% litio più lamotrigina, dose media litio 525 mg/die, litiemia media 0,42 mEq/l; 2,6% litio più due stabilizzanti, dose media litio 600 mg/die, litiemia media 0,50 mEq/l.

Conclusioni: le combinazioni terapeutiche nel DB permettono di sfruttare gli effetti benefici di una polifarmacologia e ridurre la dose minima efficace dei sali di litio minimizzando-

ne gli effetti collaterali. Pertanto i dati raccolti costituiscono il punto di partenza per migliorare le strategie terapeutiche nel DB.

P62. Effectiveness degli antipsicotici nel trattamento di pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico: risultati di uno studio osservazionale

F. Pinna, G. Mellino, S.M. Pintore, L. Puddu, C. Bandecchi, P. Milia, E. Sarritzu, R. Maccioni, V. Perra, M. Tusconi, L. Deriu, B. Carpinello

Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: l'introduzione degli antipsicotici "di nuova generazione" ha aperto un dibattito relativo al profilo di efficacia degli antipsicotici atipici rispetto a quelli tradizionali. I dati dei RCT non sono riusciti a offrire risposte esaustive in tal senso. Recentemente sono stati avviati alcuni trial "pragmatici" che hanno valutato l'effectiveness mediante parametri di esito concreti, quali la misurazione della "durata in trattamento" con un determinato farmaco (il tempo intercorrente fra l'inizio e l'interruzione per qualsiasi motivo) e la comparazione dei "tassi di interruzione" del farmaco rispetto agli altri in un determinato periodo di follow-up. Il nostro studio ha l'obiettivo di valutare: i tassi di interruzione per qualsiasi causa dei farmaci antipsicotici nell'arco di 12 mesi, nell'ambito di una coorte non selezionata di pazienti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico; le cause di interruzione nei vari antipsicotici; il tempo intercorso fra l'inizio del trattamento e il momento dell'interruzione, prendendo in considerazione il dato retrospettivo alla data di inizio del trattamento rispetto al periodo indice.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione costituito da 300 pazienti, 173 maschi e 127 femmine, afferenti a un CSM Universitario, affetti da disturbi dello spettro schizofrenico, di età media pari a $47,02 \pm 14,265$ anni, con un'età di esordio delle problematiche psicopatologiche pari a $26,5 \pm 12,51$ anni nei maschi, $32,34 \pm 14,66$ anni nelle femmine, e una durata di malattia pari a $18,72 \pm 111,16$ anni nei maschi, $18,24 \pm 13,162$ anni nelle femmine.

Risultati: il 12% del campione totale ha assunto durante i 12 mesi indice antipsicotici tipici, il 70,3% era in trattamento con antipsicotici atipici, e il 17,7% assumeva in associazione antipsicotici tipici e atipici, senza differenze significative di genere. Tra gli antipsicotici tradizionali per via orale i più utilizzati sono stati i butirrofenoni, mentre tra gli atipici l'olanzapina, seguita dal risperidone. Nel periodo indice considerato, l'interruzione del trattamento si è verificata in circa il 24% dei casi e il farmaco con più basso tasso di interruzione è risultato essere la clozapina (7%). Tra le cause relative all'interruzione della terapia antipsicotica prevale la scarsa tollerabilità per effetti collaterali (36,8% dei casi), seguita dalla scarsa aderenza (25,3%) e dalla scarsa efficacia (17,2%). La clozapina è risultato l'antipsicotico con la durata totale di trattamento più prolungata.

Conclusioni: i risultati del nostro studio tendono a confermare ulteriormente i dati di letteratura più recenti secondo i quali l'effectiveness degli antipsicotici atipici sembrerebbe essere maggiore rispetto a quella dei farmaci antipsicotici "tradizionali", verosimilmente in virtù di una loro maggiore tollerabilità e gradimento soggettivo da parte dei pazienti.

P63. Vittimizzazione e disturbi mentali: risultati di uno studio caso-controllo

S. Pirarba, D. Aru, L. Lai, F. Pinna, S. Lai, S. Piras, P. Milia, E. Sarritzu, M. Taberlet, R. Maccioni, B. Carpinello
Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: la letteratura concernente la vittimizzazione e la perpetrazione di violenza tra le persone con gravi disturbi mentali rispecchia la comune percezione di pericolosità del malato di mente grave, con un numero di studi di perpetrazione di violenza di gran lunga superiore a quelli di vittimizzazione. Inoltre la maggior parte delle indagini relative alla vittimizzazione vengono svolte nei pazienti con gravi disturbi psichiatrici, soprattutto la schizofrenia, con un numero relativamente esiguo di indagini nell'ambito di altri disturbi di asse I. Lo scopo dello studio è stato di valutare la prevalenza di vittimizzazione in un campione di pazienti affetti da disturbo psicotico e da disturbo d'ansia, afferenti alla Clinica Psichiatrica Universitaria di Cagliari, messo a confronto con un campione di convenienza di pari numerosità di soggetti appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione complessivo di 101 pazienti, 50 affetti da disturbo psicotico (34 maschi e 16 femmine) e 51 da disturbo d'ansia (17 maschi e 34 femmine), messo a confronto con un campione di convenienza di soggetti appaiati per sesso, età, titolo di studio e stato civile. La raccolta dei dati è stata effettuata mediante la somministrazione di un questionario non ancora validato, appositamente formulato per gli scopi del presente studio. La scala positiva della PANSS è stata somministrata ai pazienti psicotici al fine di escludere dallo studio i pazienti con una significativa sintomatologia psicotica in atto. La somministrazione della MINI-PLUS ha consentito di escludere una patologia psichiatrica nei 101 soggetti costituenti il gruppo di controllo.

Risultati: analizzando le risposte alle 14 domande del questionario sono emerse differenze significative tra i due gruppi, soggetti affetti da disturbo mentale e campione di controllo non patologico, nel ricorso alle forze dell'ordine, aggressioni verbali, utilizzo di Internet per uso personale o per lavoro, aver ricevuto telefonate capaci di creare disagio o fastidio, aver subito aggressioni fisiche e stalking negli ultimi 12 mesi. Ugualmente significative le differenze tra il sottogruppo di soggetti affetti da disturbo dello spettro ansioso e i rispettivi controlli, nei quesiti relativi alle minacce, al ricorso alle forze dell'ordine, alle aggressioni verbali, all'utilizzo di Internet per uso personale o per lavoro e all'aver ricevuto telefonate capaci di creare disagio o fastidio negli ultimi 12 mesi. Non sono invece emerse differenze significative tra il sottogruppo di soggetti affetti da disturbo psicotico e i rispettivi controlli.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano, nel complesso, con i dati della letteratura nel mettere in evidenza come i soggetti affetti da disturbo mentale siano maggiormente predisposti a subire violenza rispetto alla popolazione generale. I tassi maggiori di vittimizzazione sono stati registrati negli ansiosi rispetto al campione degli psicotici.

P64. Intervento integrato per la prevenzione dei rischi metabolici in soggetti in trattamento con antipsicotici

V. Platto, S. Bignotti, A. Paroli, G.B. Tura, R. Pioli
IRCCS Centro S. Giovanni di Dio, Fatebenefratelli, Brescia

Lo studio osservazionale proposto si prefigge di intervenire su soggetti al primo trattamento con antipsicotici di seconda generazione (SGA) o con alterazioni metaboliche secondarie ad un trattamento già in corso, e valutare l'efficacia in termini preventivi, rispetto allo sviluppo di dismetabolismi ed aumento ponderale, di un programma integrato (clinico, psicoeducativo e comportamentale), a partire da un'osservazione ed intervento attuato in regime di degenza e secondo un successivo programma di follow-up.

- Inclusione di 100 soggetti affetti da disturbi psicotici in trattamento secondo le caratteristiche sopra descritte.
- Valutazione clinica plurifattoriale.
- Psicoeducazione.
- Programma comportamentale.
- Fase di follow-up.

Alla valutazione iniziale l'età media dei soggetti è di 46,61 anni; il peso è di 93 kg con un BMI di 33,4; la media della circonferenza addominale è di 113 cm. Il 65,2% dei pazienti è obeso, il 20,3% è sovrappeso, e il 14,5% è normopeso. Al momento della dimissione i pazienti presentino una media del peso pari a 93 kg con un BMI di 32,8; la media della circonferenza addominale è 110,41. Il 60,3% dei pazienti è obeso, il 25% è sovrappeso e il 14,7% normopeso.

Pertanto si evidenzia un decremento del BMI nel periodo di degenza.

Una valutazione iniziale dei follow-up eseguiti depone invece per una scarsa adesione ai controlli programmati e in via di verifica, con numeri al momento insufficienti per una rielaborazione statistica delle variabili indagate.

P65. Trattamento sanitario obbligatorio: uno studio osservazionale in due SPDC del DSM di Varese

N. Poloni, M. Piccinelli, E. Bolla, P. Bortolaso, A. Buzzi, F. Aletti, S. Vender
Università dell'Insubria di Varese

Introduzione: in numerosi paesi europei si sta verificando un progressivo incremento dei tassi di ricovero in regime di obbligatorietà (Salze & Dressing, 2004; Van Der Post et al., 2004).

Klinkenberg (1996) ha ipotizzato che i principali fattori che aumentano il rischio che si realizzi un ricovero obbligatorio siano:

- connessi con la vulnerabilità del paziente (caratteristiche socio-demografiche, gruppo etnico, abuso di sostanze, ecc.);
- connessi con la rete di supporto sociale (situazione domestica, contatti coi famigliari e conoscenti, ecc.);
- connessi con l'accessibilità ai servizi sanitari (ai servizi di salute mentale, in particolare);
- connessi con l'adesione ai trattamenti proposti, specialmente quelli farmacologici.

Materiali e metodi: sono stati raccolti i dati relativi ai pazienti in TSO accolti, nell'arco di un anno, in due SPDC, quello di Varese (area cittadina ad elevato livello di urbanizzazione) e quello di Cittiglio (area a basso livello di urbanizzazione) allo

scopo di definire una serie di fattori rilevanti ai fini di incorrere in un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

In particolare abbiamo posto la nostra attenzione:

- sull'andamento temporale dei ricoveri (durata, durata del TSO, eventuale contenzione fisica);
- su fattori caratterizzanti il paziente, quali caratteristiche psicopatologiche, contesto sociale, trattamento in atto prima del ricovero;
- sui trattamenti praticati in corso di svolgimento del Trattamento sanitario Obbligatorio;
- sulle condizioni cliniche e sulla continuità di cure o meno a distanza di 1 e 3 mesi dalla dimissione ospedaliera.

Risultati e conclusioni: il Trattamento Sanitario Obbligatorio rappresenta un'importante area di criticità nella gestione del paziente psichiatrico.

Tramite questo lavoro ci proponiamo di ottenere indicazioni relative a:

- i trattamenti in fase acuta e la terapia di mantenimento;
- la prevalenza di abuso di sostanze e alcol;
- la durata dei ricoveri;
- la capacità del DSM di avviare percorsi di cura in grado di prevenire eventuali ricadute.

Bibliografia

Klinkenberg WD, Calsyn RJ. *Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness*. Psychiatr Serv 1996;47:487-96.

Salize HJ, Dressing H. *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*. Br J Psychiatry 2004;184:163-8.

van der Post L, Schoevers R, Koppelmans V, et al. *The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I): A prospective cohort study of determinants of coercive vs. voluntary treatment interventions in a metropolitan area*. BMC Psychiatry 2008;8:35.

P66. Riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni e sintomi di depersonalizzazione in un campione di pazienti con disturbo bipolare

M. Preve*, M. Mula**, A. Cardini*, L. Lari*, L. Di Paolo*, C. Gesi*, M. Muti*, M. Abelli*, S. Calugi*, G.B. Cassano*, S. Pini*

* Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologie, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; ** Dipartimento di Neurologia, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Novara

Introduzione: lo scopo del nostro studio è quello di determinare, in un campione di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, l'associazione tra sintomi di depersonalizzazione e riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni.

Materiali e metodi: 95 pazienti bipolari (tipo I e tipo II) in fase di eutimia (confermata dalla YMRS e HDRS) sono stati valutati con: SCID-P, SCI-DER (per la valutazione lifetime dei sintomi di depersonalizzazione). Tutti i soggetti sono stati valutati con un test di riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni utilizzando le tavole sviluppate da Ekman e Friesen.

Risultati: attraverso un'analisi di regressione abbiamo evidenziato che, nei pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, il punteggio DER-TOT è inversamente associato al riconoscimento dell'emozione sorpresa ($p = 0,008$; $B = -2,826$).

Conclusioni: nei pazienti con disturbo bipolare, la presenza di sintomi di depersonalizzazione sembra associarsi a un selettivo

deficit nel riconoscimento dell'espressione facciale dell'emozione sorpresa. Ulteriori studi sono necessari per meglio comprendere questa associazione.

Bibliografia

Cassano GB, et al. J Affect Disord 2008.

Mula M, et al. J Affect Disord 2008.

Mula M, et al. Compr Psychiatry 2010.

P67. Lo spettro dell'umore e sintomi di depersonalizzazione in un gruppo di pazienti bipolari ed unipolari

M. Preve*, M. Mula**, A. Cardini*, L. Lari*, L. Di Paolo*, C. Gesi*, M. Muti*, M. Abelli*, S. Calugi*, S. Pini*, G.B. Cassano*

* Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologie, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; ** Dipartimento di Neurologia, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Novara

Introduzione: la prevalenza e i correlati clinici dei sintomi dissociativi in generale, e della depersonalizzazione in particolare, nei pazienti con disturbi dell'umore hanno ricevuto una limitata considerazione nella letteratura¹. Lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'associazione tra sintomi di depersonalizzazione e dimensioni dell'umore in un campione di pazienti bipolari ed unipolari.

Materiali e metodi: 185 pazienti (95 pazienti bipolari e 90 unipolari) in fase di eutimia sono stati valutati con: SCID-P per la diagnosi di asse I, HDRS, YMRS, MOOD-SR versione lifetime² e SCI-DER.

Risultati: attraverso una analisi di regressione abbiamo evidenziato che, nei pazienti unipolari, la presenza di sintomi di depersonalizzazione si associa significativamente con le seguenti dimensioni dell'umore: ritardo psicomotorio ($p = 0,031$; $B = 2,197$), irritabilità mista ($p = 0,035$; $B = 2,137$) e estroversione sociale ($p = 0,028$; $B = -2,229$).

Conclusioni: nei pazienti con diagnosi di depressione unipolare, la presenza di sintomi di depersonalizzazione deve essere attentamente valutata, identificando specifici endofenotipi clinici³.

Bibliografia

¹ Mula M, et al. J Affect Disord 2008.

² Cassano GB, et al. J Affect Disord 2008.

³ Mula M, et al. Compr Psychiatry 2010.

P68. La valutazione degli stati mentali a rischio: la versione italiana della Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS)

A. Raballo^{1,2,3}, E. Semrov¹, Y. Bonner¹, M. Bender Simmons⁴

¹ Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Reggio Emilia, Italia;

² Department of Psychiatry, Psychiatric Center Hvidovre, University of Copenhagen, Denmark; ³ Danish National Research Foundation: Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁴ Orygen Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Australia

Introduzione: il concetto di stati mentali a rischio (At Risk Men-

tal States, ARMS) rappresenta uno dei più stimolanti *work in progress* della psichiatria di oggi non solo per le importanti implicazioni in senso traslazionale, ma anche per la esplicita riconcettualizzazione dei precursori clinici dell'esordio psicotico. La valutazione degli ARMS costituisce infatti il primo passaggio per la stadiazione del rischio psicopatologico e presuppone l'adozione di adeguati strumenti di *assessment* (Yung et al., 2005; Raballo e Larøi, 2009; McGorry, 2010).

Materiali e metodi: revisione critica della letteratura, collaborazione internazionale, focus group intra-dipartimentale: la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (CAARMS) è stata tradotta ed adattata in italiano sotto la supervisione degli Autori (A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French, P. McGorry) nell'ambito del programma dipartimentale per lo sviluppo di percorsi clinico-terapeutici integrati sull'esordio psicotico.

Risultati: knowledge transfer, acquisizione di uno strumento per la valutazione della sintomatologia sottosoglia e l'identificazione dei *Personal Assessment and Crisis Evaluation* (PACE) criteria per il rischio di transizione psicotica.

Conclusioni: la CAARMS offre una fruibile sintesi operativa per l'esplorazione delle psicopatologia dei prodromi psicotici, la stadiazione del rischio e l'implementazione di percorsi clinico-assistenziali calibrati sugli stati mentali a rischio.

Bibliografia

McGorry PD. *Risk syndromes, clinical staging and DSM V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry*. Schizophr Res 2010;120:49-53.

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

Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. *Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.

P69. Consumo di cannabis e *pattern* psicopatologico di pazienti al primo episodio psicotico: confronto tra due campioni

M.V. Rumeo*, A. Mulè***, V. Alabastro*, A. Bruno*, V. Di Giorgio*, L. Ferraro*, R. Grassia*, G. Grillo*, C. La Cascia*, M. La Placa*, V. Marciandò*, C. Mistretta*, A. Paparelli**, M. Pomar*, C. Sartorio*, L. Sideli***, A. Trotta*, B. Wiffen**, M. Di Forti**, D. La Barbera*

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo (BioNec); ** Institute of Psychiatry, King's College, London; *** A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

Introduzione: alcuni studi in letteratura supportano l'associazione tra consumo di cannabis, età di esordio ed espressività psicopatologica nei pazienti al primo episodio psicotico (Orlandi, 2001).

Questo lavoro si propone di analizzare la gravità della sintomatologia psicotica in relazione al consumo di cannabis, confrontando due campioni di pazienti all'esordio psicotico (FEP) reclutati a Palermo e a Londra.

Materiali e metodi: il campione siciliano è costituito da 69 pazienti (M = 68,9%), di età compresa tra 18 e 65 anni, affetti da psicosi al primo episodio. Abbiamo raccolto i dati utilizzan-

do i seguenti strumenti: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Data Schedule, Cannabis Experience Questionnaire (CEQ). I dati sono stati confrontati con un sottogruppo di 96 pazienti affetti da psicosi all'esordio e residenti a Londra, reclutati nell'ambito dello studio GAP condotto all'Institute of Psychiatry del King's College.

Risultati: da un'analisi preliminare emerge che il consumo di cannabis è maggiore nel campione di pazienti psicotici di Londra e che il tipo di cannabis utilizzato influenza l'espressività sintomatologica che è diversa nei due campioni.

Verranno presentati i risultati aggiornati rispetto ad un campione più ampio, costituito dai soggetti che verranno reclutati sino al gennaio 2011.

Discussione: il consumo e il tipo di cannabis influenzano il pattern psicopatologico dei soggetti affetti da psicosi all'esordio nei due campioni a confronto.

Bibliografia

Leucht S, Kane JM, Kissling W, et al. *What does the PANSS mean?* Schizophr Res 2005;79:231-8.

Orlandi V, Bersani G. *Cannabis and schizophrenia: relationships with onset, clinical course and psychopathology*. Giorn Ital Psicopat 2001;7.

P70. Durata di psicosi non trattata e consumo di cannabis in un campione di pazienti al primo episodio psicotico

M.V. Rumeo*, A. Mulè***, V. Alabastro*, A. Bruno*, V. Di Giorgio*, L. Ferraro*, R. Grassia*, G. Grillo*, C. La Cascia*, M. La Placa*, V. Marciandò*, C. Mistretta*, M. Pomar*, C. Sartorio*, L. Sideli***, A. Trotta*, M. Di Forti**, D. La Barbera*

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo (BioNec); ** Institute of Psychiatry, King's College, London; *** A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

Introduzione: la durata di psicosi non trattata (DUP) nei pazienti affetti da psicosi all'esordio rappresenta un fattore predittivo dell'outcome e del decorso del disturbo (Perkins, 2005). La relazione tra consumo di cannabis e DUP è ancora controversa.

In questo lavoro viene analizzato il rapporto tra DUP ed età di esordio, consumo di cannabis, funzionamento cognitivo, livello di istruzione e stato di occupazione in un gruppo di pazienti affetti da psicosi all'esordio reclutati nell'ambito dello studio SGAP (Sicilian Genetic and Psychosis) svolto in collaborazione con l'Institute of Psychiatry, King's College of London.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 74 pazienti di età compresa tra 18 e 65 anni ai quali è stata somministrata una batteria di test composta da: Nottingham Onset Schedule (NOS-DUP), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Data Schedule, Cannabis Experience Questionnaire (CEQ), WAIS-R.

Risultati: il campione, ancora in fase di reclutamento, è costituito da 74 pazienti (M = 68,9%), età media 26,39 (DS = 9,36). La durata media di psicosi non trattata è di 40,4 settimane, il 39,5% dei pazienti ha fatto uso di cannabis nel periodo immediatamente precedente il ricovero. Nel nostro campione i pazienti che fanno uso di cannabis hanno una DUP più breve (p = 0,023) e afferiscono ai servizi di salute mentale in età più precoce (p = 0,064) rispetto ai non consumatori. Inoltre vi è

una correlazione inversa tra DUP e QI ($p = 0,05$). Non sono al momento emerse correlazioni significative tra DUP e severità dei sintomi, valutati attraverso la PANSS.

Conclusioni: i nostri risultati, in linea con i dati di letteratura, supportano l'associazione tra consumo di cannabis ed esordio precoce dei sintomi psicotici. Inoltre il consumo di cannabis si associa ad una minore durata della DUP ma quest'ultimo dato sembra meritevole di ulteriori indagini.

Bibliografia

Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al. *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.

Fiorillo A, Giacco D, Luciano M, et al. *Effect of cannabis misuse on duration of untreated psychosis and pathways to care of patients with schizophrenia*. Eur Psychiatry 2010;25(Suppl 1):1607.

Wade D, Harrigan S, McGorry PD, et al. *Impact of severity of substance use disorder on symptomatic and functional outcome in young individuals with first-episode psychosis*. J Clin Psychiatry 2007;68:767-74.

P71. Alterazione dei parametri metabolici in pazienti ospedalizzati in trattamento con farmaci antipsicotici

I. Santini, S. D'Onofrio, G. Di Emidio, R. Pollice, A. De Paolis, D. Ussorio, R. Roncone

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienza della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: il termine "sindrome metabolica" descrive un insieme di fattori di rischio metabolici che aumentano la possibilità di sviluppare malattie cardiache, ictus e diabete. L'incremento ponderale provoca un aumento del rischio di diabete mellito, malattie cardiovascolari e respiratorie. Recenti studi hanno posto l'attenzione sull'utilizzo dei farmaci antipsicotici di nuova generazione e il rischio di sindrome metabolica associato ai diversi tipi di antipsicotici. Gli effetti metabolici appaiono essere le reazioni più comunemente osservate con gli antipsicotici. L'impiego sia degli antipsicotici di prima sia di seconda generazione è stato associato a guadagno di peso e a un aumentato rischio di diabete.

Materiali e metodi: scopo del presente studio è quello di valutare i parametri coinvolti nell'insorgenza della sindrome metabolica in un gruppo di soggetti ricoverati in SPUDC, in trattamento con farmaci antipsicotici. Il campione è costituito da 270 soggetti ricoverati nell'SPUDC di L'Aquila da gennaio 2006 a luglio 2010. Sono stati valutati i parametri metabolici e la terapia farmacologica assunta di 131 soggetti di sesso maschile e 139 di sesso femminile.

Risultati: tra i 131 uomini 33 presentano una circonferenza vita > 102 cm, nelle donne facenti parte del campione 54 presentano una circonferenza vita > 88 cm. Solo 5 soggetti maschi e 8 donne presentavano un valore di glicemia a digiuno > 110 mg/dl. Nel campione 15 soggetti presentavano un valore di colesterolemia > 250 mg/dl (3 di sesso maschile e 12 di sesso femminile). In 31 soggetti maschi e in 26 femmine è stato riscontrato un valore di trigliceridemia > 150 mg/dl. Solo 7 dei pazienti valutati presentavano una sindrome metabolica. È stata riscontrata una correlazione, statisticamente significativa, tra l'aumento dei parametri metabolici e l'utilizzo di farmaci antipsicotici di seconda generazione, in particolare olanzapina ($p < 0,005$) e risperidone ($p < 0,005$).

Conclusioni: l'obiettivo primario del management clinico della sindrome metabolica è ridurre il rischio di malattia aterosclerotica clinica. Quindi gli interventi di prima linea sono finalizzati a ridurre i principali fattori di rischio: riduzione della pressione arteriosa, aumento della sensibilità insulinica, riduzione dei livelli di trigliceridi e colesterolo LDL. Poiché ciascun parametro metabolico riveste un ruolo fondamentale nell'incremento del rischio di malattie cardio-vascolari e respiratorie, ictus e diabete mellito, ogni volta che ci siamo trovati di fronte ad un alterazione di uno di essi è stato preso un provvedimento terapeutico (trattamento farmacologico con ipoglicemizzanti o antipertensivi, una dieta ipoglicidica o ipocalorica). Per raggiungere tali obiettivi l'intervento di prima linea è certamente il cambiamento dello stile di vita, inteso principalmente come perdita di peso nei soggetti obesi o in sovrappeso, aumento dell'attività fisica e controllo della dieta aterogena. La terapia farmacologica è riservata ai casi in cui il cambiamento dello stile di vita non risulta sufficiente ed è rivolta a controllare le condizioni associate alla sindrome metabolica quali ipertensione, dislipidemie, iperglicemia.

Bibliografia

Newcomer JW. *Metabolic consideration in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence*. J Clin Psychiatry 2007;68(Suppl 1):20-7.

Psychiatric Services 2009.

Pramyothin P, Khaodhjar L. *Metabolic syndrome with atypical antipsychotics*. Curr Opin Endocrinol Diab Obes 2010;17:460-6.

P72. Valutazione bio-psico-socio-spirituale in pazienti ricoverati con patologie mentali gravi

I. Santini, I. De Lauretis, D. Di Nicola, F. Serra, R. Pollice, R. Roncone

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona che pone l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Sulla base della costante importanza della religione e della spiritualità nella salute, alcuni Autori hanno proposto che il modello bio-psico-sociale dovesse essere ampliato per includere la dimensione spirituale/religiosa.

Scopi: valutazione bio-psico-socio-spirituale nell'approccio a pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi e l'impatto che la dimensione spirituale/religiosa ha sulla salute e sulla percezione soggettiva del benessere.

Materiali e metodi: sono stati inclusi nello studio 80 pazienti, 38 maschi e 42 femmine, con età media di 46,8 (ds \pm 14,6), ricoverati consecutivamente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria dell'Ospedale S. Salvatore dell'Aquila da gennaio a luglio 2010. Di questi il 35,4% (29 soggetti) ha avuto diagnosi di disturbo depressivo maggiore, il 39,2% (31 soggetti) di disturbo schizofrenico, e il 25,3% (20 soggetti) di disturbo bipolare dell'umore, secondo i criteri del DSM-IV-R (APA, 1994). Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati demografici ed effettuata una valutazione psicopatologica tramite PANSS e CGI-S. La componente bio-psico-socio-spirituale è stata valutata per mezzo della Biopsychosociospiritual

Inventory (Bio-PSSI), strumento sviluppato da Katerndahl nel 2007, che prende in considerazione gli aspetti fisici, psicologici, sociali, spirituali e la relativa compromissione funzionale, mentre il benessere percepito soggettivamente tramite il GHQ-12 e l'SWN.

Risultati: il punteggio medio ottenuto alla Bio-PSSI è stato di $104,70 \pm 35,7$ (range 0-205, dove a punteggio più alto corrisponde maggior malessere). Valutando i valori ottenuti in relazione al sesso, si riscontra un punteggio totale più elevato nelle donne rispetto agli uomini ($113,56$ vs. $93,50$; $p < 0,005$). Considerando i valori della scala Bio-PSSI in relazione all'età, si osserva un punteggio medio maggiore nei soggetti con età superiore a 50 anni, sebbene differenze statisticamente significative siano presenti solo nella sottoscala dei sintomi psicologici ($p = 0,004$), in quella dei contatti sociali ($p = 0,005$) ed in quella della spiritualità ($p = 0,003$). Sono state evidenziate differenze statisticamente significative anche nel punteggio totale della Bio-PSSI differenziato per categoria diagnostica: il valore più alto si riscontra nei pazienti con disturbo depressivo ($p < 0,005$), seguiti progressivamente da quelli con disturbo bipolare dell'umore e disturbo schizofrenico. I punteggi medi al GHQ-12 e all'SWN sono stati rispettivamente di $19,74 \pm 5,8$ e $77,3 \pm 18,5$. È stata riscontrata una correlazione inversa, statisticamente significativa, tra i punteggi ottenuti alla scala Bio-PSSI e quelli ottenuti all'SWN, e una correlazione diretta, statisticamente significativa, con il GHQ-12.

Conclusioni: il nostro lavoro è il primo studio che permette di misurare contemporaneamente, attraverso uno specifico strumento, aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali nelle malattie mentali gravi. L'impiego della scala Biopsychosociospiritual Inventory (Bio-PSSI) permette infatti una valutazione olistica del paziente, andando a considerare anche la componente spirituale. Tale dimensione spesso trascurata dai clinici potrebbe spiegare come alcuni persone, nonostante la severità del quadro psicopatologico, percepiscano un miglior benessere soggettivo.

Bibliografia

- Freeman J. *Toward a definition of holism*. Br J Gen Pract 2005;55:154-5.
- Galanter M. *Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective*. Psychiatry 2010;73:145-57.
- Katerndahl D, Oyiriaru D. *Assessing the biopsychosociospiritual model in primary care: development of the biopsychosociospiritual inventory (Bio-PSSI)*. Int J Psychiatry Med 2007;37:393-414.
- Katerndahl DA. *Impact of Spiritual Symptoms and their Interaction on Health Services and Life Satisfaction*. Ann Fam Med 2008;6:412-20.
- Onarecker CD, Sterling BC. *Addressing your patients' spiritual needs*. Fam Pract Manag 1995;44-49.

P73. Spiritualità e well-being: valutazione biopsicosociale e spirituale in pazienti ricoverati per patologie mentali gravi

I. Santini, I. De Lauretis, F. Serra, R. Pollice., R. Roncone
Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: numerosi studi hanno messo in evidenza che, in ambito psichiatrico, le componenti spirituale e religiosa rappresentano un aspetto di vita importante e che spesso esiste

una correlazione positiva tra spiritualità/religiosità e buona salute mentale. La religione e la spiritualità possono infatti essere risorse preziose per fronteggiare gli ostacoli di vita, compresi quelli derivanti dalla malattia.

Scopi: obiettivo del nostro studio è stato quello di indagare la sfera bio-psico-socio-spirituale verificando se alti livelli di spiritualità risultino associati con un maggior benessere percepito soggettivamente dal paziente.

Materiali e metodi: sono stati inclusi nello studio 80 pazienti, 38 maschi e 42 femmine, con età media di $46,8$ ($ds \pm 14,6$), ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria di L'Aquila da gennaio a luglio 2010. Di questi il 35,4% ha avuto diagnosi di disturbo depressivo maggiore, il 39,2% di disturbo schizofrenico, e il 25,3% di disturbo bipolare dell'umore, secondo i criteri del DSM-IV-R (APA, 1994). Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati demografici ed effettuata una valutazione psicopatologica tramite PANSS e CGI-S. La componente spirituale è stata valutata per mezzo della Biopsychosociospiritual Inventory (Bio-PSSI), strumento sviluppato da Katerndahl nel 2007, che prende in considerazione gli aspetti fisici, psicologici, sociali, spirituali e la relativa compromissione funzionale, mentre il benessere percepito soggettivamente tramite il GHQ-12 e l'SWN.

Risultati: il punteggio medio ottenuto alla scala Bio-psico-socio-spirituale è stato di $104,70$ ($\pm 35,7$ con range tra 0 e 205, dove un punteggio più alto corrisponde ad una maggiore presenza di sintomi o una maggiore compromissione funzionale), mentre il punteggio medio nella sottoscala della spiritualità è stato di $18,35$ ($\pm 7,7$ con range tra 0 e 35). In tale sottoscala si riscontra un punteggio più elevato, statisticamente significativo, nelle donne ($p = 0,002$), così come nei soggetti con età superiore ai 50 anni ($p = 0,003$). Per quanto riguarda le diverse categorie diagnostiche, il maggior punteggio (equivalente ad una minor componente spirituale) si ha nei pazienti con diagnosi di depressione ($p = 0,004$), seguiti da quelli con disturbo bipolare dell'umore, ed infine da disturbo schizofrenico. Il punteggio medio ottenuto al GHQ-12 è stato di $19,74$ ($ds \pm 5,8$; cut-off = 15), corrispondente ad un livello medio di stress percepito, mentre il punteggio medio ottenuto all'SWN è stato di $77,3 \pm 18,5$ (range tra 0 e 120), che denota un discreto benessere psico-fisico percepito soggettivamente. I punteggi ottenuti alla sottoscala spirituale della Bio-PSSI risultano correlati inversamente con quelli ottenuti all'SWN (pearson = $-0,574$; $p < 0,05$), e direttamente con il quello ottenuto al GHQ-12 (pearson = $0,528$; $p = 0,01$), evidenziando come esista una relazione tra spiritualità e livelli di stress e benessere percepiti.

Conclusioni: dal nostro studio emerge che i soggetti con maggior componente spirituale riferiscono un maggior benessere individuale. Questo dato trova conferma in diversi studi che hanno misurato la qualità della vita in relazione a spiritualità e religiosità, che dimostrano come una forte componente spirituale sia associata con un miglior benessere psicologico, come la spiritualità e la preghiera abbiano effetti positivi sulle risposte psicologiche e fisiche in patologie a lungo termine e come alti livelli di coinvolgimento religioso si associno ad una migliore salute mentale.

Bibliografia

- Galanter M. *Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective*. Psychiatry 2010;73:145-57.
- Greenfield EA, Vaillant GE, Marks NF. *Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimen-*

sions of psychological well-being? J Health Soc Behav 2009;50:196-212.

Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: evidence for an association. Int Rev Psychiatry 2001;13:67-78.

Verghese A. Spirituality and mental health. Indian Journal of Psychiatry 2008;50:233-7.

P74. Percorsi di cura, durata di psicosi non trattata e presa in carico nel CSM Distretto 3 - ASL BR: decorsi ed esiti

A. Saponaro, D. Suma

Dipartimento di Salute Mentale, ASL, Brescia

Introduzione: i disturbi psicotici spesso giungono al trattamento in ritardo, rispetto al loro esordio. I dati internazionali forniscono una stima media della DUP – *Duration of Untreated Psychosis* – di due anni. Con il crescere della DUP aumenta il rischio di suicidio, di cronicizzazione dei sintomi, di disabilità e handicap psicosociale, con il conseguente aumento dei costi diretti e indiretti correlati alla patologia.

Materiali e metodi: analisi dei percorsi di cura, calcolo della DUP e descrizione degli interventi effettuati sul nostro campione; correlazione con dati di decorso ed esito.

Risultati: la maggiore DUP, nel nostro campione, è correlata a esiti peggiori sul piano del funzionamento psicosociale, a più frequenti ricoveri in SPDC e a maggior frequenza di comportamenti parasuicidari e/o suicidari. I determinanti principali nel ritardo di accesso alle cure sono l'inefficacia dello screening a livello della medicina di base, e lo stigma associato all'ambiente psichiatrico.

Conclusioni: la riduzione della DUP può determinare effetti positivi sulla clinica e sugli esiti dei disturbi psicotici, con minore impegno delle risorse sanitarie. La strategia con il miglior rapporto costo/efficacia è il training dei medici di medicina generale allo screening precoce e all'invio tempestivo ai servizi psichiatrici.

P75. Schizofrenia non cronicizzata e riabilitazione equestre: l'esperienza del DSM ROMA F ed i risultati preliminari del Progetto Pindaro-FISE

S. Seripa, S. Cerino

Azienda ASL RMF, Dipartimento di Salute Mentale, Federazione Italiana Sport Equestri (FISE), Dipartimento di Riabilitazione Equestre, Roma

Il tradizionale paradigma clinico che prevede l'articolazione delle progettualità riabilitative nella schizofrenia in rapporto ai temi della cronicità è stato stravolto in questi ultimi anni dalla identificazione dell'importanza di interventi precoci, non solo e non tanto psicofarmacologici, mirati alle disfunzionalità cognitive. L'approfondimento della varia e multidimensionale natura della disfunzione cognitiva negli schizofrenici agli esordi o comunque nei primi anni di malattia (attenzione, memoria, meta cognizione, cognizione sociale, pensiero parallelo, etc.) ha aperto la strada a diversi ed articolati task riabilitativi. Questi, seppur efficaci, generalmente tendono ad un decadimento nel tempo dei risultati una volta sospesi gli interventi. Uno dei fattori più importanti nella stabilizzazione dei risultati sembrerebbe essere la capacità di tali task di poter essere inseriti in

frame-work naturalistici, e quindi più correlati alla vita quotidiana del paziente. L'esperienza della RMF nel trattamento di soggetti affetti da schizofrenia ai primi anni di malattia attraverso la Riabilitazione Equestre ha evidenziato risultati lusinghieri in termini di riduzione della disabilità, annullamento degli indici di ricovero, entrata in remissione dei pazienti. Da questi risultati, l'interesse ed il supporto della FISE hanno consentito di definire un modello formalizzato di intervento, attualmente adottato da una serie di Centri in Italia, per un attuale numero di pazienti arruolati pari a 35. L'intervento, che si avvale di équipe multidisciplinari integrate tra Centri Equestri FISE-CRE e Dipartimenti di Salute Mentale, prevede una selezione scrupolosa dei pazienti, sia in termini di criteri di inclusione che di esclusione, con particolare attenzione alla scelta di soggetti che abbiano notevole gravità in termini di disfunzionalità sociale e cognitiva (ma non ritardo mentale) e con alto grado di utilizzazione dei servizi: ricoveri, urgenze, etc.. Particolarmente importante è la uniforme preparazione e formazione del personale dei CRE, comprendente le figure di Tecnico ed Ausiliario di RE con formazione FISE e la formalizzazione di un preciso metodo di lavoro sul paziente, che integra grooming e governo alla mano, lavoro a terra ed in sella. Le valutazioni di efficacia sono affidate ad una batteria di test comprendenti strumenti di valutazione psicopatologica generale (BPRS), indice di remissione (PANSS ad 8 item), valutazione meta cognitive e di alcuni costrutti psichici specifici (TAS, MQ, TCQ), funzionamento e qualità di vita (SF-36, VGF). Tale batteria viene somministrata al tempo 0 e dopo il termine del percorso riabilitativo: circa 10-12 mesi per un totale di circa 40 incontri. È prevista una valutazione intermedia (T1/2) per i soli BPRS, PANSS e VGF. I pazienti verranno suddivisi in due sottogruppi: provenienza territoriale e residenziale (CT, Case Famiglia, etc.). Previste anche valutazioni specifiche sul cavallo, in termini di stato fisico, comportamentale sia a riposo che a lavoro finalizzate alla misura dell'impatto sul loro benessere indotto dalle attività di RE.

P76. Aggiunta di allopurinolo nel trattamento della fase maniacale del disturbo maniacale (risultati preliminari)

N. Serroni*, L. Serroni*, D. Campanella*, D. De Berardis*, L. Olivieri*, A. D'Agostino*, A. Serroni*, T. Acciavatti****, A. Carano**, F.S. Moschetta*, M. Di Giannantonio***

*Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; **Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; ***Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'eventuale efficacia dell'aggiunta di allopurinolo alla terapia di base in pazienti affetti da disturbo bipolare I (BD-I) durante la fase di mania acuta, con valori elevati di uricemia. Abbiamo innanzitutto revisionato le cartelle cliniche di 150 pazienti consecutive con BD-I (58 in fase maniacale acuta, 48 in eutimia e 44 in fase depressiva) e per valutare i livelli plasmatici di uricemia. 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 37 pazienti in

fase maniacale acuta rispetto alle altre fasi della malattia e ai controlli sani. I livelli di acido urico correlavano positivamente con i punteggi alla BRMRS e alla YMRS.

Abbiamo quindi suddiviso i pazienti affetti da disturbo bipolare (BD-I) fase maniacale in 2 gruppi: il primo con pazienti che presentavano innalzamento dei valori di uricemia (37), il secondo con pazienti con uricemia nei parametri della norma (21). A tutti i pazienti con iperuricemia era stato somministrato allopurinolo al dosaggio di 300 mg/die.

I dati rilevati hanno evidenziato un miglioramento delle condizioni psichiche e soprattutto dell'aggressività nei pazienti con iperuricemia ai quali era stato aggiunto allopurinolo alla terapia di base con un netto miglioramento dei punteggi alla BRMRS e alla YMRS, anche se confrontati al gruppo di pazienti BD-I fase maniacale con valori normali di uricemia.

I dati osservati sembrano confermare l'ipotesi che lega la neurobiologia dei comportamenti aggressivi ad un'alterazione del sistema delle purine che determini una ridotta attività dell'adenosina e sebbene al momento non siano a disposizione farmaci che aumentino direttamente la funzione adenosinica, composti capaci di aumentarla indirettamente come l'allopurinolo anche alla luce nella nostra esperienza e di altri AA. risultati promettenti nel trattamento dell'aggressività e della fase maniacale del disturbo bipolare.

Bibliografia

De Berardis D, Campanella D, Serroni AN, et al. *Valutazione dei livelli plasmatici di antiossidanti durante differenti fasi di malattia in pazienti con disturbo bipolare.* Giorn Ital Psicopat 2009;14:194.

Lara DR, Belmonte-de-Abreu P, Souza DO. *Allopurinol for refractory aggression and self-inflicted behavior.* J Psychopharmacol 2000;14:81-3.

P77. Valutazione dei comportamenti aggressivi in pazienti ricoverati in SPDC con modalità d'emergenza

N. Serroni*, L. Serroni*, D. Campanella*, D. De Berardis*, L. Olivieri*, A. D'Agostino*, A. Serroni*, T. Acciavatti***, A. Carano**, L. Mancini**, G. Mariani**, F.S. Moschetta*, M. Di Giannantonio***

* Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ** Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; *** Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

L'attività dei Servizi Psichiatrici di diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta un punto fondamentale del lavoro clinico con i pazienti psichiatrici. È il luogo dove viene spesso gestita l'acuzie e in cui vengono formulati nuovi progetti terapeutici e farmacologici. In questa valutazione è stata prestata particolare attenzione alla valutazione dei comportamenti aggressivi, eventi non infrequenti sia nelle persone sane che nelle persone con problemi psichiatrici e che spesso rappresentano un problema grave nell'ambito di un servizio deputato alla gestione delle urgenze.

Materiali e metodi: sono stati arruolati 51 pazienti consecutivi, 27 di sesso maschile, 24 di sesso femminile, di età media pari a $43,8 \pm 16,0$ che si sono presentati all'osservazione dello specialista dell'SPDC dell'Ospedale Civile di Teramo. A tutti i pazienti all'ingresso (baseline) e alla dimissione (endpoint) sono state somministrate le seguenti scale psicometriche: la Brief

Psychiatric Rating Scale (BPRS) e la Modified Overt Aggression Scale (MOAS) che registra la comparsa di episodi di aggressività e la loro gravità.

Risultati: alla BPRS è stata riscontrata tra baseline e endpoint una diminuzione significativa su quasi tutte le sottoscale. In particolare il punteggio totale è passato da $73,0 \pm 14,2$ (baseline) a $46,9 \pm 12,0$ (endpoint) (Tab. I, p. 173). Non sono state rilevate variazioni statisticamente significative nelle sottoscale: grandiosità, allucinazioni, manierismo. Per quanto riguarda, invece la MOAS è stato riscontrato che tutti i pazienti, dal baseline all'endpoint, hanno avuto un punteggio pari a zero alla visita finale, ciò sta a dimostrare che il ricovero in SPDC riduce notevolmente l'aggressività. Anche il trattamento farmacologico, somministrato durante il ricovero in SPDC, ha migliorato la compliance del paziente. I risultati della regressione lineare multipla hanno evidenziato, che per quanto riguarda le variabili demografiche, sono indici predittivi di maggiore aggressività al baseline l'appartenenza al sesso femminile, il diploma di scuola media inferiore, l'uso di alcol, il fumo, il ricovero non volontario (TSO), la diagnosi di disturbo bipolare e di schizofrenia. Per quanto riguarda invece, le scale di valutazione, è stato evidenziato come le sottoscale della BPRS (ostilità, elevazione del tono dell'umore, sospettosità, pensiero insolito, bizzarria, mancanza di cooperazione) sono associate ad una maggiore aggressività.

P78. Iperuricemia e fase maniacale del disturbo bipolare

N. Serroni*, L. Serroni*, D. Campanella*, D. De Berardis*, L. Olivieri*, A. D'Agostino*, A. Serroni*, A.M. Pizzorno, T. Acciavatti****, V. Marasco*, A. Carano**, L. Mancini**, G. Mariani**, F.S. Moschetta*, G. Di Iorio**, M. Di Giannantonio***

* Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ** Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; *** Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare il ruolo dell'acido urico in pazienti affetti da disturbo bipolare I (BD-I) durante la fase di mania acuta.

Le cartelle cliniche di 150 pazienti consecutive con BD-I (58 in fase maniacale acuta, 48 in eutimia e 44 in fase depressiva) sono state revisionate per valutare i livelli plasmatici di uricemia. 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.

L'ipotesi più valida sembra essere quella che lega la neurobiologia dei comportamenti aggressivi ad un'alterazione del sistema delle purine che determini una ridotta attività dell'adenosina, che può aumentare i livelli di ansia e il comportamento aggressivo come pure può indurre instabilità dell'umore e infatti in modelli preclinici, agonisti dei recettori

TABELLA I.

Confronto baseline-endpoint per il campione totale e per sesso (media \pm deviazione standard).

	Baseline			Endpoint		
	Totale	M (n = 27 52,9%)	F (n = 24 47,1%)	Totale	M (n = 27 52,9%)	F (n = 24 47,1%)
B BPRS						
Totale	73,0 \pm 14,2	72,1 \pm 13,9	73,4 \pm 14,3	46,9 \pm 12,0*	46,1 \pm 10,6*	47,8 \pm 13,6*
Somatiche	3,9 \pm 1,8	3,7 \pm 1,7	4,0 \pm 1,8	2,7 \pm 1,1*	2,5 \pm 1,1*	2,9 \pm 1,1*
Ansia	4,7 \pm 1,6	4,3 \pm 1,8	5,1 \pm 1,3	3,0 \pm 1,1*	2,7 \pm 1,1*	3,3 \pm 1,1*
Depressione	4,6 \pm 1,9	4,3 \pm 1,9	5,0 \pm 1,8	2,8 \pm 1,2*	2,7 \pm 1,3*	2,8 \pm 1,0*
Suicidio	3,3 \pm 2,2	2,6 \pm 1,9	4,0 \pm 2,4	1,5 \pm 1,0*	1,5 \pm 1,0*	1,5 \pm 1,0*
Colpa	3,6 \pm 1,8	3,2 \pm 1,8	4,0 \pm 1,9	2,3 \pm 1,3*	2,1 \pm 0,9**	2,4 \pm 1,6*
Ostilità	3,5 \pm 2,0	3,4 \pm 1,8	3,7 \pm 2,1	2,1 \pm 1,5*	1,7 \pm 1,1*	2,6 \pm 1,8*
Elevazione umore	2,3 \pm 1,9	2,3 \pm 2,0	2,3 \pm 1,9	1,4 \pm 0,8*	1,3 \pm 0,8*	1,4 \pm 0,8*
Grandiosità	1,9 \pm 1,5	1,9 \pm 1,6	1,8 \pm 1,3	1,4 \pm 0,9	1,3 \pm 0,7	1,4 \pm 1,1
Sospettosità	3,7 \pm 1,9	3,8 \pm 1,8	4,0 \pm 2,1	1,9 \pm 1,0*	1,9 \pm 1,0*	2,0 \pm 1,0*
Allucinazioni	1,9 \pm 1,7	1,7 \pm 1,6	2,2 \pm 1,9	1,4 \pm 0,9	1,3 \pm 0,7	1,4 \pm 1,1
Pensiero insolito	3,1 \pm 1,9	3,9 \pm 1,9	2,4 \pm 1,8	2,1 \pm 1,1**	2,3 \pm 1,1**	1,9 \pm 1,0***
Bizzarria	2,3 \pm 1,5	2,2 \pm 1,5	2,2 \pm 1,4	1,5 \pm 0,8**	1,5 \pm 0,8**	1,6 \pm 0,9***
Trascuratezza	2,8 \pm 1,5	2,6 \pm 1,6	3,0 \pm 1,4	1,6 \pm 0,8*	1,6 \pm 0,8*	1,5 \pm 0,7*
Disorientamento	2,5 \pm 1,7	2,4 \pm 1,4	2,7 \pm 2,0	1,5 \pm 0,7*	1,5 \pm 0,7*	1,5 \pm 0,8*
Disorganizzazione	3,0 \pm 1,6	3,1 \pm 1,4	2,8 \pm 1,7	2,1 \pm 0,9*	2,2 \pm 0,9*	2,0 \pm 1,0*
App. affettivo	3,2 \pm 1,5	3,3 \pm 1,5	3,1 \pm 1,6	2,1 \pm 1,0*	2,3 \pm 1,0*	1,9 \pm 1,0*
Isolamento	3,5 \pm 1,6	3,6 \pm 1,4	3,3 \pm 1,9	2,3 \pm 1,2*	2,4 \pm 1,1*	2,3 \pm 1,3*
Rallentamento	2,9 \pm 1,8	2,6 \pm 1,8	2,9 \pm 1,8	2,0 \pm 1,2***	2,0 \pm 1,1***	2,0 \pm 1,3***
Tensione	4,0 \pm 1,8	3,8 \pm 1,5	4,1 \pm 2,1	2,6 \pm 1,3*	2,4 \pm 1,1*	2,9 \pm 1,5*
Mancanza compera.	3,5 \pm 1,9	3,4 \pm 2,0	3,6 \pm 1,8	2,2 \pm 1,3**	2,1 \pm 1,3**	2,2 \pm 1,3**
Eccitamento	2,4 \pm 2,0	2,5 \pm 2,1	2,2 \pm 2,0	1,6 \pm 1,2*	1,6 \pm 1,1*	1,7 \pm 1,3*
Distraibilità	2,5 \pm 1,6	2,4 \pm 1,3	2,6 \pm 1,9	1,9 \pm 1,1**	1,7 \pm 0,7*	2,0 \pm 1,4*
Iperattività	2,9 \pm 2,0	2,9 \pm 2,1	2,8 \pm 2,0	1,7 \pm 1,1**	1,8 \pm 1,1**	1,6 \pm 1,1*
Manierismo	1,8 \pm 1,3	2,0 \pm 1,4	1,5 \pm 1,1	1,4 \pm 0,9	1,6 \pm 1,1	1,1 \pm 0,3

* p < 0,001 vs. baseline; ** p < 0,01; *** p < 0,05 vs. baseline.

dell'adenosina hanno mostrato effetti antipsicotici, ansiolitici e antiaggressivi.

Sebbene al momento non siano a disposizione farmaci che aumentino direttamente la funzione adenosinica, composti capaci di aumentarla indirettamente come l'allopurinolo hanno mostrato nella nostra esperienza risultati promettenti nel trattamento dell'aggressività e della fase maniacale del disturbo bipolare.

Bibliografia

Cassano GB, Tundo A, editors. *Lo spettro dell'umore. Psicopatologia e clinica*. Milano: Elsevier 2008, pp. 38-9.

De Berardis D, Carano A, Campanella D, et al. *Valutazione dei livelli plasmatici di antiossidanti durante differenti fasi di malattia in pazienti con disturbo bipolare*. Giorn Ital Psicopat 2009;14:194.

Lara DR, Belmonte-de-Abreu P, Souza DO. *Allopurinol for refractory aggression and self-inflicted behavior*. J Psychopharmacol 2000;14:81-3.

P79. Traumi infantili in un campione di pazienti affetti da psicosi all'esordio: associazione con psicopatologia e funzioni cognitive

L. Sideli**, V. Alabastro*, A. Bruno*, M. Di Forti**, V. Di Giorgio*, L. Ferraro*, R. Grassia*, G. Grillo*, C. La Cascia*, M. La Placa*, V. Marciandò*, C. Mistretta*, A. Mulè***, M. Pomar*, M.V. Rumeo*, C. Sartorio*, A. Trotta*, D. La Barbera D*

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo; ** Institute of Psychiatry, King's College, London; *** A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato l'associazione tra traumi infantili e psicosi (Morgan & Fisher, 2007). Sebbene inizialmente fosse enfatizzato il ruolo dell'abuso sessuale, recentemente l'associazione con l'abuso fisico è sta-

ta riportata come più forte (Fisher et al., 2010; Rubino et al., 2009). Scopi dello studio sono valutare la prevalenza di eventi avversi infantili in un campione di soggetti al primo episodio psicotico e la sua relazione con la psicopatologia e le funzioni cognitive.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 74 soggetti al primo episodio psicotico (51 m, 23 f; em = 26,39, ds = 9,36). Sono state somministrate le seguenti interviste e test: CECA-Q (Bifulco et al., 2005) per la valutazione retrospettiva degli eventi avversi infantili; PANSS (Kay et al., 1987) per la valutazione della sintomatologia psicotica; WAIS-R (Wechsler, 1981) per la valutazione delle funzioni cognitive.

Risultati: I risultati preliminari mostrano un'associazione tra la presenza di gravi eventi avversi infantili e la sottoscala di psicopatologia generale della PANSS ($p < 0,05$). È stata osservata, inoltre, un'associazione tra l'abuso fisico compiuto dalla madre prima dei 12 anni e punteggi superiori alla sottoscala dei sintomi positivi della PANSS ($p < 0,05$). Nessuna associazione è stata trovata tra la sintomatologia psicotica e l'abuso fisico compiuto dal padre o l'abuso sessuale. Nessuna associazione è stata trovata tra il funzionamento cognitivo e la gravità o la numerosità degli eventi avversi infantili.

Conclusioni: i risultati preliminari dello studio appaiono in linea con le indicazioni della letteratura. È necessario, tuttavia, ampliare la numerosità del campione per ottenere risultati più consistenti.

Bibliografia

Fisher HL, Jones PB, Fearon P, et al. *The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder*. *Psychol Med* 2010;24:1-12.

Morgan C, Fisher H. *Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma. A critical review*. *Schizophr Bull* 2007;33:3-10.

Rubino IA, Frank E, Croce Nanni R, et al. *A comparative study of axis I antecedents before age 18 of unipolar depression, bipolar disorder and schizophrenia*. *Psychopathology* 2009;42:325-32.

P80. Eventi di vita stressanti in un campione di pazienti affetti da psicosi all'esordio: prevalenza, sintomatologia ed età d'esordio

L. Sideli***, V. Alabastro*, A. Bruno*, M. Di Forti**, V. Di Giorgio*, L. Ferraro*, R. Grassia*, G. Grillo*, C. La Cascia*, M. La Placa*, V. Marciandò*, C. Mistretta*, A. Mulè***, M. Pomar*, M.V. Rumeo*, C. Sartorio*, A. Trotta*, D. La Barbera*

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo; ** Institute of Psychiatry, King's College London; *** A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

Introduzione: un consistente numero di studi suggerisce un'elevata prevalenza di eventi traumatici nella storia di soggetti con disturbi psicotici (Shevlin et al., 2008). Più che l'impatto di un singolo evento di vita stressante, l'esposizione cumulativa ad esperienze traumatiche sembra incrementare il rischio di psicosi (van Winkel et al., 2008). Scopo dello studio è valutare la prevalenza di tali eventi in soggetti al primo episodio psicotico a confronto con controlli sani e la possibile correlazione con la sintomatologia psicotica e l'età di esordio.

Materiali e metodi: in atto sono stati reclutati 74 soggetti al primo episodio psicotico (51 m, 23 f; em = 26,39, ds = 9,36) e 27 controlli sani (18 m, 9 f; em = 25,93, ds = 7,65). Sono state somministrate le seguenti interviste: CECA-Q (Bifulco et al., 2005) per la valutazione retrospettiva degli eventi avversi infantili; List of Threatening Experiences (Brugha et al., 1985) per la valutazione degli eventi di vita stressanti durante il corso di vita e la PANSS (Kay et al., 1987) per la valutazione della sintomatologia psicotica.

Risultati e conclusioni: i risultati preliminari mostrano una maggiore prevalenza nel gruppo dei primi episodi psicotici di almeno un evento di vita stressante nell'arco della vita ($p < 0,001$). È stato osservato che i pazienti tendono ad esperire un numero superiore di eventi traumatici rispetto ai controlli ($p < 0,05$); particolarmente frequenti sono infortuni e aggressioni, bullismo, violenza domestica e sul lavoro, abuso sessuale. Tra i pazienti che sono stati vittima di nessuno, uno o più eventi stressanti non sono state rintracciate differenze significative né nell'età d'esordio né nella sintomatologia psicotica.

Bibliografia

Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, et al. *Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey*. *Schizophr Bull* 2008;34:193-9.

van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. *Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction*. *Schizophr Bull* 2008;34:1095-105.

P81. La qualità di vita nella schizofrenia stabile: il contributo della disorganizzazione

M. Sigaudò, N. Birindelli, M. Graffino, C. Montemagni, M. Scaleso, S. Zappia, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

I fattori che influenzano la qualità di vita nella schizofrenia non sono ancora del tutto conosciuti, in particolare la relazione tra la dimensione sintomatologica disorganizzativa e la qualità di vita risulta essere poco studiata. Il nostro studio si propone di indagare il contributo della disorganizzazione sulla qualità di vita in un campione di pazienti schizofrenici ambulatoriali in fase stabile di malattia.

Materiali e metodi: sono stati arruolati 276 pazienti ambulatoriali consecutivi, con schizofrenia in fase stabile (DSM IV-TR), afferenti presso Clinica Psichiatrica Universitaria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino e Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL 1-Molinette di Torino. La sintomatologia è stata valutata mediante la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), la qualità di vita tramite la Quality of Life Scale (QLS), una scale che include quattro domini: relazioni interpersonali (IRSN), ruolo occupazionale (IRF), fondamenti intrapsichici (IF) e oggetti e attività comuni (COA). Nella nostra analisi abbiamo deciso di utilizzare il modello a cinque fattori basato sugli items della PANSS proposto da van der Gaag et al. nel 2006. Questo modello individua 5 fattori: sintomi positivi, sintomi negativi, disorganizzazione, eccitamento e stress emotivo.

Abbiamo effettuato regressioni lineari univariate preliminari al fine di esplorare la relazione tra disorganizzazione e QLS

(punteggio totale e singoli domini). Poi, abbiamo condotto regressioni lineari multiple con lo scopo di considerare sintomi positivi, sintomi negativi, eccitamento e stress emotivo come possibili fattori contribuenti.

Risultati: le regressioni lineari univariate hanno mostrato come esista un'associazione significativa tra disorganizzazione e qualità di vita sia nel punteggio totale della QLS che nei punteggi delle quattro sottoscale (IRSN, IRF, IF, COA). Quando abbiamo testato gli effetti della disorganizzazione su QLS attraverso regressioni multiple, abbiamo riscontrato che gli effetti della disorganizzazione sul punteggio totale della QLS ($df = 1,275$; standardized $\beta = -0,23$; $p = 0,00$), su IRF ($df = 1,275$; standardized $\beta = -0,42$; $p < 0,001$) e su IF ($df = 1,275$; standardized $\beta = -0,21$; $p = 0,00$) erano significativi.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono che la disorganizzazione influenza la qualità di vita dei pazienti con schizofrenia in fase stabile, predicendo una qualità di vita più bassa. La disorganizzazione influenza in particolare due domini della qualità di vita: ruolo occupazionale (IRF) e fondamenti intrapsichici (IF).

Bibliografia

van der Gaag M, Cuijpers A, Hoffman T, et al. *The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale I: confirmatory factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions*. Schizophr Res 2006;85:273-9.

P82. Risperidone a rilascio prolungato e performances cognitive

A. Strati, A.F. Buchignani, D. D'Epiro, M. Falcone, G. Lupi, A. Filippo

Dipartimento Salute Mentale A.S.P. Cosenza, SPDC P.O "Beato Angelo", Acri (CS)

Introduzione: lo scopo dello studio realizzato in SPDC è stato quello di monitorare, nel tempo, l'efficacia di un antipsicotico atipico nella sua formulazione a lunga durata d'azione sul cluster sintomatologico di 3 pazienti con diagnosi di patologia psicotica.

Materiali e metodi: sono riportati 3 casi clinici di pazienti, 2 di sesso femminile (età rispettivamente 59 aa e 54 aa) di cui una con comorbilità organica, ed uno di sesso maschile età 38 aa. Tutti e tre i pazienti manifestavano scarsa aderenza al trattamento farmacologico. Dosaggio risperidone R.P. 25 mg in un caso e due 37,5 mg.

CGIs, PANSS, QLS, DAI-30, BACS, SA, le scale di valutazione psicopatologiche somministrate.

Conclusioni: la valutazione del medio e lungo termine conferma una remissione dei sintomi psicotici ed affettivi ed un miglioramento delle performances cognitive. Buona tollerabilità ed efficacia del risperdal R.P.

Bibliografia

Ereshefsky L, Lacombe S. *Pharmacological profile of risperidone*. Can J Psychiatry 1993;38(Suppl):S80-8.

Marder SR, Meibach RC. *Risperidone in the treatment of schizophrenia*. Am J Geriatr Psychiatry 1994;151:825-35.

P83. Esiti di un programma riabilitativo basato sull'attività sportiva in soggetti schizofrenici

G. Tirone, C. Bertossi, F. Bertossi, A. Pizzolato

Dipartimento di Salute Mentale, ASS 4 "Medio Friuli"

Introduzione: esistono diversi riscontri in letteratura, rispetto agli effetti benefici a vari livelli della riabilitazione psichiatrica di pazienti psicotici basata sulla pratica sportiva.

Obiettivi: indagare se, e in quale misura, l'inserimento in un programma riabilitativo basato sull'attività sportiva possa influire sul percorso di Salute, di soggetti affetti da schizofrenia.

Materiali e metodi: lo studio è descrittivo, di tipo caso-controllo, condotto su 40 pazienti (20 casi e 20 controlli) seguiti dai CSM di Trieste, con raccolta dati relativa al 2006-2007.

I criteri di inclusione del campione sono: sesso maschile; età tra i 19 e i 48 anni; diagnosi ICD-10, F20-29 (diagnosi prevalente, 80%), F30-39 (5%), F60-69 (15%); per i casi, inserimento – nell'anno precedente la raccolta dei dati – in un percorso riabilitativo sportivo (calcio maschile).

Sono state rilevate variabili socio-anagrafiche (condizione professionale e situazione abitativa), e variabili cliniche (terapia e sua compliance; numero e durata dei ricoveri; numero di pazienti ricoverati; principali interventi terapeutici).

Risultati: nel gruppo dei casi si ha un'evoluzione in senso positivo di tutti i parametri nell'arco temporale considerato: migliorano le condizioni professionali ed abitative e l'adesione al trattamento farmacologico; si riducono il numero e la durata dei ricoveri, e il numero dei ricoverati; diminuiscono le prestazioni terapeutiche nei singoli ambiti e globalmente (Test of Equal or Given Proportions: differenza in senso statistico tra gli interventi nei casi ed il totale degli interventi nel campione nei due anni, $p = 0,001762$).

Conclusioni: i riscontri possono essere letti nella prospettiva di un miglioramento delle condizioni psicopatologiche, dell'acquisizione di maggiori consapevolezza e capacità di autogestione del disturbo, di una migliore qualità del rapporto tra soggetto e Servizio, di un progresso nel "funzionamento sociale" della persona, di una riduzione del carico familiare soggettivo ed oggettivo, di una minore complessità di gestione – anche in termini di costi diretti e indiretti – da parte dei diversi attori coinvolti nel percorso di cura.

Bibliografia

Längle G, Siemssen G, Hornberger S. *Role of sports in treatment and rehabilitation of schizophrenic patients*. Rehabilitation 2000;39:276-82;

Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano: Etaslibri 1995.

WHO. *Psychosocial Rehabilitation. A Consensus Statement*. Geneva: WHO 1996.

P84. Analisi delle dimensioni psicopatologiche negli esordi psicotici finalizzata alla prevenzione secondaria

L. Todini, A. Luciani, M. Majorana, L. Orso

SPDC, Policlinico "Umberto I", Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Roma

Introduzione: identificare i sintomi più rilevanti nell'esordio psicotico risulta importante sia nella prevenzione, che nell'intervento terapeutico precoce^{1,3}.

Obiettivi: confrontare le dimensioni psicopatologiche nei pazienti con esordio di disturbi dello spettro psicotico rispetto ai pazienti non in fase d'esordio, attraverso la scala dimensionale S.VA.RA.D.

Materiali e metodi: un campione di 20 pazienti ricoverati presso l'SPDC del Policlinico Umberto I con esordio di un disturbo psicotico, è stato confrontato con un gruppo di controllo costituito da 40 pazienti giunti in corso di riacutizzazione psicotica e visitati nello stesso Policlinico.

Entrambi i gruppi sono stati valutati mediante S.VA.RA.D.².

Per ogni item della S.VA.RA.D. sono state calcolate le percentuali di manifestazione differenziate per livello di gravità (assente = 0; moderata = 1-2; elevata = 3-4).

Risultati: nel gruppo degli esordi gli item "apprensione/timore", "tristezza/demoralizzazione", si presentano con gravità elevata in una percentuale maggiore rispetto al gruppo di controllo (come illustrato nei grafici).

Conclusioni: considerare quanto, nel corso di un esordio psicotico, possano concomitare con gli altri sintomi, la demoralizzazione a l'apprensione, può risultare fondamentale nell'adottare tecniche che favoriscano un'alleanza terapeutica, propedeutica alla continuità di intervento ed essenziale nel prevenire i drop-out.

Bibliografia

- 1 Parnas J. *Clinical detection of schizophrenia-prone individuals*. Br J Psychiatry 2005;187(Suppl):S111-2
- 2 Pancheri P, Biondi M, Gaetano P, et al. *Costruzione della "SVAR-AD", una scala per la valutazione rapida dimensionale*. Rivista di Psichiatria 1999;34:72-83.
- 3 Marshall M, Rathbone J. *Early Intervention for psychosis*. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18;(4):CD004718.

P85. Depressione e sindrome negativa nella psicopatologia della schizofrenia

A. Trappoli, S. Porcelli, R. Bonafede, E.M. Savoia, A. Drago, A. Serretti, D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: considerevoli evidenze in letteratura sottolineano l'importanza dei sintomi depressivi (SD) nell'ambito della psicopatologia schizofrenica. Inoltre, la presenza degli stessi è spesso associata a peggior outcome, riduzione del funzionamento globale, ricadute e suicidio¹. Spesso tuttavia i SD possono essere considerati solo come aspetti di una sindrome negativa (SN) con conseguenze anche per ciò che concerne la scelta di una eventuale terapia farmacologica.

Obiettivi: gli Autori hanno voluto osservare la correlazione esistente fra SD e SN al momento del ricovero in un SPDC. Sono stati reclutati 35 pazienti con diagnosi DSMIV di schizofrenia ai quali sono state somministrate PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) e HAMD (Hamilton Depression Rating Scale), quest'ultima scomposta nei gruppi sintomatologici Core, Activity, Psychic anxiety, Somatic anxiety e Delusion². L'analisi è stata eseguita con STATISTICA Soft.

Risultati: fra i valori totali di PANSS e HAMD è risultata solo una debole correlazione, così come fra quest'ultima e i sintomi negativi (SNeg) PANSS. Nessuna correlazione fra items Core e SNeg che sono risultati tuttavia significativamente correlati agli items Delusion.

Discussione: è interessante notare come i SNeg non siano correlati con gli items Core della HAMD, che descrivono la dimensione più puramente cognitiva della depressione, ma siano invece significativamente correlati con gli items Delusion (ipochondria, senso di colpa e sintomi paranoidei), gli aspetti depressivi che per natura più possono avvicinarsi ad una esperienza di tipo psicotico.

Bibliografia

- 1 Siris SG. *Depression in schizophrenia: perspective in the era of "Atypical" antipsychotic agents*. Am J Psychiatry 2000;157:1379-89.
- 2 Serretti A, Lattuada E, Zanardi R, et al. *Patterns of symptom improvement during antidepressant treatment of delusional depression*. Psychiatry Res 2000;94:185-90.

P86. Variabili cliniche, caratteristiche neuropsicologiche, funzionamento psicosociale e rischio psicopatologico in pazienti al first episode: outcome di un intervento di problem solving

L. Verni, V. Bianchini, R. Roncone, R. Pollice, R. Ortenzi, D. Ussorio

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: scopo dello studio è stato quello di valutare le caratteristiche cliniche, funzionali e neuropsicologiche in un campione di soggetti all'esordio di un disturbo psicotico o in condizione di Stato Mentale a Rischio. I soggetti appartenenti al campione in esame sono stati sottoposti a trattamento integrato, farmacologico e psicoterapico secondo interventi standardizzati.

Materiali e metodi: sono stati valutati 26 soggetti (14 maschi e 12 femmine) afferenti consecutivamente presso il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE) dell'Aquila, da settembre 2009 a febbraio 2010, con esordio psicotico nell'80,6% (n = 21) e con stato mentale a rischio nel 19,4% (n = 5) dei casi. Tutti i soggetti appartenenti alla popolazione in esame sono stati sottoposti ad un intervento riabilitativo di Problem Solving Training, al termine del quale sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: scheda di valutazione dei dati anamnestici; valutazione neuropsicologica; FPS; PAS; SOS; PANSS; CGI-S.

Risultati: sono stati effettuati follow-up a cadenza semestrale, valutando la risposta clinica della popolazione in studio e verificando la presenza di eventuali correlazioni fra le variabili cliniche e funzionali rilevate al termine dell'osservazione con gli indicatori prognostici e con i trattamenti psicoterapici effettuati. Il campione totale è stato suddiviso in due gruppi in base alla presenza o meno di un peggior funzionamento premorbo: G1 formato da 15 soggetti e G2 di 11 soggetti. I due gruppi non differivano significativamente in relazione alle caratteristiche socio-demografiche e per trattamenti farmacologici effettuati. Rispetto al G2, nel G1, sono state evidenziate differenze statisticamente significative con punteggi medi più elevati agli items relativi alla dimensione negativa della PANSS. Il G1, inoltre, mostrava una maggiore durata di DUP, un punteggio medio significativamente peggiore alla CGI-s e alla FPS, nonché pre-

stazioni peggiori nelle valutazioni neurocognitive, anche al termine di interventi psicoterapici standardizzati.

Conclusioni: i risultati del nostro studio sono supportati dai dati della letteratura, che evidenziano differenze nella presentazione clinica ed una maggior gravità del disturbo all'esordio psicotico in soggetti che mostrano un peggiore funzionamento premorbo, con specifici 'sintomi base' quali alterazione di attenzione, ideazione, percezione, linguaggio, motilità e più bassa scolarità.

Bibliografia

Correll CU, Hauser M, Auther AM, et al. *Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions.* J Child Psychol Psychiatry 2010;51:390-431.

Hafner H, Maurer K. *Early Detection of Schizophrenia: current evidence and future perspectives.* World Psychiatry 200;5:130-8.

Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J, et al. *Basic Symptoms and Ultrahigh Risk criteria: symptom development in the initial prodromal state.* Schizophr Bull 2010;36:182-91.

P87. Valutazione dei precursori neuro-psico-comportamentali in pazienti al first episode di disturbo bipolare dell'umore

L. Verni, V. Bianchini, N. Giordani Paesani, R. Roncone*, R. Pollice*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, * Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: scopo del nostro studio è quello di analizzare, con strumenti standardizzati, il funzionamento premorbo di un gruppo di pazienti al primo episodio di disturbo bipolare (DSM-IV; APA, 1994) per esaminare la natura ed il tempo di comparsa di eventuali disturbi neuro-psico-comportamentali, verificando se esista o meno una correlazione tra la presenza di anomalie comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza con la sintomatologia e la gravità clinica del disturbo in età adulta.

Materiali e metodi: da maggio 2006 ad aprile 2010 sono stati valutati 83 soggetti (38 maschi e 45 femmine), afferenti consecutivamente presso l'ambulatorio S.M.I.L.E. di L'Aquila, al primo episodio di un disturbo bipolare dell'umore. Come gruppo di controllo sono stati valutati 30 soggetti sani, reclutati tra i collaterali di ogni paziente. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione clinica standardizzata: Brief Psychiatric Rating Scale-24 items (BPRS) (Morosini e Casacchia, 1994) e la Clinical Global Impression. Infine, alla madre di ciascun paziente è stata somministrata la versione modificata da Baum & Walker (1995) della Achenbach Child Behavior Check List for age 0-18 (CBCL/0-18; Achenbach, 1991)

Risultati: il campione totale aveva un punteggio medio alla BPRS 24 items pari a 56,2 (ds \pm 4,1) ed alla CGI Severity pari a 4,2 (ds \pm 1,2). Il confronto tra i pazienti ed i collaterali per ciascuna delle sei dimensioni di anomalie comportamentali indagate dalla CBCL (isolamento sociale, comportamento ansioso-depressivo, problemi sociali, labilità attentiva, comportamento antisociale, disturbi del pensiero) ha evidenziato differenze in tutti i punteggi medi della scala con un progressivo peggioramento nelle 5 fasce d'età. Abbiamo rilevato correlazioni statisticamente significative tra le sei dimensioni indagate nelle 5 fasce

d'età ed il punteggio medio della BPRS e della CGI- Severity.

Conclusioni: in linea con le più recenti ricerche, i risultati del nostro studio evidenziano differenze nella presentazione clinica ed una maggior gravità del disturbo all'esordio dei soggetti che presentano un peggiore funzionamento premorbo.

Bibliografia

Achenbach T. *Childhood Behaviour Checklist.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry 1991.

Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, et al. *Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up.* Acta Psychiatr Scand 2009;120:230-8.

P88. Strategie di coping e qualità di vita in pazienti con schizofrenia in fase stabile

S. Zappia, B. Crivelli, C. Mingrone, C. Montemagni, L. Sandei, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: il coping può essere definito come l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali che ciascun individuo mette in atto per far fronte a specifici eventi potenzialmente stressanti per il soggetto. Numerosi studi hanno proposto il coping come un determinante critico degli esiti funzionali nei soggetti affetti da schizofrenia e hanno dimostrato che buone capacità di adattamento tramite strategie efficaci, quali il coping task-oriented, si associano ad una migliore qualità di vita e migliori performance sociali e lavorative.

Materiali e metodi: obiettivo del presente studio è indagare la relazione tra gli stili di coping e la qualità di vita sia oggettiva che soggettiva in pazienti ambulatoriali con diagnosi di schizofrenia stabile. Abbiamo condotto una valutazione trasversale su 51 soggetti ambulatoriali reclutati presso la Clinica Psichiatrica Universitaria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, e il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale A.S.L. 1 - Molinette di Torino, con diagnosi di schizofrenia sulla base della SCID per il DSM-IV, in fase stabile di malattia. Ai pazienti sono stati somministrate scale di valutazione della gravità della sintomatologia (CGI, PANSS), del funzionamento socio-lavorativo (GAF, PSP), della qualità di vita oggettiva (QLS) e soggettiva (SF-36). In particolare, di quest'ultima sono stati considerati i punteggi parziali relativi a otto domini di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica e limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali, salute mentale e una singola domanda sul cambiamento nello stato di salute. Le strategie di coping sono state valutate tramite il CISS, che identifica tre stili di coping prevalenti: task-, emotion- e avoidance-oriented. Abbiamo condotto un'analisi di regressione lineare univariata al fine di valutare il contributo dei diversi stili di coping alla qualità di vita dei pazienti.

Risultati: i risultati preliminari suggerirebbero che, in linea con i risultati presenti in letteratura, l'utilizzo di uno stile di coping task-oriented sarebbe un fattore contribuyente ad una migliore qualità di vita soggettiva, in particolare relativamente al dominio "salute mentale". Al contrario, maggiore è il punteggio alla sottoscala del coping emotion-oriented, peggiore sarebbe la qualità di vita percepita nella quasi totalità dei domini di salute.

Bibliografia

Phillips L, Francey S, Edwards J, et al. *Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review*. Anxiety Stress Coping. 2009;22:371-410.

Ritsner M, Gibel A, Ratner Y. *Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia*. Qual Life Res 2006;15:515-26.

Yanos P, Moos R. *Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: an integrated model*. Clin Psychol Rev 2007;27:58-77.

P89. Utilizzo dell'SWN nella pratica clinica come indice predittivo di outcome

P. Zeppegno, P. Prosperini, M. Colombo, O. Allera, S. Gili, A. Lombardi, E. Torre

SC Psichiatria AOU Maggiore della Carità UPO A Avogadro-Novara

Scopi: verificare l'utilizzo dell'SWN nella fase acuta della malattia psichiatrica come indicatore di outcome clinico.

Materiali e metodi: i pazienti sono stati divisi in 4 gruppi in base alla diagnosi (schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi di personalità, reazione acuta allo stress) a loro volta suddivisi in 3 sottogruppi in base alla durata della degenza (T1 < 7 gg, T2 = 7-14 gg, T3 > 14 gg). Gli indicatori di benessere soggettivo (sottoscale SWN) e l'indice di gravità di malattia (CGI-S) sono stati valutati al momento sia del ricovero che della dimissione.

Risultati: alla dimissione si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra i gruppi diagnostici nelle sottoscale dell'SWN ad eccezione dell'integrazione sociale e total score a parità di CGI-S. Gli schizofrenici e i disturbi di personalità presentano un miglioramento soggettivo al T2 mentre il gruppo disturbi dell'umore al T3; le reazioni acute allo stress hanno un miglioramento al T1 uguale al T2. La CGI mostra un miglioramento significativo indipendentemente dalla durata dell'osservazione.

Conclusioni: i dati preliminari attualmente analizzati confermano che l'SWN rappresenta un indice predittivo di outcome clinico e di remissione e che affiancato alla valutazione clinica dello specialista può definire programmi terapeutici più mirati.

GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2011 – ORE 13,50-15,50

SALA: POSTER SESSION

SECONDO GRUPPO

Disturbo Depressivo – Disturbi d'Ansia – Disturbo Ossessivo Compulsivo – Disturbi della Condotta Alimentare – Alessitimia – Psicopatologia legata a Stress – Psicosomatica – Disturbi Somatoformi – Psichiatria e Medicina Generale

P90. L'attività sportiva nella riabilitazione di pazienti con disabilità intellettiva

S. Adamo, S. Palmieri, A.L. Floris, G. Mellino, M.G. Carta
Centro di Psichiatria di Consultazione e Psicosomatica, Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari

Introduzione: la disabilità intellettiva (ID) compromette l'adattamento sociale limitando il funzionamento globale dell'individuo. Le attività sportive possono essere utilizzate in riabilitazione per migliorare l'adattamento sociale e la qualità della vita (Carta et al., 2008).

In questo studio si è voluto valutare se l'attività sportiva sia in grado di incidere sul miglioramento della qualità della vita in soggetti con deficit intellettivo medio-grave.

Materiali e metodi: disegno: studio naturalistico osservazionale della durata di dodici mesi in individui inseriti in un programma sportivo con differenti opzioni (calcio, pallavolo, atletica, nuoto); campione: 56 soggetti (m. 53, età media 28 ± 9); strumenti WAIS, AIRP versione italiana (Carta et al., 2001).

Risultati: lo studio ha messo in evidenza un miglioramento del funzionamento globale nell'83,9% dei soggetti ($p < 0,001$). I miglioramenti hanno riguardato le seguenti aree: affettivo-relazionale (72,22%, $p < 0,001$); autonomia (16,67%, $p < 0,05$); abilità prassico-motorie (11,11%, NS). Non sono emerse differenze fra i sottogruppi impegnati in attività individuali e di gruppo.

Conclusioni: i risultati suggeriscono che l'attività sportiva ha contribuito a migliorare e la qualità della vita della maggioranza degli individui con disabilità intellettiva coinvolti nella ricerca.

Bibliografia

Carta MG, Hardoy MC, Dessì I, et al. *Adjunctive gabapentin in patients with intellectual disability and bipolar spectrum disorders*. J Intellect Disabil Res 2001;45:139-45.

Carta MG, Hardoy MC, Pilu A, et al. *Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder*. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2008;4:1.

P91. Pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e sintomatologia di tipo *hoarding*: un differente sottotipo clinico?

A. Aguglia, E. Bechon, A. Chiarle, U. Albert, F. Bogetto, G. Maina

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

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è caratterizzato da pensieri intrusivi ed egodistonici a cui fanno seguito comportamenti ritualizzati ripetitivi e finalistici; tale disturbo influenza circa il 2-3% della popolazione generale¹. Recenti studi hanno evidenziato l'eterogeneità di tale disturbo, basandosi su un approccio dimensionale² e classificando il tipo *hoarding* come possibile sottotipo clinico distinto rispetto agli altri¹; a conferma di ciò, sono presenti studi in letteratura che hanno trovato la presenza di sintomatologia *hoarding* anche in altri disturbi psichiatrici quali schizofrenia, disturbi affettivi, demenza, autismo^{3,4}.

Scopo del presente lavoro è valutare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti "*hoarder*", e confermare i risultati che sono presenti in letteratura.

Materiali e metodi: sono stati reclutati nello studio pazienti ambulatoriali, di età compresa tra i 18 e i 65 anni, afferiti consecutivamente al nostro servizio ambulatoriale, con diagnosi principale di disturbo ossessivo-compulsivo secondo i criteri del DSM-IV-TR. Ai pazienti è stata somministrata un'intervista semistrutturata per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche. I pazienti sono stati valutati inoltre con le seguenti scale: 1) HAM-D; 2) HAM-A; 3) Y-BOCS; 4) scala di Paykel; 5) SCID-II. Successivamente, sulla base della sintomatologia manifestata, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, *hoarder* vs. non *hoarder*.

Risultati e conclusioni: il campione in esame è costituito da 369 pazienti con DOC, 67 dei quali con sintomatologia di tipo *hoarding*, pari al 18%. Dati preliminari indicano una maggiore prevalenza di compromissione del funzionamento sociale e di comorbidità con disturbi affettivi, in particolare con il disturbo bipolare. Ulteriori correlazioni sono in corso di analisi statistica.

Bibliografia

- 1 Wheaton M, Timpano R, LaSalle-Ricci V, Murphy D. *Characterizing the Hoarding Phenotype in Individuals with OCD: Associations with Comorbidity, Severity and Gender*. J Anxiety Disorder 2008;22:243-52.
- 2 Albert U, Maina G, Bogetto F, et al. *Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry 2010;51:193-200.
- 3 Saxena S, Ayers CR, Maidment KM, et al. *Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding*. J Psychiatr Res 2010 Sep. 3 [Epub ahead of print].
- 4 Samuels JF, Bienvenu OJ III, Pinto A, et al. *Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD Collaborative Genetics Study*. Behav Res Ther 2007;4: 673-86.

P92. Le revisioni sistematiche nella letteratura della depressione: coerenze e incoerenze delle evidenze scientifiche

S. Ammendola*, A. Lubrano***, V. Prisco***, D. Iodice*, L. Errichiello*, E. De Vivo*, O. Palladino*, M. Morlino**

*Dipartimento di Neuroscienze, Specializzando in psichiatria. AOU "Federico II", Napoli; ** Dipartimento di Neuroscienze, Ricercatore. AOU "Federico II", Napoli; *** Dipartimento di Neuroscienze. AOU "Federico II", Napoli

Introduzione: ogni anno è prodotta una ingente quantità di evidenze scientifiche finalizzate ad orientare la pratica clinica nel campo della depressione. In tal senso le RS costituiscono il *gold standard*. Tuttavia, le evidenze prodotte non sempre risultano omogenee e, dunque, oggettivamente indicative.

Materiali e metodi: si è, pertanto, effettuata un'analisi delle RS esistenti sulla depressione, al fine di valutarne il grado di omogeneità e coerenza dei risultati e l'impatto che eventuali lacune in tal senso, hanno sull'orientamento delle scelte cliniche. Sono state cercate in Ovid e Pubmed le parole chiave "*Depression treatment*", e "*Antidepressants*", includendo solo Metanalisi. Di 1099 titoli ottenuti, sono state selezionate 424 RS di RCT che trattassero della terapia della depressione primaria isolata (escludendo forme secondarie o in comorbidità). Sono state, poi, selezionate le RS che trattassero della terapia farmacologica e suddivise in base alla singole molecole, individuando 10 Categorie singole più una ulteriore (Altro: molecole su cui erano presenti meno di 5 RS). Una analisi delle Categorie singole è stata effettuata valutando le RS che confrontassero singole molecole tra loro in termini di efficacia e tollerabilità.

Risultati: per nessun confronto esaminato è stata riscontrata omogeneità nei risultati ottenuti, essendo in ogni caso presente almeno una RS con esiti opposti o discordanti dalle altre visionate. Le maggiori cause di discordanza erano: differenze negli studi selezionati; disomogeneità e scarsa confrontabilità degli stessi; discordanza nei dosaggi valutati; differenze nell'analisi statistica (es: ITT vs. per protocol); conflitto di interesse per autori implicati in lavori con esito favorevole commissionati da case farmaceutiche.

Conclusioni: pur essendo il *gold standard* dell'EBM, le RS della depressione sono frequentemente eterogenee nei risultati evidenziati, lasciando sempre al clinico il compito di valutarne l'effettiva veridicità e l'oggettiva applicabilità clinica. Appare, pertanto, necessario l'impegno a migliorare la trasparenza e l'interpretabilità di questo innegabile strumento di orientamento della pratica clinica.

P93. Patologia psichiatrica ed alto utilizzo dell'ambulatorio di medicina generale: regola o fenomeno occasionale?

A. Ascari*, S. Ferrari*, M. Andreoli**, M. Peggi***, M. Rigatelli*

* Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio; ** MMG Distretto di Sassuolo, Modena; *** Facoltà di Psicologia, Università di Parma

Introduzione: il fenomeno dell'alto utilizzo dei servizi di medicina generale si associa con certezza a taluni caratteri socio-

demografici (età avanzata, sesso femminile) e ad un'importante comorbilità medico-psichiatrica; ha inoltre importanti ripercussioni sul carico di lavoro del medico di medicina generale (MMG). Tuttavia, gli studi a lungo termine sul tema scarseggiano e l'aspetto della cronicizzazione del fenomeno non è stato indagato approfonditamente.

Obiettivi: valutare un gruppo di pazienti, già noti da un precedente studio, a distanza di nove anni; estrapolare l'esistenza di altri pazienti Alti Utilizzatori (AU) e determinare eventuali differenze tra pazienti AU cronici e occasionali.

Tipologia dello studio: consultazione di dati informatizzati archiviati dal 2001 al 2009; intervista diretta al MMG e alla segretaria.

Setting: un ambulatorio di Medicina Generale situato nel comune di Fiorano Modenese (MO). Partecipanti: 56 AU cronici, 56 AU occasionali, 56 controlli.

Risultati: il presente studio rivela che di 40 pazienti AU già valutati nel 2001 ben 28 sono cronicizzati, e conferma quanto noto dal punto di vista socio-demografico: gli AU, principalmente quelli cronici e in misura minore quelli occasionali, sono perlopiù donne di età avanzata. La morbilità medica è molto accentuata tra gli AU cronici e intermedia tra gli occasionali, mentre la morbilità psichiatrica non presenta sostanziali differenze numeriche tra i due gruppi; la depressione tuttavia è rappresentata nel 46% degli AU cronici e nel 41% degli AU occasionali, mentre la somatizzazione è rappresentata solo tra gli occasionali (10%). Gli AU cronici ricevono più prescrizioni per farmaci di tutti i generi rispetto a quelli occasionali; per questo secondo gruppo, invece, è maggiore il ricorso allo specialista Psichiatra.

Conclusioni: l'analisi del pattern di cronicizzazione di questi pazienti su un periodo di nove anni mostra che l'aspetto assume proporzioni importanti e merita degli studi di approfondimento. La morbilità psichiatrica tra gli AU cronici è numericamente simile a quella tra gli occasionali, ma si manifesta diversamente e diverso è l'approccio terapeutico tra i due gruppi. Questo aspetto potrebbe essere approfondito per perfezionare il trattamento della patologia psichiatrica, il cui miglioramento si rifletterebbe positivamente sul fenomeno dell'alto utilizzo.

P94. Perinatal Depression-Research & Screening Unit study: prevalenza, incidenza e ricorrenza di depressione in gravidanza e nel primo anno postpartum

S. Banti, M. Mauri, A. Oppo, C. Borri, C. Rambelli, D. Ramacciotti, M.S. Montagnani, V. Camilleri, S. Cortopassi, P. Rucci, E. Cianelli, C. Cirri, E. Nencioni, G.B. Cassano

Unità Operativa II, Clinica Psichiatrica Pisa, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie - Università di Pisa

Introduzione: Esiste in letteratura una grande variabilità nelle stime di prevalenza della depressione perinatale (Gaynes et al., 2005). L'obiettivo di questo lavoro è fornire stime di prevalenza, incidenza e ricorrenza di depressione maggiore e minore (DMm) in gravidanza e nel primo anno postpartum.

Materiali e metodi: 1066 donne reclutate al 3° mese di gravidanza e seguite fino al 1° anno postpartum sottoposte a 3 valutazioni in gravidanza e 5 nel postpartum utilizzando la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e la *Structured*

Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (SCID) in caso di EPDS \geq 13.

Risultati: prevalenza di periodo di DMm del 12,4% in gravidanza e del 9,6% nel postpartum. Incidenza cumulativa del 2,2% in gravidanza e del 6,8% nel postpartum. 32 donne (7,3%) hanno avuto il loro primo episodio depressivo durante lo studio. Abbiamo rilevato un rischio doppio di sviluppare un episodio depressivo nelle donne con una pregressa storia di depressione.

Conclusioni: le stime di prevalenza postpartum sono leggermente più basse rispetto a quelle riportate dalla letteratura. Questo potrebbe riflettere un effetto del trattamento fornito alle donne durante il corso dello studio. Inoltre, è possibile che effettuare screening ripetuti ad identificare precocemente e trattare i sintomi depressivi. Ricerche future dovrebbero indagare in modo sistematico tali possibilità.

Bibliografia

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research 1995.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes*. Evidence report/technology assessment no. 119. (prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under contract no. 290-02-0016.) AHRQ publication no. 05- E006-2. Rockville (Md): Agency for Healthcare Research and Quality 2005.

P95. Presenza e distribuzione dei recettori 5-HT₆ in aree cerebrali umane post-mortem

S. Baroni, M. Catena Dell'Osso, G. Giannaccini, L. Betti, L. Palego, L. Schmid, M. Lanza, D. Ceresoli, D. Marazziti
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Fino ad oggi, sono state identificate sette famiglie principali di recettori della serotonina (5-HT) (5-HT₁-5-HT₇), che comprendono un totale di 14 sottotipi. I recettori di tipo 5-HT₆ sono stati gli ultimi ad essere identificati, ma hanno suscitato particolare interesse perché alcuni antidepressivi e antipsicotici si comportano come antagonisti al loro livello. Data la scarsità di informazioni sulla loro distribuzione nel cervello umano, con la nostra ricerca ci siamo proposti di esplorare la presenza e la distribuzione dei recettori 5-HT₆ in tre aree cerebrali umane post-mortem: la corteccia prefrontale, l'ippocampo e il nucleo striato.

I campioni delle suddette aree sono stati ottenuti durante autopsia e a scopo unicamente diagnostico, previa autorizzazione del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera e Universitaria Pisana, da tre soggetti non affetti da malattie croniche-metaboliche o da patologie primarie e secondarie a carico del sistema nervoso centrale.

La preparazione delle membrane neuronali e gli esperimenti di *binding* dei recettori 5-HT₆ con [¹²⁵I]-SB258585, ligando selettivo e specifico per questi recettori, sono stati effettuati con una metodica standardizzata.

I risultati hanno rilevato una quota di legame specifico più elevata nel nucleo striato rispetto alla corteccia e all'ippocampo. I successivi esperimenti di binding sono stati quindi effettuati utilizzando membrane di nucleo striato La Bmax e la Kd rilevate in tale area erano rispettivamente (media \pm DS) 38 ± 3 fmol/mg di proteine e $1,04 \pm 0,02$ nM.

La bassissima quota di legame specifico ottenuta in corteccia e in ippocampo non ha consentito di continuare la sperimentazione con [125 I]-SB258585 in queste due aree.

Il nostro studio ha quindi evidenziato una bassa densità di recettori 5-HT₆ nella corteccia prefrontale e nell'ippocampo, non quantificabile con il radioligando a nostra disposizione, ed ha invece confermato la presenza di questi recettori nel nucleo striato.

P96. Differenze nel profilo attentivo in un campione di pazienti con disturbo ossessivo compulsivo vs. controlli

B. Benatti*, B. Dell'Osso*, E. Hollander**, A.C. Altamura*

* Dipartimento di Salute Mentale, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ** Montefiore Medical Center University Hospital for Albert Einstein College of Medicine Child Psychiatry Annex, New York

Introduzione: il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) condivide diverse caratteristiche cliniche e biologiche con i disturbi del controllo degli impulsi (ICD) tanto che tali disturbi sono stati ricondotti all'interno di un comune spettro ossessivo/compulsivo. Uno dei principali elementi di comunanza è l'incapacità di resistere alla necessità di mettere in atto specifici comportamenti¹. Fra gli strumenti di valutazione dei pazienti con discontrollo degli impulsi, la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS) esplora tre principali aree di impulsività: attentiva, motoria e di non pianificazione².

Scopo di questo studio è valutare il livello di impulsività tramite la BIS in un campione di pazienti con DOC, vs. DOC in comorbidità vs. controlli sani.

Materiali e metodi: la BIS è stata somministrata a 60 pazienti ambulatoriali con diagnosi di DOC secondo il DSM IV-TR, di cui 41 presentavano comorbidità (disturbo d'ansia generalizzato e disturbo depressivo maggiore in particolare) e a 63 controlli sani. Allo scopo di confrontare i punteggi dei diversi gruppi, è stato effettuato un test t di Student per campioni indipendenti.

Risultati: sono stati riscontrati punteggi totali della BIS significativamente maggiori nei pazienti con DOC rispetto ai controlli (t: 2,068; p: 0,041); nell'area attentiva, sono risultati maggiori i punteggi dei pazienti con DOC rispetto ai controlli (t: 6,919; p: 0,000) e quelli dei pazienti con DOC senza comorbidità rispetto ai controlli (t: 4,890; p: 0,000).

Conclusioni: dall'analisi di questo campione emergono differenze significative nel profilo d'impulsività fra pazienti con DOC e controlli, particolarmente nell'area attentiva.

Bibliografia

- Potenza MN, Koran LM, Pallanti S. *The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions.* Psychiatry Res 2009;170:22-31.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. *Factor structure of the Barratt Impulsiveness scale.* J Clin Psychol 1995;51:768-74.

P97. Variabili predittive nel disturbo acuto da stress tra i sopravvissuti del terremoto dell'Aquila

V. Bianchini, N. Giordani Paesani, M. Malavolta, L. Verni,, M. Colatei, I. Santini, I. De Lauretis, A. Tosone, S. D'Onofrio, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Aquila, Dipartimento Scienze della Salute

Introduzione: la valutazione dell'insorgenza di disturbi psichiatrici, immediatamente dopo il verificarsi di un disastro naturale, è essenziale per la programmazione di un'efficace attività di supporto sulla base del possibile sviluppo di conseguenze a lungo termine (distruzione della rete sociale, danno economico e sviluppo di malattie mentali croniche). Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'incidenza del disturbo acuto da stress (ASD) fra i sopravvissuti del terremoto afferiti consecutivamente presso il reparto di psichiatria dell'ospedale da campo allestito a L'Aquila immediatamente dopo il sisma del 6 aprile 2009, e di seguito indagare i fattori di rischio e/o di protezione per lo sviluppo di *distress* psicologico.

Materiali e metodi: abbiamo valutato 120 vittime del terremoto dell'Aquila con la *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SASRQ) per la diagnosi di ASD, il *General Health Questionnaire-12 items* (GHQ-12) per studiare il livello di stress percepito e il *Brief Cope* per conoscere le strategie di coping adottate.

Risultati: 61 soggetti (51,6%) soddisfacevano i criteri per una diagnosi di ASD. Dividendo il campione in base alla presenza o meno di ASD, nelle dimensioni indagate dalla SASRQ, esistono delle differenze significative esclusivamente nella dimensione "Dissociativa" (Derealizzazione (p \leq 0,09), Depersonalizzazione (p \leq 0,00) e Amnesia (p \leq 0,00)). Il *displacement* sembra essere il principale fattore di rischio per lo sviluppo di ASD: infatti, la maggior parte dei soggetti senza ASD, dopo il sisma si trovava in tendopoli vicino alla propria abitazione danneggiata (48,4%), mentre il 45,4% dei soggetti con ASD era dislocata negli alberghi della Costa lontani dall'Aquila e dalla propria rete sociale.

Conclusioni: il nostro studio, in linea con la letteratura recente, conferma l'importanza della dimensione dissociativa nell'ambito del disturbo acuto da stress, dell'elevato *distress* psicologico e degli aspetti socio-culturali (*displacement*, disgregazione della rete sociale, etc.) come predittori dello sviluppo di un ASD. Tali risultati sottolineano l'importanza della valutazione approfondita sui soggetti esposti ad uno trauma, non solo allo scopo di elaborare una diagnosi psichiatrica, ma ancor di più nell'individuazione di una vulnerabilità psicologica, fattore di rischio per lo sviluppo di altri disagi psichici a lungo termine (PTSD, ansia, depressione, disturbi del sonno, etc.).

Bibliografia

- Christiansen DM, Elklit A. *Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women.* Ann Gen Psychiatry 2008;7:24.
- Christodoulou GN, Paparrigopoulos TJ, Soldatos CR. *Acute stress reaction among victims of the 1999 Athens earthquake: help seekers profile.* World Psychiatry. 2003;2:50-3.
- Harvey AG, Bryant RA. *Acute stress disorder: a synthesis and critique.* Psychol Bull 2002;128:886-902.

P98. Distress psicologico ed alterazioni dell'asse HPA in pazienti esposti al terremoto dell'Aquila: variazioni del cortisolo ematico

V. Bianchini, A. Tosone, A. Paolis, R. Roncone, P. Pomerio, M.V. Giannangeli, V. Marola, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Aquila, Dipartimento Scienze della Salute

Introduzione: gli ultimi decenni hanno visto una maggiore comprensione degli effetti neurali dello stress mediati tra l'altro dalle alterazioni cortisolemiche, con valutazioni spesso contrastanti nei diversi studi. Un disastro naturale, come il terremoto dell'Aquila, fornisce un'occasione unica per studiare gli effetti di un tipo comparabile di stress e sottolineare le differenze individuali nella reattività ad un trauma. Lo studio si propone di valutare, in una popolazione di pazienti ricoverati, le risposte individuali allo stress saggiando i livelli di cortisolemia, le capacità di *coping* e il livello di distress psicologico a seguito dell'evento sismico del 6 aprile 2009 a L'Aquila.

Materiali e metodi: il campione è composto da 169 pazienti con differenti diagnosi psichiatriche afferiti consecutivamente, dal luglio 2009 ad agosto 2010, presso l'SPUDC dell'Aquila, tutti in trattamento psicofarmacologico: di questi il 76% era presente a L'Aquila al momento del sisma. Ogni paziente è stato sottoposto a dosaggio della cortisolemia basale (ore 8,00) e valutazione psicometrica con il *General Health Questionnaire - 12 items* (GHQ-12), l'*Impact Event Scale- Revised* (IES-R) e il *Brief Cope*.

Risultati: il 26% aveva una diagnosi nell'ambito dello spettro non affettivo (schizofrenia e psicosi Nas) e il 74% dello spettro affettivo (depressione, dt bipolare, ansia, etc). Il 12% del campione presentava livelli di cortisolo basale oltre soglia (> 25 µg/dl), il 36% sotto soglia (< 5 µg/dl) e il 52% nei range della norma. Suddividendo poi il campione in tre gruppi in base alla risposta cortisolemica (G1 = cortisolo aumentato; G2 = diminuito; G3 = entro range) abbiamo riscontrato che solo i G2 presentavano uno score totale all'IES-R oltre range (v.m. = 42 ds ± 3,2), differenziandosi inoltre in modo significativo nella dimensione "Iperarousal" (p > 0,002) rispetto ai G1 e nell'"Evitamento" (p > 0,003) e "Riesperienza" (p > 0,05) rispetto ai G3. Dei G2 solo il 23% vs. il 77% aveva una diagnosi di spettro non affettivo.

Conclusioni: i nostri risultati confermano come un trauma rilevante, determinando l'attivazione dell'HPA, induca un meccanismo di feedback negativo sul rilascio di cortisolo: difatti i pazienti con cortisolemia sottosoglia sono quelli che manifestano un maggiore sintomatologia post traumatica, un elevato livello di *distress* (GHQ-12), ma anche profili di *coping* negativi. Inoltre, in linea con la letteratura recente, lo studio ha evidenziato come i pazienti con Spettro Schizofrenico rispetto a quello Affettivo, risentano meno degli eventi traumatici sia a livello di stress che nella risposta clinica e cognitiva.

Bibliografia

Meewisse ML, Reitsma JB, de Vries GJ, et al. *Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis*. Br J Psychiatry 2007;191:387-92.

Olf M, Güzelcan Y, de Vries GJ, et al. *HPA- and HPT-axis alterations in chronic posttraumatic stress disorder*. Psychoneuroendocrinology 2006;31:1220-30.

P99. Studio farmacogenetico sulla sindrome metabolica indotta dagli antipsicotici atipici e dagli stabilizzatori dell'umore

G. Bondolfi*, E. Choong**, M. Etter*, B. Oneda**, H. Tayebi**, J.M. Aubry*, C.B. Eap***

* Department of Psychiatry, University Hospital of Geneva, University of Geneva, Switzerland; ** Unit of Biochemistry and Clinical Psychopharmacology, Hospital of Cery, Centre for Psychiatric Neuroscience, Department of Psychiatry, CHUV, University of Lausanne, Switzerland; *** School of Pharmaceutical Sciences, University of Geneva, University of Lausanne, Switzerland

Introduction: metabolic syndrome (weight gain, alteration of lipid and glycaemia profiles) induced by atypical antipsychotics and/or mood stabilizers are of high clinical concern for the long term patient morbidity and mortality.

Aim: the major aim of this trial is to identify pharmacogenetic susceptibility factors for metabolic syndrome.

Patients and methods: for this purpose, a transversal study was performed in a Swiss out-patient psychiatric division, with the inclusion of 196 psychiatric patients. Sixty nine percent of patients were receiving atypical antipsychotics, and 31% lithium or valproate (two mood stabilizers also known to induce weight gain). Genotyping of pharmacodynamic candidate genes was performed using rtPCR and allelic discrimination assays, after validation of the method by direct sequencing. Uncoupling protein 2 (UCP2), a mitochondria membrane transporter involved in the release of stored energy, leptin receptor (LEPR) and fat mass and obesity associated gene (FTO), 2 genes playing a role in satiety, were chosen as candidate genes.

Results: UCP2 rs660339 polymorphism is associated with differences in HDL-cholesterol levels (p = 0.002), and with obesity, with CC and CT carriers presenting a 3.1-fold increased risk of obesity (95%CI 1.2-9.9) as compared to TT carriers. Significant association between BMI change and LEPR polymorphism were found in female patients treated with all studied drugs (p = 0.039), and between BMI change and FTO polymorphism in patients treated with risperidone or olanzapine (p = 0.003).

Conclusions: predicting metabolic syndrome side effects remains complex and requires further investigations. However, each relevant gene showing an association with this important side-effect could assist in the choice of the appropriate treatment for each individual patient.

P100. Psicopatologia ed eventi organici acuti: uno studio prospettico

G. Brambilla^{1,3}, M. Beghi^{1,2}, C. Cerri⁴, M. Clerici¹, F. Ferrato², M. Percudani², C. Perin^{3,4}, F. Peroni^{1,3}, J. Santambrogio^{1,3}, C.M. Cornaggia^{1,3}

*Clinica Psichiatrica Università di Milano Bicocca; ²Dipartimento di Salute Mentale, AO Salvini, Garbagnate Milanese; ³Istituti Clinici Zucchi, Carate Brianza; ⁴Medicina Riabilitativa, Università di Milano Bicocca

Un evento acuto si configura come una minaccia alla salute sia sul piano concreto che su quello simbolico in quanto mette in discussione l'illusione di sicurezza personale. La letteratura riporta una prevalenza di disturbi psichici dopo evento acuto che

oscilla tra il 10 e il 35% e un impatto negativo della stessa sulla disabilità e sulla sopravvivenza. Scopo dello studio è valutare: la prevalenza di psicopatologia in una popolazione di età adulta ed anziana in riabilitazione dopo evento acuto ortopedico o cerebrovascolare, eventuali fattori di rischio per la stessa e il suo impatto prognostico. Lo studio ha un disegno prospettico con valutazione *baseline* all'ingresso e follow-up a 3, 6, 12, 24 mesi. Sono state utilizzate le scale di valutazione: MINI Plus per la patologia psichica e FIM per la disabilità fisica. Su 133 pazienti (età media 74 anni) la prevalenza di psicopatologia all'ingresso è risultata del 39%, con frequenza maggiore per il disturbo depressivo (22%) seguita da disturbi d'ansia (12%) e dell'adattamento (7%). La presenza di psicopatologia non è correlata al tipo di evento subito ma ad un'anamnesi psichiatrica positiva, a dimostrazione che l'effetto del trauma sulla psiche dipende dall'interruzione del continuum esistenziale che il trauma in quanto tale comporta, eventualmente in presenza di una predisposizione individuale. A 3 mesi dall'evento si osserva un'associazione tra psicopatologia e tempi di degenza più lunghi e la tendenza dei disturbi a mantenersi.

P101. Depressione, infiammazione e sindromi coronariche acute: il valore prognostico della proteina C reattiva e della sintomatologia depressiva

A. Bruschi*, M. Mazza*, G. Liuzzo**, D. Harnic*, L. De Risio* C. Battaglia*, M. Di Nicola*, G. Martinotti*, G. Pozzi*, F. Crea**, L. Janiri*

* Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ** Istituto di Cardiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione: l'obiettivo del nostro studio pilota è quello di esaminare, nei pazienti affetti da sindromi coronariche acute (SCA), l'associazione specifica tra disturbi depressivi e presenza di infiammazione sistemica valutata mediante proteina C-reattiva (PCR)

Materiali e metodi: ad un campione di 61 pazienti affetti da Sindromi Coronariche Acute (33 AI e 28 IMA) sono stati misurati, in regime di ricovero ordinario (T0) e di *day hospital* (T30, T90) i livelli plasmatici di proteina C-reattiva (PCR) con metodo ad alta sensibilità.

Allo stesso campione è stata somministrata, con la stessa tempistica e da un esaminatore ignaro della diagnosi cardiologica dei pazienti, una batteria psicometrica dimensionale composta da SCL90-R, HDRS, MADRS, BDI, QlesQ.

Risultati: sono stati valutati sino a T90 30 pazienti, dei quali 13 IMA (43%) e 17 AI (57%).

L'elevazione della PCR nei soggetti più sintomatici si presenta nell'arco di tutto il periodo di osservazione, con significatività massima a T90 ($p = 0,031$).

Alla analisi multivariata a T0 dei punteggi alla SCL90-R la PCR risulta avere una $p = 0,02$, indice di una probabile correlazione statistica.

Per le altre scale utilizzate si conferma una tendenza alla correlazione tra valori di PCR e sintomi depressivi, che però non raggiunge mai la significatività statistica.

La SCL-90-R risulta inoltre associata al rischio di ulteriori eventi cardiologici soprattutto a T90, con una $p = 0,013$. Altresì risulta utile come fattore prognostico la BDI ($p = 0,026$)

I risultati delle analisi multivariate condotte calcolando gli eventi cardiologici occorsi entro 1 anno da T0 hanno confermato tali dati.

Conclusioni: i dati preliminari mostrano che l'infarto miocardico rappresenta per il paziente un evento acuto altamente traumatizzante, caratterizzato da un forte impatto psicologico ma allo stesso tempo "protettivo" riguardo allo sviluppo di successivi sintomi depressivi, almeno se confrontato con l'angina pectoris.

La presenza di una correlazione tra valori di PCR e la gravità dei sintomi psichiatrici porterebbe all'ipotesi che in fase acuta possano prevalere, soprattutto nei pazienti infartuati, i vissuti di perdita e l'angoscia di morte, correlati alla situazione ambientale ed emozionale del ricovero.

Alcuni pazienti potrebbero superare questa depressione reattiva, mentre altri potrebbero manifestare una depressione biologica, melancolica, correlata all'elevato livello di PCR e quindi ad un rischio aumentato di re-infarto e di altre manifestazioni coronariche.

P102. Efficacia della lamotrigina nel disturbo ossessivo compulsivo resistente

A.F. Buchignani, M. Falcone, A. Filippo, A. Strati
SPDC P.O. "Beato Angelo" Acri (CS)

Introduzione: lo scopo dello studio realizzato i SPDC è stato quello di verificare l'efficacia della lamotrigina su pz con diagnosi di DOC resistente, già in terapia con SSRI.

A tal proposito, suffragati da studi che confermano la buona risposta di questo farmaco sulla sintomatologia di pazienti con DOC resistente, in virtù anche della sua attività di azione sul sistema serotoninergico, riportiamo i dati conseguiti.

Materiali e metodi: il campione dello studio è composto da 11 pz, 5 maschi e 6 femmine di età compresa fra 21 e 64 anni con assenza di patologie organiche rilevanti, tutti i pazienti presentavano comorbilità per un disturbo dell'umore, già in trattamento con SSRI.

Il dosaggio medio è stato di 200 mg/die (la titolazione è avvenuta seguendo lo schema tradizionale ed il dosaggio riportato è stato raggiunto nell'arco di una mese e mezzo circa). L'efficacia è stata valutata attraverso la riduzione del punteggio con le seguenti scale: MADRS, Y-BOCS, MOC-I in basale, a 1,3 e 6 mesi. Tutti i pazienti, oltre alla lamotrigina assumevano un SSRI (sertralina 100 mg/die, paroxetina 40 mg/die).

Conclusioni: ai controlli sono stati effettuati colloqui per valutare l'adesione del paziente ed eventuali avversi. I risultati dello studio sembrano confermare la maggiore efficacia della lamotrigina rispetto alle terapie effettuate in precedenza in pazienti con diagnosi di DOC resistente. In 7 pazienti si è verificato un miglioramento della sintomatologia (vedi grafici scale di valutazione) mentre in altri 3 è stata mantenuta l'equivalenza dei punteggi globali. In un paziente, infine, è stata necessaria la sospensione per la comparsa di una reazione avversa cutanea benigna a tipo papuliforme insorta dopo pochi giorni dell'assunzione del farmaco, attenuatasi e poi scomparsa nell'arco di due giorni dalla sospensione.

Bibliografia

Jenike MA. *Augmentation strategies for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder.* Harv Rev Psychiatr 1993;1:17-26.

Kumar TCR. *Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder*. Aust N Z J Psychiatry 2000;34:527-28.

Maxoutova E. *Lamotrigine: perspective of using in psychiatry*. Epilepsia 1997;38:66.

McDougle CJ, Gorman WK, Price LH. *The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder*. Pharmacopsychiatry 1993;26(Suppl):24.

P103. Augmentation con quetiapina in pazienti affetti da disturbo d'ansia generalizzato e risposta parziale/assente agli inibitori della ricaptazione della serotonina

M. Buoli, M. Serati, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Introduzione: circa il 65% dei pazienti affetti da GAD non raggiunge la remissione dopo un primo trattamento con SSRIs. Scopo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia di basse dosi di Quetiapina (dose media = 50 mg/die) in pazienti affetti da GAD e risposta parziale/assente agli SSRIs.

Materiali e metodi: 20 pazienti con GAD e risposta parziale/assente agli SSRIs sono stati randomizzati a trattamento in *augmentation* con Quetiapina (N = 10) o placebo (N = 10). Durante il periodo di osservazione (60 giorni) i pazienti hanno mantenuto il precedente trattamento con SSRIs ai medesimi dosaggi. È stata effettuata un'analisi della varianza per misure ripetute (ANOVA) sui punteggi alla *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) e alla *Clinical Global Impression (severity of illness)* (CGIs) raccolti al *baseline* e dopo 60 giorni.

Risultati: dopo 60 giorni il gruppo trattato con Quetiapina mostrava maggiore miglioramento dei punteggi alla HAM-A (effetto tempo per trattamento: $F = 5,19$, $p = 0,035$) e CGIs (effetto tempo per trattamento: $F = 19,60$, $p < 0,00$) rispetto al gruppo trattato con placebo.

Conclusioni: Questi risultati indicherebbero l'efficacia di basse dosi di Quetiapina in pazienti con GAD e risposta parziale/assente agli SSRIs. Studi su campioni più ampi e in doppio cieco sono necessari per confermare questi dati.

Bibliografia

Gao K, Muzina D, Gajwani P, et al. *Efficacy of typical and atypical antipsychotics for primary and comorbid anxiety symptoms or disorders: a review*. J Clin Psychiatry 2006;67:1327-40.

Lieb R, Becker E, Altamura AC. *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:445-52.

P104. Qualità della vita e psicopatologia nei pazienti in attesa di trapianto rene/pancreas

A. Calderone*, P.F. Calabrò**, S. Augusto**, F. Santini*, P. Vitti*, U. Boggi*, M. Mauri**

* *Dipartimento di Endocrinologia e Rene*, ** *Dipartimento di Psichiatria NFB, Università di Pisa*

Obiettivi: i pazienti in attesa di trapianto rene/pancreas sono affetti da malattia renale allo stadio finale (ESRD) o da grave diabete mellito insulino-dipendente (IDMD), patologie che

hanno progressivamente portato ad una grave insufficienza renale.

Con la progressione di queste malattie croniche, i pazienti sono suscettibili di sviluppare sintomi che disturbano la propria vita quotidiana. Ansia e depressione possono essere indotte dalla patologia somatica e dall'attesa del trapianto, contribuendo alla percezione della qualità della vita (QOL).

Scopo di questo studio è valutare la qualità della vita, i disturbi *lifetime* e *current* in Asse-I/II (DSM-IV) e infine la fenomenologia sottosoglia per lo spettro dell'umore e panico-agorafobico in un campione di pazienti con ESRD e IDMD in attesa di trapianto rene-pancreas.

Materiali e metodi: 227 candidati al trapianto di entrambi i generi, di età compresa fra 18 e 65 anni. Le diagnosi di Asse-I e II sono state ottenute usando la SCID-I e II. Ai pazienti sono state anche somministrate la SCI-MOODS-SR e la SCI-PAS-SR per valutare lo spettro dell'umore e panico-agorafobico; la Q-LES-Q per la qualità della vita, il piacere e la soddisfazione.

Risultati: la prevalenza dei disturbi *current* di Asse-I era del 13,2%. I più comuni disturbi *current* di Asse-I erano agorafobia (4,8%) ed episodio depressivo maggiore (4,0%).

Nessuna differenza è stata trovata nella distribuzione diagnostica fra i due gruppi. La qualità della vita in tutto il campione era più bassa rispetto a quella della popolazione adulta sana.

Conclusioni: i nostri risultati sottolineano l'importanza di un'attenta valutazione dei sintomi depressivi durante i periodi pre-/post-trapianto, includendo una valutazione dei sintomi sub-sindromici.

Si ritiene utile durante i periodi pre-/post-trapianto, uno screening sistematico dei sintomi depressivi mediante gli strumenti *self-report* per gli spettri.

Bibliografia

Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, et al. *Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness*. J Am Soc Nephrol 2007;18:3042-55.

Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. *Quality of life in end-stage renal disease patients*. Am J Kidney Dis 2001;38:443-64.

P105. Correlazione tra modificazioni delle risposte immuno-infiammatorie e rallentamento psicomotorio nei pazienti depressi unipolari

G. Camardese, B. Leone, A. Bruschi, G. Pizi, B. Mattioli, L. De Risio, R. Serrani, P. Bria, L. Janiri

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

Introduzione: l'"ipotesi citochinica" dichiara che l'attivazione immune periferica contribuisce alle manifestazioni cliniche dei depressi.

Abbiamo pertanto valutato le relazioni tra *hsPCR*, *marker* di attivazione infiammatoria, e le dimensioni psicopatologiche nei depressi unipolari.

Materiali e metodi: abbiamo reclutato 134 pazienti (M/F = 63/71; Età = $47,14 \pm 16,42$) affetti da disturbo depressivo maggiore, con episodio in corso. La severità è stata valutata tramite HAM-D. Anedonia, rallentamento psicomotorio ed aggressività sono stati valutati tramite SHAPS, DRRS ed

AQ. La hsPCR è stata determinata con metodica nefelometrica ed è stata confrontata con un campione di 38 soggetti sani.

Risultati: i valori di hsPCR, corretti per età, sono più elevati nei depressi ($3,07 \pm 4,82$ vs. $1,18 \pm 1,20$; $p = 0,002$) e non correlano con la severità. L'attivazione infiammatoria è più elevata nei soggetti rallentati ed i punteggi della DRRS sono correlati con la hsPCR ($r = 0,22$; $p = 0,015$).

I pazienti più rallentati (DRRS > 11), rispetto a quelli meno rallentati, hanno infine livelli più alti di hsPCR ($3,87 \pm 6,14$ vs. $2,10 \pm 2,58$; $p < 0,05$).

Conclusioni: recenti evidenze supportano l'ipotesi che nei depressi il rallentamento sia mediato da una disfunzione dopaminergica. Brydon et al. (2008) hanno inoltre osservato un collegamento tra l'attivazione infiammatoria periferica e le modificazioni dell'attività nigro-striatale, in grado di influenzare il comportamento psicomotorio.

Ulteriori ricerche sono tuttavia necessarie per approfondire le relazioni tra attivazione immunitaria e sistema dopaminergico.

P106. Anedonia e cortisolo nei pazienti depressi unipolari

G. Camardese, B. Mattioli, B. Leone, L. De Risio, G. Pizi, R. Serrani, A. Bruschi, L. Pucci, P. Bria, L. Janiri

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

Introduzione: l'anedonia rappresenta uno dei sintomi "core" della depressione. Nei soggetti depressi è inoltre di frequente riscontro un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS).

Abbiamo pertanto condotto uno studio per analizzare le correlazioni fra gravità dei sintomi, anedonia e livelli di cortisolo plasmatico nei depressi unipolari.

Materiali e metodi: abbiamo reclutato 134 pazienti (M/F = 63/71; età media $47,14 \pm 16,42$) con disturbo depressivo maggiore ed episodio in corso. I sintomi depressivi e ansiosi sono stati valutati tramite HAM-D e HAM-A.

L'anedonia è stata valutata tramite la *Snaith-Hamilton Pleasure Scale* (SHAPS). Il cortisolo plasmatico è stato valutato in un campione prelevato alle ore 8.

Risultati: il campione era costituito da pazienti con sintomatologia di grado lieve-moderato (HAM-D = $17,99 \pm 5,80$). Non sono emerse correlazioni significative tra i livelli di cortisolo plasmatico e la severità dei sintomi depressivi o ansiosi.

È stata invece riscontrata una correlazione significativa tra i livelli di anedonia ed il cortisolo plasmatico ($r = 0,22$, $p = 0,015$).

Conclusioni: in letteratura, l'iperattivazione dell'asse IIS appare più frequente nei depressi con caratteristiche di endogenicità ove l'anedonia rappresenta un sintomo cardinale (Oei et al., 1990).

Nel nostro studio il cortisolo periferico è apparso correlato al profilo psicopatologico e, nonostante l'ampia variabilità generalmente osservata nei valori mattutini, si è rivelato un parametro attendibile.

P107. Utilizzo e tollerabilità di duloxetina in un campione di pazienti ambulatoriali

G. Camuri, B. Dell'Osso, C. Dobrea, M. Serati, A.C. Altamura

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

Duloxetina, un inibitore della ricaptazione di Serotonina e noradrenalina, è approvata per l'incontinenza urinaria da sforzo, la neuropatia diabetica periferica, la depressione maggiore e il disturbo d'ansia generalizzato.

Scopo dello studio è analizzare le variabili demografiche, la diagnosi, l'eventuale comorbidità medica/psichiatrica, le terapie associate e la tollerabilità del farmaco in un campione di 165 pazienti in trattamento con duloxetina da almeno un mese, attraverso la consultazione delle cartelle e previo consenso informato.

È emerso un rapporto M:F di circa 1:2. Le diagnosi psichiatriche più frequenti sono risultate essere: disturbo depressivo maggiore (50%), disturbo bipolare (16%), GAD (5,5%) e disturbi dell'adattamento (5,5%). Una comorbidità psichiatrica era presente nel 40% dei pazienti, in particolare disturbi di personalità (9%), GAD (8%) e disturbo di panico (7%). La comorbidità medica era presente in più della metà del campione; l'ipertensione (12%), il diabete (7%) e i tumori (6%) erano le patologie più frequenti.

Durata e dosaggio medi della terapia sono risultati essere, rispettivamente, 11 mesi ($\pm 9,1$) e 67,5 mg/die ($\pm 27,8$).

Infine, è emerso come il 69% dei pazienti assumesse duloxetina in politerapia, in particolare con antipsicotici atipici (48%), stabilizzanti dell'umore (11%) o altri antidepressivi (9%). Le benzodiazepine rientravano nella terapia del 61% del campione.

Effetti collaterali, in particolare sonnolenza (7%) e disturbi gastrointestinali (3,6%), sono stati riportati dal 17% dei pazienti.

In conclusione, è emerso un utilizzo preferenziale della molecola in casi di comorbidità psichiatrica e medica, frequentemente nel contesto di una politerapia e, nel complesso, con una buona tollerabilità.

Bibliografia

Davidson JR, Feltner DE, Dugar A. *Management of generalized anxiety disorder in primary care: identifying the challenges and unmet needs*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2010;12.pii: PCC.09r00772.

Dell'Osso B, Buoli M, Baldwin DS, et al. *Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) in anxiety disorders: a comprehensive review of their clinical efficacy*. Hum Psychopharmacol 2010;25:17-29.

P108. Asma, psicopatologia e qualità della vita: risultati di uno studio caso-controllo

A. Cappai¹, F. Pinna¹, F. Manunza¹, S. Floris¹, E. Zacccheddu¹, C. Carruba Toscano³, A. Mancosu³, S. Palmieri³, L. Gambula², W. Orrù³, F. Argiolas⁴, P.E. Manconi², S. Del Giacco², B. Carpinello¹

¹ Clinica Psichiatrica, ² Dipartimento di Scienze Mediche Internistiche, Università di Cagliari; ³ Istituto "I.H. Schultz", Cagliari; ⁴ Direzione Sanitaria, Ospedale Businco, Cagliari

Introduzione: c'è una crescente evidenza nella letteratura scientifica dell'esistenza di una correlazione tra asma e disturbi psi-

chiatrici, in particolare depressione maggiore e disturbi d'ansia, frequentemente in comorbidità nei pazienti asmatici. Emerge, inoltre, da un lato, un miglioramento dei disturbi respiratori (con una riduzione sia delle esacerbazioni asmatiche sia dell'utilizzo dei farmaci per l'asma) in seguito al trattamento dei sintomi psichiatrici, dall'altro una riduzione nella prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti che ricevono una corretta gestione dell'asma. Scopo del nostro studio è esaminare la relazione esistente tra disturbi psichiatrici, dimensioni psicopatologiche e asma, oltre che l'impatto in termini di qualità della vita.

Materiali e metodi: il campione è costituito da 62 pazienti con una diagnosi di asma afferenti agli ambulatori di Allergologia del Policlinico Universitario di Cagliari, messi a confronto con un gruppo di pari numerosità di controlli sani volontari appaiati per sesso, età, stato civile, titolo di studio e classe di BMI. L'inquadramento diagnostico di Asse I e II è stato effettuato rispettivamente tramite la SCID I e la SCID II. Per la valutazione della psicopatologia generale, dell'alessitimia e della qualità della vita sono state utilizzate rispettivamente le scale SCL-90-R, TAS-20, WHOQoL e AQLQ®.

Risultati: i risultati del nostro studio mettono in evidenza una maggiore prevalenza di disturbi psichiatrici di Asse I negli asmatici rispetto ai controlli, in particolare per quanto riguarda i disturbi d'ansia dove si riscontrano differenze tra i due gruppi al limite della significatività statistica. Analizzando le differenze nei punteggi T medi per area alle 9 dimensioni psicopatologiche dell'SCL-90-R nei due gruppi di soggetti si sono riscontrati punteggi mediamente più elevati, indicativi di una maggiore gravità sintomatologica, nei soggetti asmatici rispetto ai controlli sani. Nei soggetti asmatici i punteggi più elevati si sono osservati alla dimensione ossessività-compulsività. Gli asmatici, inoltre, hanno mostrato, rispetto ai controlli, una peggiore qualità della vita nell'area fisica della WHOQoL.

Conclusioni: i risultati del nostro studio confermano i dati della letteratura che correlano l'asma ad alcuni specifici disturbi psichiatrici, in particolare disturbi d'ansia, oltre che a una peggiore qualità della vita. Confermano inoltre, nel complesso, l'importanza di un'adeguata valutazione psicopatologica al fine di identificare eventuali disagi emotivi o psichiatrici in questa categoria di pazienti, nei quali un approccio multidisciplinare potrebbe migliorarne la prognosi.

P109. Trattamento aggiuntivo con aripiprazolo nel disturbo ossessivo compulsivo resistente agli SSRI: considerazioni cliniche e farmacocinetiche

A. Carano^{**}, L. Mancini^{**}, F. Faiella^{**}, N. Serroni^{*}, M. Arturo^{**}, D. De Berardis^{*}, M. Vizza^{**}, G. Mariani^{***}

^{*}Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ^{**}Dipartimento Salute Mentale di 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 percentuale variabile tra il 40-60% dei pazienti non risponde al trattamento con questi farmaci in monoterapia. Diversi studi clinici hanno acclarato recentemente l'efficacia terapeutica degli antipsicotici atipici nel trattamento delle cosiddette forme resistenti del DOC.

Metodi e Scopi: scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'utilità clinica di un trattamento aggiuntivo con aripiprazolo (a dosaggio di 10-15 mg/die) in pazienti con DOC resistente al trattamento monoterapico con escitalopram (dosaggio medio 10 mg/die), inoltre è stata valutata attentamente la possibilità di eventuali interazioni farmacocinetiche tra queste due molecole. Hanno partecipato allo studio 27 soggetti, 15 femmine e 12 maschi, di età compresa tra i 26 e i 57 anni, con diagnosi di DOC secondo il DSM IV che trattati con escitalopram fino a 20 mg/die, da almeno 3 mesi, non avevano presentato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi ossessivo-compulsivi, quantificato come una riduzione di almeno il 35% del punteggio totale alla Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento aggiuntivo con aripiprazolo 10 mg/die, per 12 settimane.

Risultati: la valutazione psicopatologica è stata effettuata in condizioni basali e dopo 2,4,8 e 12 settimane dall'inizio del trattamento aggiuntivo con la Y-BOCS e con la *Clinical Global Impression* (CGI). Hanno completato lo studio 20 soggetti (1 ha abbandonato lo studio dopo la seconda settimana di trattamento con aripiprazolo per riferita insonnia) presentando all'over-time 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 aripiprazolo può migliorare in misura significativa la sintomatologia ossessivo-compulsiva in soggetti con DOC con scarso insight e resistente al trattamento con SSRI, suggerendo un possibile coinvolgimento del sistema dopaminergico nella genesi di tali sintomi e dimostra anche la mancanza di interazioni farmacocinetiche tra aripiprazolo ed escitalopram.

Bibliografia

Marazziti D, Consoli G, Baroni S, et al. Past, present and future drugs for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Curr Med Chem* 2010;17:3410-21.

P110. La consulenza psichiatrica per la popolazione over 65 nell'ospedale generale

A. Carano^{**}, L. Mancini^{**}, F. Faiella^{**}, C. Silvestrini^{*}, A. Tancredi^{**}, D. De Berardis^{*}, M. Vizza^{**}, G. Mariani^{***}

^{*}Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ^{**}Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno

Introduzione: al progressivo incremento demografico della popolazione geriatrica degli ultimi decenni, corrispondono particolari necessità dell'assistenza sanitaria: infatti una percentuale variabile tra il 30-40% dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri è rappresentato da soggetti anziani. La comorbidità tra patologia organica e disturbi psichiatrici in questa popolazione è estremamente elevata. Lo scopo dello studio è stato di valutare il carico e la tipologia delle richieste di consulenza psichiatrica, identificare le patologie psichiatriche emergenti ed osservare il trattamento proposto nella popolazione anziana ospedalizzata.

Materiali e metodi: sono stati considerati i dati relativi a 182 consulenze psichiatriche effettuate nell'ambito della *liason psichiatrica* relativo ad un anno di attività di Consultazione psichia-

trica presso L'Ospedale Generale di Ascoli Piceno. Per ciascuna consulenza è stata effettuata un'intervista clinica strutturata ed inoltre veniva fornito un'indicazione diagnostica, prognostica e terapeutica.

Risultati: Per fornire diagnosi organiche e psichiatriche standardizzate è stato utilizzato l'ICD-9. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata mediante programma SPSS-Pluss.

La distribuzione di genere e la variabile di ordine anagrafico vedovanza prevalgono nel sesso femminile (65%). Più del 40% dei grandi vecchi (> 85 anni) vive solo. I reparti che più frequentemente richiedono la consulenza psichiatrica appartengono a specialità mediche. All'aumentare dell'età, si verifica un incremento delle richieste di tipo urgente o in giornata, soprattutto per i grandi vecchi con sindromi plurimetaboliche. Le patologie psichiatriche più frequenti sono: i disturbi mentali organici (18,8%); i disturbi d'ansia (27,4%) e i disturbi affettivi (23,7%). A seguito della consulenza viene a ridursi l'uso dei farmaci benzodiazepinici ed incrementata l'utilizzo di farmaci antidepressivi e neurolettici.

Conclusioni: si osserva come un intervento psichiatrico appropriato e precoce può garantire una migliore presa in carico al paziente anziano, inoltre, se programmato adeguatamente, possono essere messi a punto interventi interdisciplinari psicosociali al fine di ridurre i tempi di degenza clinica e favorire una migliore gestione del paziente nella sua globalità.

Bibliografia

Oxman TE. *Geriatric psychiatry at the interface of consultation-liaison psychiatry and primary care.* Int J Psychiatry Med 1996;26:145-53.

Royall DR, Schillerstrom JE, Piper PK, et al. *Depression and mortality in elders referred for geriatric psychiatry consultation.* J Am Med Dir Assoc 2007;8:318-21.

P111. L'alessitimia nei disturbi del comportamento alimentare: una prospettiva transculturale

A. Carano^{***}, L. Mancini^{**}, M.G. Giorgi^{**}, M. Facciabene^{**}, T. Damiani^{**}, D. De Berardis^{*}, M. Vizza^{**}, G. Mariani^{**}

^{*}Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ^{**}Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno

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 di diversa etnia registrandone l'andamento clinico.

Materiali e metodi: sono state arruolate presso il nostro Centro per la Cura dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti 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, 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, 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 42 e 72, con un valore medio di 51,2. Al MMPI le pazienti italiane presentano punteggi più 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 e cinesi esaminate nel nostro studio presentano tratti alessitimici sovrapponibili, in linea con i dati della letteratura che mostrano più alti livelli di alessitimia nelle pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Tali dati preliminari rappresentano uno stimolo a continuare la ricerca per monitorare le complesse articolazioni tra componenti alessitimica, sostrato socio-culturale e tratti di personalità.

Bibliografia

Speranza M, Loas G, Wallier J, et al. *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.

Xiongzha Z, JinYao Y, Shugiao Y, et al. *Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale.* Compr Psychiatr 2007;48:489-96.

P112. L'ortoressia: una nuova entità clinica nell'ambito dello spettro alimentare

A. Carano^{***}, L. Mancini^{**}, E. Totaro^{*}, F. Cioni^{*}, A. Crisoliti^{*}, D. De Berardis^{*}, M. Vizza^{**}, G. Mariani^{**}

^{*}Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ^{**}Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno

Introduzione: l'ortoressia rappresenta una nuova entità clinica a ponte tra i disturbi della condotta alimentare (DCA) e i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo (DOC), in cui vige una ricerca spasmodica per i cibi ritenuti "sani". La dieta alimentare e l'evitamento dei cosiddetti cibi "tossici" determinano un substrato fenomenico su cui si possono innescare diversi quadri psicopatologici.

Materiali e metodi: sono stati somministrati ad un gruppo di soggetti afferenti al Centro per la Cura dell'Obesità e dei Disturbi della Condotta Alimentare dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti i seguenti test: ORTO-15; EDI-2; BUT; EAT-26; YBOC-S.

Risultati: il campione è costituito da 167 soggetti (5,5% M; 94,5% F; età m 23,4 ±7,4), di cui il 45,8% eseguivano ancora una dieta controllata presso il nostro servizio di dietologia (f > m; 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 e variabili demografiche (sesso, età, livello di istruzione, livello di esercizio e tipo di sport, ecc.).

Dall'analisi dei dati in nostro possesso si può osservare una discreta correlazione tra valori dell'ORTO-15 e dieta, EAT-26, scala IM dell'EDI-2, YBOC-S nelle dimensioni ossessioni e compulsioni (Tab. I).

Conclusioni: come da precedenti risultati della letteratura anche dai nostri riscontri non è possibile tracciare le coordinate per l'individuazione di una nuova entità clinica, sebbene l'evidenza di talune dimensioni ritualistiche nell'ambito dello

TABELLA I. Correlazioni tra ORTO-15 e dieta, EAT26, EDI2 e YBOCS-ED.	
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.	

Spettro Alimentare potrebbero indicare la presenza di specifici sottogruppi psicopatologici non rubricabili nella rigida dicotomia restrictor/bulimiche ma meritevoli di una attenzione peculiare nell'investigazione psicopatologica e della ricerca clinica.

Bibliografia

Catalina Zamora MI, Bote Bonaecha B, Garcia Sanchez F, et al. *Orthorexia nervosa: a new eating behaviour disorder?* Acta Esp Psiquiatr 2005;33:66-8.

Kummer A, Dias FM, Teixeira AI. *On the concept of orthorexia nervosa.* Scand J Med Sci Sports 2008;18:395-6.

P113. Sintomi di spettro post-traumatico e gravità di malattia in pazienti con fibromialgia

C. Carmassi, G. Consoli, L. Bazzichi, C. Socci, E. Massimetti, I. Pergentini, M. Corsi, A. Ciapparelli, S. Bombardieri, L. Dell'Osso

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

Introduzione: la fibromialgia (FM) è una patologia cronica caratterizzata da dolori e tensione muscolare diffusi associati ad astenia, sonno non ristoratore e difficoltà cognitive. Sebbene i criteri diagnostici siano stati definiti dall'*American College of Rheumatology* solo nel 1990, in letteratura sono descritti casi di fibrosite e reumatismo dei tessuti molli da oltre un secolo. Un numero crescente di studi evidenzia l'impatto non solo della comorbidità psichiatrica, anche subclinica¹, sulla FM ma anche dei fattori ambientali. Scopo di questo studio è indagare le correlazioni tra sintomi di spettro post-traumatico e gravità di malattia in un campione di pazienti con FM.

Materiali e metodi: 70 pazienti con FM reclutati presso la Clinica Psichiatrica e la Clinica Reumatologica dell'Università di Pisa sono stati valutati con: *SCID-I/P, Trauma and Loss Spectrum Self-Report (TALS-SR)*² e *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*³.

Risultati: i risultati mostrano correlazioni significative tra tutti i domini del TALS-SR, sia nei sintomi che nel numero di eventi traumatici e/o di perdita, e le due componenti, fisica e mentale, della FIQ (p < ,01) e anche correlazioni significative con alcuni domini della scala VAS.

Conclusioni: i risultati del presente studio confermano l'importanza dell'impatto di eventi vitali potenzialmente stressanti e di un eventuale sintomatologia post-traumatica da stress sui sintomi fibromialgici.

Bibliografia

¹ Dell'Osso L, Bazzichi L, Consoli G, et al. *Manic spectrum symptoms are correlated to the severity of pain and the health-related quality of life in patients with fibromyalgia.* Clin. Exp. Rheumatol 2009;27:57-61.

² Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCITALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR).* Compr Psychiatry 2009;50:485-90.

³ Burckhardt C, Clark SR, Bennet RM. *The fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation.* J. Rheumatol 1991;18:728-33.

P114. Correlazione tra neurosteroidi e spettro panico-agorafobico in un campione di soggetti sani

C. Carmassi, M. Corsi, I. Pergentini, C. Socci, E. Massimetti, C. Conversano, D. Marazziti, L. Dell'Osso

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

Introduzione: le alterazioni dell'asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene) sono state riportate in pazienti con disturbi d'ansia sebbene ad oggi gli studi siano discordanti. Obiettivo del presente studio è indagare le possibili correlazioni tra sintomi panico-agorafobici sottosoglia e livelli sierici di cortisolo, deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S) e del loro rapporto (DHEA-S/Cortisolo) in un campione di individui senza patologie psichiatriche di Asse I.

Materiali e metodi: 42 soggetti sono stati valutati mediante *SCID-I/P*, per escludere la presenza di disturbi mentali in atto o pregressi, e il *PAS-SR*, questionario per lo spettro panico-agorafobico.

Risultati: una correlazione significativa inversa fra livelli sierici di cortisolo e punteggi totali del *PAS-SR* e tra i livelli sierici di cortisolo e tre domini del *PAS-SR* (sensibilità alla separazione, sintomi di panico e sensibilità ai farmaci e sostanze). Il punteggio totale del *PAS-SR* e il punteggio del dominio sintomi di panico risultano correlati positivamente con il rapporto DHEA-S/cortisolo. La distinzione del campione secondo il sesso mostra la presenza di queste correlazioni soltanto nelle donne.

Conclusioni: questi risultati sembrano indicare che i livelli sierici di cortisolo sono in relazione con i sintomi panico-agorafobici sottosoglia e possiedono una specificità di genere.

P115. Spettro dell'umore e ansia di separazione dell'adulto in pazienti con lutto complicato rispetto a controlli

C. Carmassi, C. Socci, E. Massimetti, I. Pergentini, M. Corsi, G. Perugi, L. Dell'Osso

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

Introduzione: sintomi di lutto complicato (LC) sono stati riportati nel 9-20% dei soggetti che subiscono la perdita di una per-

sona cara. Diversi Autori hanno proposto l'inserimento del LC nel DSM-V come entità nosografica autonoma, delineandone le caratteristiche psicopatologiche che comprendono due nuclei sintomatologici principali, quali i sintomi di "distress da separazione" e di "distress traumatico"¹. Ad oggi tuttavia, non sono presenti studi sul ruolo dell'ansia di separazione dell'adulto in pazienti con LC. Scopo di questo studio è indagare sintomi di spettro dell'umore, esplorati nell'arco della vita (mediante MOODS-SR *lifetime version*)², e di ansia di separazione dell'adulto (mediante ASA_27)³, in pazienti con LC rispetto ad un campione di soggetti sani di controllo.

Materiali e metodi: 53 pazienti con LC (diagnosticato mediante l'*Inventory of Complicated Grief*, ICG) e 50 soggetti di controllo sono stati reclutati presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa e valutati mediante: SCID-I/P, ASA_27, WSAS, IES e MOODS-SR versione *lifetime*.

Risultati: i pazienti con LC hanno riportato punteggi significativamente più elevati nel MOODS-SR (sia totale che componenti depressiva e maniacale), ASA_27, IES e WSAS rispetto ai controlli. Il punteggio della ASA_27 è risultato inoltre come predittore del punteggio della IES.

Conclusioni: i nostri risultati evidenziano, per la prima volta, il ruolo dell'ansia di separazione dell'adulto nel LC supportando la rilevanza di questi sintomi nello sviluppo della patologia.

Bibliografia

- 1 Prigerson H, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. *Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11*. PLoS Med 2009;6:e1000121.
- 2 Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, et al. *Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self report (MOOD-SR) instrument*. Compr Psychiatry 2002;43:69-73.
- 3 Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, et al. *A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood*. Compr Psychiatry 2003;44:146-53.

P116. Spettro dell'umore e ansia di separazione dell'adulto in pazienti con lutto complicato e/o PTSD

C. Carmassi, C. Socci, I. Pergentini, M. Corsi, E. Massimetti, G. Perugi, L. Dell'Osso

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

Introduzione. percentuali tra il 9 e il 20% dei soggetti che subiscono la perdita di una persona cara sviluppano sintomi di lutto complicato (LC), accompagnati da una significativa compromissione del funzionamento socio-lavorativo. Recentemente, è stato proposto l'inserimento del LC nel DSM-V evidenziando la sua autonomia nosografica rispetto ad altri disturbi che possono insorgere a seguito di un lutto, quali la depressione maggiore (MDD) e il disturbo post-traumatico da stress (PTSD)¹. Scopo di questo studio è confrontare le caratteristiche cliniche di pazienti con LC rispetto a pazienti con solo PTSD o entrambe i disturbi.

Materiali e metodi: 116 soggetti (66 con PTSD, 22 con LC e 28 con LC+PTSD) sono stati reclutati nell'ambito di uno studio multicentrico coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa², e indagati mediante: SCID-I/P, *Inventory of Complicated Grief* (ICG), *Adult Separation An-*

xiety Questionnaire (ASA-27), *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) e *Mood Spectrum-Self Report* (MOODS-SR) *lifetime*³.

Risultati: i pazienti con PTSD+LC riportavano punteggi significativamente più elevati alla ASA_27 ($p = 0,008$) rispetto ai pazienti con solo LC o PTSD. Punteggi significativamente più elevati nella componente maniacale del MOODS-SR ($p = 0,02$) sono stati evidenziati nei soggetti con LC+PTSD e con solo PTSD. Nessuna differenza significativa è emersa per la WSAS.

Conclusioni: i nostri risultati confermano l'autonomia di diagnosi del LC rispetto al PTSD, supportando la necessità di includere il LC nel DSM-V

Bibliografia

- 1 Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. *A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V*. Clin Psychol Rev 2004;24:637-62.
- 2 Dell'Osso L, Shear MK, Carmassi C, et al. *Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS)*. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2008;4:2-9.
- 3 Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, et al. *Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self report (MOOD-SR) instrument*. Compr Psychiatry 2002;43:69-73.

P117. Affettività, adattamento e personalità in pazienti con sindrome coronarica acuta

M. Caroleo, P. Rizza, G. Cerminara, R. Gaetano, E. Barbuto, C. Segura Garcia, P. De Fazio

U.O. e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Magna Græcia", Catanzaro

Introduzione: la depressione maggiore, i disturbi d'ansia e la presenza di profilo di personalità di tipo D, sono frequentemente presenti in pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA). Obiettivo del lavoro è il riconoscimento di predittori di depressione e ansia in pazienti con SCA.

Materiali e metodi: un campione di pazienti ricoverati per SCA è stato valutato attraverso una scheda di rilevazione di dati socio-anagrafici e clinici e la somministrazione dei seguenti strumenti: *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS), *Personal Health Questionnaire* (PHQ-9), DS-14 e *Coping inventory for stress full situation* (CISS).

Risultati: dei 70 pazienti inclusi nello studio, il 23% mostrava sintomi depressivi e il 24% sintomi d'ansia. La coesistenza di personalità di tipo D è stata riscontrata nel 76% del campione. La regressione lineare multivariata rileva che la sintomatologia depressiva è associata a pazienti non coniugati, con personalità di tipo D, all'utilizzo di bloccanti e a peggiore adattamento con strategie di *task coping*. La sintomatologia ansiosa è più frequente nei pazienti di sesso femminile, occupati, con miglior adattamento con strategie di tipo *emotion* e più alta "Negative Affectivity" della DS-14.

Conclusioni: i risultati confermano una elevata prevalenza di sintomi d'ansia e depressione e personalità di tipo D in pazienti con SCA. I predittori individuati, sebbene necessitino di ulteriore conferma, potranno essere utilizzati in protocolli di prevenzione secondaria per patologia depressiva e ansiosa in soggetti coronaropatici.

Bibliografia

Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, et al. *Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease*. Am J Cardiol 2006;97:970-3.

McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. *Screening for depression in patients with coronary heart disease (heart and soul study)*. Am J Cardiol 2005;96:1076-81.

Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy*. Circulation 2000;101:E177-8.

P118. Livelli plasmatici di clomipramina e metaboliti nel disturbo ossessivo compulsivo: correlazioni con caratteristiche cliniche

M. Catena Dell'Osso, L. Faravelli, S. Baroni, M. Picchetti, D. Marazziti

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

La clomipramina (CMI), nonostante l'avvento dei farmaci inibitori selettivi del reuptake della serotonina, è ancor oggi uno dei farmaci triciclici maggiormente usato nel trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia, in particolare del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e del disturbo di panico.

Al fine di evidenziare una possibile relazione tra risposta clinica al trattamento e concentrazione plasmatica di CMI e del suo metabolita attivo desmetilclomipramina (DMCMI) abbiamo reclutato 35 pazienti con diagnosi di DOC in trattamento con CMI.

I risultati hanno evidenziato che i livelli plasmatici di DMCMI correlavano in maniera significativa con il punteggio totale della sottoscala compulsiva della *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*, mentre il rapporto CMI/DMCMI correlava negativamente con tale sottoscala. Gli uomini mostravano un punteggio maggiore nella sottoscala compulsiva rispetto alle donne ed una correlazione positiva tra livelli plasmatici di DMCMI e punteggio totale della Y-BOCS e della sottoscala compulsiva. Nelle donne, invece, i livelli plasmatici di CMI e di CMI+DMCMI correlavano negativamente con la sottoscala ossessiva.

Tali dati suggeriscono la possibile utilità del monitoraggio del livello dei farmaci come predittori di risposta nel DOC.

P119. Sindrome metabolica e disturbi psichiatrici: confronto stratificato per età e sesso tra disturbo bipolare e disturbo ossessivo-compulsivo

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

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

Introduzione e scopi: la compresenza di alcuni fattori di rischio cardiovascolare, quali obesità addominale, iperglicemia, ipertensione e dislipidemia, concorre a determinare la cosiddetta "sindrome metabolica" (SM), condizione strettamente correlata con un aumentato rischio di patologie multisistemiche. Diversi studi hanno evidenziato tassi di SM più elevati in pazienti affetti da disturbo bipolare (DB) che all'interno della popolazione ge-

nerale^{1,2}, sottolineando l'importanza patogenetica di condotte di vita a rischio (ad esempio l'abitudine al fumo di sigaretta e agli alcolici) e di alcune alterazioni fisiopatologiche (disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, disequilibrio dei ritmi circadiani) tipicamente associate a questo disturbo dell'umore. Per quanto riguarda il confronto con altre categorie di disturbi psichiatrici, e in particolare il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), mentre è documentata una maggior presenza di sovrappeso nei pazienti bipolari rispetto ai DOC³, assente è la letteratura sulla comparazione tra queste categorie di pazienti per quanto riguarda i fattori della SM.

Scopo dello studio è determinare i tassi di SM e i suoi correlati sociodemografici, clinici e metabolici in un campione di pazienti bipolari mettendolo a confronto con un campione di soggetti ossessivo-compulsivi.

Materiali e metodi: sono stati consecutivamente reclutati due gruppi di pazienti: 1) soggetti con DB di tipo I e II; 2) soggetti con DOC. Di tutti sono stati rilevati le caratteristiche socio-demografiche, cliniche, fisiologiche e mediche, gli stili di vita e la comorbidità con i disturbi cardiovascolari e il diabete. La SM è stata diagnosticata in accordo ai criteri modificati NCEP ATP-III⁴. I pazienti sono stati suddivisi per sesso e per classi di età secondo i seguenti *cluster*: < 30 anni; 30-39 anni; 40-49 anni; 50-59 anni; > 60 anni;

Risultati e conclusioni: la SM è stata valutata in oltre 230 pazienti ed è risultata una prevalenza significativamente maggiore nel campione di pazienti bipolari rispetto a quello dei soggetti DOC. I due gruppi di pazienti si sono differenziati prevalentemente per la frequenza degli stili di vita a rischio (abitudine al fumo di sigaretta, eccessivo introito alcolico, assenza di attività fisica). La stratificazione per età e sesso è in corso di analisi statistica.

Bibliografia

¹ Fagiolini A, Frank E, Turkin S, et al. *Metabolic syndrome in patients with bipolar disorder*. J Clin Psychiatry 2008;69:678-9.

² Salvi V, Albert U, Chiarle A, et al. *Metabolic syndrome in Italian patients with bipolar disorder*. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:318-23.

³ Maina G, Salvi V, Vitalucci A, et al. *Prevalence and correlates of overweight in drug-naïve patients with bipolar disorder*. J Affect Disord 2008;110:149-55.

⁴ Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. *American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement*. Circulation 2005;112:2735-52.

P120. Supporto psicoterapico nella depressione correlata all'epatite C e al suo trattamento

S. Cimmarosa*, M.G. Ravel*, L.C. Fiengo Annastasia*, V. Preziosi*, M. Piantadosi*, C. Cucciniello*, E.B. De Notaris**

** Dipartimento di Neuroscienze, Specializzando in psichiatria. AOU "Federico II", Napoli; ** Dipartimento di Neuroscienze, Ricercatore. AOU "Federico II", Napoli*

Introduzione: cardine della terapia della epatite cronica C è l'associazione IFN α e ribavirina. Tra gli effetti avversi della terapia con IFN vi sono i disturbi dell'umore: il 15-40% dei pazienti

affetti da epatite cronica C sviluppa nel corso della terapia con IFN un episodio depressivo maggiore. Di qui la necessità di interventi profilattici: pianificazione di un percorso psicoterapico e/o somministrazione di antidepressivi in pazienti considerati "a rischio" (con preesistenti sintomi sottosoglia di tipo depressivo o con precedenti episodi di depressione).

Materiali e metodi: 54 pazienti con epatite cronica C istologicamente documentata, genotipo 1b, sono stati trattati con PEG-IFN e ribavirina per 48 settimane e assegnati in maniera randomizzata a due gruppi, di cui uno (gruppo A) trattato con psicoterapia una volta a settimana; l'altro (gruppo B) monitorato mediante colloqui psichiatrici una volta al mese. A entrambi i gruppi sono state somministrate scale di valutazione e l'insorgenza dei sintomi psichiatrici è stata valutata mediante il test esatto di Fisher e *Mann-Whitney U-test*.

Risultati: il tasso di insorgenza di manifestazioni psichiatriche è stata del 4,7% (gruppo A) e del 16,1% (gruppo B) ($p < 0,01$). A cinque partecipanti del gruppo A e a 12 nel gruppo B sono stati prescritti antidepressivi e benzodiazepine ($p < 0,05$).

Conclusioni: l'approccio psicoterapico può contribuire a diminuire i casi di depressione associata al trattamento della epatite cronica C con IFN.

P121. Valutazione retrospettiva dei ricoveri in SPDC dei soggetti con demenza

C. Cirafisi, G. Bivona, G. Ciaccio, G. Gennaro, S. Speziale, C. Chimera

SPDC Sciacca, Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Il ricovero in SPDC nei soggetti con demenza è ritenuto improprio, tuttavia dati Istat indicano aumentata ospedalizzazione per malattia di Alzheimer¹. Nel presente lavoro abbiamo selezionato retrospettivamente i soggetti con diagnosi principale di demenza, nel periodo compreso fra l'1-4-98 e il 31-12-09, al fine di valutare tasso, modalità di ricovero e antecedenti o comorbidità psichiatriche.

Su 2300 ricoveri totali, i soggetti con diagnosi di demenza sono risultati 23 (1%), 15 uomini, 9 donne. I ricoveri in TSO sono stati 10 (44%) quelli volontari 13 (56%). In 12 casi (52%) è presente un disturbo psichiatrico in anamnesi: disturbo bipolare, disturbo delirante, disturbo ossessivo, disturbo di personalità, ritardo mentale. 13 pazienti (56%) si sono ricoverati per condotte aggressive o altri gravi disturbi comportamentali (BPSD). In 3 casi (13%) il ricovero è stato dettato da condizioni di isolamento o degrado personale.

I nostri dati indicano che il ricovero in SPDC di soggetti con demenza in rare circostanze rappresenta necessità di contenimento sociale, subita dai Servizi. Nella nostra casistica si rileva un tasso elevato (52%) di antecedenti o comorbidità psichiatriche, rispetto ai dati della letteratura².

Bibliografia

- 1 ISTAT. *L'ospedalizzazione dei pazienti affetti da disturbi psichici*. 1 aprile 2008.
- 2 Cooper B, Holmes C. *Previous psychiatric history as a risk factors for late-life dementia: a case control study*. Age Ageing 1998;27:181-8.

P122. Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti con depressione resistente: risultati preliminari

L. Consentino, N. Bartolommei, F. Luchini, B. Berti, F. Casamassima, L. Palagini, L. Lattanzi

U.O. Psichiatria II, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia e Biotecnologie Università di Pisa

Introduzione: la sistematica indentificazione delle caratteristiche demografiche e cliniche dei soggetti che sviluppano depressione resistente (DR) è tuttora principale obiettivo di ricerca¹.

Obiettivi: lo studio si propone di individuare le caratteristiche demografiche e cliniche di un campione di pazienti con DR.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 57 soggetti con diagnosi di depressione unipolare o bipolare secondo i criteri del DSM-IV TR e di DR secondo i criteri di Thase e Rush $\geq 1^2$ e Massachusetts General Hospital³.

Risultati: il campione di pazienti con DR era composto prevalentemente da soggetti di sesso femminile (78,7%) di età media 52 ± 4 anni, con un alto livello di scolarizzazione (49%), coniugate (74,5%), casalinghe (25,5%), impiegate (25%) o pensionate (22%). L'episodio corrente era prevalentemente melanconico (70,2%) ed era molto frequente una comorbidità di asse I con disturbi d'ansia (70,2%), disturbo da attacchi di panico (91%).

Conclusioni: le caratteristiche demografiche dei soggetti con DR sembrano essere il sesso femminile, alti livelli di scolarizzazione, la mezza età, lo stato civile coniugato, ed un attività di casalinga, impiegata o pensionata. L'esordio del disturbo dell'umore con episodio depressivo, la presenza di una diatesi bipolare, episodio depressivo a caratteristiche melanconiche e la comorbidità di asse I per disturbi d'ansia sembrano essere le caratteristiche cliniche dei soggetti con DR.

Bibliografia

- 1 Gaynes BN. *Identifying difficult to treatment depression: differential diagnosis, subtypes and comorbidities*. J Clin Psychiatry 2009;70(Suppl 6):10-5.
- 2 Thase ME, Rush AJ. *Treatment-resistant depression*. In: Bloom FE, Kupfer DJ, editors. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven Press 1995, pp. 1081-98.
- 3 Fava M. *Diagnosis and definition of treatment-resistant depression*. Biol Psychiatry 2003;53:649-59.

P123. Psichiatria di consultazione nell'ospedale generale: il ruolo del S.P.U.D.C. dell'Aquila dopo il terremoto

S. D'Onofrio, G. Di Emidio, N. Giordani Paesani, M. Malavolta, A. De Paolis, A. Cavicchio, P. Pomerio, M. Giannangeli, R. Roncone, V. Marola, R. Pollice

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze della salute, Università dell'Aquila

Introduzione: disastri naturali, quali terremoti, possono determinare dei cambiamenti nella richiesta di assistenza della popolazione, dovuti allo sviluppo di sintomi psichiatrici legati al trauma.

Scopi: obiettivo del nostro studio è quello di valutare le variazioni nella richiesta di consulenze del Pronto Soccorso (PS) prima e dopo il sisma del 6 aprile 2009, verificando se vi sia stata un'eventuale modifica nella domanda di assistenza alla popolazione dopo tale evento.

Materiali e metodi: sono stati inclusi nello studio 996 utenti, afferiti consecutivamente da gennaio 2008 a luglio 2010 al PS dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila, per i quali veniva richiesta ed effettuata una consulenza psichiatrica. Il campione è stato suddiviso in 3 gruppi, distinguendo le consulenze richieste nel periodo compreso tra aprile 2008 e il 5 aprile 2009 (gruppo A, n = 160), le consulenze effettuate per accesso diretto dal Triage Psichiatrico allestito nell'ospedale da campo nel periodo compreso tra il 6 aprile 2009 e giugno 2009 (gruppo B, n = 682) e le consulenze richieste alla nostra U.O. dal Pronto Soccorso nel periodo luglio 2009-luglio 2010 (gruppo C, n = 154). Tutti i soggetti sono stati valutati per diagnosi e provvedimenti attuati.

Risultati: il numero totale delle consulenze effettuate dalla nostra U.O. nei 15 mesi precedenti al terremoto è pari a 160, mentre nel post-sisma le consulenze effettuate sono state 836, di cui 682 nei primi 3 mesi dall'evento e 154 nei successivi 12 mesi.

Si è evidenziata una differenza statisticamente significativa ($p < 0,005$) nel numero di diagnosi poste sia per sintomatologia ansiosa che depressiva nel periodo successivo all'evento.

Conclusioni: dal nostro studio emerge un notevole aumento di consulenze effettuate dalla nostra U.O. nei 15 mesi successivi al sisma: nei primi 3 mesi soprattutto per sintomatologia ansiosa, mentre dopo tale periodo si è registrato un incremento degli accessi per sintomatologia depressiva.

Bibliografia

Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. *Mental health service use 1-year after the World Trade Center disaster: implications for mental health care.* Gen Hosp Psychiatry 2004;26:346-58.

Demiryoguran NS, Karcioglu O, Topacoglu H, et al. *Anxiety disorder in patients which non-specific chest pain in the emergency setting.* Emerg Med J 2006;23:99-102.

P124. Alessitimia, body checking e insoddisfazione corporea in un campione di pazienti affette da anoressia nervosa

D. De Berardis^{1,2}, V. Marasco¹, N. Serroni¹, L. Olivieri¹, D. Campanella¹, T. Acciavatti^{1,2}, M. Caltabiano¹, F. S. Moschetta¹, A. Carano³, L. Mancini³, G. Mariani³, G. Martinotti⁴, M. Cavuto⁵, A. Cicconetti⁶, G. Di. Iorio², M. Di Giannantonio²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; ² Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; ³ Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Provinciale "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; ⁴ Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore di Roma; ⁵ IASM, L'Aquila; ⁶ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile di Atri (Te)

Obiettivi: lo scopo del presente studio è stato quello di valutare le relazioni tra alessitimia, body checking e insoddisfazione corporea in campione di pazienti con diagnosi secondo il DSM-IV di anoressia nervosa.

Materiali e metodi: il campione scelto per la valutazione era costituito da 64 ragazze con diagnosi di AN di età media pari a 23,9 anni e con un BMI medio di 16,1 kg/m². Sono stati impie-

gati i seguenti questionari: *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), *Body Checking Questionnaire* (BCQ), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Beck Depression Inventory* (BDI), *State-trait Anxiety Inventory* (STAI).

Risultati: il 39,1% (n = 25) dei 64 soggetti ottenne punteggi maggiori o uguali a 61 alla TAS-20 e pertanto fu categorizzato come alessitimico. I risultati di un'analisi della covarianza controllando per età, BMI, BDI e STAI, hanno mostrato che gli alessitimici avevano un maggiore body checking rispetto ai non alessitimici come dimostrato dai più alti punteggi alle BCQ e sottoscale ($p < 0,001$), così come più alti punteggi alla BSQ ($p < 0,001$). I risultati di una regressione lineare blockwise con il punteggio alla BSQ come variabile indipendente e tutte le altre variabili considerate come indipendenti (età, BMI, TAS-20 e sottoscale, BCQ e sottoscale, BDI e STAI) hanno evidenziato che le sottoscale *Difficulty in Identifying Feelings* (DIF) e *Difficulty in Describing Feelings* (DDF) della TAS-20 unitamente alle sottoscale *overall appearance* (OA) e *idiosyncratic checking* (IC) della BCQ erano associate a più alti punteggi alla BSQ e dunque a maggiore insoddisfazione corporea.

Conclusioni: la presenza di alessitimia sembra associata a una maggiore insoddisfazione corporea e a un maggiore comportamento di body checking nelle pazienti affette da AN. Le implicazioni e le limitazioni dello studio sono discusse nel poster.

P125. Riconoscimento e regolazione della rabbia nel paziente affetto da cefalea: qual è il ruolo svolto dalla personalità?

G. De Giorgio*, S. Abu Sharkh*, R. Quartesan**, C. Firenze**

* Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Perugia, Dir. prof. R. Quartesan; ** Sez di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia, Dir. prof. R. Quartesan

Scopi: identificare i fattori psico(pato)logici che correlano con la gestione della rabbia nei pazienti cefalalgici.

Materiali e metodi: pz ambulatoriali afferiti nell'ultimo anno all'unità per la clinica e la terapia della cefalea psicosomatica sono stati valutati tramite SCID-II, TCI, TAS-20 e STAXI; la diagnosi di cefalea è stata posta secondo l'ICHD-II. La regressione lineare è stata utilizzata per correlare le diverse variabili.

Risultati: sono stati arruolati 40 pz, 11 m e 29 f, di età compresa tra 18 e 56 anni (M = 32,43 anni; SD = 10,7). La comorbilità psichiatrica (per patologie di Asse I e di Asse II) è risultata > 50%; nel 22,5% dei casi la cefalea era uno dei sintomi del disturbo psichiatrico.

La correlazione ha evidenziato che i disturbi di Asse II correlano direttamente con la rabbia di tratto (Trab) (0,20; $p = 0,0314$) ed inversamente con il controllo della rabbia (AX/Con) (-0,12; $p = 0,0647$).

La scala C del TCI e la scala STAXI Trab sono strettamente ($p < 0,001$) correlate in senso negativo. La dimensione temperamentale HA correla direttamente con la TAS (0,62; $p = 0,0143$) ed in particolare con la sottoscale F1 (mancato riconoscimento delle emozioni) (0,46; $p = 0,00147$).

Infine la TAS e la sua sottoscala F2 (incapacità a verbalizzare le emozioni) correlano fortemente ($p < 0,001$) con la rabbia rivolta verso l'interno (AX/In).

Conclusioni: i dati rivelano che il temperamento ed il carattere incidono profondamente sulla capacità di riconoscere e regolare gli affetti negativi, in particolare la rabbia.

P126. Spiritualità e religiosità: coping funzionale e fattori di resilienza nei sopravvissuti al terremoto dell'Aquila

I. De Lauretis, I. Santini, F. Serra, R. Roncone

Scuola di Specializzazione in Psichiatria; Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: in letteratura è riportato che la preghiera, il supporto fornito dalla comunità religiosa e la fede in Dio sono stati identificati, da chi è sopravvissuto ad una catastrofe, come elementi utili per superare i momenti di sconforto. Partecipare alle funzioni religiose o affidarsi alla preghiera inoltre, sono stati associati con una maggiore serenità nell'affrontare le conseguenze negative di un trauma.

Scopo dello studio è valutare il grado di religiosità in una popolazione di pazienti ricoverati presso l'SPUDC dell'Aquila un anno e mezzo dopo il sisma del 6 aprile 2009.

Materiali e metodi: sono stati intervistati 23 soggetti, di cui 18 maschi e 5 femmine, con età media di 50 anni ($ds \pm 12,1$), ricoverati consecutivamente presso il servizio. I dati demografici sono stati raccolti attraverso un'intervista semistrutturata e la componente religiosa è stata valutata tramite un questionario costruito "ad hoc" composto da 12 items.

Risultati: il 56,3% del campione ha dichiarato di rivolgersi a Dio per superare i momenti difficili e il 50% fa ricorso alla preghiera per alleviare le proprie sofferenze. I soggetti che, subito dopo il sisma, sono stati ospiti nei campi tenda della città hanno trovato maggior conforto nella religione rispetto a coloro che sono stati dislocati sulla costa ($p = 0,002$) e nel 68,8% del campione la fede è stata di aiuto nell'accettare e superare le difficoltà incontrate; chi invece ha mantenuto agibile la propria abitazione ha sentito l'esigenza di recarsi di più in chiesa rispetto a coloro che hanno trascorso i primi mesi post-sisma nelle tendopoli ($p = 0,025$). Il 93,8% ritiene, inoltre, che dare un senso alla vita con ottimismo possa essere di aiuto a riprendere fiducia e speranza dopo una catastrofe. Solo il 12,5% dei soggetti intervistati pensa che il terremoto sia un segno di punizione da parte di Dio per il "cattivo" comportamento degli uomini.

Conclusioni: il campione ha utilizzato la religione quale supporto per fronteggiare le difficoltà conseguenti una catastrofe naturale come il terremoto, trovando conforto nella preghiera e nella pratica religiosa e identificando soprattutto l'ottimismo e la speranza come risorse preziose per risollevarsi da un evento traumatico.

Bibliografia

- Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE, et al. *Christian religious functioning and trauma outcomes*. J Clin Psychol 2008;64:17-29.
- Kaplan Z, Matar MA, Kamin R, et al. *Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience?* J Clin Psychiatry 2005;66:1146-54.
- Meisenhelder JB, Marcum JP. *Terrorism, post-traumatic stress, coping strategies, and spiritual outcomes*. J Relig Health 2009;48:46-57.
- Winter U, Hauri D, Huber S, et al. *The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees*. Psychother Psychosom 2009;78:240-4.

P127. Meta-analisi dei livelli di leptina nell'obesità e nei disturbi del comportamento alimentare

V. De Luca, F. Panariello, S. Carbone, M. Monda, G. Muscettola

Clinica Psichiatrica, Università di Napoli "Federico II"

L'obiettivo della presente meta-analisi è quello di combinare tutti gli studi che hanno comparato i livelli di leptina circolante in soggetti sani e soggetti affetti da disturbi alimentari (anoressia, bulimia, *binge-eating*) o soggetti obesi.

Solo gli studi che hanno incluso soggetti sani sono inclusi nella metanalisi. L'effetto dei fattori demografici (sesso ed età) è stato considerato utilizzando una meta-regressione per accertare l'effetto di tali variabili nei diversi studi.

Ulteriori analisi sono state condotte con il BMI che è tra i fattori metabolici con maggiore effetto sulla leptina circolante.

La revisione sistematica della letteratura ha prodotto i seguenti risultati: 1013 articoli combinando le *key words* (*obesity/circulating leptin*); 42 (*anorexia nervosa/ circulating leptin*); 14 (*bulimia nervosa/ circulating leptin*); 16 (*binge-eating/ circulating leptin*).

Per essere inclusi gli studi dovevano specificare la media, la deviazione standard (o errore standard della media) dei livelli sierici di leptina ed il numero di soggetti affetti e soggetti di controllo.

Combinando gli studi per categoria diagnostica abbiamo trovato una eterogeneità significativa per cui abbiamo utilizzato un *random model* nella meta-analisi.

Molti degli studi inclusi nella meta-analisi concludono che le alterazioni dei livelli di leptina nei disturbi del comportamento alimentare sono indipendenti dalle variazioni del peso corporeo e del BMI.

P128. Impulsività e disturbi d'ansia: uno studio caso controllo

A. Del Carlo, M. Benvenuti, S. Rizzato, G. Ceraudo, M. Fornaro, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

La relazione tra ansia e impulsività è controversa. Scopo del nostro studio è valutare l'impulsività in presenza, o meno, di un disturbo d'ansia ipotizzando che l'impulsività: (a) sia maggiore nei pazienti affetti da disturbi d'ansia rispetto ai controlli. A tale scopo 47 soggetti con disturbo d'ansia (disturbo da attacchi di panico, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato) e 45 soggetti di controllo reclutati presso gli Ambulatori della Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa sono stati sottoposti a valutazione: diagnostica e sintomatologica con la MINI (*Mini Neuropsychiatry Interview*), la BRDMS (*Bach Raephelsen Depression and Mania Scale*), la STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*), la HCL-32 (*Hypomania Check List*), il CGI (*Clinical Global Impression*); temperamentale e personologica con il TEMPS-M (Questionario per il Temperamento Affettivo e Ansioso), la SASI (*Separation Anxiety Sensitivity Index*), la ISSI (*Interpersonal Sensitivity Symptoms Inventory*); dell'impulsività con la BIS (*Barratt Impulsiveness Scale*) e il test neurocognitivo IMT/DMT (*Immediate and Delayed Memory Task*). Sono state effettuate analisi di confronto caso-controllo. I soggetti con di-

sturbo d'ansia sono risultati più impulsivi rispetto ai controlli in tutte le misure esplorate presentando inoltre punteggi più elevati alle scale sintomatologiche, temperamentali e personologiche. Come ipotizzato, l'impulsività risulta, nella nostra casistica, più elevata nei soggetti affetti da disturbo d'ansia.

P129. Impulsività e disturbi d'ansia: il ruolo della ciclotimia

A. Del Carlo, M. Benvenuti, S. Rizzato, N. Mosti, M. Fornaro, L. Dell'Osso, G. Perugi

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

Scopo di questo studio è valutare se l'impulsività, risultata più elevata in una nostra casistica di soggetti affetti da disturbo d'ansia rispetto a controlli sani, possa essere non correlata alla diagnosi di disturbo d'ansia per sé ma alla comorbidità con il disturbo ciclotimico. Abbiamo valutato 47 soggetti con disturbo d'ansia (disturbo da attacchi di panico, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato) e 45 soggetti di controllo con la MINI, la BRDMS, la STAI-Y, la HCL-32, il CGI, il TEMPS-M, la SASI, la ISSI, la BIS e il test IMT/DMT. Il campione iniziale è stato suddiviso in 2 sottogruppi (Ciclo+, n = 26 e Ciclo-, n = 21) in base alla presenza di comorbidità, o meno, con il disturbo ciclotimico. Per la diagnosi di disturbo ciclotimico abbiamo utilizzato sia i criteri del DSM-IV-TR sia criteri modificati per l'ipomania con soglia di durata di 2 giorni. Sono state effettuate analisi di confronto tra i due sottogruppi e i controlli. I soggetti Ciclo+ sono risultati più impulsivi rispetto ai Ciclo- e ai controlli e caratterizzati da maggiore impegno sintomatologico, elevati punteggi alle scale per il temperamento, elevata sensibilità interpersonale e ansia di separazione. I soggetti Ciclo- sono risultati più impulsivi rispetto ai controlli nelle misurazioni di tratto, ma non nel test neurocognitivo. Come ipotizzato, l'impulsività risulta, nella nostra casistica, più elevata nei soggetti affetti da disturbo d'ansia in particolare se questo conomita con il disturbo ciclotimico.

P130. Sviluppo di un questionario per la valutazione dell'esordio psicopatologico e della latenza ai trattamenti (QEP)

B. Dell'Osso, M.C. Palazzo, C. Arici, C. Dobra, A. Tiseo, E. Nahum Sembira, F. Colombo, G. Camuri, B. Benatti, M. Serati, S. Zanoni, F. Castellano, A. Albano, L. Lietti, M. Buoli, A.C. Altamura

Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.

Introduzione: la latenza ai trattamenti o durata di malattia non trattata (DUI), pare correlarsi negativamente con l'*outcome* in diversi disturbi psichiatrici secondo differenti studi. Poco si sa, tuttavia, sui fattori (ad es. attitudini dei familiari e del clinico, organizzazione dei servizi territoriali, profilo specifico dei sintomi, ecc.) che determinano una diversa latenza ai trattamenti.

Inoltre, ad oggi, la maggior parte delle informazioni legate all'esordio e alla latenza ai trattamenti (in termini di durata, fa-

miliarità, fattori stressanti precipitanti, decorso, primi contatti e trattamenti più o meno specifici) non è specificamente investigata dai comuni strumenti diagnostici e psicometrici, derivando perlopiù dall'analisi retrospettiva delle cartelle, implicando possibili bias. In questa prospettiva, il DSM della Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano ha sviluppato un breve questionario per valutare l'esordio e la latenza ai trattamenti dei disturbi psichiatrici.

Scopo del presente studio è da un lato descrivere il suddetto questionario, quale strumento attendibile, conciso e specifico per la raccolta di informazioni relative all'esordio sintomatologico e ai primi trattamenti, dall'altro di valutarne l'attendibilità, l'idoneità ed eventuali criticità.

Materiali e metodi: il questionario, eterosomministrato, si sviluppa in due brevi sezioni, oltre ad una sezione anagrafica, incentrate rispettivamente sull'esordio sintomatologico (data, natura, durata, eventuale presenza di eventi stressanti) e sul primo trattamento (data, tipo, durata, contesto).

Il questionario è stato somministrato ad un campione di 85 pazienti, di ambo i sessi, con qualsiasi diagnosi psichiatrica, di età compresa fra 18 e 82 anni (M = 36,6%, F = 63,4%), nell'ambito di un breve colloquio clinico.

Risultati: il questionario è stato accolto favorevolmente dai pazienti. Il tempo di somministrazione medio è stato di circa 10 minuti. L'età media del campione è stata di 50,33 anni, le diagnosi più frequenti sono state depressione maggiore 51,5%, disturbo d'ansia generalizzato 14,7%, disturbo di panico 8,8%, disturbi psicotici 7,4%, disturbo bipolare 5,9% e disturbo ossessivo compulsivo 4,4%. La latenza media al primo contatto è stata di 34,53 mesi, quella al primo trattamento farmacologico assoluto è stata di 64,62 mesi e la latenza al primo trattamento farmacologico adeguato di 68,22 mesi. Tra i determinanti di una maggiore latenza sono stati riscontrati lo scarso *insight* (51,9%) e la resistenza del paziente (22,2%).

Conclusioni: in un primo gruppo di 85 pazienti con differenti disturbi psichiatrici, il QEP si è dimostrato un strumento rapido, di semplice somministrazione e specifico per la raccolta di informazioni relative all'esordio sintomatologico e alla latenza ai primi trattamenti.

P131. Correlazioni tra sintomi ossessivo-compulsivi sessuali e suicidalità in pazienti con disturbi dell'umore e soggetti di controllo

L. Dell'Osso, M. Carlini, C. Socci, I. Pergentini, M. Corsi, E. Massimetti, D. Cesari, C. Carmassi

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

Introduzione: i disturbi dell'umore sono associati ad un elevato rischio suicidario che può essere ulteriormente aggravato dalla presenza di comorbidità per disturbi d'ansia. I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo sono stati storicamente considerati a basso rischio suicidario ma studi recenti sono controversi¹. Ad oggi, non sono riportati in letteratura studi sull'impatto di sintomi ossessivo-compulsivi (OC) sessuali sottosoglia sulla suicidalità in pazienti con disturbi dell'umore. Scopo di questo studio è valutare la frequenza di sintomi OC in pazienti con disturbo bipolare I (DB) e depressione unipolare (DU) rispetto a controlli sani e indagare la loro relazione con la suicidalità.

Materiali e metodi: 149 pazienti (61 DB e 88 DU) e 102 controlli sani (C), reclutati nell'ambito di uno studio multicentrico nazionale coordinato dalla clinica psichiatrica dell'Università di Pisa, sono stati valutati mediante: SCID-I/P, BPRS, OBS-SR², MOODS-SR³.

Risultati: un numero significativamente superiore di sintomi sessuali OC sono stati riscontrati in pazienti con DB e DU rispetto ai C. Correlazioni significative sono emerse tra alcuni di questi sintomi e la suicidalità sia nei controlli che nei pazienti, in questi ultimi anche controllando per l'impatto della gravità della patologia sia in atto che *lifetime*.

Conclusioni: l'indagine di sintomi sessuali OC in pazienti con DB e UD sembra essere rilevante per individuare fenotipi ad elevato rischio suicidario. Interessante è il riscontro di una correlazione tra sintomi sessuali OC e suicidalità anche in soggetti sani.

Bibliografia

- 1 Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, et al. *Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life*. Compr Psychiatry 2006;47:270-5.
- 2 Dell'Osso L, Rucci P, Cassano GB, et al. *Measuring social phobia and obsessive-compulsive disorders: Comparison of interviews and self-report instruments*. Compr Psychiatry 2002;43:81-7.
- 3 Dell'Osso L, Armani, A, Rucci P, et al. *Measuring mood spectrum: Comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instrument*. Compr Psychiatry 2002;43:69-73.

P132. PTSD di Asse I e parziale in 512 giovani adulti sopravvissuti al terremoto dell'Aquila nel 2009: differenze di genere

L. Dell'Osso, C. Carmassi, E. Massimetti, C. Socci, C. Capanna, P. Stratta, A. Rossi

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

Introduzione: i terremoti rappresentano uno dei più frequenti tra i disastri naturali che possono coinvolgere varie popolazioni e numerosi studi hanno indagato lo sviluppo di psicopatologia, in particolare di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) a seguito dell'esposizione a questi eventi¹. Il 6 aprile 2009 la città de L'Aquila è stata colpita da un terremoto di magnitudo 5,9 della scala Richter che ha portato alla morte di circa 309 persone e al ferimento di oltre 1600 con 65000 gli sfollati.

Materiali e metodi: lo scopo di questo studio è indagare la prevalenza del PTSD, sia di Asse I che parziale, in 512 studenti all'ultimo anno di scuola superiore, 10 mesi dopo il terremoto. In accordo con la letteratura il PTSD sottosoglia è definito dalla presenza dei sintomi dei Criteri B, e o C o D del DSM-IV per la diagnosi di PTSD². Abbiamo studiato le differenze di genere nella sintomatologia presentata. Le valutazioni includono: il Trauma and Loss Spectrum Self Report (TALS-SR)³ e l'Impact of Event Scale (IES).

Risultati: i risultati mostrano la presenza di una diagnosi di PTSD in 192 (37,5%) soggetti, con punteggi significativamente più alti ($p = ,000$) nelle donne rispetto agli uomini. Inoltre, 153 soggetti (29,9%) riportano una diagnosi di PTSD parziale. Un maggior numero di sintomi del PTSD si riscontra tra le donne.

Conclusioni: i nostri risultati, in accordo con la letteratura, mostrano elevati tassi di PTSD pienamente espresso e parziale nel campione di adolescenti sopravvissuti al terremoto, con percentuali maggiori nelle donne.

Bibliografia

- 1 Kun P, Han S, Chen X, et al. *Prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China*. Depress Anxiety 2009;26:1134-40.
- 2 Stein MB, Walker JR, Hazen AL, et al. *Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey*. Am J Psychiatry 1997;154:1114-9.
- 3 Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. Compr Psychiatry 2009;50:485-90.

P133. Quetiapina a rilascio prolungato in add on o litio in add on in pazienti con disturbo depressivo maggiore resistenti al trattamento

L. Dell'Osso*, G. Montagnani, G. Trespi**, M. Bauer***, per il Ruby Study Group

* Psychiatry Unit, Department of Psychiatry, Neurobiology, Pisa, Italy, Department; ** R&D AstraZeneca Italy; *** Department of Psychiatry and Psychotherapy Technische Universität Dresden Fetscherstr. Germany

Fino al 50% dei pazienti con disturbo depressivo maggiore (MDD) non risponde adeguatamente alla terapia di prima linea¹. I pazienti con MDD resistente al trattamento sono un problema sanitario significativo e un'importante sfida clinica² Ci sono evidenze che l'aggiunta di un antipsicotico è una delle opzioni terapeutiche per la gestione dei pazienti con MDD resistente al trattamento³. Obiettivo di questo studio (D1443L00044// NTC00789854) è stato confrontare l'efficacia di un trattamento con QTP-RP + AD vs. litio + AD e di QTP-RP in monoterapia vs. litio + AD in pazienti con MDD resistente al trattamento. Lo studio, multicentrico, randomizzato, in aperto, con rater in cieco, della durata di 6 settimane, prevedeva l'arruolamento di pazienti con MDD resistente (Stage 1 e 2) con un punteggio totale alla *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)* ≥ 25 . I pazienti sono stati randomizzati a: QTP-RP 300 mg/day + AD (SSRIs or venlafaxina) litio + AD o QTP-RP (300 mg/die) in monoterapia. La variabile primaria di efficacia è stata la variazione del punteggio totale della MADRS rispetto al basale. 688 pazienti sono stati randomizzati ed i risultati hanno mostrato che QTP-RP + AD and QTP-RP in monoterapia non sono inferiori al litio + AD, le differenze (IC al 97,5%) delle medie dei minimi quadrati (LSM) del punteggio MADRS erano rispetto al basale -2,32 (da -4,6 a -0,05) e -0,97 (da -3,24 a 1,31). Un'analisi post-hoc ha evidenziato che la variazione LSM del punteggio totale MADRS era significativa ai gg. 4 e 8 per quetiapina RP + AD ($p < 0,01$ ad entrambi i tempi) e QTP-RP in monoterapia ($p < 0,01$ e $p < 0,05$ rispettivamente) vs. litio + AD con una differenza significativa anche al gg 22 per QTP-RP + AD ($p < 0,001$) vs. litio + AD. L'analisi post-hoc sulla variazione del punteggio MADRS dal basale a 6 settimane ha dimostrato una superiorità significativa per quetiapina RP +AD vs. litio + AD ($p = 0,0489$).

Bibliografia

- 1 Rush AJ. *Limitations in efficacy of antidepressant monotherapy*. J Clin Psychiatry 2007;68(Suppl 10):8-10.

² Nemeroff CB. *Prevalence and management of treatment-resistant depression*. J Clin Psychiatry 2007;68(Suppl 8):17-25.

³ Barbee JG, Conrad EJ, Jamhour NJ. *The effectiveness of olanzapine, risperidone, quetiapine, and ziprasidone as augmentation agents in treatment-resistant major depressive disorder*. J Clin Psychiatry 2004;65:975-81.

Studio sponsorizzato da AstraZeneca.

P134. Efficacia di quetiapina a rilascio prolungato vs. risperidone nel trattamento dei sintomi depressivi in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo

M. Di Fiorino* G. Montagnani**, G. Trespi** per l'Ex Attitude Study Group

* Osp. Della Versilia-Lido di Camaiore; ** AstraZeneca R&D Italy

I sintomi depressivi sono associati ad un *outcome* negativo, aumentato rischio di recidive e elevate percentuali di suicidio in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo¹. Obiettivo di questo studio comparativo, randomizzato in aperto per gruppi paralleli (NCT00640562) è stato valutare se QTP-RP era non inferiore a risperidone nel trattamento dei sintomi depressivi. La variabile primaria è stata variazione dal basale alla 12^a settimana dello score totale della *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS)². Il range di dosaggio utilizzato è stato: 400-800 mg per QTP RP (dosaggio medio 581, DS 134,8) e 4-6 mg per risperidone (dosaggio medio 4,58, DS 1,04). Randomizzati un totale di 216 pazienti; 210 valutati per la sicurezza e 171 per PP (86 QTP- RP e 85 risperidone). L'obiettivo primario è stato raggiunto: la riduzione dello score di CDSS per QTP-RP è stato di 8,42 punti, 2,24 punti maggiore di quella per risperidone, 6,17 punti, inoltre, l'IC al 95% è stato superiore a zero pertanto QTP-RP può essere considerata superiore a risperidone. I risultati dell'analisi della varianza infatti evidenziano un effetto significativo del trattamento con QTP-RP sia per PP, $p = 0,0029$ sia per ITT, $p = 0,0107$ (QTP-RP 7,31, risperidone 5,53, 1,77 maggiore vs. risperidone). Questi dati sono confermati anche dalla riduzione statisticamente significativa dello score della PANSS per i sintomi negativi $p < 0,0001$ (QTP-RP da 27,99 a 18,64, risperidone da 26,88 a 21,22) e dalla riduzione dello score della scala HAM-D (QTP-RP 30,85 e risperidone 24,42) $p = 0,0018$. In corso di trattamento si è registrato un decremento dei valori dei prolattina nel gruppo QTP-RP e un incremento per risperidone (QTP-RP 0,93% e risperidone 9,71%), $p < 0,0001$.

Bibliografia

¹ Siris SG. *Depression and schizophrenia?* In: Hirsch SR, Weinberger DR, editors. *Schizophrenia*. Cambridge, MA: Blackwell Science Ltd Oxford 1995, pp. 128-45.

² Addington D, Addington J, Schissel B. *A depression rating scale for schizophrenics*. Schizophr. Res, 1990;3:247-51.

Studio Sponsorizzato da AstraZeneca.

P135. Funzione strategica del SPUDC nell'assistenza alla popolazione esposta al sisma dell'Aquila: variabili cliniche e funzionali nei pazienti ricoverati

S. Di Mauro, A. De Paolis, R. Roncone, M. Giannangeli, P. Pomerio, R. Pollice, V. Marola

Servizio Psichiatrico Universitario Diagnosi e Cura, Servizio SMILE, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: molti studi sono concordi nell'affermare che l'impatto di un disastro sullo stato di salute psicologico e psicosociale nelle vittime è grave sia a breve sia a lungo termine^{1,2}. Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare nei soggetti ricoverati presso il SPUDC dell'Aquila successivamente al sisma del 6 aprile 2009, lo stato psicopatologico, la presenza di una sintomatologia secondaria al sisma, le strategie di fronteggiamento adottate, le correlazioni tra le variabili considerate e la sintomatologia stessa.

Materiali e metodi: sono stati arruolati 83 soggetti ricoverati consecutivamente presso il SPUDC dell'Aquila e valutati all'ingresso in reparto tramite colloquio clinico ed i seguenti test standardizzati: *Brief Psychiatric Rating Scale* 4,0 (BPRS 4,0), *Impact of Events Scale* (IES), *Positive And Negative Symptom Scale* (PANSS), *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SASRQ), *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), *Brief Cope* (BC) ed un questionario specifico relativo all'esperienza del sisma.

Risultati: il campione è stato suddiviso in due gruppi: esposti (ES) e non esposti (NES) al sisma. Alla BPRS e alla PANSS non sono emerse differenze tra i due gruppi. Il gruppo ES presentava valori maggiori alla IES totale e in tutte tre le sotto-dimensioni ($p < 0,05$). Alla SASRQ non sono emerse differenze tra i due, pur presentando i soggetti ES valori maggiori alle sotto-dimensioni *iperarousal* e dissociazione. In entrambi i gruppi il GHQ-12 era > 20 , indicativo di un moderato grado di stress percepito. I soggetti ES avevano adottato strategie di fronteggiamento "positive" ("supporto strumentale", "affrontare operativamente" ed "accettazione"). All'interno del gruppo ES si è voluto indagare la presenza di eventuali correlazioni tra la sintomatologia presentata e diversi fattori di rischio ed è emerso che: le femmine presentavano valori più elevati sia alla IES sia alla SASRQ ($p > 0,05$). In base alla diagnosi, i soggetti con depressione maggiore avevano valori maggiori al GHQ-12 ($p < 0,05$), quelli con schizofrenia alla IES presentavano valori più elevati alla dimensione evitamento e valori minori alla dimensione *iperarousal*. Valori maggiori alla sottodimensione *iperarousal* erano presenti nei soggetti ospitati presso i campi tenda ed in quelli la cui abitazione era inagibile ($p < 0,05$). I soggetti ricoverati ad aprile presentavano valori maggiori al GHQ rispetto a quelli ricoverati nei mesi successivi ($p < 0,05$), al contrario i valori alla IES tendono ad aumentare nei soggetti ricoverati nei mesi successivi. I maschi utilizzavano maggiormente come strategie di *coping*: ristrutturazione positiva e supporto strumentale ($p < 0,05$), i soggetti con schizofrenia "disimpegno comportamentale" e "negazione".

Conclusioni: dal nostro studio, in accordo con i dati presenti in letteratura, emerge la presenza di una importante sintomatologia ansiosa e di *iperarousal* nei soggetti esposti al sisma rispetto a quelli non esposti. Tale sintomatologia tende a peggiorare nel tempo, come dimostrano i valori alla IES. Fattori quali il sesso femminile, la diagnosi, l'inagibilità dell'abitazione e le strategie

di coping impiegate sembrano essere variabili in grado di influenzare la sintomatologia presentata³.

Bibliografia

- ¹ Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, et al. *Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature*. *Psychiatry Res* 2002;110:201-7.
- ² Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al. *60000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001*. *Psychiatry* 2002;65:207-39.
- ³ Sumer N, Karanci AN, Berument SB, et al. *Personal resources, coping self-efficacy and quake exposure as predictor of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey*. *J Trauma Stress* 2005;18:331-42/

P136. Centri di riabilitazione di persone con disabilità psico-fisica: diffusione di malattie infettive

G. Fanara¹, E. Mezzatesta², A. Nicaotina³, M.D. Donnina⁴, L. Sorrenti⁵, S. Delia⁶, P. Laganà⁶, G. Cannavò⁶, L. Melcarne⁶

¹ *Psichiatra, dottoranda XXIV Ciclo in Igiene e Sanità pubblica, Università di Messina*; ² *Medico, psicologo clinico*; ³ *Psichiatra, dottoranda XXIV Ciclo in Scienze psichiatriche*; ⁴ *Specializzanda IV anno psicologia clinica*; ⁵ *Psicologo*; ⁶ *Dipartimento di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica "R. De Blasi"*

Introduzione: i pazienti portatori di disabilità psichico-fisica, soprattutto se ospitati in comunità riabilitative, sono maggiormente esposti alla diffusione di malattie infettive comunitarie. Frequentemente la diffusione di alcune malattie infettive è maggiore in comunità che ospitano soggetti affetti da ritardo mentale e sono stati proposti diversi piani di vaccinazione. Scopo della ricerca è quello di valutare l'incidenza di malattie infettive tra le persone con disabilità psico-fisica.

Materiali e metodi: dei pz ricoverati sono stati inclusi nello studio solo quelli che erano affetti da S. di Down, ritardo mentale grave (RM) e s. alterazione globale. I 40 pz sono stati sottoposti a: indagini sierologiche, consulenza dermatologica e sono state inoltre studiate variabili demografiche.

Risultati: l'età media è di $42,6 \pm 9,8$ anni; 15 (37,5%) donne e 25 (62,5%) maschi. Nove soggetti (22,5%) erano affetti da Sindrome di Down, 28 (70%) da RM e 3 (7,5%) da s. da alterazioni globali. La degenza media presso l'Anffas è stata di $254,7 \pm 121$ mesi e lo stato socio-culturale dei tutori è risultato basso nel 27,5%, medio-alto nel 70%. Nel campione in esame è stata fatta diagnosi di pediculosi nel 5% dei casi e micosi nel 15% dei casi. In riferimento alle malattie infettive non stati fatti approfondimenti diagnostici per mancanza di sospetti clinici.

Conclusioni: alla luce di quanto emerso tutti i soggetti, ospitati presso strutture di riabilitazione psico-fisiche, andrebbero parimenti sottoposti ad un attento screening di malattie infettive.

P137. Relazione tra attività prefrontale durante working memory e schizotipia in soggetti sani e fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia

L. Fazio^{***}, M. Lozupone^{*}, M. Mancini^{*}, P. Taurisano^{*}, B. Gelao^{*}, R. Romano^{*}, T. Quarto^{*}, A. Porcelli^{*}, A. Di Giorgio^{***}, A. Incampo^{*}, V. Petrerà^{*}, G. Blasi^{*}, M. Nardini^{*}, A. Bertolino^{*}

^{*} *Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Università di Bari*; ^{**} *IRCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)*

Studi condotti in fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia, hanno riportato un pattern comportamentale e di attività cerebrale, durante working memory (WM), intermedio tra quello espresso dai soggetti sani e quello presente in pazienti. In tali soggetti, inoltre, è rilevata una maggiore presenza di tratti schizotipici associati a deficit cognitivi. Obiettivo dello studio, condotto con fMRI, è stato valutare se le eventuali differenze di attività cerebrale durante WM in fratelli non affetti rispetto a controlli sani, potessero essere messe in relazione alla presenza di tratti schizotipici. 47 soggetti [23 fratelli: 16 M, età (media \pm sd) = $37,6 \pm 9,9$, QI = $97,9 \pm 18,7$, contesto socio-culturale di origine (Hollingshead) = $29,8 \pm 18,3$; 24 controlli sani: 10 M, età = $28,0 \pm 6,1$, QI = $106,4 \pm 9,6$, Hollingshead = $36,5 \pm 13,8$] hanno svolto un compito di WM a carichi crescenti (N-Back task) durante fMRI.

L'analisi dei dati fMRI ha mostrato una interazione tra gruppo sperimentale e carico di WM in corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) di destra e ventro-laterale di sinistra. L'analisi di correlazione tra il segnale BOLD in tali aree ed i livelli di schizotipia misurati con lo "Schizotypal Personality Questionnaire" (SPQ) ha mostrato, nell'intero campione, una correlazione negativa tra schizotipia ed attività della DLPFC destra ($p = 0,04$). Questi dati mostrano la rilevanza di fattori genetici alla base delle alterazioni della funzionalità cerebrale durante compiti cognitivi e suggeriscono come tali differenze possano essere messe in relazione alla presenza di tratti schizotipici.

P138. Ansia, stili di coping e danno campimetrico in pazienti con glaucoma cronico ad angolo aperto

L. Ferraro^{*}, R. Morreale Bubella^{**}, D. Morreale Bubella^{**}, R. Rizzo^{***}, D. La Barbera^{*}

^{*} *Sezione di Psichiatria*, ^{**} *Sezione di Oftalmologia, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo*; ^{***} *Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina*

Introduzione: tra i fattori di rischio per l'insorgenza e per la prognosi del glaucoma cronico ad angolo aperto (GCAO), scarsa attenzione è stata rivolta al ruolo degli stress psicofisiologici, nonostante la comprovata influenza degli stessi sulla pressione intraoculare (IOP), che rappresenta uno dei più forti fattori di rischio (Shily, 1987; Kaluza, 1996; Brody, 1999).

Scopi: valutare nei soggetti con GCAO la presenza di danno campimetrico in relazione ad ansia di stato, ansia di tratto e stili di coping.

Materiali e metodi: sono stati osservati 50 soggetti (M: 16; età media $63,42$, SD = $12,9$) affetti da GCAO in trattamento farmacologico. Dopo esame oftalmologico completo, ai soggetti

sono stati somministrati lo *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1970) e il *Brief Cope* (Carver, 1997).

Risultati: il danno al campo visivo (GSS2), presenta una correlazione negativa significativa con la scala del *Brief-cope* "Ristrutturazione positiva" ($p = 0,024$, sig. < 0,05), che a sua volta correla negativamente con l'ansia di tratto ($p < 0,01$, sig. < 0,01), con l'ansia di stato ($p = 0,01$, sig. < 0,01) e con l'età ($p = 0,024$, sig. < 0,05). È presente inoltre una correlazione positiva significativa tra l'aumento dell'età e l'aumento dell'ansia di stato ($p < 0,01$, sig. < 0,01). Correlazioni significative apprezzabili sono state riscontrate tra ansia di tratto e stili di *coping* disadattivi.

Conclusioni: un danno campimetrico di maggiore entità risulta associato a modalità disadattive di gestione delle situazioni stressanti, con ricadute sulle reazioni d'ansia. Ciò suggerisce (nonostante l'esiguità del campione) che specifici pattern di stili di coping, modulando la risposta allo stress, possano costituire fattori di rischio per la prognosi della patologia.

Bibliografia

Brody S, Erb C, Veit R, et al. *Intraocular pressure changes: the influence of psychological stress and the Valsalva maneuver*. *Biol Psychol* 1999;51:43-57.

Carver CS. *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE*. *Int J Behav Med* 1997;4:92-100.

Kaluza G, Stempel I, Maurer H. *Stress reactivity of intraocular pressure after relaxation training in open-angle glaucoma patients*. *Int J Behav Med* 1996;19:587-98.

Shily BG. *Psychophysiological stress, elevated intraocular pressure, and acute closed-angle glaucoma*. *Am J Optom Physiol Opt* 1987;64:866-70.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1970.

P139. La stimolazione transcranica a corrente diretta nel trattamento della depressione grave farmaco-resistente: un protocollo di dieci giorni di trattamento

R. Ferrucci^{1,2}, E. Scelzo¹, A. Priori^{1,2}, M. Bortolomasi³, M. Giacomuzzi⁴

¹ Centro Clinico per la Neurostimolazione, le Neurotecnologie ed i Disturbi del Movimento, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ² Università di Milano, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Milano; ³ Unità Operativa di Psichiatria, Ospedale Villa Santa Chiara, Verona

La stimolazione transcranica con correnti dirette (tDCS) è una metodica di neuromodulazione non invasiva che consiste nell'applicazione sullo scalpo di corrente continua di bassa intensità non percepibile dal soggetto stimolato e che determina prolungate modificazioni funzionali del sottostante tessuto nervoso. Dati in letteratura hanno dimostrato che pazienti con depressione grave farmaco resistente, sottoposti ad un trattamento di 5 giorni con tDCS in corrispondenza della corteccia prefrontale dorso laterale, hanno avuto un miglioramento di circa il 30% della sintomatologia depressiva. Nel presente studio abbiamo verificato se l'utilizzo della tDCS per dieci giorni possa produrre risultati migliori sulla depressione.

15 pazienti con depressione maggiore grave, farmaco resistente ospedalizzati sono stati sottoposti a tDCS (Corteccia Prefrontale

Dorsolaterale), due volte al giorno a distanza di 4h, per 10 giorni (intensità: 2 mA, 20 minuti, anodo sinistro, catodo destro). I pazienti sono stati valutati con il *Beck Depression Inventory* (BDI) e la *Visual Analogue Scale* (VAS: felicità, tristezza, ansia, umore): prima dell'inizio del trattamento (T0) ed alla fine dei 10 giorni di trattamento (T1).

Dieci giorni di tDCS hanno prodotto un miglioramento significativo del 40% del BDI [(media \pm SEM) T0: 29,1 \pm 3,5; T1: 19,4 \pm 3,7, $p < 0,01$] e delle VAS per la felicità ($p < 0,01$) per la tristezza e per l'ansia ($p < 0,05$). Nessuno ha riportato effetti collaterali.

In conclusione, anche se sono ancora necessari studi controllati in doppio cieco su ampie casistiche, i nostri risultati ed i dati ad oggi disponibili in letteratura indicano che la tDCS è una potenziale strategia terapeutica complementare ed adiuvante nella malattia depressiva grave farmaco-resistente. Il trattamento per dieci giorni sembrerebbe più efficace di quello per 5 giorni.

P140. Effetti autonomici della scrittura espressiva: uno studio sperimentale controllato randomizzato

G.M. Festa

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia e Psicosomatica dell'Ospedale "Cristo Rè", Roma

Introduzione: quando un'esperienza stressante o traumatica è trattenuta dal silenzio numerose possono essere le modificazioni psico-biologiche che ne derivano. Fra queste, si può assistere ad un disfunzionamento a carico del sistema nervoso autonomo (Pennebaker et al., 1987). Alcuni Autori suggeriscono che un'inibizione emozionale cronica possa indurre una bassa attivazione del tono vagale con conseguente incremento dell'azione simpatica ed un abbassamento della Heart Rate Variability - HRV (Horsten et al., 1999). Ne deriverebbe un innalzamento della frequenza del battito cardiaco (numero di battiti al minuto) e disequilibri neurovegetativi. La scrittura espressiva si è dimostrato un utile mezzo di trattamento dei vissuti derivanti da esperienze di vita stressanti ed in grado di favorire modificazioni in senso salutogenetico.

Materiali e metodi: lo studio è stato condotto con modalità in triplo cieco su 64 soggetti: la metà di questi ha descritto l'esperienza più traumatica della propria vita e l'altra metà ha trattato un evento a connotazione neutra. I compiti di scrittura hanno avuto una durata quotidiana di 20 minuti e si sono sviluppati durante 3 giorni consecutivi. Si sono effettuate in fase basale, dopo il terzo giorno e dopo 1 mese rilevazioni di diversi parametri fisiologici: frequenza cardiaca (n. di battiti al minuto), *Low Frequency* (LF), *High Frequency* (HF), *Very Low Frequency* (VLF). I punteggi delle sottobande di frequenza (VLF, LF, HF) sono state esaminate nella loro espressione logaritmica.

Per analizzare gli effetti della scrittura espressiva, in relazione ai diversi parametri considerati, fra i gruppi (Gruppo Sperimentale vs. Gruppo di Controllo) e nei tre differenti tempi (*base-line*, 3 giorni, 1 mese), le variabili sono state analizzate attraverso l'analisi della varianza (ANOVA per misure ripetute a 2 vie). Le ipotesi specifiche sono state successivamente analizzate attraverso la verifica dei test post-hoc (Test LSD).

Risultati: in questo trial randomizzato e controllato sono stati riscontrati diversi cambiamenti in seguito all'intervento di scrittura espressiva su parametri di natura fisiologica. Nello specifi-

co la riduzione, dopo un mese dal trattamento, dei valori della frequenza cardiaca ($M = 80,09$ vs. $M = 73,24$; $p < ,005$) e della VLF ($M = 7,34$ vs. $M = 6,78$; $p < ,01$), selettivamente al gruppo sperimentale, rinforza l'ipotesi iniziale che assegnava alla traduzione in parole scritte di eventi a connotazione stressante e/o traumatica un importate fattore salutare. Dato che le frequenze VLF sembrerebbero mediate simpaticamente (Gevirtz, 2000), un abbassamento di tale indice potrebbe leggersi come un minore livello di *arousal* fisiologico. Sulla stessa linea una diminuzione del numero dei battiti cardiaci al minuto può essere letta come derivante da un maggior stato di rilassamento percepito dai soggetti che trattano le tematiche ad alta connotazione emozionale. La scrittura espressiva, infatti, contrasta il fenomeno di un alterato *arousal* fisiologico indotto dall'inibizione emozionale che, in mancanza di esperienze "espressive", può tradursi nell'incremento dell'azione della divisione simpatica a scapito di quella parasimpatica. La diminuzione del numero di battiti al minuto e della *very low frequency* in questo studio, anche se per una percentuale potrebbe essere legata ad un fenomeno d'abituazione, per la restante e significativa parte dipende dall'introduzione dell'intervento di scrittura.

Conclusioni: descrivere per iscritto un evento stressante o traumatico significa definire, organizzare e strutturare una sofferenza, combattere meccanismi di difesa, come l'inibizione che richiede l'investimento di elevate quote di energia psichica e fisiologica. Il processo di scrittura, come abbiamo avuto modo di confermare con questo studio, promuove l'insorgere di un funzionamento più adattivo nella risposta biologica, coinvolgendo il sistema nervoso vegetativo. I risultati di questo lavoro intendono da un lato sollecitare interventi di prevenzione nella gestione della salute psicofisica, dall'altro suggerire ulteriori investimenti tesi ad indagare l'efficacia terapeutica di tale tecnica espressiva nelle condizioni non raggiungibili dalle classiche metodiche d'intervento psicoterapeutiche e farmacologico, o come supporto a queste. Ulteriori ricerche dovranno essere indirizzate a replicare su campioni di maggior numerosità questi risultati ed analizzare l'andamento di tali parametri fisiologici in follow-up di più lunga durata.

Bibliografia

- Gevirtz R. *Resonant frequency training to restore autonomic homeostasis for treatment of psychophysiological disorders*. *Biofeedback* 2000;27:7-9.
- Horsten M, Ericson M, Perski A, et al. *Psychosocial factors and heart rate variability in healthy women*. *Psychosom Med* 1999;61:49-57.
- Pennebaker JW, Hughes CF, O'Heeron RC. *The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes*. *J Pers Soc Psychol* 1987;58:528-37.

P141. Il corpo negato: contenimento emotivo e confini confusi di sé. Tre casi di binge eating disorder

A. Filippo, S. Mammolenti, F. Zottola, D. Tocci, P. De Pasquali, G. Marchese, E. Barrese, A. Filippo, M. Mammolenti

DSM-U.O.C. SPDC, AS Provinciale di Cosenza

L'eccesso ponderale nei soggetti la cui caratteristica psicopatologica principale è rappresentata dalla perdita di controllo sul cibo, ha determinato l'introduzione di una categoria nosografi-

ca dei disturbi dell'alimentazione, definita *Binge Eating Disorder* (BED). Negli ultimi anni, numerosi modelli psicopatologici hanno messo in evidenza i fattori che possono favorire l'insorgenza ed il mantenimento dei fenomeni caratterizzati dalla perdita di controllo sul cibo. In particolare è stata sottolineata l'importanza del rapporto che esiste tra la restrizione alimentare e la perdita del controllo sul cibo, così come l'importanza della *emotional eating* nella modulazione del rapporto tra cibo e vissuti emotivi. Il BED è un disturbo che condivide aspetti psicopatologici con altri disturbi alimentari, spesso associato all'obesità. Lo studio della personalità e delle modalità difensive del soggetto affetti da BED, appare essenziale per la definizione della etiologia e della sintomatologia, al fine di poter programmare un protocollo terapeutico e definirne gli aspetti prognostici.

In letteratura scientifica è stato dimostrato che una adeguata conoscenza della personalità del soggetto con BED, favorisce una specifica progettualità terapeutica, una riduzione delle complicanze mediche e dei disturbi psichiatrici, nonché riduce i rischi di *drop-out*. Nel nostro lavoro sono stati presi in considerazione cinque casi afferenti al nostro ambulatorio, affetti da condotte alimentari caratterizzate da episodi di "abbuffate" con sovrappeso ed obesità, con una diversa sintomatologia: ansia, depressione e vissuti depressivi, comportamenti fobici ed ossessività, trattati per un arco di tempo compreso tra dodici e diciotto mesi, con terapia farmacologica e psicoterapia individuale ad indirizzo dinamico.

P142. Il carico familiare nella depressione maggiore: uno studio multicentrico in 30 CSM italiani

A. Fiorillo, H.G. Del Vecchio, C. De Rosa, C. Malangone, V. Del Vecchio, D. Giacco, M. Luciano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il carico familiare, cioè le conseguenze pratiche (carico oggettivo) e psicologiche (carico soggettivo) legate al prendersi cura di un congiunto malato, è un fenomeno ampiamente conosciuto nella schizofrenia, ma poco esplorato nei disturbi affettivi. In questo studio abbiamo inteso valutare, in 324 familiari-chiave di pazienti con depressione maggiore afferenti a 30 centri di salute mentale italiani, selezionati in maniera randomizzata e stratificati per area geografica e densità di popolazione: 1) i livelli di carico soggettivo ed oggettivo; 2) i fattori clinici e psicosociali in grado di influenzare il carico.

La maggior parte dei pazienti è di sesso femminile (70%), con un'età media di 49 anni ($\pm 11,2$), in contatto con il CSM da 70,4 ($\pm 74,4$) mesi. I familiari sono di sesso maschile nel 52% dei casi, con età media di 49,4 ($\pm 14,0$) anni, nella maggior parte dei casi coniugi (62%), che trascorrono in media 6,5 ($\pm 2,7$) ore al giorno a contatto con il paziente. Per quanto riguarda i livelli di carico oggettivo ($1,5 \pm 0,6$), le difficoltà più spesso riferite dai familiari riguardano le attività ricreative (53%) e sociali (44%), mentre le difficoltà psicologiche ($1,9 \pm 0,6$) sono soprattutto il senso di perdita (75%) e la preoccupazione per il futuro (61%).

Il carico è più elevato nei familiari con un basso livello di scolarità, nei pazienti con una sintomatologia più grave, un funzionamento sociale più scadente, e un maggior numero di ricoveri volontari e in TSO ($p < ,05$). Nei familiari che possono contare

su un maggiore sostegno dalla rete sociale e dai sanitari il carico familiare è, invece, più basso ($p < ,05$). Questi risultati sottolineano la necessità di fornire interventi di sostegno per i pazienti con depressione maggiore e i loro familiari.

P143. Profilo di specificità della paroxetina nel disturbo depressivo maggiore: metaregressione di trials clinici randomizzati

S. Gibiino, A. Drago, A. Serretti, D. De Ronchi
Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: le metanalisi e le review sono importanti strumenti per orientare tra le varie opzioni farmacologiche a disposizione, tuttavia non contengono indicazioni circa lo specifico profilo clinico di efficacia di ciascun farmaco. Pertanto nella pratica clinica quotidiana le scelte terapeutiche sono fondate per lo più sull'esperienza personale. Lo scopo di questo lavoro è definire uno specifico profilo clinico di efficacia della paroxetina come trattamento antidepressivo.

Materiali e metodi: i trial randomizzati e controllati (RCT) in cui la paroxetina fosse usata nel trattamento del disturbo depressivo maggiore sono stati ricercati nei principali motori di ricerca (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, e PsycINFO). Sono stati selezionati 55 RCT e attraverso un'analisi di metaregressione è stato verificato il possibile impatto di alcune variabili socio-demografiche e cliniche sull'efficacia del trattamento (valutato come differenza media standardizzata nelle scale HAM-D e MADRS).

Risultati: la paroxetina è risultata significativamente più efficace nelle donne e nell'etnia caucasica, mentre un effetto antidepressivo minore, similmente agli altri SSRI, è stato osservato in caso di una maggiore durata di malattia non trattata. Interessantemente non si è osservato un effetto di minore efficacia, comune a tutti gli antidepressivi, nell'anziano.

Conclusioni: l'analisi ha messo in luce alcune caratteristiche, come il genere e l'etnia, di migliore risposta alla paroxetina. Tali risultati, se confermati, potrebbero indicare la meta regressione quale nuovo strumento di sintesi dei risultati della letteratura, più funzionale alla pratica clinica.

P144. Titolazione rapida vs. graduale dell'antidepressivo paroxetina nella popolazione anziana: uno studio osservazionale

S. Gibiino, C. Fabbri, S. Porcelli, E. Mori, A. Serretti, D. De Ronchi
Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: nei soggetti anziani gli SSRI, seppure efficaci nel trattamento della depressione, possono causare un'iniziale aumento dell'ansia, che può condurre al precoce abbandono del trattamento. Il principale obiettivo di questo studio è confrontare una titolazione graduale con una rapida nel trattamento con paroxetina in una popolazione di anziani depressi, mettendo in luce possibili differenze nella comparsa dell'iniziale ansia paradossa.

Materiali e metodi: 40 pazienti depressi di età ≥ 60 anni e con punteggio di HAM-D or HAM-A score ≥ 13 sono stati trattati con paroxetina 10 mg oppure a 2,5 mg con aumenti di 2,5 mg

a giorni alterni fino a 10 mg per i primi 8 giorni. L'efficacia è stata valutata settimanalmente per le prime 8 settimane (con una valutazione aggiuntiva dopo 3 giorni dalla prima visita) e in seguito ogni due mesi attraverso le scale HAM-D and HAM-A fino al termine dello studio (26 settimane).

Risultati: alla 2^a settimana un miglioramento significativo della sintomatologia depressiva favoriva la titolazione graduale, in particolare per quanto riguarda l'ansia psichica e somatica. Durante la 1^a settimana inoltre si è osservato un peggioramento dell'ansia somatica nei pazienti con titolazione rapida.

Conclusioni: anche se preliminari, questi risultati dimostrano che i pazienti anziani possono beneficiare di una titolazione graduale della paroxetina per controllare l'iniziale peggioramento dei sintomi ansiosi frequentemente associato con il trattamento antidepressivo con SSRI.

P145. PTSD e stili di coping negli studenti universitari esposti al terremoto dell'Aquila

N. Giordani Paesani, I. De Lauretis, V. Bianchini, S. Di Mauro*, R. Pollice*, R. Roncone*

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, * Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: molti Autori associano il Terremoto, come disastro naturale, ad un aumento della prevalenza della morbilità di malattie psichiatriche come il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), anche nella popolazione giovanile.

Predittori di un PTSD, oltre che nell'esposizione, sono stati individuati nello stress percepito durante il terremoto, nella capacità di adattarsi alle diverse esigenze e di far fronte allo stress (coping), nella vicinanza all'epicentro e nella magnitudo. Inoltre, le più difficili condizioni di vita che si presentano in un post-terremoto, per esempio la perdita della propria casa, il decentramento della rete sociale (displacement), le perdite finanziarie, sono state associate ad una risposta più grave allo stress post-traumatico ed ad una cronicizzazione del disturbo nella popolazione giovanile (Giannopoulou et al., 2006; Asarnow et al., 1999; Bal et al., 2003). Questo studio è stato condotto durante i 4 mesi successivi al terremoto del 6 aprile 2009 all'Aquila con lo scopo di esplorare le differenze nello sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), di sintomi ansiosi, e gli stili di coping adottati tra un gruppo di studenti universitari esposti al terremoto ed un gruppo di studenti universitari non esposti allo stesso, ma entrambi i gruppi potenzialmente esposti agli stessi livelli di avversità post-terremoto.

Materiali e metodi: lo studio include 140 studenti, con età media di 24,47 (ds 5,62) di cui 112 (80%) esposti e 28 (20%) non esposti al sisma, reclutati consecutivamente presso lo Sportello di Ascolto e Consultazione per gli Studenti (SACS) dell'Università dell'Aquila. Tutti gli studenti sono stati sottoposti a screening attraverso l'utilizzo di scale standardizzate auto-compilate quali: *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)*, *Specific Earthquake Experience Questionnaire (SEEQ)*, *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ)*, *Impact of Event Scale-R (IES-R)*, *Brief-COPE*.

Risultati: il gruppo degli esposti, rispetto a quello dei non esposti al sisma, ha sperimentato una sofferenza post-traumatica di grado elevato, in termini di un maggior numero di sintomi legati ad un PTSD, soprattutto per l'avoidance ($p = 0,016$) e ad una sintomatologia ansiosa, legata ad una reazione acuta

allo stress, con prevalenza della componente dissociativa, nelle sottodimensioni "sintomi dissociativi" ($p = 0,005$) e "amnesia" ($p = 0,005$). e una maggior riduzione del funzionamento globale ($p = 0,008$). Il 12,40% (17) dei soggetti esposti hanno avuto diagnosi di PTSD. Negli esposti gli stili di *coping* maggiormente utilizzati sono stati negazione ($p = 0,000$), disimpegno comportamentale ($p = 0,000$) ed umorismo ($p < 0,05$). La religione ($p = 0,037$) e l'uso di sostanze ($p = 0,038$) come *coping* sono stati praticati soprattutto dagli studenti che hanno vissuto nelle tendopoli e che, quindi, hanno subito il decentramento della rete sociale. I maschi, inoltre, hanno adottato stili di *coping* quali umorismo ($p = 0,050$), uso di sostanze ($p = 0,005$) e disimpegno comportamentale ($p = 0,081$).

Conclusioni: l'aver vissuto direttamente l'evento traumatico e l'aver percepito una forte minaccia durante lo stesso, sono predittori oltre che di uno stress acuto anche dello sviluppo di una psicopatologia post-traumatica più grave. La presenza di efficaci strategie di *coping* personali risultano, invece, fattori di stabilità che possono aiutare i giovani a mantenere l'adattamento psicosociale durante gli eventi stressanti. Inoltre, la presenza nelle università di *counseling* psicologici atti a preservare la salute mentale degli studenti, potrebbero essere utili nella prevenzione di una psicopatologia post-traumatica nei giovani. Questi risultati sono discussi in relazione alla necessità di *screening* e di intervento a seguito di eventi catastrofici come il terremoto, nella popolazione studentesca come anche in quella generale.

Bibliografia

Asarnow J, Glynn S, Pynoos RS, et al. *When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology.* J Am Acad Child Adol Psychiatry 1999;38:1016-23.

Bal S, Crombez G, Van Oost P, et al. *The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents.* Child Abuse Negl 2003;27:1377-95.

Giannopoulou I, Strouthos M, Smith P, et al. *Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake.* Eur Psychiatry 2006;21:160-6.

P146. Impatto del sisma su una popolazione afferente presso il nucleo di cure primarie dell'Aquila: aspetti biologici e psicosociali

N. Giordani Paesani, M. Malavolta, Verni, V. Bianchini, M. Colatei, I. De Lauretis, I. Santini, A. Tosone, S. D'Onofrio, R. Pollice*, P. Evangelista**, G. Nenna***, R. Roncone*

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria; * Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila; ** Medico di Medicina Generale L'Aquila; *** Farmacista Orsogna (Chieti)*

Introduzione: nel periodo immediatamente successivo ad un trauma, i sopravvissuti sono a rischio per sperimentare *distress* psicologici, che risultano essere predittori sia di malattie psichiatriche, quali il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione, ansia, disturbi del sonno e abuso di sostanze (Hsu et al., 2002; Bodvarsdottir e Elklit, 2004) ma anche di patologie organiche, come la sindrome metabolica (SM), patologie cardiovascolari ed immunologiche (Heppner et al., 2009). Chrousos et al. (1998) hanno individuato una risposta neuro-endocrino-immunologica mal adattativa allo stress che predispone allo sviluppo di patolo-

gie psichiatriche, endocrine o autoimmuni. Il presente studio si propone di valutare la reazione allo stress post-traumatico in una popolazione sopravvissuta ad un terremoto di intensa magnitudo e di forte impatto sulla comunità. Abbiamo indagato nella popolazione suddivisa in tre gruppi, a seconda della collocazione post-sisma, le differenze nelle reazioni allo stress post-traumatico e la presenza di una morbidità psichiatrica in termini di PTSD e sintomi depressivi e le strategie di *coping* adottate.

Materiali e metodi: lo studio ha incluso 162 soggetti, con età media di 56,69 (ds 15,48), suddivisi in tre gruppi rispetto alla collocazione abitativa post-sisma: 30 soggetti (18,5%) sono stati ospitati in hotel dell'Aquila o della costa, 22 (13,6%) nelle tendopoli allestite in città, mentre 110 soggetti (67,9%) hanno abitato da subito in casa (seconda casa di proprietà nella provincia dell'Aquila o sulla costa, casa in affitto fuori L'Aquila, ospite di parenti od amici). Tali soggetti sono stati reclutati presso l'UTAP di Collemaggio e sono stati sottoposti ad uno screening attraverso l'utilizzo di scale standardizzate auto-compilate quali: *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)*, *Specific Earthquake Experience Questionnaire (SEEQ)*, *Impact of Event Scale-R (IES-R)*, *Self-rating Depression Scale (SDS)* e *Brief COPE*.

Risultati: i soggetti che hanno vissuto i primi mesi del post-terremoto nei campi-tenda allestiti nella provincia dell'Aquila, hanno sperimentato una sintomatologia post-traumatica più intensa rispetto a coloro che hanno vissuto da subito in casa, riportando valori più elevati al GHQ-12 ($p = 0,026$) e alla SDS ($p = 0,006$) con stili di *coping* quale espressione ($p = 0,002$) maggiormente adottato in coloro che hanno vissuto nei campi-tenda rispetto a chi è stato in casa ($p = 0,002$), e accettazione maggiormente adottato in chi ha vissuto in casa ($p = 0,05$). Coloro che hanno trascorso il post-terremoto negli alberghi rispetto a coloro che sono stati in casa, hanno maggiormente sperimentato sintomi quali l'*iperarousal* ($p = 0,05$) e l'evitamento ($p = 0,05$), con *coping* quali umorismo ($p = 0,024$) e supporto emotivo ($p = 0,007$). Il 15,21% della popolazione ha ottenuto una diagnosi di PTSD, mentre il 29,62% ha manifestato una sintomatologia depressiva al di sopra della soglia.

Conclusioni: dal nostro studio si evidenzia come l'aver vissuto negli alberghi durante i primi mesi successivi al terremoto abbia contribuito allo sviluppo di una più intensa sofferenza post-traumatica in termini di sintomi ansiosi, come *iperarousal* ed evitamento. Sintomi depressivi ed alti livelli di stress percepiti si sono riscontrati invece in coloro che sono stati dislocati nei campi-tenda. Pertanto risulta necessario intervenire su tale popolazione al fine di instaurare trattamenti adeguati e tempestivi che possano evitare il peggioramento della sintomatologia post-traumatica e le complicanze ad essa associate, al fine di prevenire anche l'insorgenza di patologie fisiche facilitate dallo stress.

Bibliografia

Bodvarsdottir I, Elklit A. *Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors.* Scand J Psychol 2004;45:3-13.

Chrousos GP. *Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response.* The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. Ann N Y Acad Sci 1998;851:311-35.

Heppner SP, Crawford EF, Haji1 UA, et al. *The association of post-traumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans.* BMC Med 2009;7:1.

Hsu CC, Chong MY, Yang P, et al. *Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan.* J Am Acad Child Adol Psychiatry 2002;41:875-81.

P147. Analisi preliminare delle caratteristiche di coping in un campione di pazienti ambulatoriali con disturbi d'ansia

P. Grandinetti, A. Frustaci*, G. Guerriero, S. Solaroli, L. Janiri, G. Pozzi

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; *I.R.C.C.S. San Raffaele-Pisana, Roma

Le modalità di fronteggiamento di problemi ed emozioni rivestono particolare rilievo nell'ambito dei disturbi d'ansia, che risultano specificamente sensibili alle interazioni ambientali. È inoltre verosimile che gli stili funzionali soggettivi contribuiscono ad individuare le modalità di presentazione di tali disturbi, indipendentemente dalla diagnosi psicopatologica. Anche l'adesione e la risposta al trattamento potrebbero essere influenzate da tali elementi di natura non sintomatica. Nella prospettiva di una più ampia indagine clinica e funzionale dell'utenza che affrisce all'Ambulatorio per i disturbi d'ansia del Policlinico Universitario "A. Gemelli" presentiamo un'analisi trasversale delle correlazioni tra caratteristiche di coping e misure dimensionali di psicopatologia.

Materiali e metodi: ad un campione consecutivo di 172 pazienti è stata somministrata in sede di valutazione pre-trattamento una batteria comprendente SCL-90-R e Brief-COPE, oltre ad una scheda anamnestica semi-strutturata. I soggetti presentavano le seguenti caratteristiche demografiche e cliniche: 66 maschi (38,4%), età media $41,21 \pm 11,66$, scolarità $13,33 \pm 3,57$, 85 coniugati (50,6%), 114 lavoratori retribuiti (66,3%), BMI $24,70 \pm 5,05$; le diagnosi categoriali erano così distribuite: DAG 80 (46,5%), DAP 33 (19,2%), altro 59 (34,3%). L'analisi statistica di correlazione fra punteggi COPE e sottoscale SCL è stata effettuata mediante test non parametrico (Rho di Spearman).

Risultati: le strategie di coping maggiormente rappresentate (punteggio medio > 5) includono: affrontare operativamente, pianificazione, autoaccusa, supporto strumentale, supporto emotivo, distogliere attenzione, accettazione, espressione. Mostrano correlazioni positive: espressione con ansia (0,237, $p = ,04$), ansia fobica (0,205, $p = ,013$) e GSI (0,280, $p = ,001$); negazione con ansia (0,351, $p = ,001$), ansia fobica (0,363, $p = ,001$) e GSI (0,346, $p = ,001$); disimpegno comportamentale con ansia (0,236, $p = ,004$), ansia fobica (0,221, $p = ,007$) e GSI (0,262, $p = ,001$); supporto emotivo con ansia (0,252, $p = ,002$), ansia fobica (0,263, $p = ,001$) e GSI (0,274, $p = ,001$); autoaccusa con ansia (0,167, $p = ,044$) e GSI (0,170, $p = ,040$). Invece l'umorismo correla negativamente con ansia (-0,174, $p = ,036$) e GSI (-0,222, $p = ,007$).

Discussione: la correlazione tra elevata sintomaticità e particolari strategie di coping suggerisce possibili meccanismi di interazione tra stili di funzionamento ed espressione psicopatologica. L'interpretazione di queste evidenze preliminari richiede un approfondimento di tali meccanismi anche in senso prospettico, tenendo conto delle fasi di attività e remissione della sindrome clinica.

P148. Utilizzo della realtà virtuale per la valutazione delle funzioni esecutive in pazienti con disturbo ossessivo compulsivo

F. La Paglia, D. Mangiapane, A. Trotta, M. Pomar, R. Rizzo, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sez. di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: l'uso della realtà virtuale (RV) offre nuove possibilità per la comprensione, la valutazione e la riabilitazione delle funzioni cognitive e di determinati quadri psicopatologici, quali i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo (Riva, 2004). La RV permette di riprodurre situazioni complesse della vita quotidiana in cui le reazioni psicopatologiche e le funzioni cognitive dei pazienti possono essere valutate in maniera più attendibile rispetto alle situazioni di laboratorio. Scopo del presente studio è indagare le alterazioni delle funzioni esecutive nei pazienti con DOC attraverso la versione virtuale del Multiple Errands Test (Shallice et al., 1991; Fortin et al., 2003).

Materiali e metodi: Campione: lo studio verrà condotto su un campione di 30 soggetti di età compresa tra i 30 e i 60 anni, suddivisi in due gruppi: gruppo sperimentale composto da 15 pazienti con diagnosi di DOC secondo i criteri del DSM IV, afferenti alla sezione di psichiatria dell'A.O.U.P. "P. Giaccone" di Palermo, e gruppo di controllo composto da 15 soggetti sani. **Strumenti:** valutazione cognitiva in ambiente virtuale tramite il *Virtual Multiple Errands Test* (V-MET); batteria neuropsicologica che comprende *Frontal Assessment Battery*- FAB, *Trial Making Test*, *Fluenza fonemica*, *Torre di Londra*, *Span di cifre*, *Coppie di parole*, *Span spaziale di Corsi*; *Apprendimento di Corsi*, *Test del Breve racconto*; **Risultati:** si attende di riscontrare una correlazione tra la valutazione neuropsicologica dei pazienti e le variabili del test virtuale. Le correlazioni ottenute potranno sostenere la validità di contenuto dello strumento utilizzato, al fine di poterlo impiegare per l'assessment delle funzioni esecutive in sostituzione della batteria dei test.

Conclusioni: i risultati definitivi saranno discussi in riferimento ai dati della letteratura internazionale.

Bibliografia

Fortin S, Godbout L, Braun CM. *Cognitive structure of executive deficits in frontal lesioned head trauma patients performing activities of daily living*. *Cortex* 2003;39:273-91.

Riva G. *Psicologia dei nuovi media*. Bologna: Il Mulino 2004.

Shallice T, Burgess PW. *Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man*. *Brain*, 1991;114:727-41.

P149. L'alluvione del 1° ottobre 2009, disastro ambientale e psicopatologia

D. La Torre*, N. Gambardella*, R. Motta**, A.E. Di Rosa*, M. Donnina*, V. Carlotta*, R. Alfa*, R. Delia*, G. Lanza*, V. Leonardi*, A. Pullara*, T. Staropoli*, R. Molino**, G. Giofrè**

* Dipartimento di Scienze neurologiche, psichiatriche ed anestesologiche. Università di Messina; ** Dipartimento di salute mentale Messina Sud, Regione Sicilia

Gli Autori hanno esaminato un campione di soggetti coinvolti nel disastro del 1° ottobre 2009 nel messinese con l'obiettivo

di rilevare: 1) le condizioni psicopatologiche maggiormente frequenti 2) i rapporti di comorbidità 3) le variazioni delle condizioni psicopatologiche rilevate a distanza di un mese e di sei mesi dall'evento 4) i fattori di rischio rispetto a precedenti psicopatologici. Lo strumento utilizzato è stato il M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) che è stato somministrato a un mese (T0) ed a sei mesi (T1). I disturbi riscontrati all'interno del campione sono stati: DPTS (T0 = 41,81%, T1 = 41,81%), depressione maggiore (T0 = 34,5%, T1 = 32,7%), DAP (T0 = 30,9%, T1 = 18,1%), GAD (T0 = 14,5%, T1 = 22,2%). L'analisi statistica effettuata dimostra una significatività elevata per: depressione in anamnesi $\chi^2 = 10,545$, $p < 0,005$, O.R. 17,5 (95% C.I. = 4,93 – 97,12), DAP in anamnesi $\chi^2 = 11,109$, $p < 0,001$, O.R. 25,9, (95% C.I. = 3,32 – 91,65). La frequenza delle condizioni patologiche rispecchia quella riportata in letteratura (Fredman et al., 2010). Sul piano della comorbidità i soggetti che hanno sviluppato DPTS presentavano alla prima osservazione sintomatologia depressiva nel 68% dei casi, che si riduceva al 43% alla seconda osservazione. Per quando riguarda l'analisi sui fattori di rischio la depressione ed il DAP in anamnesi sono fattori che predispongono al ripresentarsi del disturbo dopo un evento traumatico.

Bibliografia

Fredman SJ, Monson CM, Schumm AJ, et al. *Associations among disaster exposure, intimate relationship adjustment, and PTSD symptoms: can disaster exposure enhance a relationship?* J Trauma Stress 2010;23:446-51.

Hussein A, Weisahet L, Heir T. *Psychiatric disorders and functional impairment among disaster victims after exposure to a natural disaster: a population based study.* J Affect Disord 2011;128:135-41.

Lajoie AS, Sprang G, Mc Kinney M. *Long-term effects of Hurricane Katrina on the psychological well-being of evacuees.* Disasters 2010;34:1031-44.

P150. Il ruolo del medico di medicina generale e dello specialista nella prescrizione degli antidepressivi in Italia

M.E. Lecca, E. Aguglia, F. Caraci, M. Casacchia, L. Dell'Osso, G. Di Sciascio, F. Drago, M.C. Hardoy, M.F. Moro, M. Nardini, C. Faravelli, M.G. Carta, M. Balestrieri

Università di Cagliari e AIFA FARM54S73S Project Group

Introduzione: l'obiettivo è valutare il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) e dei Medici Specialisti nella prescrizione degli antidepressivi (AD) in un campione di popolazione generale di diverse aree italiane.

Materiali e metodi: studio condotto da intervistatori clinici su campioni della popolazione generale adulta estratti *random* dopo stratificazione per sesso ed età dai registri anagrafici di 7 province in 6 regioni italiane. Totale: 4999 soggetti estratti; 3398 intervistati (68%). Strumenti: questionario sul consumo di psicofarmaci; intervista clinica (SCID-NP) versione modificata (ANTAS)

Risultati: il 4,7% del campione assume AD; il 38% prescritti dal MMG, il 42% dallo Psichiatra, il 15% dal Neurologo e il 5% da altro specialista. Circa il 50% dei pazienti con episodio depressivo attuale e il 20% con episodio pregresso assume AD, fra questi ultimi sono più frequenti le prescrizioni dello psichiatra

($p < 0,01$). L'1,96% del campione assume AD senza diagnosi di depressione attuale o pregressa, fra questi sono più frequenti le prescrizioni dei MMG ($p < 0,05$).

Conclusioni: una quota considerevole di individui di 7 province italiane assume AD. Il MMG ha un peso simile nelle prescrizioni allo psichiatra ma tende a somministrare AD più frequentemente a individui senza diagnosi di depressione lifetime. È considerevole il ruolo del Neurologo.

Bibliografia

Carta MG, et al. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2010;6:94-100.

Balestrieri M, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:171-6.

P151. Dimensioni psicopatologiche in pazienti con rischio suicidario valutati al DEA

A. Luciani, L. Todini, M. Majorana, L. Orso

SPDC, Policlinico "Umberto I", Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Roma

Introduzione: obiettivo del Programma di Salute Mentale OMS Suicide Prevention 2009 è ridurre l'incidenza dei suicidi¹.

L'individuazione delle dimensioni psicopatologiche prevalenti nei pazienti con rischio suicidario favorirebbe interventi adeguati per la prevenzione di agiti suicidari.

Materiali e metodi: al termine delle consulenze su 323 pazienti presso il DEA Pol. Umberto I Roma, lo psichiatra ha redatto un questionario in cui le dimensioni sono stimate con SVARAD Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale² e il Rischio Suicidario con l'item specifico della *Brief Psychiatric Rating Scale* BPRS³.

In base al livello di gravità BPRS, il campione è stato diviso in:

- "rischio suicidario" BPRS ≥ 3 (47);
- "controllo" BPRS < 3 (276).

Per ogni item della SVARAD sono calcolate le percentuali di manifestazione distinte per livello di gravità e la significatività delle differenze saggiata con il test del χ^2 .

Risultati: profili dimensionali mostrati nelle figure.

Conclusioni: quanto emerge dall'analisi correla il rischio suicidario a tristezza/demoralizzazione, apatia/abulia e impulsività. Indagare la patogenesi dell'Impulsività con l'esame internistico, Tox-screen e *Alcool-test* offrirebbe un'efficacia terapeutica migliore, riducendo il rischio suicidario.

Ritenere la Demoralizzazione dimensione primaria, favorirebbe lo sviluppo di linee guida DEA-SPDC rispettose della persona, evitando iter terapeutici stigmatizzanti o attese mortificanti.

Bibliografia

¹ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

² Pancheri P, Biondi M, Gaetano P, et al. *Costruzione della "SVARAD", una scala per la valutazione rapida dimensionale.* Rivista di Psichiatria 1999;34:72-83.

³ Brief Psychiatric Rating Scale BPRS versione 4.0 traduzione e adattamento di Ventura et al., 1993; Morosini et al., 1995.

P152. Temperamento e alessitimia in un campione di soggetti antisociali con condotte di abuso

M.R. Magistro Contenta, M.R.A. Muscatello, G. Pandolfo, A. Bruno, U. Micò, P.V.M. Romeo, P. Micali Bellinghieri, D. Mallamace, G. Scimeca, R. Zoccali

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: il disturbo di personalità antisociale, associato alla presenza di condotte d'abuso, rappresenta una problematica di notevole interesse in ambito psichiatrico.

Obiettivi: lo scopo del presente studio è quello di esplorare le dimensioni temperamentali prevalenti e l'alessitimia nei soggetti antisociali con abuso di sostanze.

Materiali e metodi: a 98 soggetti (51 M e 45 F, età media 28,6 aa) sono stati somministrati i seguenti test: *Toronto Alexithymia Scale* (T.A.S.); *Temperament and Character Inventory* (T.C.I.).

Risultati: dall'analisi dei dati emerge un'elevata tendenza alla ricerca della novità, ed una bassa persistenza. Il punteggio medio alla scala dell'alessitimia risulta significativamente elevato. Emergono inoltre differenze di genere.

Conclusioni: la presenza di correlazioni statisticamente significative nei soggetti di sesso maschile che mostrano il tratto alessitimico positivamente associato alla ricerca della novità e negativamente alla dipendenza dalla ricompensa ed alla cooperatività, può essere riconducibile ad una maggiore espressività clinica della condizione psicopatologica.

P153. Preferenza di trattamento nei pazienti depressi in medicina generale: fattori sociodemografici e clinici associati

M. Magnani, A. Bombi, B. Bortolotti, M. Menchetti, D. Berardi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: recenti studi mostrano l'importanza di considerare la preferenza per il trattamento nei pazienti depressi. Tuttavia, ci sono pochi dati su questo problema nel nostro paese. Scopo di questa indagine è valutare la preferenza ed i fattori sociodemografici e clinici ad essa associati in un campione di pazienti depressi della medicina generale.

Materiali e metodi: nel presente studio viene confrontato un intervento psicologico breve, Interpersonal Counseling (IPC), con un trattamento farmacologico con Inibitori del Reuptake della serotonina in pazienti depressi della medicina generale. I pazienti reclutati compilavano una scheda sociodemografica e clinica che includeva anche la preferenza per il trattamento (farmacologico vs. psicologico). La severità della sintomatologia depressiva era misurata con scala di Hamilton per la depressione (HDRS).

Risultati: il campione era di 171 pazienti, di cui il 56,4% esprimeva una preferenza per il trattamento psicologico. La preferenza al trattamento psicologico era associata ad età inferiore a 45 anni ($p = 0,048$), stato lavorativo attivo ($p = 0,008$) e presenza di sintomatologia depressiva lieve ($p = 0,016$).

Conclusioni: in base a caratteristiche sociodemografiche e cliniche differenti i pazienti esprimono differenti preferenze di trattamento; si rileva la necessità di considerare tale dato nell'impostazione della cura.

Bibliografia

van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, et al. *Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in Primary Care*. Gen Hosp Psych 2004;26:184-9.

Kwan BM, Dimidjian S, Rizvi SL *Treatment preference, engagement and clinical improvement in pharmacotherapy vs. psychotherapy for depression*. Behav Res Ther 2010;48:799-804.

P154. Linee guida DEA-SPDC per la gestione dell'urgenza psichiatrica nella prevenzione delle complicanze internistiche

M. Majorana, A. Luciani, L. Todini, L. Orso

SPDC, Policlinico Umberto I, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Roma

Introduzione: manifestazioni cliniche apparentemente di pertinenza psichiatrica, sono nel 3,5% dei pazienti espressione di patologie internistiche, neurologiche o da uso di sostanze¹⁻³. Il 46% dei pazienti psichiatrici ha una patologia internistica che esacerba la sintomatologia e l'80% presenta una patologia internistica da trattare. È stato quindi necessario elaborare linee guida per favorire il governo clinico dell'emergenza psichiatrica definendo una modalità condivisa di intervento.

Obiettivi: verificare l'applicazione delle linee guida DEA-SPDC per la prevenzione e la gestione delle complicanze internistiche nei pazienti psichiatrici.

Materiali e metodi: valutazione di 408 consulenze effettuate presso il DEA del Pol. "Umberto I" di Roma tramite un questionario elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Risultati: nei 343 pazienti con richiesta di intervento psichiatrico, l'applicazione delle linee guida ha permesso la diagnosi, in 67 casi, di patologie organiche mediante esami strumentali o indagine anamnestica. 202 sono stati sottoposti ad accertamenti strumentali. 58 pazienti, erano positivi al *tox-screen*.

Conclusioni: l'utilizzo delle linee guida, per identificare le comorbidità internistiche nelle presunte patologie psichiatriche, riduce l'insorgenza di complicanze internistiche e determina una miglior prevenzione e un intervento terapeutico adeguato.

Bibliografia

¹ Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. *Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients*. J Psychiatr Pract 2001;13::308-17.

² Sugiyama N. *A clinical trial for developing PICU management scale, a tool reviewing the frequency and use of seclusion and restraint in psychiatric acute care*. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2005;107:423-36.

³ Koran L, Sheline Y, Imai K, et al. *Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit*. Psychiatr Serv 2002;53:1623-5.

P155. Consumo di farmaci e diagnosi prevalenti nell'SPUDC dell'Aquila dopo il terremoto

M. Malavolta, S. D'Onofrio, N. Giordani Paesani, P. Pomerio, M. Giannangeli, A. De Paolis, R. Roncone, R. Pollice, V. Marola

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: eventi naturali e drammatici, come un terremoto, possono improvvisamente mettere in crisi il sistema di accoglienza dell'urgenza, determinando una situazione del tutto nuova e imprevedibile, che modifica necessariamente la funzione di un Servizio di ricoveri per acuti come il Diagnosi e Cura all'interno dell'Ospedale Civile. Mentre diversi studi sulla popolazione hanno documentato disturbi della salute mentale a seguito di catastrofi naturali, l'analisi dell'utilizzo dei servizi di salute mentale e del consumo farmaci presenta conclusioni contrastanti.

Scopi: scopo dello studio è valutare l'impatto di un terremoto catastrofico sull'incidenza di ricoveri per disturbi mentali, eventuali variazioni nell'utilizzo dei servizi di salute mentale, verificando i nuovi casi di utenti che per la prima volta ricorrono a un ricovero ospedaliero in SPDC, la domanda di assistenza per la quale il paziente chiede il ricovero; la tipologia prevalente delle diagnosi ed eventuali variazioni nel consumo di farmaci psicoattivi.

Materiali e metodi: il campione è costituito da soggetti ricoverati consecutivamente presso l'SPUDC dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila negli anni 2008, 2009 e nel I semestre 2010. L'analisi prende in considerazione le prestazioni di ricovero erogate, sia in regime di degenza ordinaria, sia in regime di *day hospital*, e valuta il consumo di psicofarmaci per classi (benzodiazepine, antidepressivi, antipsicotici) somministrati durante i periodi presi in considerazione. I dati relativi al consumo farmaci sono stati ottenuti tramite consultazione del database della Farmacia Ospedaliera del San Salvatore.

Risultati: il consumo di farmaci antipsicotici tipici per paziente ricoverato nell'anno 2009 è aumentato del 10,1% rispetto all'anno precedente; nel I semestre del 2010 il consumo di questa classe di farmaci per paziente ha subito un aumento del 8,2% rispetto all'anno 2008. Il consumo di farmaci antipsicotici tipici ha riscontrato un aumento del 11,4% nel 2009 e del 6,1% nel I semestre del 2010 rispetto all'anno 2008. Per quello che riguarda il consumo di farmaci antidepressivi, si è riscontrato un aumento dello stesso del 67% nel 2009 e del 76% nel I semestre del 2010, rispetto all'anno 2008. Il consumo di ansiolitici per paziente nell'anno 2009 è aumentato del 107% rispetto all'anno precedente; nel I semestre 2010 ha subito un aumento del 132% rispetto allo stesso periodo.

Conclusioni: è stato registrato un aumento significativo nella richiesta di benzodiazepine e antidepressivi, tra i pazienti ricoverati nel periodo successivo al terremoto dell'Aquila del 6 aprile 2009 ed anche un più contenuto incremento per la classe degli antipsicotici sia tipici che atipici. Questi risultati potrebbero essere utili ad aumentare il bagaglio di conoscenze sugli effetti pervasivi delle catastrofi sulla salute della popolazione e dimostrano la necessità di includere la salute mentale come componente chiave della capacità di intervento e di risposta della sanità pubblica a traumi di massa.

Bibliografia

Di Maggio C, Galea S, Madrid PA. *Population psychiatric medication*

prescription rates following a terrorist attack. Prehosp Disaster Med 2007;22:479-84.

Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. *Mental health service use 1-year after the World Trade Center disaster: implications for mental health care. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:346-58.*

P156. Intervento psicoeducazionale e di supporto psicologico su una popolazione rurale colpita dal terremoto dell'Aquila del 6 aprile 2009

M. Malavolta, N. Giordani Paesani, V. Bianchini, I. De Lauretis, M. Colatei, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito l'Abruzzo, e in particolar modo L'Aquila e la sua provincia, ha rappresentato un'esperienza traumatica per tutta la popolazione del luogo (circa 100.000 abitanti), ivi compresi gli operatori sanitari, che ha vissuto in maniera diretta l'evento sismico. Il territorio montano del "COM 6" è stato meno colpito dal sisma, perché distante dall'epicentro, e distruzione e perdite umane sono state più contenute. Nonostante questo, molte case sono state dichiarate inagibili ed alcuni centri storici non sono ancora totalmente accessibili

Scopi: nel mese di maggio 2009 è stato stipulato un protocollo di intesa tra il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Aquila (SPUDC), il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE), il Distretto Sanitario di Base di Barisciano (DSB AQ2), i Sindaci dei comuni montani e l'associazione umanitaria Medici Senza Frontiere (MSF). La finalità è stata quella di rispondere ai bisogni di "salute mentale e psicosociale" della popolazione, vista l'importanza di potenziare e supportare i servizi sanitari già esistenti, attraverso la risposta ad un intervento cognitivo-comportamentale (ICC) di gruppo, verificandone eventuali differenze di esito a breve termine.

Materiali e metodi: il progetto (maggio-luglio 2009) ha interessato il territorio del COM 6, noto come "Comunità Montana Campo Imperatore-Piana di Navelli", distretto geograficamente piuttosto ampio che comprende diversi comuni montani della provincia dell'Aquila. Una nostra équipe ha svolto interventi su un piano clinico, psicosociale e preventivo. Hanno partecipato al progetto un totale di 34 soggetti (25 F e 9 M). Tutti i soggetti, intervenuti volontariamente agli incontri, sono stati sottoposti ad una valutazione standardizzata in due tempi (T0 e T1) al fine di quantificare la "sofferenza post-traumatica", attraverso i seguenti questionari: *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SARSQ). Tra il T0 e il T1 è stato svolto un intervento di psicoeducazione e di psicoterapia cognitivo-comportamentale sulla gestione dello stress e dei sintomi ansiosi correlati all'evento sismico, secondo il metodo di Andrews.

Risultati: hanno partecipato al progetto 34 soggetti (25 F e 9 M). Un piccolo numero proveniva da L'Aquila, in seguito a trasferimento nella seconda casa. Questi ultimi sono risultati maggiormente colpiti dall'evento traumatico, per aver sperimentato il terremoto nella sua massima intensità o subito delle perdite. La prevalenza femminile conferma quanto evidenziato già in altri progetti, cioè che le donne rispondono maggiormente degli uomini a programmi di supporto psicologico. È stata riscontrata,

da un punto di vista clinico, una moderata sintomatologia panico-fobica e affettiva. Le persone "sfollate", direttamente esposte all'evento traumatico, hanno mostrato prevalentemente sintomi di ansia acuta e probabile PTSD.

Conclusioni: la valutazione effettuata attraverso il GHQ-12 e la SARSQ mostra la presenza di un traumatismo di livello medio-lieve. Anche la valutazione clinica ha confermato la presenza di disturbi sostanzialmente non gravi, a differenza invece della sindrome di ripetizione, che si manifesta in modo incisivo nel campione analizzato, unitamente ad una ansietà generale e stato di allerta. Questi risultati potrebbero essere dovuti a diversi fattori: perdite umane e danni fisici limitati, intervento tempestivo dei soccorsi, rapida sistemazione in tendopoli senza allontanare le persone dai propri luoghi di origine, ma anche l'operatività di "centri di ascolto e interventi di ICC utili nel prevenire lo sviluppo di una evidente psicopatologia post-traumatica, come risultato dal nostro studio.

Bibliografia

Andrews G, Creamer M, Crino R, et al. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003, p. 625.

Petrelli F, Grappasonni I, Mari M, et al. *Natural disaster and effects on the health*. Ann Ing 2003;15:999-1011.

P157. Compliance ed emozioni in una popolazione di emodializzati

D. Mallamace*, C. Mento*, D. Santoro**, D. Cristina*, A. Mallamace**, G. Ricciardi**, S. Castellino**, V. Savica**, G. Bellinghieri**, S. Settineri*

* UOC Psichiatria, AOU "G. Martino", Università di Messina; ** UOC Nefrologia e Dialisi, AOU G. Martino, Università di Messina

La Forza dell'Io rappresenta una variabile che può essere predittiva della compliance. In questo studio abbiamo testato un nuovo Questionario, chiamato "Ego Functioning Experience", che indaga il profilo psicologico nei pazienti emodializzati. L'obiettivo è quello di evidenziare le relazioni esistenti tra profilo emozionale e compliance.

Sono stati arruolati n. 70 pazienti emodializzati. Il protocollo è caratterizzato dai test psicologici: E.F.E. *Questionnaire*, *Defence Mechanism Inventory*, *Self-Liking & Self-Competence Scale*. I dati sono stati analizzati mediante analisi descrittiva e fattoriale applicata ai diversi item del Questionario EFE.

L'analisi fattoriale ha dato origine a tre fattori da noi denominati: fattore 1 "Bisogno di supporto dell'Io"; fattore 2 "Attività dell'Io orientata al trattamento"; fattore 3 "Forza dell'Io". L'analisi ha rivelato correlazioni statistiche dirette tra fattore 1 e stili difensivi TAO (rivolgimento verso l'oggetto) e PRN (principalizzazione) al DMI. La Scala *Self-Liking* presenta una relazione inversa rispetto al fattore 1. L'età appare inversamente correlata sia al fattore 1 che al fattore 3.

Il Questionario può fornire indicazioni circa pazienti in trattamento emodialitico che necessitano maggiore attenzione psicologica, con diverse applicazioni che vanno da un livello di sostegno psicologico a livelli maggiori che richiedono trattamento psicofarmacologico. Lo studio evidenzia come bassi livelli di forza dell'Io siano indicativi di scarsa compliance che risulta essere uno dei più gravi problemi per i nefrologi.

P158. Intervento precoce nel disturbo di panico e outcome clinico: studio preliminare longitudinale

P.M. Marinaccio, A. Bielli, M. Ciabatti, E.P. Nocito, E. Catenacci, S. Bergamaschi, C. Bressi

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

Introduzione: studi recenti evidenziano come una maggior durata di malattia non trattata (DUI) nel disturbo di panico (DP) si associ alla successiva insorgenza di sintomi depressivi. Questo studio si propone di individuare i fattori sui quali agire con un intervento precoce cognitivo-comportamentale di gruppo (CBT) per ottenere un miglior outcome in pazienti affetti da DP.

Materiali e metodi: sono stati reclutati consecutivamente 35 pazienti con diagnosi di DP (DSM IV-TR) presso il Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano. Tutti i pazienti hanno eseguito una valutazione, al baseline (T0) e dopo 6 mesi (T1), mediante la seguente batteria testale: *Hamilton Rating Scale for Anxiety and Depression* (HAM-A, HAM-D), *Panic and Anticipatory Anxiety Scale* (PAAAS) e *Toronto Alexithymia Scale-20 items* (TAS-20).

Risultati: l'analisi statistica (*Pearson's correlation*) ha evidenziato un'associazione significativa tra i punteggi HAM-D al T1 e HAM-A, PAAAS, numero e intensità degli attacchi di panico al T0 ($p < 0,05$). Al T0, i punteggi totali TAS-20, PAAAS e numero di attacchi di panico correlano significativamente ($p < 0,05$). Infine, coloro i quali hanno una DUI < 12 mesi presentano un maggiore Pensiero orientato all'esterno (TAS-20 F3) ($p < 0,05$).

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono, nel DP, l'importanza della CBT precoce finalizzata ad una migliore gestione del sintomo ansioso, al miglioramento del pensiero concreto e alla prevenzione dell'insorgenza di sintomi depressivi nel lungo periodo.

Bibliografia

Altamura AC, Santini A, Salvadori D, et al. *Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor?* Neuropsychiatr Dis Treat 2005;1:345-347.

Marchesi C, Fontò S, Balista C, et al. *Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question*. Psychother Psychosom 2005;74:56-60.

P159. Stili difensivi, Alessitimia e percezione della qualità della vita in pazienti affette da neoplasia al seno

G. Marrazzo*, R. Rizzo**, A.M. Marinaro**, A. Marrazzo***, D. La Barbera**

* Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo; ** Sezione di Psichiatria Dipartimento. Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNec), Università di Palermo; *** Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Applicazioni Cliniche (DOSAC), Università di Palermo

Introduzione: il presente lavoro indaga la qualità delle reazioni emotive e psicologiche delle pazienti affette da cancro mammario, sottoposte a intervento chirurgico e in diversi stadi di malattia.

Materiali e metodi: il campione è composto da 110 pazienti così suddivise: 40 in follow-up, 41 sottoposte a chemioterapia adiuvante, 29 metastatiche. Strumenti: *Defense Mechanisms Inventory*

(DMI, Ihilevich e Gleser, 1986), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20, Taylor, 1992), EORTC QLQ-C30-BR23 (Fayers et al., 1998).

Risultati: nei tre gruppi si rivela differenza alle scale F1 ($p < ,01$), F2 ($p < ,03$), F3 ($p < ,00$) della TAS-20 e QoL ($p < ,02$) dell'EORTC. Al DMI si riscontrano punteggi più elevati alla scala PRN; nelle pazienti anziane, con livello di scolarità inferiore e disoccupate si osserva una riduzione del punteggio alla scala TAO e un aumento alle scale TAS e REV. Le scale TAO e TAS sono correlate negativamente ($p < ,00$), c'è, invece, una correlazione positiva tra il punteggio delle scale TAS e F2, REV e F3 ($p < ,00$; $p = ,03$).

Conclusioni: le pazienti metastatiche presentano un più alto tasso di alessitimia e peggiore percezione della qualità della vita. La differenza nel profilo difensivo e nella gestione delle emozioni non dipende dallo stadio della malattia quanto da variabili quali età, scolarità e occupazione. Le pazienti utilizzano uno stile difensivo che permette di sganciare gli aspetti emotivi da quelli cognitivi padroneggiando questi ultimi attraverso un controllo intellettuale, ma quelle anziane, con bassa scolarità e disoccupate, rivolgono l'aggressività contro se stesse e negano gli aspetti emotivi. Questo stile difensivo si associa con la difficoltà ad esprimere le emozioni.

Bibliografia

Fayers PM, Weeden S, Curran D, per l'EORTC Quality of Life Study Group. *EORTC QLQ-C30 Reference Values*. Brussels: EORTC 1998.

Ihilevich D, Gleser GC. *Defence Mechanisms Inventory*. Firenze: OS 1986.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Toronto Alexithymia Scale*. In: Caretti VI, La Barbera D, editors. *Alessitimia, Valutazione e Trattamento*. Roma: Astrolabio 2005.

P160. Opinioni e atteggiamenti dei medici di medicina generale verso i disturbi mentali comuni

M. Menchetti¹, V. Bandieri², M. Bologna³, N. Colombini⁴, C. Curcetti⁵, P. Levantesi¹, M. Morini⁶, C. Nespeca¹, A. Serio⁷, C. Sighinolfi¹, D. Berardi¹

¹ Istituto di Psichiatria, Università di Bologna; ² Dipartimento di Salute Mentale, Ausl Rimini; ³ Dipartimento di Salute Mentale, Ausl Reggio Emilia; ⁴ Dipartimento di Salute Mentale, Ausl Modena; ⁵ Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Regione Emilia-Romagna; ⁶ Dipartimento di Cure Primarie, Ausl Bologna; ⁷ Medico di Medicina Generale, Bologna

Introduzione: L'alta prevalenza di disturbi psichiatrici nelle cure primarie pone l'esigenza di indagare opinioni dei Medici di Medicina Generale (MMG) su queste patologie.

Materiali e metodi: il Questionario sulla Gestione dei Disturbi Mentali comuni delle cure Primarie (GMP), sviluppato nell'ambito del programma regionale dell'Emilia-Romagna "G. Leggieri", e la versione italiana del *Depression Attitude Questionnaire* (DAQ) sono stati somministrati ad un campione di MMG dell'Emilia-Romagna.

Risultati: il campione ($n = 644$) è costituito per il 67,5% da MMG di genere maschile, con età media di 53,3 anni e 21,8 anni di pratica; il 70,7% ha partecipato a iniziative di formazione sulla salute mentale negli ultimi 2 anni. Secondo l'opinione dei MMG, i disturbi mentali di più frequente riscontro nella pratica clinica sono i disturbi d'ansia (79,9%), seguiti dai disturbi somatoformi (59,0%) e dai disturbi dell'umore (55,4%). Gli interventi più utilizzati dai MMG per sono quello psicofarmacologico (93,0%) e quello psicoeducativo (67,4%). Il 67,2% dei MMG si sente molto sicuro nella gestione dei disturbi d'ansia; tale valore scende al 49% considerando la depressione. Solo il 17,4% dei MMG ritiene necessario l'intervento specialistico in caso di utilizzo dei farmaci antidepressivi mentre il 69,2% considera la psicoterapia compito dello specialista.

Conclusioni: i MMG sembrano ritenere importante il loro ruolo nella gestione e nel trattamento psicofarmacologico dei disturbi depressivi e d'ansia.

P161. Comorbidità tra binge eating disorder e dimensioni psicopatologiche in un campione di donne obese

A. Messina, C. De Cento, A. Ciancio, A.M. Fogliani

Università di Catania, Scuola di Specializzazione in Psichiatria

Introduzione: alcuni studi hanno evidenziato come il Binge eating disorder (BED) si presenta frequentemente in comorbidità ad alterazioni dell'umore¹, manifestazioni ansiose² e incapacità a riconoscere le proprie emozioni (alessitimia)³. Questo studio ha l'obiettivo di valutare la presenza di depressione, ansia, alessitimia e ossessività in un campione di donne in sovrappeso con BED e senza BED.

Materiali e metodi: il campione era costituito da 43 donne, reclutate presso un ambulatorio di dietologia del Policlinico di Catania. L'età media era di 41,3 anni ($DS = 13,3$), tutte avevano un *body mass index* (BMI) superiore a 25. A ciascuna paziente furono somministrati i seguenti test: Binge eating scale per la valutazione del BED (cut off = 17), *Maudsley obsessive-compulsive inventory* per valutare i sintomi ossessivo-compulsivi, l'ansia e la depressione furono valutate rispettivamente attraverso il *Self Rating Anxiety State* e il *Self Rating Depression Scale* di Zung, il TAS-20 fu utilizzato per valutare l'alessitimia.

TABELLA I.

Differenze psicopatologiche tra donne in sovrappeso con BED vs. donne in sovrappeso senza BED.

	Con BED		Senza BED		p	95% CI
	M	DS	M	DS		
Alessitimia	56,7	13,3	45,0	15,5	,01	-2,6 -20,8, 2,6
Depressione	50,1	7,7	40,1	7,7	,00	-4,2 -14,7, -5,1
Ossessività	15,3	4,9	11,3	4,3	,00	-2,8 -6,8, -1,1
Ansia	46,7	7,3	38,7	12,5	,01	2,5 -14,4, -1,7

Risultati: da questo studio è emerso che le donne in sovrappeso (BMI > 25) con BED avevano score medi maggiori statisticamente significativi in tutte le aree psicopatologiche indagate (Tabella I), e in particolare le donne in sovrappeso con BED presentarono un valore medio patologico nelle scale della depressione e dell'ansia e un valore medio borderline nella scala dell'alessitimia

Conclusioni: le donne in sovrappeso con BED hanno score medi maggiori nelle dimensioni psicopatologiche esaminate rispetto alle donne in sovrappeso senza BED. Resta da stabilire se il comportamento dell'alimentazione compulsivo rappresenta una modalità di *coping* o una condizione predisponente di altre patologie psichiatriche.

Bibliografia

- 1 Araujo DM, Santos GF, Nardi AE. *Binge eating disorder and depression: a systematic review*. World J Biol Psychiatry 2010;11:199-207.
- 2 Grilo CM, White MA, Masheb RM. *DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder*. Int J Eat Disord 2009;42:228-34.
- 3 Carano A, De Berardis D, Gambi F, et al. *Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder*. Int J Eat Disord 2006;39:332-40.

P162. Relazione tra disturbo d'ansia di separazione dell'adulto e lutto complicato in una coorte di 454 pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore

M. Muti, I. Pergentini, M. Corsi, M. Abelli, C. Gesi, L. Lari, A. Cardini, G.B. Cassano, K.M. Shear*, M. Mauri, S. Pini
 Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Columbia University School of Social Work, New York City, USA

Introduzione: la letteratura suggerisce che il disturbo d'ansia di separazione dell'adulto (ASAD) può svilupparsi dopo un lutto o la minaccia di perdita. Le ricerche hanno dimostrato che le persone che hanno subito un lutto possono presentare una reazione clinicamente significativa, definita lutto complicato (CG), che provoca una severa compromissione della qualità di vita. Lo scopo dello studio è quello di valutare la relazione tra ASAD e CG in un'ampia coorte di pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore.

Materiali e metodi: la coorte è costituita da 454 pazienti adulti con diagnosi di disturbo d'ansia o dell'umore in accordo con i criteri del DSM-IV. La presenza di ASAD è stata valutata tramite l'Intervista Clinica Strutturata per i Sintomi d'Ansia di Separazione (SCI-SAS-Adulto). Il CG è stato valutato utilizzando l'*Inventory of Complicated Grief* (ICG). L'impatto sulla qualità di vita è stato valutato attraverso la *Sheehan Disability Scale* (SDS).

Risultati: nel nostro campione è stata riscontrata una frequenza del 43% di ASAD e del 23% di CG. I pazienti con CG hanno riportato una maggiore frequenza di ASAD (56%) rispetto a quelli senza CG (40%). I soggetti con CG e ASAD hanno riportato punteggi più alti all'ICG e un maggiore *impairment* della qualità di vita rispetto ai pazienti con CG senza ASAD.

Conclusioni: l'ASAD si manifesta in un alta percentuale di pazienti con CG. L'associazione tra queste due condizioni dovrebbe essere ulteriormente investigata alla luce delle loro implicazioni cliniche.

P163. Terapia a confronto nel disturbo di panico all'esordio: uno studio prospettico longitudinale

E.P. Nocito, M. Ciabatti, A. Bielli, P.M. Marinaccio, E. Catenacci, E.A. Milanese, C. Bressi

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

Introduzione: questo studio si propone di valutare l'efficacia della psicoterapia psicodinamica breve (STPP) vs. terapia di gruppo cognitivo-comportamentale (CBT) nel disturbo di panico (DP).

Materiali e metodi: sono stati reclutati consecutivamente 20 pazienti con diagnosi di DP (DSM IV-TR) presso il Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano. Del campione iniziale, 10 pazienti hanno partecipato ad una CBT di gruppo, mentre i restanti 10 hanno effettuato una STPP. Ad ogni paziente è stata somministrata, al reclutamento (T0) e a distanza di 6 mesi (T1), la seguente batteria testale: *Panic Attacks and Anticipatory Anxiety Scale* (PAAAS), *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A), *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) e *Symptoms Checklist-90 Revised* (SCL 90-R).

Risultati: l'analisi statistica (Paired Sample t-test) mostra una riduzione significativa ($p < 0,05$) dei punteggi medi dell'HAM-A e delle sottoscale sensibilità nei rapporti interpersonali, depressione, ansia, ansia fobica e psicoticismo dell'SCL90-R nei pazienti in CBT e dell'HAM-A e delle sottoscale ossessioni-compulsioni e depressione dell'SCL90-R nei pazienti in STPP. È stata successivamente condotta una *One-way Anova* che non ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

Conclusioni: i risultati del nostro studio suggeriscono che entrambi gli approcci terapeutici sono efficaci nel trattamento del DP, presentando tuttavia specifiche diversità: la CBT sembra agire prevalentemente sulla sintomatologia, la STPP sulla dimensione relazionale.

Bibliografia

- Amador XF, Strauss DH. *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University 1990.
- Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, et al. *Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features*. Am J Psychiatry 2001;158:122-5.

P164. Qualità di vita e carico assistenziale dei caregivers di pazienti affetti da demenza di Alzheimer (risultati preliminari)

L. Olivieri^{1,3}, L. Serroni¹, A. D'Agostino¹, N. Serroni^{1,3}, D. Campanella^{1,3}, D. De Berardis^{1,3}, A. Serroni¹, A.M. Pizzorno¹, T. Acciavatti^{1,4}, V. Marasco¹, A. Carano², L. Mancini², G. Mariani², F.S. Moschetta¹, G. Di Iorio⁴, M. Di Giannantonio⁴

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ² Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; ³ Centro Valutazione Alzheimer, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ⁴ Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

Introduzione: in Italia circa l'80% delle persone colpite da demenza sono assistite a casa da familiari e, tra questi, sono soprattutto le donne (circa il 70% dei caregivers) ad essere maggiormente interessate al fenomeno. Sono stati condotti diversi studi relativi all'*Alzheimer's caregiving*, ossia tutte le problematiche ed i vissuti connessi con il fornire assistenza a pazienti con malattia di Alzheimer e ad anziani affetti da diverse tipologie di demenza. Queste indagini hanno riscontrato che prendersi cura di una persona affetta da demenza è stressante e che i caregivers informali di pazienti dementi accusano spesso disagio psicologico inteso come ansia e/o depressione, deterioramento della salute fisica, isolamento sociale e diminuzione del tempo da dedicare ai bisogni personali e ad altri ruoli familiari, genitoriali, professionali. Alla luce di quanto emerso in precedenti studi, gli AA. hanno deciso di verificare anche nella realtà del loro territorio di competenza quale fosse la qualità di vita e il carico assistenziale dei caregivers di pazienti affetti da D.A. e seguiti presso il Centro Alzheimer del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Teramo.

Materiali e metodi: l'indagine ha riguardato un campione di caregivers informali, composto da 50 soggetti, solo familiari, che corrispondevano ai caregivers di circa il 10% dei pazienti che nell'anno 2009 risultavano essere in carico al Centro Alzheimer dell'Ospedale Civile di Teramo Il campione è quindi costituito da familiari che hanno accettato di rispondere alle domande dei questionari, durante il periodo (1 mese) in cui si è svolta l'indagine. La somministrazione dei questionari è avvenuta tramite auto somministrazione su base individuale e si è svolta principalmente in un contesto ambulatoriale, mentre i caregivers aspettavano che i loro assistiti si sottoponessero alle visite di controllo

Strumenti: la rilevazione del carico soggettivo sperimentato dai caregivers è avvenuta tramite somministrazione della CBI di Novak e Guest. Si tratta di un questionario a scelta multipla composto da 24 items, suddivisi in 5 dimensioni di *burden*:

- *Time-Dependence Burden* (T/dep-B): restrizioni nel tempo personale del caregiver;
- *Developmental Burden* (Dev-B): senso di fallimento relativo alle proprie speranze e aspettative;
- *Physical Burden* (Phys-B): stress fisico e disturbi somatici;
- *Social Burden* (Soc-B): conflitti nel lavoro e nella famiglia;
- *Emotional Burden* (Emot-B): sentimenti negativi verso il paziente, quali imbarazzo o risentimento.

Ogni dimensione è composta da 5 items, ad ognuno dei quali è attribuibile un punteggio che va da un minimo di 0 (stress

minimo) ad un massimo di 4 (stress massimo). Per ogni dimensione è possibile ottenere un punteggio che va da 0 a 20, mentre il punteggio totale va da un minimo di 0 ad un massimo di 100; il terzo fattore è composto da soli 4 items, quindi il punteggio per esso ottenuto va moltiplicato per il fattore di correzione 1,25 3. Le caratteristiche del caregiver, il sostegno sociale e le caratteristiche del paziente sono state rilevate attraverso un questionario. Entrambi i questionari sono stati somministrati in forma anonima per motivi legati alla privacy, il che ha escluso la possibilità di rilevare particolari dati clinici relativi ai pazienti.

P165. Disturbi del comportamento alimentare e cefalea: due entità psicosomatiche a confronto

C. Onofri^{**}, G. De Giorgio^{**}, N. Verdolini^{**}, C. Firenze^{*}, P. Moretti^{*}

^{*} Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, ^{**} Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Perugia

Obiettivi: è stata valutata la possibile interdipendenza tra disturbi psichiatrici di Asse I e di Asse II, Temperamento, Meccanismi di Difesa e caratteristiche alestitimiche in due categorie di pazienti che esprimono a livello somatico il disagio psicologico: DCA e Cefalea.

Materiali e metodi: sono stati arruolati pazienti ambulatoriali afferiti alla sezione di Psichiatria, Psicologia clinica e Riabilitazione Psichiatrica dell'Università di Perugia nell'ultimo anno. I controlli sani sono studenti del sesto anno di Medicina e Chirurgia. Sono stati somministrati test di autovalutazione (DMI: *Defense Mechanisms Inventory*, TCI: *Temperament and Character Inventory*, SCID-II: *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II* e TAS-20: *Toronto Alexithymia Scale*). Per l'analisi statistica sono stati utilizzati ANOVA e regressione multipla.

Risultati: l'ANOVA rileva differenze significative ($p < ,05$) nelle scale NS (TCI), TAS-20, PRN e TAS (DMI).

Dalla regressione multipla emerge una correlazione inversa ($p < ,002$) tra la presenza di patologia e le scale del TCI NS e P.

Conclusioni: nel determinare l'insorgenza dello specifico disturbo il ruolo più importante è svolto dalle caratteristiche temperamentali. Inoltre la difficoltà a riconoscere e verbalizzare vissuti interni accomuna DCA e Cefalea. Pur facendo entrambe parte dello spettro psicosomatico le due patologie differiscono per le dinamiche psicopatologiche sottese al sintomo somatico, come evidenziato dai diversi Meccanismi di Difesa utilizzati.

Bibliografia

Strober M. *Disorders of the self in anorexia nervosa: an organismic-development perspective*. In: Johnson C, editor. *Psychodynamic theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press 1992, pp. 354-73.

Di Piero V, Bruti G, Venturi P, et al. *Aminergic tone correlates of migraine and tension-type headache: a study using the tridimensional personality questionnaire*. *Headache* 2001;41(Suppl 1):63-71.

Stronks DL, Tulen JH, Peppinkhuizen L, et al. *Spinhoven P., Passchier J. Personality traits and psychological reactions to mental stress of female migraine patients*. *Cephalgia* 1999;19:566-74.

P166. Utilizzo di bupropione nella pratica clinica: uno studio naturalistico

M.C. Palazzo, C. Dobra, B. Benatti, B. Dell'Osso

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

Il bupropione è un inibitore del reuptake della noradrenalina e della dopamina (NDRI)¹⁻³. Scopo del presente studio è analizzare le caratteristiche demografiche, l'ambito diagnostico di utilizzo e la tollerabilità del bupropione in un gruppo di pazienti con disturbi d'ansia e/o dell'umore. Sono stati reclutati 64 pazienti di ambo i sessi, di età compresa fra 20 e 81 anni in trattamento da almeno un mese. Sono state raccolte le variabili genere, età d'esordio, diagnosi, comorbidità psichiatrica e medica, dosaggio del bupropione, terapia associata ed effetti collaterali. Il campione è risultato costituito nel 61,5% dei casi da donne, con età d'esordio media di 39,4 anni. Il 58% dei pazienti presentava una familiarità per disturbi psichiatrici e, nella maggior parte dei pazienti, una diagnosi di disturbo depressivo maggiore (78%). Significativa comorbidità psichiatrica era presente nel 43% dei pazienti soprattutto disturbi d'ansia (21%), disturbi di personalità e condotte di abuso (10%). Le comorbidità mediche occorrevano in circa il 65% dei pazienti. Il 40% dei pazienti ha assunto il bupropione nel contesto di una monoterapia (dosaggio più frequente pari a 150 mg/die). Nel campione in politerapia, i farmaci più frequentemente associati erano altri antidepressivi (17%), gli stabilizzanti dell'umore (31%) e gli antipsicotici atipici (12%).

Una percentuale del campione ha riportato effetti collaterali di lieve entità, soprattutto agitazione, astenia e sintomi gastrointestinali. In conclusione bupropione è risultato essere ben tollerato ed utilizzato soprattutto nella terapia dei disturbi dell'umore con sintomatologia residuale e nei pazienti che lamentavano effetti collaterali serotoninergici e con comorbidità.

Bibliografia

- 1 Papakostas GI, Stahl SM, Krishen A, et al. *Efficacy of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of major depressive disorder with high levels of anxiety (anxious depression): a pooled analysis of 10 studies.* J Clin Psychiatry 2008;69:1287-92.
- 2 Papakostas GI, Montgomery SA, Thase ME, et al. *Comparing the rapidity of response during treatment of major depressive disorder with bupropion and the SSRIs: a pooled survival analysis of 7 double-blind, randomized clinical trials.* J Clin Psychiatry 2007;68:1907-12.
- 3 Papakostas GI, Trivedi MH, Alpert JE, et al. *Efficacy of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of anxiety symptoms in major depressive disorder: a meta-analysis of individual patient data from 10 double-blind, randomized clinical trials.* J Psychiatr Res 2008;42:134-40.

P167. Diffusione della sintomatologia psicotica nell'ambito dei disturbi della condotta alimentare: presupposto teorico per un potenziale indirizzo terapeutico

F. Panariello, B. Barovelli, F. Manara

Centro Riferimento regionale Disturbi del Comportamento Alimentare, A.O. "Spedali Civili" di Brescia. Università di Brescia.

Studi in campioni di popolazione sana hanno indicato che esperienze simil-psicotiche (PLEs) sono piuttosto comuni. È

stato suggerito che tali esperienze hanno una distribuzione variabile e sono influenzate da tratti di personalità o da differenti espressioni di vulnerabilità per disturbi psicotici. Evidenze osservazionali suggeriscono una comorbidità tra disturbi psicotici e disturbi della condotta alimentare (DCA), seppure gran parte della letteratura abbia indagato la coesistenza tra questi ultimi e disturbi della spettro ansioso-depressivo. Il nostro studio ha come obiettivo la valutazione di PLEs in una coorte di pazienti affette da anoressia nervosa (AN) e da bulimia nervosa (BN) allo scopo di fornire un presupposto epistemologico all'uso di farmaci antipsicotici in sottogruppi selezionati di pazienti affetti da AN o BN.

Abbiamo a tal fine somministrato la Scala Psicodiagnostica CAPE (*Positive Scale of the Community Assessment of Psychic Experiences*) ad un gruppo di AN (45), BN (40) e ad un gruppo di controllo sano (100) comparabile per caratteristiche socio-demografiche rispetto ai gruppi di affetti.

La valutazione psicometrica è stata eseguita somministrando i test EDE-Q e EDI-2.

I risultati sono suggestivi di una maggiore presenza di sintomatologia psicotica in misura statisticamente significativa rispetto alla popolazione di controllo. Tali risultati necessitano di ulteriori conferme sperimentali e costituiscono il presupposto teorico per la appropriatezza prescrittiva degli antipsicotici rispetto ai quali, pur esistendo una discreta diffusione di trattamento *off-label* e osservazioni cliniche favorevoli, non vi è ad oggi alcuna indicazione nelle linee guida APA e NICE.

P168. Sindrome metabolica e disturbi dell'umore

M.F. Pantusa*, S. Paparo**, A. Salerno**

Dipartimento di Salute Mentale ASP CS, Rogliano (Italy)

*Psichiatra, responsabile, Centro di Salute Mentale, Rogliano (CS); **Psichiatra, Centro di Salute Mentale, Rogliano (CS)

Aim: previous studies pointed out the high prevalence of the metabolic syndrome among patients with bipolar disorder and major depression.

Objectives: to evaluate the prevalence of metabolic syndrome (MetS) in Italian outpatients with bipolar disorder (BD) and major depression (DDM) and to determine the sociodemographic and clinical correlates of MetS in this patient population.

Methods: n. 108 subjects (mean age 53.9 ± 15.3 , range 24-75), n. 69 with DDM (M/F = 18/51) and n. 39 (M/F = 12/27) with BD I and II were included. Sociodemographic and clinical characteristics were collected. Patients were assessed for MetS according to National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation And Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (NCEP ATP III) criteria.

Results: 33.3% of the patients with DDM and in 53.8% of the patients with BD ($p = .034$) met the criteria for MetS. Abdominal obesity was present in 66,7%, high triglycerides in 38.9%, low HDL-C levels in 35.2% and fasting hyperglycemia in 16.7% of the sample, without significant differences between the two diagnostic groups.

Hypertension was present in 68/5% of the patients with BD and in 59.4% of the patients with DDM ($p = .009$).

Of the investigated variables, younger age of onset and longer duration drug treatment were significantly associated with MetS. After the logistic regression analysis, BD was associated with a

2.77-fold risk of having the MetS, and duration drug treatment was associated with a 1.04-fold risk of having the MetS.

Limitations: cross-sectional study design and small size of the sample.

Conclusions: MetS is highly prevalent in patients with DDM and alarmingly high in patients.

P169. Disregolazione affettiva, trauma, vergogna, dissociazione: un modello esplicativo per i disturbi dell'immagine corporea

A. Pellicciari, P. Gualandi, L. Iero, E. Di Pietro, S. Gualandi, E. Franzoni

U.O. Neuropsichiatria Infantile e Centro a valenza regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi, Università di Bologna

Introduzione: gli Autori hanno studiato la relazione tra emozioni non elaborate e DCA. Viene proposto un modello che vede vissuti traumatici, disregolazione affettiva, senso di vergogna e sintomi dissociativi come predittivi dei disturbi dell'immagine corporea.

Materiali e metodi: sono stati somministrati a 143 soggetti affetti da DCA, 67 anoressia nervosa (AN), 52 bulimia nervosa (BN), 24 *crossover*, età media 20,3, i seguenti *self-report*: ESS, TAS20, DESII, TSI-A, BUT. Sono state condotte statistiche descrittive, confronto tra gruppi, correlazioni e regressione multipla per verificare il modello teorico.

Risultati: i tre gruppi diagnostici mostrano elevati punteggi in ciascuna delle scale somministrate rispetto alla popolazione non-clinica; le variabili indagate correlano tra loro in maniera statisticamente significativa. La regressione multipla evidenzia che il senso di vergogna (AN, BN), vissuti depressivi (BN) e traumatici (*crossover*) concorrono a determinare un'alterata immagine del corpo. L'insoddisfazione verso specifici aspetti del corpo appare determinata da: difficoltà nell'identificare le proprie emozioni (AN), vergogna (AN, *crossover*), vissuti depressivi (BN), risposte dissociative (*crossover*).

Conclusioni: la presenza di vissuti traumatici, vergogna e usi disfunzionali del meccanismo di dissociazione sono strettamente connessi nello strutturarsi e nel mantenimento dei DCA. I soggetti affetti mostrano difficoltà nel comprendere le proprie emozioni.

P170. Sindrome di demoralizzazione in ospedale generale: uno studio osservazionale

G. Piazza, G. Strizzolo, E. Albieri, V. Scillitani, S. Zavatta, S. Tomè, R. Cardelli, L. Grassi

Sezione di Psichiatria, Università di Ferrara e M.O. Psichiatria di Consultazione e Collegamento, Clinica Psichiatrica/SD Emergenza-Urgenza, Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Ferrara

Introduzione: negli ultimi anni il tema della morbilità psichiatrica in pazienti con patologie mediche è stato notevolmente approfondito. Una delle maggiori aree di indagine riguarda i disturbi depressivi e la loro relazione con le patologie mediche. Recenti studi evidenziano come, fra i disturbi dell'umore,

esistano aree di sofferenza psichica peculiari, come la demoralizzazione, una dimensione fenomenologicamente diversa e spesso indipendente da altre forme di depressione clinica. Lo studio si pone fra gli altri, l'obiettivo di valutare la presenza e le specifiche caratteristiche cliniche dei disturbi depressivi in un gruppo di pazienti con patologia medica.

Materiali e metodi: il campione è formato da 78 soggetti (34% maschi, 62% femmine) con età media di 54,29 anni (SD = 16,92) ricoverati presso l'A.O.U. S. Anna di Ferrara, in regime di ricovero o DH, sottoposti a consulenza psichiatrica (escludendo disturbi neurocognitivi e psicotici). La depressione è stata valutata con il *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9 item) per valutare la presenza di un Episodio Depressivo Maggiore (EDM), mentre la demoralizzazione è stata valutata attraverso la *Demoralization Scale* – DS (24 items).

Risultati: il 38,7% del campione ha soddisfatto i criteri per un EDM, mentre il 27,86% è risultato positivo alla DS, suggerendo che depressione e demoralizzazione si distribuiscono in maniera differente, con una quota di soggetti che presenta un disturbo e non l'altro. Restano da approfondire le variabili implicite nell'una o nell'altra sindrome, in modo da verificarne gli elementi distintivi.

Conclusioni: Demoralizzazione e depressione sono disturbi affettivi differenti ed entrambi presenti nel *setting* ospedaliero. Una diagnosi più precisa sarebbe utile non solo per l'*assessment*, ma anche per un trattamento più idoneo al singolo paziente.

Bibliografia

Cassem EH. *Depressive disorders in the medically ill. An overview.* *Psychosomatics* 1995;36:S2-10.

De Figueiredo JM. *Depression and demoralization: phenomenological differences and research perspectives.* *Comp Psychiatry* 1993;34:308-11.

P171. Impulsività nel gioco d'azzardo patologico

M. Picchetti, M. Catena Dell'Osso, S. Baroni, S. Silvestri, D. Ceresoli, D. Marazziti

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

Il gioco d'azzardo patologico è un disturbo del controllo degli impulsi con caratteristiche cliniche comuni ad altri disturbi psichiatrici come le dipendenze e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). L'eziopatogenesi del disturbo rimane ancora da chiarire, sebbene sia ipotizzabile il coinvolgimento di fattori genetici, ambientali e di diversi sistemi neurotrasmettitoriali quali, il noradrenergico, il dopaminergico, il glutamatergico e il serotonergico. Proprio quest'ultimo sembra essere primariamente coinvolto, dato che è stato dimostrato che regola l'impulsività e l'aggressività. Con questo studio ci proponiamo di valutare l'impulsività in 26 pazienti (25 uomini e 1 donna, età media 46,23 ± 11,6 anni) affetti da gioco d'azzardo patologico, la diagnosi è stata effettuata secondo i criteri del DSM-IV, e un gruppo di soggetti di controllo sani (24 uomini e 2 donne, età media 47,19 ± 13,4 anni). La gravità della sintomatologia è stata valutata mediante la *South Oaks Gambling Screen* (SOGS, Lesieur and Blume, 1987) ottenendo un punteggio di 28,9 ± 6,7; l'impulsività è stata valutata mediante *Barrat Impulsivity Scale*, versione 11 (BIS-11).

I dati ottenuti hanno evidenziato che i pazienti presentavano un punteggio totale più alto ($65,46 \pm 12,08$), rispetto ai controlli ($57,34 \pm 11,04$), alla BIS-11, soprattutto nelle scale relative all'impulsività motoria e attentiva (rispettivamente $16,34 \pm 4,8$ vs. $11,2 \pm 3,4$). Inoltre, anche i punteggi delle sottoscale dell'impulsività motoria e senza pianificazione risultano più alti nei pazienti rispetto ai controlli (rispettivamente $23,96 \pm 5,1$ e $18,53 \pm 3,8$).

Questi risultati indicano che i giocatori d'azzardo patologico sono più impulsivi dei soggetti di controllo. Questa caratteristica potrebbe predisporre a comportamenti meno controllati tipici della loro patologia.

Bibliografia

Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, et al. *Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects*. J Clin Psychol 2001;57:815-28.

Lesieur HR, Blume SB. *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*. Am J Psychiatry 1987;144:1184-8.

P172. INTERMED self-assessment: la valutazione della complessità biopsicosociale mediante uno strumento autosomministrato

C. Piemonte, A. Di Savoia, S. Ferrari

U.O. di Psichiatria Ospedaliero Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: INTERMED è volto a tradurre nella pratica clinica il modello biopsicosociale; valuta in modo globale il paziente in quattro ambiti (biologico, psicologico, sociale e assistenziale) e in tre diverse dimensioni temporali (passato, presente e futuro) mediante una semplice intervista strutturata. L'intervista INTERMED ha dimostrato di costituire un valido strumento per individuare precocemente i pazienti complessi. È stata sviluppata una versione self-assessment di INTERMED (IM-SA) per permetterne una più ampia diffusione; questo studio è volto a verificarne la comprensibilità, tramite domande POST compilazione.

Materiali e metodi: IM-SA è stato somministrato ad un campione di 50 pazienti, 25 afferenti ad un MMG e 25 ricoverati in Medicina Interna.

Risultati: I pazienti della Medicina Interna presentano un punteggio IM-SA superiore. Non si sono rilevate differenze significative rispetto ai dati POST nei due gruppi. Il 90% del campione ha trovato IM-SA facile da capire e il 96% ha negato che la struttura delle frasi fosse troppo complessa. Sono però presenti discrepanze nelle risposte date, che sottolineano la necessità di studi ulteriori per meglio chiarire le difficoltà incontrate dai pazienti nella compilazione di IM-SA.

Conclusioni: IM-SA appare uno strumento gradito ai pazienti e di facile comprensione. Attraverso studi simili in altre realtà europee verrà messa a punto la sua versione definitiva, da confrontare poi con l'intervista INTERMED eterosomministrata.

P173. Obesità e psicopatologia

F. Pinna¹, C. Sardu⁴, S. Pirarba¹, L. Lai¹, S.M. Pintore¹, L. Puddu¹, C. Concas², A. Ortu², M. Tusconi¹, L. Deriu¹, P. Contu⁴, F. Velluzzi², A. Loviselli², W. Orrù³, B. Carpiniello¹

¹Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; ²U.O. Dipartimentale di Obesità, Policlinico Universitario di Cagliari; ³Istituto "I.H. Schultz", Cagliari; ⁴Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università di 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. Il presente lavoro è volto a valutare la prevalenza di disturbi di Asse I e II in un vasto campione di pazienti afferenti ad un Centro per la cura dell'obesità, messo a confronto con un campione appaiato di soggetti normopeso, studiati mediante interviste cliniche strutturate. È stata inoltre indagata la correlazione tra obesità e variabili demografiche/cliniche utilizzando un modello di regressione logistica multivariata laddove l'obesità è stata considerata come variabile dipendente e il sesso, l'età, il livello di istruzione, lo stato civile, l'occupazione, la diagnosi di asse I *lifetime* e di asse II, come variabili indipendenti.

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 le interviste SCID I e SCID II.

Risultati: il 55,3% degli obesi, rispetto al 26,3 dei non obesi ha una diagnosi *lifetime* di asse I secondo i criteri del DSM IV. 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 15,7% degli obesi vs. l'15% dei normopeso ha una diagnosi *lifetime* di disturbo della condotta alimentare (*binge eating disorder* e *bulimia nervosa*). Il 29,4% degli obesi vs. l'8,9% dei non obesi ha una diagnosi di asse II, con una prevalenza di diagnosi di disturbo di personalità NAS. Nella valutazione della correlazione tra obesità e variabili demografiche/cliniche utilizzando un modello di regressione logistica multivariata e un approccio "backward stepwise", sono emerse correlazioni significative ($p < 0,05$).

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, e di Asse II, in particolare nei soggetti con diagnosi di *binge eating disorder*. 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.

P174. Obesità, sindrome metabolica e comorbidità psichiatriche

F. Pinna¹, R. Pili¹, S. Piras¹, L. Lai¹, S. Pirarba¹, D. Aru¹, M. Tusconi¹, S.M. Pintore¹, L. Puddu¹, F. Velluzzi², A. Loviselli², W. Orrù³, B. Carpinello¹

¹Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; ²U.O. Dipartimentale di Obesità, Policlinico Universitario di Cagliari; ³Istituto "I.H. Schultz", Cagliari

Introduzione: dalla letteratura emerge come l'obesità sia una condizione frequentemente associata a un maggior rischio di manifestazioni di interesse psicopatologico, in particolare disturbi dell'umore e disturbi d'ansia. Analogamente emerge un maggior rischio di psicopatologia nei soggetti affetti da sindrome metabolica, soprattutto depressione e, in misura minore, ansia. Lo scopo dello studio è stato, ipotizzando un possibile effetto di interazione fra obesità e sindrome metabolica sul rischio di sviluppare una condizione psicopatologica, di valutare le differenze tra due gruppi di obesi, con e senza sindrome metabolica, in termini di comorbidità psichiatrica e severità della psicopatologia e l'impatto della sindrome metabolica sulla storia psichiatrica e sulla qualità di vita del campione di obesi.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione di 293 pazienti obesi, 48 maschi e 245 femmine, di cui 107 affetti da sindrome metabolica secondo i criteri della *International Diabetes Federation* (IDF). La condizione di sovrappeso è stata definita in base ai parametri di BMI e circonferenza vita. L'inquadramento diagnostico di Asse I e II è stato effettuato rispettivamente tramite la SCID I e la SCID II. Per la valutazione della psicopatologia generale, della qualità della vita, del funzionamento globale e della gravità clinica sono state utilizzate rispettivamente le scale SCL-90-R, WHOQoL, GAF, CGI.

Risultati: i pazienti obesi con sindrome metabolica, rispetto agli obesi senza sindrome metabolica, non hanno mostrato differenze significative nella prevalenza di diagnosi di asse I *lifetime*, diagnosi di asse I principale, diagnosi di asse II e diagnosi di asse I più diagnosi di asse II. I pazienti affetti da sindrome metabolica mostrano punteggi significativamente più elevati, indicativi di maggiore gravità sintomatologica, alle sottoscale somatizzazione, depressione e ansia dell'SCL-90. Nessuna differenza emerge alle altre sottoscale dell'SCL-90 e alle scale CGI, GAF e WHOQoL.

Conclusioni: i risultati del nostro studio dimostrano che la presenza della sindrome metabolica non sembra tanto associarsi ad un'augmentata prevalenza di disturbi psichici nei pazienti affetti da obesità, quanto piuttosto a una maggiore gravità delle manifestazioni psicopatologiche presentate, soprattutto per quanto concerne l'ansia e la depressione. Tale riscontro appare di una certa rilevanza in quanto individua nei soggetti obesi quelli sui quali maggiormente concentrare le risorse terapeutiche.

P175. Obesità e qualità della vita

F. Pinna¹, S. Pirarba¹, L. Lai¹, S. Piras¹, E. Sarritzu¹, P. Milia¹, C. Concas², A. Ortu², D. Aru¹, M. Tusconi¹, L. Puddu¹, S.M. Pintore¹, L. Deriu¹, F. Velluzzi², A. Loviselli², W. Orrù³, B. Carpinello¹

¹Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari; ²U.O. Dipartimentale di Obesità, Policlinico Universitario di Cagliari; ³Istituto "I.H. Schultz", Cagliari

Introduzione: i costrutti di soddisfazione di vita, qualità della vita e sensazione soggettiva di benessere hanno notevoli implicazioni nel campo della psicologia della salute e della psicopatologia e sono stati estesamente studiati negli ultimi decenni. Alcuni studi hanno evidenziato che il basso livello di soddisfazione di vita nei soggetti obesi è influenzato dal livello d'ansia, da caratteristiche di tipo nevrotico quali isteria e depressione e dall'atteggiamento del paziente obeso nei confronti del cibo e dell'alimentazione. I risultati indicano quindi che nel soggetto obeso, oltre al grave eccesso ponderale e agli handicap correlati a tale condizione, sono rilevanti gli aspetti psicopatologici, che hanno un ruolo fondamentale nel determinare l'atteggiamento nei confronti della percezione della propria qualità di vita. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la qualità della vita in un campione di pazienti obesi, afferenti a un Centro per la cura dell'Obesità, messi a confronto con un campione appaiato di soggetti normopeso; conseguentemente di valutare se i livelli di qualità di vita percepiti dai soggetti, sia obesi che non obesi, sono influenzati dalla presenza o meno di comorbidità psichiatrica.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione di 293 pazienti, 48 maschi e 245 femmine, messo a confronto con un campione di convenienza di pari numerosità di soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio. L'inquadramento diagnostico di Asse I e II è stato effettuato rispettivamente tramite la SCID I e la SCID II. Per la valutazione della qualità della vita è stata utilizzata la scala WHOQoL.

Risultati: sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi di soggetti obesi e normopeso nell'area fisica, rapporti sociali e psicologica della WHOQoL, con punteggi medi più bassi, indicativi di una peggiore qualità di vita, nei soggetti obesi rispetto ai normopeso. Analizzando i punteggi medi alle quattro aree della WHOQoL nel campione di soggetti obesi e nel campione di soggetti normopeso in base alla presenza/assenza di una diagnosi di Asse I, *lifetime* e in atto, e di Asse II, sono stati riscontrati punteggi medi più bassi, indicativi di una peggiore qualità della vita, alle quattro aree sia nei sottogruppi di pazienti obesi che nei soggetti normopeso che presentavano una comorbidità psichiatrica di asse I e/o asse II.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con i dati di letteratura secondo cui, nei soggetti obesi, il basso livello di soddisfazione di vita è influenzato soprattutto dalla presenza di un quadro psicopatologico clinicamente rilevante. Nel nostro campione, infatti, analogamente a quanto riscontrato in letteratura, sembrerebbe che la percezione di benessere nei soggetti obesi sia in gran parte mediata dalla presenza o meno di un disagio psichico, pur riscontrandosi in ogni caso, dal confronto dei due gruppi di obesi e non obesi in assenza di comorbidità, una peggiore qualità di vita negli obesi rispetto ai normopeso. Un'adeguata valutazione psicopatologica, al fine di identificare e trattare adeguatamente eventuali disagi emotivi o veri e propri disturbi mentali in questa categoria di pazienti, potrebbe migliorarne il decorso, la prognosi, e la qualità della vita.

P176. L'impatto del terremoto del 6 aprile 2009 sullo stato di salute psicofisico e sulla qualità di vita nei pazienti anziani afferenti all'ambulatorio di psicogeriatría dell'S.P.U.D.C. dell'Aquila

O. Piperopoulos, M. Colatei, G. Di Emidio, R. Pollice, P. Pomerio, R. Roncone

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: la popolazione anziana colpita da un disastro naturale, come un terremoto, è soggetta ad un aggravamento delle sindromi pregresse e alla comparsa di patologie, definite psico-traumatiche, come la depressione, l'ansia, il disturbo di panico, il disturbo post-traumatico da stress. Stati psicopatologici precedenti al trauma costituiscono, inoltre, un fattore di rischio per lo sviluppo di una sindrome depressiva.

Scopi: il nostro studio si propone di valutare come e quanto, il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito la città di L'Aquila, abbia influito sullo stato di salute psicofisica e sulla qualità di vita di un campione di soggetti anziani, in relazione con la perdita o meno della propria abitazione.

Materiali e metodi: il campione è stato reclutato tra le persone afferenti presso l'ambulatorio di Psicogeriatría del Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Salvatore di L'Aquila. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione quale il Mini-Mental State Examination (MMSE), l'Activities of Daily Living (ADL), l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL), il General Health Questionnaire (GHQ-12), la Geriatric Depression Scale (GDS), la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) e l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

Risultati: sono stati esaminati 84 pazienti (45 F e 39 M), età media di 74,75, suddivisi in due gruppi: depressi (52 pazienti, 28 F e 24 M) con età media di 75,5 anni; e controllati (32 soggetti, 19 F e 13 M), età media di 74,0 anni. Nei depressi i punteggi medi della GDS è aumentata dopo il sisma e le donne hanno ottenuto un punteggio maggiore al GHQ rispetto agli uomini (11,12 vs. 7,5). Il 75% del campione totale presentava, nel pre-sisma, autosufficienza sia nelle attività quotidiane (ADL) sia nelle attività strumentali (IADL), nel post-sisma tali capacità si riscontrano, invece, nel 68% della popolazione esaminata. Nel 75% dei casi il punteggio del MMSE è superiore a 24 (decadimento cognitivo lieve). I punteggi dell'IES-R, della HAM-S sono superiori nelle persone che al momento del sisma si trovavano sole in casa rispetto a quelle che erano in compagnia di parenti (12,78 vs. 10,23 e 15,78 vs. 8,97) e nelle persone che hanno subito danni alla propria abitazione. Inoltre, chi è stato ospitato in strutture alberghiere presenta, rispetto a chi è stato accolto in tenda, valori maggiori all'IES-R (aumentato aurosal, tenda 0,97 [DS 0,6] vs. albergo 1,45 [DS 0,9]), alla HAM-S (tenda 9,17 [DS 2,9] vs. albergo 16,28 [DS 1,9]) e al GHQ-12 (tenda 6,32 [DS 1,33] vs. albergo 8,94 [DS 1,29]).

Conclusioni: si evidenzia un peggioramento della sintomatologia depressiva nel periodo post-sisma (GDS), soprattutto nelle donne, in relazione con un maggiore decadimento cognitivo (disorientamento spazio-temporale), e una ridotta autosufficienza sia nelle attività quotidiane che strumentali. I punteggi della IES-R e della HAM-S, sono più elevati nelle persone che si trovavano sole in casa al momento del sisma, rispetto a chi era in compagnia di parenti. I soggetti accolti in strutture alberghiere percepiscono una bassa sensazione di benessere (GHQ-12), presentano un aumento aurosal (IES-R, con timore di tornare presso la propria abitazione e di trovarsi in luoghi chiusi), rispetto a chi è stato ospitato in tenda,

che tuttavia presenta maggiormente sintomi depressivi (GDS per riduzione di spazi, igiene, intimità). La casa non è solo il luogo fisico costruito e abitato dagli uomini, ma va a costituirsi come le fondamenta della vita psichica di un individuo, per cui "essere a casa" equivale ad "essere integri a livello psicologico".

Bibliografia

Chou FH, Chou P, Su TT, et al. *Quality of life and related risk factors in a Taiwanese Village population 21 months after an earthquake.* Aust N Z J Psychiatry 2004;38:358-64.

Papadopoulos, *Terrorism and panic*, Psychotherapy and Politics International 2006;4:90-100.

Priebe S, Grappasonni I, Mari M, et al. *Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake: findings from a community sample in a rural region in Italy.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:393-7.

P177. Dimensioni psicopatologiche in soggetti obesi con e senza binge eating disorder

R. Poli*, L. Maninetti*, S. Di Lembo**, M. Goiza*, O. Turco**, P. Bodini** E. Agrimi*

* *Unità Operativa di Psichiatria*, ** *Dipartimento di Medicina, A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona*

Obiettivo: lo studio ha lo scopo di valutare la presenza di dimensioni psicopatologiche in un campione di pazienti obesi verificando se esistono differenze in ordine alle variabili socio-demografiche e nel sottogruppo di pazienti con *binge eating disorder* (BED).

Materiali e metodi: sono stati reclutati consecutivamente 152 pazienti afferenti al Centro per l'Obesità dell'Ospedale di Cremona a cui sono stati somministrati test psicometrici e una valutazione psichiatrica strutturata in caso di positività ai test. È stato inoltre somministrato un questionario per l'*Obstructive Sleep Apnea Syndrome* con esecuzione successiva, se positivi alla polisonnografia.

Risultati: i dati confermano la specificità del sottogruppo BED che presenta una maggiore incidenza di sintomi psicopatologici sia nell'indice totale che nelle diverse dimensioni. I pazienti BED sono di età inferiore rispetto agli altri obesi, prevalentemente non coniugati e con un BMI maggiore rispetto agli altri. Sia nel campione totale sia nei sottogruppi BED e non BED non è emersa invece una correlazione statisticamente significativa tra BMI e sintomi psicopatologici.

Conclusioni: la diagnosi del BED nell'ambito dei pazienti obesi risulta importante in considerazione della omogeneità psicopatologica di tale disturbo anche ai fini di diversi percorsi di trattamento sui quali sono opportuni studi specifici.

P178. Qualità della vita e comorbidità psichiatrica nel paziente ultraottantenne sottoposto a cardiocirurgia

G. Pontoni*, S. Ferrari*, D. Gabbieri**, M. Pedullii**, D. Gambetti**, I. Ghidoni**, M. Rigatelli*

* *U.O. di Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio*; ** *Dipartimento di Cardiocirurgia, Hesperia Hospital, Modena*

Introduzione: la malattia cardiovascolare è la prima causa di morte nella popolazione ultraottantenne (53%); la terapia di ri-

vascolarizzazione coronarica può rappresentare l'unica valida opzione terapeutica. Tra gli obiettivi della chirurgia cardiaca nell'ultraottantenne risulti il miglioramento della QoL.

Scopi: descrivere la QoL del paziente ultraottantenne sottoposto ad intervento di chirurgia cardiaca a distanza di anni e delineare l'andamento della stessa, in associazione alle principali varianti cliniche peri-operatorie ed alla presenza di sintomi ansioso-depressivi.

Materiali e metodi: sono stati reclutati due gruppi di 192 e 21 pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia cardiaca all'età ≥ 80 tra gli anni 2003-2005 (CCH03-05) e 2009 (CCH09) rispettivamente. Sono stati raccolti dati anagrafici, principali variabili perioperatorie e punteggi ai questionari SF-36 e *Seattle Angina Questionnaire* a distanza dall'intervento; nel gruppo CCH09 gli stessi dati sono stati raccolti sia al momento dell'intervento che al follow-up a sei mesi

Risultati: nel gruppo CCH03-05, a 5,5 anni dall'intervento è stata riportata assenza di limitazione fisica nel 50% dei casi, soddisfazione al trattamento nell'80%, libertà dai sintomi cardiaci nel 62%, assente o scarsa percezione di malattia nel 94%, e benessere generale nel 78% dei casi. Nel gruppo CCH09, a 6 mesi dall'intervento è stato riscontrato un miglioramento statisticamente significativo rispetto a tutti gli indici clinimetrici raccolti.

Conclusioni: l'ultraottantenne mostra a distanza di 6 mesi dall'intervento di chirurgia cardiaca un profilo migliore della QoL sui piani psichico, fisico-funzionale e socio-relazionale rispetto a prima dell'operazione; mantiene, dopo oltre 5 anni, uno stato generale soddisfacente.

P179. Il *Burn Specific Health Scale* come strumento di prevenzione nella cura del paziente ustionato

A. Prestifilippo*, L. Sideli*, A. Bartolotta*, C.R. Cirrincione*, F. Privitera*, A. Di Pasquale**, D. La Barbera*

* Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo; ** U.O. di Chirurgia Plastica e Terapia delle Ustioni dell'Azienda Ospedaliera Civico e Benefratelli, Palermo

Introduzione: l'ustione rappresenta un evento altamente traumatico, numerosi sono stati gli studi condotti in questo campo e tutti concordano nel sottolineare l'insorgenza di sintomi prevalentemente di tipo ansioso-depressivi (Van Loey e Van Son, 2003). L'utilizzo sempre più diffuso di strumenti psicologici, strutturati per valutare la qualità di vita dei pazienti ustionati, ha permesso di porre maggiore attenzione allo stato di salute di questi pazienti. In tal senso, il *Burn Specific Health Scale* (BSHS-B) è uno strumento ampiamente validato ed utilizzato nella pratica clinica. Permette, infatti, di indagare sia lo stato di salute degli ustionati, per prevenire la comparsa di sindromi post-traumatiche, sia le diverse aree della disabilità nella vita quotidiana (Kildal et al., 2001).

Materiali e metodi: il presente studio è stato svolto presso il Centro Ustioni dell'A.R.N.A.S. Civico di Palermo. Il campione, ad oggi, è composto da 103 pazienti ustionati, degenti e ambulatoriali. Sono state somministrate le seguenti scale: SF-36 (Ware et al., 1992), SCL -90 (Derogatis et al., 1970), BUT (Cuzolaro et al., 1999) e COPE (Carver et al., 1989).

Risultati: 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

Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, et al. *Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B)*. The J Trauma 2001;51:740-6.

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.

P180. Associazione tra depersonalizzazione e disturbo di panico in un campione di pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore

M. Preve*, M. Mula**, A. Cardini*, L. Lari*, L. Di Paolo*, C. Gesi*, M. Muti*, M. Abelli*, S. Calugi*, G.B. Cassano*, S. Pini*

* Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologie, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; ** Dipartimento di Neurologia, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Novara

Introduzione: esiste una forte associazione tra depersonalizzazione (DP) e disturbo di panico (PD), come già documentato da Roth (1960) e successivamente da Cassano (1989)¹. Nel PD viene riportata una prevalenza di DP dal 7,8% al 82,6%. Lo scopo del nostro studio è valutare l'associazione tra sintomi di depersonalizzazione e PD in un campione di pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore.

Materiali e metodi: un campione di 310 pazienti è stato valutato attraverso: SCID-P per la diagnosi di asse I e SCI-DER (strumento per valutare la presenza *lifetime* di sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione)².

Risultati: attraverso un'analisi di regressione lineare abbiamo evidenziato che, indipendentemente da età, sesso e disturbo dell'umore, la presenza di sintomi di depersonalizzazione si associa significativamente con la diagnosi di PD (punteggio totale SCI-DER Totale $p = 0,001$, Derealizzazione $p = 0,001$; Depersonalizzazione somatopsichica $p = 0,001$; Depersonalizzazione autopsichica $p = 0,003$; Depersonalizzazione affettiva $p = 0,047$).

Conclusioni: la presenza di sintomi di depersonalizzazione deve essere attentamente valutata nel *setting* clinico suggerendo la presenza di un disturbo di panico.

Bibliografia

¹ Mula M, Pini S, Cassano GB. *The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal*. J Affect Disord 2007;99:91-99.

² Mula M, Pini S, Calugi S, et al. *Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Depersonalization-Derealization Spectrum (SCI-DER)*. Neuropsychiatr Dis Treat 2008;4:977-986.

P181. Le revisioni sistematiche nella depressione: un'indagine sui grandi temi trattati in letteratura

V. Prisco

Università di Napoli "Federico II"

Introduzione: da una attenta analisi delle Revisioni Sistematiche esistenti in letteratura sulla depressione si è potuta effettuare un'indagine sui grandi temi trattati in letteratura.

Materiali e metodi: solo 424, pubblicate da 140 riviste sono risultate rispondenti ai criteri di inclusione. Abbiamo inoltre suddiviso le Revisioni Sistematiche in base agli argomenti trattati, individuando 4 temi fondamentali:

- farmaci;
- psicoterapie;
- stimolazione elettrica;
- generale (sono stati raggruppati in questa categoria i temi trattati da riviste che hanno pubblicato meno di 8 Revisioni Sistematiche).

Risultati: dall'analisi dell'insieme delle Revisioni Sistematiche, in seguito alla suddivisione nelle quattro categorie presentate in precedenza (farmaci, psicoterapie, stimolazione elettrica, generale) notiamo che c'è una grande prevalenza di Revisioni Sistematiche che trattano di farmacoterapia rispetto a tutti gli altri temi. Si nota inoltre un aumento nel corso degli anni degli studi pubblicati sulla depressione in relazione al tipo di trattamento. Un aumento considerevole si nota a partire dal 1996, e ciò vale per tutte e quattro le categorie in studio.

Conclusioni: il "picco" del numero di pubblicazioni si nota nel 2006; negli anni successivi si riscontra una lieve deflessione rispetto al 2006, e una deflessione più marcata nel 2009.

Si evince inoltre che mentre fino al 1997 le pubblicazioni sulla depressione riguardano pressoché solo la terapia farmacologica, negli anni a seguire si nota un ampliamento degli interessi anche verso la psicoterapia e la stimolazione elettrica.

P182. Le revisioni sistematiche nella depressione: un'indagine sull'attendibilità dei risultati di tali studi in relazione alla rivista che li ha pubblicati

V. Prisco

Università di Napoli "Federico II"

Introduzione: da una attenta analisi delle Revisioni Sistematiche esistenti in letteratura sulla depressione si è potuta effettuare un'indagine sulla certezza dei risultati cui giungono tali studi.

Materiali e metodi: solo 424, pubblicate da 140 riviste sono risultate rispondenti ai criteri di inclusione. È stata dunque condotta un'analisi mettendo in relazione la Rivista in questione e il tipo di risultato pubblicato. Sono state incluse nello studio le sole riviste e database che abbiano pubblicato un numero di Revisioni Sistematiche superiore a dieci sulla depressione dal 1990 al 2010.

Risultati: dai dati in nostro possesso si evince innanzitutto che le Riviste che hanno pubblicato di più, includendo nella nostra analisi le sole riviste e database che abbiano pubblicato un numero di Revisioni Sistematiche superiore a dieci sulla depressione, dal 1990 al 2009 sono il "Cochrane Database of Systematic Reviews", il "Journal of clinical psychiatry", il "British journal of psychiatry", l'"International clinical psychopharmacology", il "Journal of clinical psychopharmacology" e il

"Journal of affective disorders". Si notano differenze nel grado di certezza dei risultati in base al tipo di rivista in esame. Per quanto riguarda il numero di "Risultati Certi" riscontrati nelle varie Revisioni Sistematiche analizzate, si nota che il "Journal of clinical psychopharmacology" è la rivista che riporta più risultati positivi. Inoltre i risultati riportati dal "Cochrane Database of Systematic Reviews" hanno una minore preponderanza di risultati certi rispetto alle altre riviste, in primo luogo perché i risultati dei *Randomized Controlled Trials* sono valutati con standard di selezione più rigorosa rispetto agli studi pubblicati da altre riviste.

Conclusioni: il "Cochrane Database of Systematic Review" risulta più severo e meno influenzabile dagli interessi delle case farmaceutiche, come si può evincere dal minor numero di risultati "Certi" che esso ha pubblicato. La rivista che più si avvicina nella selettività di indagine alla "Cochrane" è il "British journal of psychiatry", pur pubblicando un numero inferiore di Revisioni Sistematiche rispetto al "Cochrane Database of Systematic Reviews".

P183. Aggiunta di psicoterapia dinamica breve alla farmacoterapia nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo complicato da depressione maggiore

S. Rigardetto, B. Martini, F. Bogetto, G. Maina

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

Introduzione e scopi: come emerge sempre più chiaramente dalla letteratura il disturbo depressivo maggiore (DDM) rappresenta nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) una delle complicanze più frequenti – con tassi di comorbidità che arrivano al 30-40% – e con presentano maggiore impatto sulla prognosi e sulla risposta alle terapie^{1,2}. Sebbene non siano sostanzialmente presenti in letteratura lavori riguardanti l'efficacia della Psicoterapia Dinamica Breve (BDT, *brief dynamic therapy*) nel DOC sono invece ormai numerosi i dati di efficacia per quanto concerne il trattamento della depressione maggiore^{3,4}. È stato dunque valutato che l'approccio psicoterapico a orientamento dinamico potesse rappresentare uno strumento valido e ben accettato dai pazienti, in combinazione con la farmacoterapia, per il trattamento della sintomatologia depressiva nel DOC.

Scopo dello studio, che rappresenta il completamento di un precedente lavoro condotto presso il nostro centro, è determinare l'efficacia dell'aggiunta della BDT alla farmacoterapia in pazienti con DOC complicato da depressione maggiore.

Materiali e metodi: sono stati reclutati pazienti ambulatoriali, sia maschi sia femmine e maggiorenni, che presentassero al *baseline*: 1) diagnosi di DOC (DSM-IV-TR) da almeno un anno; 2) punteggio Y-BOCS > 16; 3) punteggio HAM-D > 15; 4) accettazione dell'ipotesi di intraprendere la BDT e presenza di un problema focale e/o evento di vita che potesse aver avuto un ruolo precipitante. Di tutti i soggetti sono stati rilevati le caratteristiche socio-demografiche e cliniche e sono stati somministrati, oltre alle suddette scale di valutazione di DOC e DDM, i test CGI per la severità globale e GAF per il funzionamento. I pazienti inclusi sono poi stati randomizzati a due gruppi di trattamento, uno con terapia combinata farmaco-BDT e il secondo in monoterapia farmacologica. La durata dello studio è stata di 12 mesi con una prima osservazione pretrattamento, una a

inizio trattamento (*baseline*), una alla fine della terapia combinata (4 mesi) ed una a fine studio. Nel corso di ognuna delle valutazioni è stata ripetuta la batteria testistica.

Risultati e conclusioni: il campione studiato secondo il modello dell'*Intention To Treat* è risultato di 62 pazienti, 27 allocati al trattamento combinato e 35 alla sola farmacoterapia.

In entrambi i gruppi si è rilevata una significativa riduzione dell'intensità sintomatologica, tuttavia: a) i tassi di risposta per il DOC (33% combinata vs. 40% farmaco) e per la depressione maggiore (30% combinata vs. 31,5% farmaco) a fine studio sono inferiori a quelli riportati in letteratura; b) non si rilevano differenze significative tra il gruppo in terapia combinata e quello in monoterapia. L'aggiunta di BDT pertanto non risulta efficace nel DOC ma nemmeno nella depressione maggiore. Si può ipotizzare che la depressione che complica il DOC presenti un profilo di risposta differente e che il DOC complicato da depressione rappresenti un sottotipo specifico con caratteristiche peculiari e che necessita lo studio di approcci terapeutici mirati.

Bibliografia

- 1 Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. *Mol Psychiatry* 2010;15:53-63.
- 2 Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, et al. *The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder*. *J Affect Dis* 1997;46:15-23.
- 3 Abramowitz JS. *Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid Major Depression*. *J Clin Psychol* 2004;60:1133-41.
- 4 Maina G, Rosso G, Crespi C, et al. *Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study*. *Psychother Psychosom* 2007;76:298-305.
- 5 Maina G, Rosso G, Rigardetto S, et al. *No effect of Adding Brief Dynamic Therapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Concurrent Major Depression*. *Psychother Psychosom* 2010;79:295-302.

P184. Strategie di coping e legame parentale in pazienti oncoematologici

P. Rizza, F. Carioti*, S. Ruberto, P. Staffa, D. Chiodo, C. Segura García, P. De Fazio

U.O. e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Magna Græcia", Catanzaro; * Corso di Laurea in Operatore di Servizio Sociale, Università "Magna Græcia", Catanzaro

Introduzione: sebbene rimanga controversa l'efficacia delle strategie di coping alla patologia neoplastica in termini di sopravvivenza, qualità della vita e aderenza al trattamento, tuttavia un intervento basato sull'adattamento è ampiamente utilizzato nella pratica clinica. Obiettivo del lavoro è valutare una eventuale correlazione tra adattamento al cancro e legame parentale.

Materiali e metodi: lo studio, condotto in pazienti oncoematologici, ha previsto l'utilizzo di una scheda di rilevazione di dati socio-anagrafici e clinici e la somministrazione dei seguenti strumenti: *Coping Inventory for Stressful Situation* (CISS) e *Parental Bonding Instrument* (PBI).

Risultati: nel campione di 40 soggetti (età media di 46,2 anni, durata media di malattia 20,4 mesi) la regressione lineare multipla ha rilevato che migliori strategie di coping sono significativamente associate a soggetti che non sono figure genitoriali, che hanno relazioni stabili, età più bassa e che presentano una minore *over protection* materna ed una maggiore *over protection* paterna. L'analisi delle sottoscale della CISS ha evidenziato specifici predittori per singola tipologia di coping: quello centrato sul compito correla con un attaccamento verso la figura genitoriale paterna tendente ad un vincolo affettuoso e verso quella materna tendente alla tipologia di genitore negligente.

Conclusioni: nonostante siano necessari ulteriori studi anche in setting clinici differenti, è ipotizzabile un legame tra attaccamento e strategie di coping alla malattia onco-ematologica in particolare per le strategie *task-oriented*.

Bibliografia

- Petticrew M, Bell R, Hunter D. *Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review*. *BMJ* 2002;325:1066.
- Meyer F, Ehrlich M, Peteet J. *Psycho-Oncology: A Review for the General Psychiatrist*. *Focus* 2009;7:317.
- Deshields TL, Nanna SK. *Providing care for the "whole patient" in the cancer setting: the psycho-oncology consultation model of patient care*. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17:249.

P185. Community Assessment of Psychic Experiences e Trauma and Loss Spectrum Self Report 10 mesi dopo il terremoto del 6.4.2009 a L'Aquila

A. Rossi, C. Carmassi, M. Corsi, I. Pergentini, G. Massimetti, C. Capanna, P. Stratta, L. Dell'Osso

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

Introduzione: studi su popolazioni civili esposte ad eventi sismici riportano la presenza di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) nel 10,3%-45,5% dei soggetti. Tuttavia è stato evidenziato come sintomi depressivi e/o psicotici possano emergere a seguito di terremoti¹. Il 6 aprile 2009, un terremoto di magnitudo 5,9 della scala Richter, ha colpito la città de L'Aquila, provocando la morte di circa 309 persone e il ferimento di circa 1600, con oltre 65000 sfollati.

Materiali e metodi: obiettivo di questo studio è esplorare le possibili correlazioni tra sintomi di spettro post-traumatico² e sintomi psicopatologici subclinici di tipo depressivo e/o psicotico³ in 512 studenti del V anno di scuola superiore 10 mesi dopo il terremoto. Le valutazioni includono: *Trauma and Loss Spectrum-self report* (TALS-SR), *Impact of Event Scale* (IES) e *Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE).

Risultati: correlazioni tra "moderate" e "buone" sono emerse tra i sintomi di spettro post-traumatico da stress e il dominio sintomi depressivi del CAPE. Correlazioni solo di grado "debole" sono state riscontrate con i sintomi psicotici.

Conclusioni: i nostri risultati sembrano suggerire come lo stress correlato al trauma non costituisca un fattore di rischio significativo per la comparsa di sintomi di tipo psicotico, risultando tuttavia maggiormente correlato alla presenza di sintomi depressivi.

Bibliografia

- 1 Katz CL, Pellegrino L, Pandva A, et al. *Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature*. *Psychiatry Res* 2002;110:201-17.
- 2 Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCL-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. *Compr Psychiatry* 2009;50:485-90.
- 3 Daneluzzo E, Di Tommaso S, Tempesta D, et al. *The community assessment Psychic Experience (CAPE): evaluation study of the italian version*. *Epidemiologia e Psichiatria sociale* 2008;17-3.

P186. L'alessitimia come determinante del ritardo pre-ricovero in corso di infarto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI): uno studio preliminare

F. Sancassiani*, L. Meloni**, V. Pippia***, P. Sori**, D. Boscarelli**, F. Cadoni*, M.G. Carta*

* Consultation Psychiatry and Psychosomatic Unit, **Cardiology Unit, "San Giovanni di Dio" Hospital, University of Cagliari

Background: prior studies had difficulty in identifying factors that significantly explain patients' delay in responding of ST elevated acute myocardial infarction (STEMI). The aim of the study was to examine factors affecting the time between symptoms onset and hospital arrival for 40 STEMI patients admitted to a Cardiology Unit Hospital.

Methods: design: Case-Control study: Controls STEMI patients with earlier hospitalisation ($\leq 120'$); Cases STEMI patients with later hospitalisation, according to Cardiovascular Guide Lines time cut off for angioplasty good outcome.

Variables evaluated were: demographic, social, cognitive, emotional, medical history factors, alexithymia (TAS-20), childhood trauma (CTES), psychiatric diagnosis (SCID-I-NP), quality of life (SF-12).

Results: controls were more capable of identifying inner experiences of emotions and/or bodily sensations significantly than Cases that show higher alexithymia ($F = 5,9, p = 0,001$), especially with higher difficulty in detecting between bodily sensations and emotions ($F = 3,1, p = 0,008$). Controls were more capable in correct attribution of symptom origin and who had not a consultation with a general physician before arriving in hospital are significantly earlier ($t = 2,2, p = 0,033; t = -2,127, p = 0,040$).

Conclusions: variations in sensitivity to emotions and a correct information about what STAMI and its therapy are, appear to play an important role in care seeking and thus potentially in treatment outcome for STEMI patients.

P187. Diagnostica differenziale clinica tra crisi epilettiche e crisi psicogene non-epilettiche: uno studio prospettico

J. Santambrogio**, E. Beghi***, M. Beghi**, P. Beffa Negrini, G. Bogliun*, F. Peroni**, C. Trentini*, M. Clerici**, C. M. Cornaggia**

* Centro Regionale per l'Epilessia, Clinica Neurologica, Università di Milano - Bicocca; ** Clinica Psichiatrica, Università di Milano - Bicocca; *** Istituto "Mario Negri", Milano

Scopi: la diagnosi differenziale tra crisi epilettiche e PNES

è un quesito di difficile risoluzione nella clinica, laddove la metodica *gold-standard* (video-EEG) non è una tecnica di semplice utilizzo per costi e risorse impiegati. Per questo è necessario esplorare nuove metodiche cliniche che supportino la diagnosi.

In questo studio intendiamo:

- 1) calcolare la prevalenza di crisi psicogene non-epilettiche (PNES) in pazienti che afferiscono ad un centro per l'epilessia;
- 2) definire il profilo psicologico o psicopatologico dei pazienti con PNES (isolate o combinate con epilessia) in confronto ad un gruppo di controllo, abbinato per variabili demografiche, che presenta solamente crisi epilettiche.

Materiali e metodi: abbiamo preso in esame un gruppo consecutivo di pazienti, che afferiscono al Centro Regionale per l'Epilessia dell'Ospedale San Gerardo di Monza, di età maggiore o uguale a 18 anni ed abbiamo somministrato loro un questionario semi-strutturato per individuare i pazienti affetti da PNES. A tale scopo abbiamo considerato ad alta probabilità di avere PNES coloro che presentano almeno due risposte positive al questionario. Tali pazienti sono candidati alla visita psichiatrica allo scopo di includerli in una delle seguenti categorie: crisi epilettiche isolate, PNES isolate, crisi epilettiche associate a PNES.

I "casi" (persone con PNES, associate ad epilessia o isolate) sono stati sottoposti al test psicometrico SCL-90 e al test proiettivo di Rorschach per valutare rispettivamente il livello di psicopatologia e il loro profilo di personalità.

In un secondo tempo, SCL-90 e test di Rorschach sono stati somministrati anche ad un gruppo di controllo costituito da pazienti con epilessia che afferiscono al Centro Regionale per l'Epilessia, risultati negativi al questionario, abbinati ai casi secondo sesso, età (± 5 anni), classe sociale.

Risultati preliminari: abbiamo preso in esame 260 soggetti (119 M, 141 F) di cui 111 (42,7%) sono risultati "positivi" al questionario. Di questi, 62 (20 M, 42 F) hanno svolto la visita psichiatrica, con queste diagnosi: 33 affetti da epilessia, 20 da crisi epilettiche associate a PNES, 9 da sole PNES. Dei 29 casi (persone con PNES isolate o associate ad epilessia), 20 sono donne.

SCL-90: Il confronto tra 21 casi e 21 controlli non ha fatto emergere nessuna differenza statisticamente significativa per i 9 cluster di disturbi indagati e per l'indice globale di gravità (GSI).

Test di Rorschach (secondo Klopfer): il confronto tra 20 casi e 20 controlli ha fatto emergere delle differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Sarebbe che l'appartenenza al gruppo dei controlli con epilessia sia in relazione con un'affettività coartata (11 controlli vs. 5 casi), rifiuti alle tavole (4 controlli vs. 0 casi) e con la necessità della prova dei limiti (10 controlli vs. 1 caso).

Discussione: per il momento il test proiettivo sembra il più indicato per conoscere le differenze di struttura di personalità nei due gruppi ed in particolare i dati emersi si correlano con quanto osservato da Reuber¹ per quanto riguarda le differenze linguistiche nei due gruppi.

Bibliografia

- 1 Schwabe M, Howell S, Reuber M. *Differential diagnosis of seizures disorders: a conversation analytic approach*. *Soc Sci Med* 2007;65:712-24.

P188. Alessitimia, emozioni negative e comportamento sessuale

G. Scimeca, M.R.A. Muscatello, G. Pandolfo, A. Bruno, U. Micò, P. Micali Bellinghieri, V.M. Romeo, F. Di Nardo, R. Zoccali

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Lo scopo di questo studio è di analizzare la relazione tra l'alessitimia (difficoltà nel riconoscere, differenziare ed esprimere le emozioni ed i vissuti corporei) ed il comportamento sessuale in un campione di soggetti senza alterazioni psicopatologiche, considerando l'effetto delle emozioni negative e delle differenze di genere. Ad un campione di 310 studenti universitari (148 maschi e 162 femmine) sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Sex and the Average Women or Man (SAWM)*, *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, *Hamilton Depression Scale (Ham-D)*, *Hamilton Anxiety Scale (Ham-A)*, *State Trait Anger Inventory (STAXI-2)*. Le analisi statistiche sono state effettuate attraverso il *rho* di Spearman ed il test per correlazioni parziali non parametriche. I risultati hanno evidenziato che l'alessitimia è correlata negativamente con l'eccitazione e la soddisfazione sessuale mentre risulta correlata positivamente con i comportamenti sessuali associati a difficoltà nelle relazioni interpersonali (timidezza sessuale, sesso impersonale e sessualità nevrotica). Nelle donne l'alessitimia è associata ad uno stile sessuale complessivamente evitante mentre gli uomini ad uno stile più disorganizzato. L'associazione tra alessitimia ed il comportamento sessuale non risulta mediata dalle emozioni negative. I risultati indicano complessivamente che l'alessitimia ha una forte associazione con il comportamento sessuale influenzandone negativamente molte sue espressioni.

P189. Emotività espressa e disturbi del comportamento alimentare

C. Segura García, S. Russo*, M. Sirianni, P. Gentile, F. Giannini, P. Ciabrone, P. De Fazio

*U.O. e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università "Magna Græcia" di Catanzaro; * Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Università "Magna Græcia" di Catanzaro*

Introduzione: lo studio dell'emotività espressa (EE) ha fornito numerosi ed importanti contributi alla comprensione delle dinamiche familiari dei pazienti psicotici e ha suggerito un modello di intervento psicoterapeutico utile alla prevenzione delle ricadute e delle riospedalizzazioni. Scopo dello studio è la valutazione della EE nelle categorie diagnostiche che compongono lo spettro dei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Materiali e metodi: pazienti affetti da DCA sono stati valutati mediante *Level of Expressed Emotion*, *Body Image Dimensional Assessment*, *Body Uneasiness Test*, *Eating Disorder Inventory 2*, *Interpersonal Reactivity Index*. È stata effettuata statistica descrittiva e ANOVA.

Risultati: il campione di 30 pazienti di sesso femminile presentava nel 46% diagnosi di *Binge Eating Disorder (BED)* che avevano una età media superiore alle pazienti con anoressia nervosa. Alla *Expressed Emotion Scale* le pazienti con BED ave-

vano un punteggio superiore nella sottoscala "risposta emotiva del paziente alla malattia" rispetto a quelle con AN. Suddividendo le pazienti in un gruppo ad alta emotività espressa ed uno a bassa emotività espressa è stato possibile rilevare che il primo gruppo è prevalentemente costituito da pazienti BED con valori inferiori nella dimensione "Indice di insoddisfazione corporea sociale" del BIDA e più elevati nella sottoscala *Bulimia dell'EDI-2*.

Conclusioni: alta EE è risultata più frequente nelle pazienti con BED e comportano un aumento dell'insoddisfazione dell'immagine corporea, con alti livelli di depersonalizzazione, fobia del peso ed indice globale di severità.

Bibliografia

Di Paola F, Faravelli C, Ricca V. *Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder*. *Compr Psychiatry* 2010;51:401-5.

Dingemans AE, Martijn C, Jansen AT, et al. *The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder*. *Appetite* 2009;52::51-7.

P190. Mild Cognitive Impairment e depressione: pattern neuropsicologico e rischio di conversione in Alzheimer

M.S. Signorelli, A. Ullo, F. Caraci, P. Bosco, M. Marino, E. Battaglia, M. Cottone

Policlinico Universitario di Catania U.O.P.I Psichiatria, direttore prof. E. Aguglia

Introduzione: il *Mild Cognitive Impairment (MCI)* è una condizione eterogenea con caratteristiche cognitive tra l'invecchiamento normale e la demenza. Secondo Peterson et al. si distinguono quattro tipi di MCI: *amnestic, single non memory, multidomain amnestic, multidomain nonamnestic*. Lo scopo dello studio è quello di valutare in un campione di soggetti che lamentano deficit di memoria l'incidenza dell'MCI ed il tasso di conversione in demenza, analizzando l'influenza di vari fattori quali i dati socio-demografici, la presenza o meno di patologia depressiva, i parametri neuropsicologici, le varianti genetiche dell'APO E ed alcuni parametri di laboratorio.

Materiali e metodi: sono stati valutati soggetti (range età: 50-75 anni) afferenti alla Clinica Psichiatrica di Catania. I soggetti hanno eseguito una valutazione T0 con *assessment* neuropsicologica per la valutazione della memoria, dell'attenzione e delle funzioni esecutive, una valutazione dell'autonomia personale, della qualità di vita e dell'eventuale presenza di depressione, altresì hanno effettuato prelievo ematico per la valutazione dell'APOE e dei livelli di acido folico, vitamina B e omocisteina. A T1 (6 mesi) i soggetti sono stati rivalutati con *assessment* neuropsicologico ed i parametri qualitativi.

Risultati: nei soggetti con MCI elevata è la comorbidità con la depressione. Inoltre, la conversione in Alzheimer appare correlata alla variante dell'APO E, alla presenza di depressione e ad alcune caratteristiche neuropsicologiche.

Bibliografia

Bosco P, Guéant-Rodríguez RM, Anello G, et al. *Allele epsilon 4 of APOE is a stronger predictor of Alzheimer risk in Sicily than in continental South Italy*. *Neurosci Lett* 2005;388:168-72.

Caraci F, Copani A, Nicoletti F, et al. *Depression and Alzheimer's disease: neurobiological links and common pharmacological targets*. Eur J Pharmacol 2010;626:64-71.

M FM, Molano A, Castro J, Zarranz JJ. *Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease, and its relationship with cognitive impairment*. Curr Alzheimer Res 2010;7:517-26.

P191. Correlati del miglioramento soggettivo in una coorte di pazienti ambulatoriali in trattamento per disturbi d'ansia

S. Solaroli, A. Frustaci*, G. Guerriero, P. Grandinetti, P. Bria, L. Janiri, G. Pozzi

*Istituto di Psichiatria e Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. *I.R.C.C.S. San Raffaele-Pisana, Roma*

Gran parte dei pazienti in trattamento per disturbi d'ansia mostra in genere un sensibile miglioramento della sintomatologia, che tuttavia rimane incompleto in un numero di casi non trascurabile. A parità di trattamento con farmaci di scelta (in primo luogo SSRI) un buono stato di salute generale, una tempestiva gestione ed una pronta risposta alla terapia sembrano correlati ad un esito più favorevole. Oltre alle scale cliniche, la percezione individuale della qualità di vita costituisce inoltre un'area aggiuntiva che deve essere considerata come parte di una completa valutazione di esito. La valutazione del miglioramento soggettivo come risultato del trattamento risulta altrettanto importante. Obiettivo dello studio è indagare i possibili predittori clinici e demografici del miglioramento soggettivamente percepito come esito di trattamento.

Materiali e metodi: centoundici pazienti consecutivi con diagnosi principale di disturbo d'ansia secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR (74 DAP, 17 DAG, 20 con altre diagnosi) sono stati trattati in accordo con le linee guida raccomandate (SSRI e/o altri farmaci). All'inizio dello studio ai pazienti è stata somministrata una batteria valutativa comprendente la SCL-90-R. Un *follow-up* eseguito mediante taglio della coorte (6-32 mesi dall'inizio del trattamento) è stato condotto attraverso interviste telefoniche semi-strutturate. In questo studio preliminare viene considerata la domanda "Si sente migliorato dopo il trattamento?" con esito dicotomico "no o poco" oppure "completamente". I gruppi sono stati messi a confronto con le variabili cliniche e demografiche riscontrate alla momento della prima visita, e ciascuna variabile è stata introdotta in un modello di regressione logistica al fine di determinare quali fattori fossero correlati al miglioramento soggettivo. I risultati dell'analisi statistica sono riportati come *odds ratio* (ORs) con intervalli di confidenza del 95% (95% CI).

Risultati: la probabilità di miglioramento soggettivo aumenta con il tempo a partire dalla prima visita, raggiungendo un massimo tra 12 e 24 mesi (OR = 4,728; CI = 1,883-11,868); per contro, la probabilità di miglioramento soggettivo mentre tende a diminuire quanto più i pazienti risultavano sintomatici ai punteggi della SCL-90-R all'epoca della presa in carico. Nessun'altra variabile genera una predizione statisticamente significativa.

Discussione: il ruolo del tempo in trattamento e della gravità psicopatologica necessitano di ulteriore approfondimento, verificando l'effettiva adesione al trattamento di lungo termine e considerando possibili interazioni multiple. Occorre infatti

spiegare l'andamento decrescente del beneficio di lungo periodo dopo il massimo riscontrato nel secondo anno di trattamento e comprendere il ruolo degli elementi psicopatologici dimensionali che si aggiungono ai sintomi nucleari del disturbo d'ansia codificato in modo categoriale.

P192. Psicoterapia e personalità: un'analisi preliminare attraverso il Big Five Questionnaire

T. Staropoli, R. Delia, R. Alfa, V. Carlotta, M. Donnina, A. Pullara, D. La Torre

Università di Messina- Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche ed Anestesiologiche

Molti studi affrontano i problemi metodologici relativi alla misurazione dell'efficacia della psicoterapia. Sembra necessario valutare non tanto i sintomi classici dello specifico disturbo, quanto le dimensioni di personalità non necessariamente legate al disturbo.

Recenti studi si sono occupati di mettere in relazione i disturbi di personalità con il modello dei Cinque Fattori di Personalità. È emerso come dimensioni quali: coscienziosità, apertura all'esperienza ed introversione possano essere positivamente modificate nel corso di un trattamento psicoterapico. In linea con questi studi, abbiamo valutato i cambiamenti che avvengono in un processo terapeutico nelle dimensioni di personalità. È stato utilizzato il *Big Five Questionnaire*, somministrato individualmente all'inizio del percorso psicoterapeutico e dopo sei mesi.

Il test è stato somministrato a 50 pazienti con diagnosi di disturbo d'ansia classificato secondo il DSM IV-TR seguiti dall'UOC di psichiatria del Policlinico di Messina in psicoterapia psicodinamica.

Le dimensioni che hanno ottenuto un miglioramento rispetto ai punteggi tra la prima e la seconda somministrazione sono: Energia, Coscienziosità e Apertura Mentale. Non si riscontrano significative variazioni nella Amicalità e nella Stabilità emotiva.

Questi dati preliminari ci orientano a credere che la psicoterapia psicodinamica incida stabilmente sui fattori di personalità dell'individuo favorendone l'adattamento emotivo, affettivo e relazionale.

Bibliografia

Duijensens JJ, Diekstra RFW. *DSM III:R AND ICD -10 personality disorders and their relationship with the big five dimensions of personality*. 1996 personality, individual Diff. Vol 21, n. 1.

P193. Type D Personality e disturbi depressivi in pazienti con patologia medica

G. Strizzolo, G. Piazza, E. Albieri, V. Scillitani, S. Zavatta, R. Cardelli, S. Tomè, L. Grassi

Sezione di Psichiatria, Università di Ferrara e M.O. Psichiatria di Consultazione e Collegamento, Clinica Psichiatrica/SD Emergenza-Urgenza, Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Ferrara

Introduzione: la personalità di tipo D (*Distressed Personality*) è la tendenza di un individuo a sperimentare affettività negativa

(umore depresso, irritabilità, preoccupazione) e isolamento sociale. Dati empirici evidenziano la correlazione positiva tra la personalità di tipo D e il peggior *outcome* di pazienti affetti da patologie mediche, in particolare dell'area cardiovascolare¹. Lo studio attualmente in corso si propone di esaminare la possibile correlazione tra la positività di un individuo ad una personalità di tipo D e disturbi dello spettro depressivo.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 78 pazienti (34% maschi, 62% femmine) con età media di 54,29 anni (SD = 16,92) ricoverati presso l'A.O.U. S. Anna di Ferrara, in regime di ricovero o DH, per i quali è stata richiesta una consulenza psichiatrica, in assenza di disturbi neurocognitivi e di area psicotica. Al fine di valutare la *type D personality* è stato somministrato il *Type D Personality Questionnaire* (DS-14)². Per valutare la presenza dei criteri per Episodio Depressivo Maggiore è stato somministrato il *Patient Health Questionnaire* (PHQ) 9 items.

Risultati: è emersa una correlazione significativa tra i punteggi ottenuti al DS14 e quelli alla PHQ ($r = ,606$; $p < ,001$).

Conclusioni: è possibile ipotizzare che la personalità di tipo D abbia un ruolo nel determinismo della depressione in ospedale generale, indicando come variabili individuali e stili personali possano connettersi alle diverse condizioni dello spettro depressivo.

Bibliografia

- Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, et al. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2008;10:922-30.
- Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;67:89-97.

P194. Teoria della mente e abilità visuo-spaziali nell'anorexia nervosa: uno studio controllato

E. Tenconi, D. Degortes, F. Tilton, R. Borsello, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: con il termine Teoria della Mente (ToM) o *social cognition* ci si riferisce a quell'insieme di operazioni mentali che sottendono le relazioni interpersonali e che consentono di inferire intenzioni, tendenze, credenze altrui. Nell'anorexia nervosa (AN) il deficit di ToM sembra associato allo stato di malattia, al sottotipo diagnostico e alla valenza emozionale degli stimoli (Harrison et al., 2010; Oldershoaw et al., 2010). Scopo dello studio è lo studio delle abilità di *social cognition* nell'AN, la loro relazione con lo stato di malattia, il sottotipo diagnostico, la valenza emozionale degli stimoli e le abilità visuo-spaziali.

Materiali e metodi: il Mindreading Test (Baron-Choen et al., 2001) e una serie di test visuo-spaziali sono stati somministrati a 65 pazienti affetti da AN (32 ANR, 33 ANBP) e a 54 controlli non affetti.

Risultati: le pazienti AN presentano difficoltà ad inferire emozioni positive. Le pazienti guarite vanno significativamente meglio delle pazienti ancora in anorexia. La prestazione delle restrittive è significativamente inferiore a quella dei controlli. Le pazienti che presentano difficoltà visuo-spaziali hanno anche peggiori abilità sociali.

Conclusioni: lo studio conferma l'esistenza di un deficit di funzionamento sociale nell'AN, in particolare nelle pazienti con anoressia di tipo restrittivo. Sono tuttavia necessari studi futuri per poter comprendere il ruolo di questo deficit nello sviluppo e nel mantenimento della malattia.

Bibliografia

Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, et al. *Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation*. *Psychol Med* 2010;40:1887-97.

Oldershaw A, Hambrook D, Tchanturia K, et al. *Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients*. *Psychosom Med* 2010;72:73-9.

P195. Deterioramento cognitivo e capacità di esprimere un valido consenso in pazienti chirurgici geriatrici

C. Terranova*, M. Zen**, L. Di Pietra*, A. Bruttocao***, S.D. Ferrara*

* *Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università di Padova;*
 ** *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Divisione di Reumatologia, Università di Padova;*
 *** *Dipartimento dell'Anziano, Università di Padova*

Introduzione: negli anziani un'alterazione delle funzioni psichiche da malattie neurodegenerative può influenzare la corretta interpretazione delle informazioni fornite e conseguentemente l'espressione di un valido consenso/dissenso al trattamento medico-chirurgico.

Scopo dello studio consiste nel valutare le capacità cognitive di soggetti anziani ricoverati in un reparto di chirurgia geriatrica in relazione all'espressione del consenso. I risultati saranno discussi sotto il profilo delle implicazioni etico-deontologiche e medico-legali.

Materiali e metodi: lo studio è stato condotto su 120 pazienti (52 maschi, 68 femmine, età 68-96 aa) ricoverati presso il reparto di Chirurgia Geriatrica dell'Azienda Ospedaliera, Università di Padova dal settembre 2009 al settembre 2010. L'approccio metodologico, che sarà oggetto di dettagliata presentazione, era finalizzato a raccogliere dati concernenti la modalità di espressione del consenso e i possibili fattori psico-sociali influenzanti la stessa; si effettuava quindi un'analisi psico-comportamentale mediante colloquio clinico, somministrazione di *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e test dell'orologio. I dati raccolti erano registrati in un data base.

Risultati: la scolarità era per il 66% licenza elementare; il ricovero era per il 73% in elezione. Nel 21% dei casi il motivo del ricovero era sconosciuto al paziente; nel 21% dei casi il consenso all'atto chirurgico era stato prestato solo dai familiari. Il punteggio medio emerso al MMSE era di 23,58 con Ds $\pm 4,74$, range 29,2-7,4, il punteggio medio al test dell'orologio era 6,25 con DS $\pm 1,80$, range 9-2. Nel 14% del campione il punteggio ai test è risultato suggestivo per un deterioramento cognitivo.

Discussione: un intervento medico-chirurgico preceduto da un consenso "viziato" può configurare una condotta non corretta dal punto di vista etico-deontologico e giuridico. Alla luce di tale premessa il rilievo di deficit cognitivi in anziani apparentemente capaci e considerati idonei ad esprimere un consenso, deve far riflettere i chirurghi ed in generale i sanitari sull'op-

portunità di approfondire il quadro psichico, qualora sorgano dubbi circa le capacità cognitive, mediante somministrazione di test di rapida esecuzione e facile interpretazione. Alla identificazione di deficit cognitivi può conseguire l'avvio di procedure di tutela civilistica del soggetto ed in primis dell'amministrazione di sostegno.

P196. Malattia di Creutzfeldt-Jacob con presentazione psichiatrica: un case report

E. Torre*, R. Cantello**, A. Lombardi*, A. Feggi*, P. Zepegno*

* SC Psichiatria, ** SC Neurologia AOU Maggiore della Carità, UPO "A. Avogadro", Novara

Introduzione: la CJD è una patologia neurodegenerativa a rapida insorgenza caratterizzata all'esordio da: mioclonie, segni cerebellari, piramidali, extrapiramidali e progressiva demenza. È dovuta alla crescente perdita di neuroni causata da una conformazione anomala di una proteina di membrana

Case report: pz di 69 anni ricoverata in Psichiatria per: agitazione psicomotoria, disorientamento, confusione, confabulazione, falsi riconoscimenti, circostanzialità, perseverazione, logorrea e disforia. Senso-percezione integra. Anamnesi psicopatologica muta. EON: non deficit neurologici focali. EEG: aspecifico. Progressivamente più confusa, alterna sopore ad agitazione psicomotoria, affievolimento afinalistico, disorganizzazione ideica e dispercezioni visive. Impostata terapia con quetiapina (200 mg/die) e lorazepam (4 mg/die) con scarso beneficio. Al successivo EEG: "gravemente alterato caratterizzato da onde trifasiche periodiche a proiezione diffusa". ANGIO-RMN: a livello corticale "diffuse iperintensità nastriformi della sostanza grigia". Positività liquorale della proteina 14/3/3 e proteina TAU > 16000 pq/ml

Conclusioni: sottolineare l'importanza di effettuare una corretta diagnosi differenziale in pz con sintomatologia psichiatrica e simil demenziale rapidamente progressiva non responsiva al trattamento.

P197. Sintomi depressivi e livelli di citochine in un campione di soggetti depressi

R. Valsavoia*, A. Trotta*, M. Bulati**, S. Buffa**, G. Colonna Romano**, D. La Barbera*

* Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sez. di Psichiatria, Università di Palermo; ** Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche, Università di Palermo

Introduzione: un corpus crescente di ricerche ha evidenziato come l'impatto della patologia depressiva sulla salute sia modulato dalla funzionalità immunitaria ed, in particolare, coinvolga meccanismi di tipo infiammatorio (Zorilla et al., 2001). L'incremento nella concentrazione sanguigna di biomarkers infiammatori, nei pazienti affetti da depressione clinica severa, ha spinto i ricercatori ad indagare in particolare il ruolo svolto dalle citochine pro-infiammatorie. Sono state riscontrate numerose somiglianze tra reazione acuta di risposta dell'organismo nei confronti degli attacchi subiti da agenti patogeni e aspetti clinici della depressione (Dantzer, 2008). L'ipotesi della correlazione

tra attivazione immunitaria e patologia depressiva, con il ruolo svolto dalle citochine, spiegherebbe perché il 50% di soggetti con disturbi organici presenta in comorbidità un disturbo depressivo maggiore.

Materiali e metodi: il presente studio è stato svolto presso la U.O.C. di Psichiatria dell'A.O.U.P "P. Giaccone" di Palermo. Sono stati reclutati 40 soggetti con diagnosi di disturbo depressivo unipolare. I soggetti hanno ricevuto tre differenti trattamenti: psicoterapia, farmacoterapia e trattamento integrato. Lo studio ha avuto carattere longitudinale e sono state effettuate n. 3 valutazioni con cadenza trimestrale (T₀, T₁, T₂). Sono stati effettuati per ciascuna valutazione: esami ematochimici, per misurare i livelli di 27 citochine sieriche; somministrazione delle scale HAM-D e BDI, per la valutazione della sintomatologia clinica.

Risultati: verranno esaminate eventuali correlazioni tra attivazione immunitaria e patologia depressiva attraverso il ruolo svolto dalle citochine. In particolare, verranno confrontati i livelli di citochine in circolo al T₀, T₁, T₂ in relazione alla risposta ai differenti trattamenti. Saranno, inoltre, effettuate delle attivazioni in vitro per valutare la produzione di citochine.

Conclusioni: i risultati definitivi saranno discussi in riferimento ai dati della letteratura internazionale.

Bibliografia

Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, et al. *From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain.* Nat Rev Neurosci 2008;9:46-56

Schiepers OJ, Wichers MC, Maes M. *Cytokines and major depression.* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2005;29:201-17.

Zorrilla EP, Luborsky L, McKay JR, et al. *The relationship of depression and stressors to immunological assays: a meta-analytic review.* Brain Behav Immun 2001;15:241-7.

P198. Gravità della depressione e disabilità motoria nel morbo di Parkinson

A. Veltri*, A. Piccinni*, D. Marazziti*, R. Ceravolo**, E. Schiavi*, L. Dell'Osso*

* Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Neurologica, Università di Pisa

Circa il 90% dei pazienti affetti da morbo di Parkinson (PD) presenta sintomi depressivi. Con il presente studio abbiamo esaminato la relazione tra gravità dei sintomi depressivi e grado di disabilità motoria in pazienti con PD. Sono stati reclutati consecutivamente 122 pazienti parkinsoniani di cui 65 (53%) soddisfacevano i criteri del DSM-IV per la diagnosi di depressione maggiore. La sintomatologia depressiva è stata valutata con la *Hamilton Depression Rating Scale* a 21 items (HRSD₂₁), la gravità del PD con la Scala di Hoehn e Yahr (H/Y), i sintomi motori con la *Unified PD Rating Scale* (UPDRS) parte II e III. Ventinove pazienti presentavano una depressione lieve (HRSD score tra 8 e 17), 30 una depressione moderata (HRSD score tra 18 e 24), 6 una depressione grave (HRSD score ≥ 25). I pazienti con PD e depressione presentavano punteggi alle scale UPDRS II, III e H/Y più alti rispetto a quelli con PD ma non depressi. Inoltre, i punteggi alle scale UPDRS II, III e H/Y erano significativamente più alti nei pazienti con depressione grave o moderata rispetto a quelli con depressione lieve e a quelli non depressi. Questi

risultati confermano l'elevata prevalenza della depressione nei pazienti con PD e il suo impatto sulla disabilità motoria e sulla qualità della vita, evidenziando come la gravità della depressione sia strettamente correlata ai sintomi motori.

P199. Prevenzione dello stress negli operatori sanitari in situazioni di emergenza: l'esperienza del S.P.U.D.C. di L'Aquila

L. Verni, V. Bianchini, N. Giordani Paesani, M. Malavolta, G. Di Melchiorre, M.C. Bernardini, R. Roncone*, R. Pollice*
*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, * Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila*

Introduzione: l'operatore in emergenza sviluppa una soglia di tolleranza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono indurre un'alterazione dell'equilibrio psichico. Scopo dello studio è stato quello di valutare le caratteristiche cliniche, funzionali e neuropsicologiche in un campione di operatori presso il P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila nei 12 mesi successivi all'evento sismico del 6 aprile 2009. I soggetti appartenenti al campione in esame sono stati sottoposti a trattamento farmacologico e psicoterapico secondo interventi standardizzati.

Materiali e metodi: da maggio 2009 ad aprile 2010 sono stati valutati 72 soggetti (18 maschi e 54 femmine), appartenenti alle diverse Unità Operative del P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila. So-

no stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: scheda di rilevazione dei dati anamnestici; valutazione neuropsicologica; *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire Impact Event Scale-Revised*; *Brief Cope*; *General Health Questionnaire-12 items*; VGF; CGI-S.

Risultati: sono stati effettuati follow-up a cadenza semestrale, valutando al termine dei 12 mesi gli esiti e verificando la presenza di eventuali correlazioni fra le variabili cliniche e funzionali rilevate con i trattamenti psicoterapici effettuati, con l'adozione di specifiche strategie di coping e con le condizioni relative al contesto lavorativo.

Conclusioni: in linea con le più recenti ricerche, i risultati del nostro studio evidenziano percentuali di risposta agli interventi maggiormente significativi per trattamenti integrati. Si rileva una significatività per la presenza di sintomi dissociativi in chi è stato esposto ad immagini traumatiche, così come in soggetti con inagibilità della propria abitazione. È infine emerso che una migliore organizzazione del contesto lavorativo garantisce un più efficace ripristino del funzionamento globale degli operatori.

Bibliografia

Alexander DA, Klein S. *First Responders after Disaster: a review of Stress Reactions, at-risk, vulnerability and resilience factors*. Prehosp. Disaster Med 2009 ;24:87-94

Mitchell JT, Everly GS Jr. *The scientific evidence for critical incident stress management*. JEMS 1997;22:86-93.

VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011 – ORE 13,50-15,50

SALA: POSTER SESSION

TERZO GRUPPO

Disturbi di Personalità – Doppia Diagnosi e Abuso di Sostanze – Studi su Soggetti Sani – Disturbi dell'Adolescenza e dell'Infanzia – Psichiatria Forense e Aspetti Medico Legali Correlati alla Psichiatria – Management Sanitario – Ricerche su animali – Psicoterapia

P200. Dove e quando la ketamina causa modificazioni del sistema dopaminergico: rilevanza per l'abuso di sostanze e per le psicosi

L. Avvisati*, G. Latte*, E.F. Buonaguro*, F. Iasevoli*, F. Marmo*, R. Rossi*, L. Aloj**, A. de Bartolomeis*

* *Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Psicofarmacoterapia, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli*; ** *Istituto Nazionale Tumori IRCSS, Fondazione G. Pascale, Napoli, Area Funzionale di Medicina Nucleare*

La disregolazione dell'*interplay* tra sistema glutammatergico e dopaminergico in regioni cortico-sottocorticali cerebrali può causare compromissione di funzioni cognitive ed esecutive nella schizofrenia. La ketamina, antagonista non competitivo del recettore N-metil-D-aspartato utilizzato in modelli preclinici di

psicosi, influenza la trasmissione dopaminergica in termini di sintesi e rilascio di dopamina, binding recettoriale e disponibilità del Trasportatore della dopamina (DAT).

Questo studio indaga mediante ibridazione in situ l'espressione genica di DAT e dei recettori D1 e D2 (D1R e D2R), *markers* funzionali del sistema dopaminergico, dopo trattamento acuto e subcronico con ketamina.

I risultati mostrano un incremento dell'espressione di DAT in area ventroregmentale (VTA) e in substantia nigra pars compacta (SNc) in entrambi i paradigmi. L'espressione di D1R in acuto è ridotta nelle regioni laterali del caudato-putamen e nel core del nucleo accumbens, inoltre si osserva un trend decrementale nelle restanti regioni cerebrali esplorate. L'espressione di D2R è ridotta in VTA ed in SNc nel trattamento subcronico, mentre non è modificata in acuto. Tale dato suggerisce possibili fenomeni di *down-regulation* recettoriale a lungo termine.

I risultati sembrano implicare meccanismi di adattamento del sistema dopaminergico sottocorticale indotti dalla perturbazione acuta e subcronica del sistema glutammatergico di potenziale rilevanza per la comprensione della patogenesi delle psicosi.

P201. I pazienti come ricercatori: studio comparativo cross-over sulla soddisfazione dei pazienti rispetto ai servizi di salute mentale e alla loro qualità di vita

M. Barcella, M. Pinto, A. Severino, F. Brasia, V. Merlini, M. Cappucciati, R. Magnani, M. Rocchetti, S. Tinelli, L. Vecchia, P. Politi

University of Pavia, Department of Health Sciences, Pavia

Aim: evidence suggests that patients interviewed by a peer are more likely to show negative responses about satisfaction with mental health services than in clinician-led interviews (Clark et al. 1999; Polowczyk et al. 1993). In this cross-over study, we engaged service users in collecting data on patients' satisfaction with their mental health care services and quality of life (QoL). Peer-led and clinician-led interviews were analyzed for differences.

Methods: between January and May 2010, 92 patients attending our outpatient psychiatric services were invited to join the study. All patients were interviewed twice (once by a peer and once by a clinician, in a randomized fashion). The time interval between the two interviews was approximately 10 days. We collected data on the period effect (i.e., the temporal interval between the two interviews), the sequence effect, and the treatment effect (i.e., type of interviewer). The WHOQOL-BREF was used to assess QoL. Data on satisfaction with mental health services, treatments, and work support were also collected.

Results: we found a statistically significant treatment effect that explained the observed differences in the WHOQOL-BREF scores.

Conclusions: our results indicate that patients interviewed by a peer are more likely to reveal negative responses about QoL compared with clinician-led interviews. A higher level of confidence with peers may in part explain these findings.

P202. L'accuratezza della versione italiana del test multimediale *Dominic* per lo screening dei disturbi psichiatrici nei bambini

E. Bilancetta, G. Orofino, Y. Marongiu, M.F. Moro, A. Porruvecchio, L. Pilutzu, G. Farina, M.C. Hardoy, M.G. Carta

Centro di Psichiatria di Consultazione e Psicomatica, Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari

Introduzione: la salute dei bambini determina in larga misura la salute della futura popolazione. Un ausilio all'identificazione dei disturbi mentali nei bambini potrebbe essere rappresentato da questionari offerti in forma di giochi multimediali, come il questionario *Dominic*.

Obiettivi: valutare l'accuratezza del test multimediale *Dominic* rispetto alle diagnosi di depressione e ADHD condotte da clinici con l'utilizzo dell'intervista *Dawba* (*Gold Standard*).

Materiali e metodi: studio di accuratezza su un campione di pazienti consecutivi saturato con la tecnica delle quote. Campione: 68 bambini, tra i 6 e gli 11 anni, selezionati da una scuola (n = 20) e da un consultorio per disturbi mentali dell'infanzia

(n = 48). Strumenti: intervista *Dawba* condotta da un clinico su un genitore, test *Dominic* somministrato al bambino.

Risultati: per la depressione sono stati riscontrati i seguenti valori: sensibilità 66,6%, specificità 50,7%. Per l'ADHD sono stati riscontrati i seguenti valori: sensibilità 59%, specificità 54,3%.

Conclusioni: in base ai dati ottenuti possiamo affermare che lo strumento non tradizionale è uno strumento sufficientemente accurato per la conduzione di studi di screening sulla presenza nei bambini di depressione e ADHD.

Bibliografia

Goodman R, Ford T, Richards H, et al. *The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology*. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:645-55.

Studio Europeo School Children DG SANCO, Louxemburg.

Valla JP, Bergeron L, Bérubé H, et al. *A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): development, validity, and reliability*. J Abnorm Child Psychol 1994;22:403-23.

P203. La dimensione dell'impulsività nel disturbo borderline di personalità: un'indagine psicopatologica

P. Bozzatello, C. Rinaldi, F. Fermo, E. Brignolo, S. Bellino

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

Introduzione: la relazione tra impulsività e aggressività nel disturbo borderline di personalità (DBP) rappresenta tuttora una questione controversa, anche se dati clinici e correlati biologici hanno evidenziato il ruolo fondamentale di questi fattori per definire la psicopatologia del disturbo. In sintesi si contrappongono le posizioni degli Autori che considerano il discontrollo degli impulsi e l'aggressività reattiva come espressioni della stessa dimensione psicopatologica e di quelli che li interpretano come due elementi separati.

Il nostro studio, che completa un'indagine iniziale presentata nella scorsa edizione del Congresso, ha lo scopo di indagare le caratteristiche cliniche di un gruppo di pazienti con DBP per valutare se impulsività e aggressività devono essere considerati due fattori distinti.

Materiali e metodi: pazienti ambulatoriali con diagnosi di DBP sono stati valutati con *CGI Severity Item*, *BPDSI*, *BIS-11*, *MOAS*, *HAM-D* e *HAM-A*. I dati sono stati sottoposti ad analisi fattoriale con rotazione Varimax.

Risultati: l'analisi statistica ha identificato quattro fattori: "impulsività", "aggressività reattiva", "ansia/depressione" e "trauma/impulsività", che spiegano il 66,5% della varianza totale del campione.

Conclusioni: i dati ottenuti risultano compatibili con l'ipotesi che impulsività e aggressività siano due fattori separati. I sintomi di ansia e depressione e il discontrollo degli impulsi correlato a traumi precoci rappresentano gli altri due componenti principali della patologia borderline.

Bibliografia

Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF. *The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality*

disorder: an empirical analysis of self-report measures. *J Pers Disorders* 2004;18:555-70.

Latalova K, Prasko J. *Aggression in borderline personalità disorder*. *Psychiatr Quarterly* 2010;81:239-51.

P204. Titolazione rapida della quetiapina nel controllo dell'eteroaggressività dei tossicodipendenti

A.F. Buchignani, D. D'Epiro, M. Falcone, A. Filippo, A. Strati

Obiettivi: valutare l'efficacia della quetiapina in pazienti con diagnosi di "disturbo da uso di sostanze" con concomitante disturbo psichiatrico sull'asse I e II, secondo DSM IV.

Materiali e metodi: quetiapina titolata rapidamente fino ad un dosaggio medio di 900 mg/die sulla componente eteroaggressività in 13 pazienti tossicodipendenti. L'efficacia è stata valutata con le scale AQ, CGI, BPRS somministrate alla visita basale (T0), a 5 giorni (T1), a 3 (T2) e 6 (T3) mesi.

La durata media del trattamento con quetiapina è stata di giorni.

I parametri vitali, PA e Fc sono stati monitorati per tutta la durata dello studio.

Tutti i pazienti hanno assunto oltre alla quetiapina una benzodiazepina per via parenterale, 4 pz metadone 1 pz bruprenorfina cloridrato.

Risultati: sulla base delle analisi del punteggio delle scale in 11 pazienti si è osservato un netto miglioramento della dimensione aggressività in soli 5 giorni.

Non si sono registrati eventi avversi significativi.

Conclusioni: i risultati dello studio sembrano confermare l'efficacia della quetiapina titolata in 4 giorni a dosaggi medi di 900 mg/die nel controllo e nel contenimento duraturo dell'eteroaggressività in pazienti tossicodipendenti.

P205. Disturbi psichiatrici e aggressività: modalità espressive e fattori di rischio

D. Cannavò, G. Minutolo, S. Mendolia, E. Battaglia, M. Cottone, A. Petralia

A.O.U. Policlinico "G. Rodolico" - Vittorio Emanuele II, Catania; U.O.P.I. di Psichiatria

Background: nei disturbi psichiatrici l'aggressività produce spesso manifestazioni incontrollate, assumendo aspetti di impulsività ed irrazionalità. La ricerca ha valutato le caratteristiche cliniche e socio-demografiche dei pazienti psichiatrici che hanno presentato un episodio aggressivo.

Materiali e metodi: lo studio osservazionale è stato condotto su un campione di 50 pazienti, ricoverati presso un SPDC con comportamenti aggressivi. Era prevista una valutazione delle variabili cliniche e socio-demografiche ed un'indagine psicométrica attraverso la OAS, per l'analisi dell'aggressività, il BDHI, per i comportamenti e le attitudini ostili non agite, la BIS-11, per l'impulsività e la BPRS per gli aspetti psicopatologici.

Risultati: tra le caratteristiche socio-demografiche indagate, la correlazione riguardava il concomitante abuso di sostanze, la modalità di ricovero ed il genere maschile. L'OAS ha evidenziato una propensione all'aggressività etero-diretta nei maschi con schizofrenia, ed auto-diretta nelle femmine con depres-

sione maggiore. La BPRS ha evidenziato una correlazione tra l'aggressività etero-diretta e sintomatologia positiva, e tra quella auto-diretta e depressione, rischio di suicidio, sentimenti di colpa e preoccupazioni somatiche. Il BDHI indicava una maggiore sospettosità nelle donne.

Conclusioni: l'ipotesi che l'aggressività sia correlata a specifiche caratteristiche cliniche e socio-demografiche è stata confermata dallo studio. I dati suggeriscono che la precoce individuazione dei potenziali fattori di rischio coinvolti nella genesi dell'episodio aggressivo permetterebbe al clinico di mettere in atto una migliore strategia di prevenzione e d'intervento.

P206. Funzioni esecutive nei disturbi alimentari in età evolutiva: deficit di stato o di tratto? Studio preliminare

F. Cantini, L. Morè, F. Emanuelli, G. Galimberti, S. Merelli, C. Lenti, A. Albizzati

Servizio per lo Studio e la Cura dei Disturbi Alimentari in Età Evolutiva, U.O. Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Universitario San Paolo, Milano

Negli ultimi 10 anni è aumentato l'interesse per lo studio degli aspetti neuropsicologici delle patologie mentali ed in particolare dei disturbi alimentari. La letteratura si è occupata di indagare questi aspetti in pazienti adulte, prevalentemente anoressiche con una lunga storia di malattia. I ricercatori hanno considerato il deficit di *set-shifting*, ovvero la mancata flessibilità, un deficit di tratto riconducibile a un endofenotipo.

Questo studio vuole indagare le competenze neuropsicologiche in pazienti affetti da disturbi alimentari in età evolutiva allo scopo di individuare tali caratteristiche di vulnerabilità che possano essere precocemente e tempestivamente compensate con trattamenti specifici.

Il campione è costituito da tutti i pazienti afferenti al servizio specialistico per disturbi alimentari in età evolutiva. Essi vengono sottoposti all'arrivo ad una batteria di test neuropsicologici che indagano caratteristiche di stato e di tratto considerate dalla letteratura. Successivamente vengono analizzati i risultati in base all'età, diagnosi e stato di malattia. I risultati indicano che nessuno dei pazienti presenta deficit neuropsicologici di tratto.

Si conclude che in età evolutiva le caratteristiche neuropsicologiche dei disturbi alimentari sono diverse da quelle riportate in letteratura sui pazienti adulti. Si formulano diverse ipotesi per spiegare il fenomeno e si propongono delle linee di intervento specialistiche.

P207. I test di disegno come strumenti di valutazione del cambiamento indotto dalla psicoterapia. Analisi di un gruppo di 40 pazienti

V. Carlotta, R. Delia, R. Alfa, M. Donnina, A. Pullara, T. Staropoli, D. La Torre

Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Il Disegno della Figura Umana e il Disegno dell'albero sono considerati validi strumenti per l'indagine della personalità in età evolutiva. Recenti studi ne confermano la validità anche nell'età adulta.

Il primo reattivo apre lo spazio all'interpretazione dell'immagine del Sé ed alla percezione dello schema corporeo che il soggetto proietta nella rappresentazione della figura. Il disegno dell'albero è un'altra tecnica che si basa sulla proiezione, l'albero viene a simbolizzare la persona, i suoi vissuti emotivi, i suoi conflitti e le relazioni con il mondo esterno. Entrambi i reattivi, pertanto, permettono di cogliere quegli aspetti relativi alla sfera intima del Sé e al rapporto con la propria immagine corporea che mutano e si trasformano attraverso il percorso psicoterapico.

Questi strumenti sono stati utilizzati per valutare gli aspetti coinvolti nel processo di cambiamento indotto da una psicoterapia su un gruppo di 40 pazienti afferenti all'ambulatorio di psicoterapia del Policlinico di Messina cui sono stati somministrati prima e dopo sei mesi di psicoterapia psicodinamica.

Bibliografia

Passi Tognazzo D. *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Milano: Giunti Barbera 1983.

P208. Analisi delle traiettorie di sviluppo in un gruppo di pazienti con anoressia nervosa

G. Catone, S. Pisano, C. Isona, M. Calderaro, T. Salvati, A. Gritti

Neuropsichiatria Infantile Seconda Università di Napoli

Introduzione: l'anoressia nervosa (AN) è un DCA con fattori di rischio di natura biologica ed ambientale.

Scopi: descrivere le deviazioni delle traiettorie di sviluppo di ogni singolo paziente.

Materiali e metodi: lo studio è stato condotto su otto pazienti (8 F età media 14,1), con diagnosi di AN, attraverso la somministrazione di un'intervista per l'analisi delle traiettorie di sviluppo nell'infanzia (ATS), elaborata dal nostro gruppo. L'intervista comprende 5 aree dello sviluppo (sociale, emotivo, dell'Io, di fase, del super Io), ciascuna suddivisa in diverse sottoaree e fasce d'età (2).

Risultati: tutte le pazienti hanno presentato deviazioni nelle traiettorie di sviluppo. Le deviazioni più ricorrenti sono state le seguenti. Sviluppo di fase: piaceri ed appagamenti fascia di età 1 (75%); tratti del carattere fascia di età 2 (75%). Sviluppo del super Io: autostima fascia di età 2 (62,5%); autostima fascia di età 3 (50%); autostima fascia di età 4 (50%); emergenza super Io fascia di età 2 (50%); emergenza super Io fascia di età 3 (50%). Sviluppo dell'Io: autonomia fascia di età 2 (50%). Sviluppo sociale: separazione fascia di età 2 (50%) e fascia di età 3 (50%).

Conclusioni: i dati riscontrati sono in accordo con quelli considerati in letteratura come fattori di rischio per AN; suggeriamo che le deviazioni ricorrenti possano rappresentare le manifestazioni precoci di un disagio che può consolidarsi completamente in adolescenza o in età adulta, in concomitanza con altri fattori, in un quadro psicopatologico come l'AN.

P209. Il trauma complesso come disturbo dello sviluppo: violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza

M. Cheli, M. Campieri, M. Ferro, A. Fini, M.E. Montenegro, F. Pincanelli, C. Ricciutello

Azienda USL di Bologna, Centro Specialistico provinciale contro i Maltrattamenti all'Infanzia

Il contributo illustra una indagine condotta su un campione di adolescenti (13 soggetti) vittime di maltrattamenti intrafamiliari seguiti dal Centro Specialistico. Essa si propone di evidenziare come l'esposizione a precoci e reiterate esperienze traumatiche di maltrattamento incida in modo pervasivo sullo sviluppo della personalità in adolescenza e sulla futura salute mentale. Le aree maggiormente compromesse del funzionamento psicologico riconosciute dalla letteratura specialistica internazionale (*National Child Traumatic Stress Network*) come particolarmente sensibili alle esperienze traumatiche precoci cumulative sono: l'attaccamento, l'immagine di sé, la regolazione delle emozioni, le funzioni cognitive, il controllo degli impulsi. I dati clinici sono stati correlati alle diverse forme di maltrattamento e ai principali fattori di rischio familiari e sociali (Di Blasio 2005). I risultati confermano una generale compromissione nelle aree di funzionamento psicologiche individuate ed indicano la necessità di:

- incrementare un approccio diagnostico finalizzato all'individuazione precoce del disturbo post-traumatico da stress complesso (Curtis e Ford 2009), difficilmente inquadrabile negli attuali sistemi di classificazione dei disturbi mentali;
- monitorare il quadro clinico attraverso strumenti standardizzati che consentano il riconoscimento delle conseguenze post-traumatiche in età adolescenziale al fine di una migliore appropriatezza del trattamento.

P210. Analisi preliminare dei fattori di rischio psicopatologico correlati all'uso di internet in un gruppo di adolescenti italiani e giapponesi

S. Chiapparo^{1,5}, S. De Fusco², M. Boscarol¹, M. Kotani³, G. Galano⁴, G. Gorga⁵

¹ *Accademia delle Scienze, delle Comunicazioni e delle Arti Mediterranee*; ² *SIPRe (allievo specializzando III anno)*;

³ *Department of Social Sciences and Family Studies, Ochanomizu University*; ⁴ *PSI Napoli Est ASL NA1 – CNR ISA Avellino*; ⁵ *PSI Napoli Est ASL NA1*

Introduzione: la possibilità che un uso disregolato di Internet si associ a disturbi psicopatologici è oggetto di diverse pubblicazioni internazionali (Block 2008). Scopo della presente ricerca è una indagine esplorativa sui fattori di rischio psicopatologico Internet correlati negli adolescenti.

Materiali e metodi: la ricerca è stata effettuata su un campione di 60 adolescenti, tra 14 e 20 a. (30 giapponesi, età media: 17,07, M 53,33%, F 46,67%; 30 italiani, età media: 16,73, M 66,67%, F 33,33%). Sono stati utilizzati i seguenti questionari autosomministrati: IAT, DES-II, TAS-20.

Risultati: i dati ottenuti sono stati oggetto di un'analisi qualitativo-descrittiva, da cui sono scaturiti i seguenti risultati, considerati nei loro valori di media: IAT Jap = 35,8, IAT Ita = 36,97; DES-II Jap = 7,68, DES-II Ita = 7,96; TAS-20 Jap = 56,1, TAS-20 Ita = 48,67. In merito ai valori con maggior significativi-

tà psicopatologica: IAT *cut-off* > 69 pt Jap = 3,33%, Ita = 0%; DES-II *cut-off* > 30 Jap = 0%, Ita = 3,33%; TAS-20 *cut-off* > 60 Jap = 30%, Ita = 16,67%.

Conclusioni: ad una preliminare analisi descrittiva, i pt. DES-II e TAS-20 mostrano, in entrambi i campioni, una tendenza incrementale all'aumentare dei pt. IAT, che sembrerebbe non essere né costante né lineare, se non per pt. IAT > 40. Prospettiva futura della ricerca: indagare, secondo un modello di causalità non lineare, l'effettiva presenza di deficit dissociativi e Alessitimici in relazione ai disturbi associati all'uso di Internet.

P211. Le pratiche di meditazione basate sulla consapevolezza (*mindfulness*) migliorano le capacità cognitive? Una review sistematica dell'evidenza

A. Chiesa, R. Calati, A. Serretti

Istituto di psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: le meditazioni basate sulla consapevolezza (MBC) sono un tipo di pratiche meditative che sta ricevendo crescente attenzione. Tuttavia si sa molto poco riguardo gli effetti che tali pratiche hanno sulle abilità cognitive dei praticanti. Di conseguenza lo scopo del presente lavoro è quello di revisionare gli studi che hanno investigato gli effetti neuropsicologici delle MBC.

Materiali e metodi: una ricerca sistematica della letteratura scientifica sugli effetti delle MBC sull'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive è stata condotta utilizzando 5 differenti motori di ricerca.

Risultati: ventitré studi controllati sono stati identificati. Globalmente tali studi suggeriscono che le fasi iniziali della pratica, maggiormente dedite allo sviluppo della concentrazione, sembrano essere associate a significativi incrementi dell'attenzione selettiva ed esecutiva mentre gli stadi più avanzati, maggiormente dediti allo sviluppo di un'attenzione aperta momento per momento, sembrano essere associati a significativi incrementi dell'attenzione sostenuta non focalizzata. Inoltre, la pratica di una MBC è stata associata anche a significativi miglioramenti della *working memory* e di diverse funzioni esecutive.

Conclusioni: sebbene i risultati revisionati debbano essere considerati con cautela data l'assenza di standardizzazione di molti interventi, il design *cross-sectional* degli studi che investigavano meditatori più esperti e il frequente utilizzo di gruppi di controllo inadeguati, i risultati revisionati sono incoraggianti e suggeriscono la necessità di ulteriore ricerca.

P212. Le c.d. "reazioni ad eventi": la valutazione medico-legale del disturbo dell'adattamento

L. Cimino*, C. Petio**, D. De Ronchi*

* Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna;

** SPCD "P. Ottonello", Ospedale Maggiore, Bologna

Introduzione: l'importanza di delineare criteri precisi in cui collocare la valutazione del disturbo dell'adattamento (DA) rappresenta un presupposto fondamentale non solo in termini clinici, ma anche in campo medico-legale onde stabilire in modo rigoroso una correlazione causale fra quadro psicopatologico ed evento traumatico per una corretta valutazione percentuale del danno.

Materiali e metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura

medico-legale relativa alla valutazione del DA in ambito forense.

Risultati: l'analisi della letteratura ha rilevato orientamenti dottrinali non convergenti in particolare in merito al ruolo esercitato dalla "variabilità individuale", dal "timing" dell'evento e dall'efficienza lesiva dell'evento stressante.

Conclusioni: una corretta valutazione medico-legale del DA dovrà prima considerare l'efficienza lesiva dell'evento stressante ed il preesistente assetto psico-emotivo del soggetto che non dovrà spiegare di per sé la risposta disadattativa; se il DA comporterà esclusivamente una sofferenza psichica soggettiva sarà considerato "lieve"; se oltre alla sofferenza psichica soggettiva determinerà una compromissione del funzionamento sociale/lavorativo sarà stimato "moderato" o "grave" sulla base dell'entità della compromissione stessa; in ogni caso la valutazione del danno biologico non potrà essere superiore al 10%.

Bibliografia

Andrews JD. *Life events and psychiatric illness*. Psychol Med 1978;8:545.

Biondi M. *Disturbi dell'adattamento, disturbo acuto da stress e disturbo post traumatico da stress*. In Cassano GB, et al., editors. *Trattato italiano di psichiatria*. Vol. II. Milano: Masson 1999.

Cerisoli M, Vasapollo D. *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica*. Roma: Società Editrice Universo 2010.

P213. Identità di genere in adolescenti con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare

I. Costantino, F. Cantini, F. Emanuelli, C. Lenti, A. Albizzati
Servizio per lo studio e la cura dei disturbi alimentari in età evolutiva, U.O. Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Materno Infantile, Ospedale Universitario San Paolo Milano

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) colpiscono prevalentemente le donne in adolescenza. Poiché questa fase evolutiva è caratterizzata dalla ridefinizione dell'immagine corporea sulla base dei cambiamenti puberali e dall'adesione a ruoli sessuali, è possibile ipotizzare che nelle adolescenti con diagnosi di disturbo alimentare siano presenti problematiche dell'identità di genere e che queste problematiche si associno al disturbo dell'immagine corporea e ai sintomi DCA.

Per verificare queste ipotesi, 14 donne con diagnosi di DCA e 30 soggetti di controllo di età compresa tra 13 e 18 anni, hanno compilato il *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) per la valutazione del ruolo di genere. Le pazienti hanno inoltre compilato l'*Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) ed il *Body Uneasiness Test* (BUT) per la valutazione dei sintomi DCA.

I soggetti del gruppo clinico presentavano tratti di femminilità meno marcati rispetto ai controlli ed è emerso che più un individuo si identifica con caratteristiche tipicamente maschili, minore è la sua sfiducia interpersonale, mentre più abbraccia attributi tipicamente femminili, maggiore è il disagio con cui vive il proprio corpo.

La ricerca conferma la presenza di problematiche di identità di genere in adolescenti con diagnosi di disturbo alimentare e sembra dimostrare la relazione tra ruolo di genere e sintomatologia dei DCA; i risultati suggeriscono l'importanza di prendere in considerazione la dimensione di genere aspetto di vulnerabilità che potrebbe essere utile affrontare nel trattamento di queste patologie.

Bibliografia

Cuzzolaro M, Santomassimo C, Aveni F, et al. *Disturbi alimentari e identità di genere: Uno studio condotto con il Bem Sex Role Inventory (BSRI)*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2003;70:505-16.

Hepp U, Spindler A, Milos G. *Eating disorder symptomatology and gender role orientation*. *Int J Eat Disord* 2005;37:227-33.

Riva, E, editor. *Adolescenza e anoressia: Corpo, genere, soggetto*. Milano: Cortina 2009.

P214. Valutazione dell'umore e della personalità in un campione di forti fumatori

D. Cristina, F. Valente, A. Bruno, M.R.A. Muscatello, G. Pandolfo, U. Micò, P. Micali Bellinghieri, V.M. Romeo, G. Scimeca, E. Abenavoli, F. Di Nardo, R. Zoccali

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

La dipendenza da nicotina è una malattia complessa sia in merito alla sua eziologia che agli effetti psicobiologici ed alla gestione clinica. Obiettivo dello studio è valutare le caratteristiche di personalità e l'umore prevalenti in un campione di forti fumatori. Ad un campione di 21 soggetti, 13 M e 8 F, (età media $40,05 \pm 11,01$), fumatori di oltre 40 sigarette/die, e ad un gruppo di 22 soggetti non fumatori (controlli) confrontabili per sesso, età ed istruzione sono stati somministrati i seguenti test BDI: (*Beck Depression Inventory*), SAS (*Self rating Anxiety Scale*), ASI (*Anxiety Sensitivity Index*), STAXI 2 (*State Trait Anger Expression Inventory 2*), TCI (*Temperament-Character Inventory*). I dati ottenuti dallo studio sono stati sottoposti ad analisi statistica descrittiva ed inferenziale. Per le analisi statistiche sono stati utilizzati il test *Mann-Whitney U-test* e la correlazione di Spearman. Le analisi sono state eseguite con lo *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 16.0*. In merito alla personalità non sono state riscontrate differenze relativamente al TCI mentre nei fumatori sono stati riscontrati maggiori livelli di rabbia di tratto e rivolta all'interno, così come maggiori livelli di ansia; nessuna differenza statisticamente significativa è stata riscontrata nel grado di depressione così come per la variabile sesso. Complessivamente i risultati supportano l'ipotesi dell'uso compensatorio della nicotina come reazione a livelli eccessivi di ansia e di rabbia.

P215. Caratteristiche psicopatologiche in pazienti affetti da disturbo *borderline* di personalità con o senza tendenza all'autolesionismo

D. De Berardis¹⁻², V. Marasco¹, L. Volpe¹, D. Campanella¹, N. Serroni¹, M. Caltabiano¹, L. Olivieri¹, T. Acciavatti¹, F.S. Moschetta¹, R. La Rovere³, A. Cicconetti⁴, A. Carano⁵, L. Mancini⁵, G. Mariani⁵, M. Cavuto⁶, G. Di Iorio², M. Di Giannantonio²

¹ *Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo*; ² *Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti*; ³ *Istituto Psicosociale "S. Francesco", Vasto Marina (CH)*; ⁴ *Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile di Atri (Te)*; ⁵ *Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Provinciale "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno*; ⁶ *IASM, L'Aquila*.

Introduzione: lo scopo del presente lavoro è stato quello di

valutare in un campione di pazienti con disturbo *borderline* di personalità le differenze psicopatologiche tra individui con tendenza all'autolesionismo e individui senza tendenza all'autolesionismo.

Materiali e metodi: sono stati valutati 25 pazienti (15 femmine e 10 maschi) con diagnosi di disturbo *borderline* di personalità secondo il DSM-IV-TR e tendenza all'autolesionismo e 25 pazienti con disturbo *borderline* di personalità corrispondenti per età e sesso ma senza tendenza all'automutilazione. Sono stati impiegati i seguenti questionari: *Dissociative Experiences Scale* (DES), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Interaction Anxiousness Scale* (IAS), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES).

Risultati: il confronto tra pazienti *borderline* con o senza tendenza all'autolesionismo ha mostrato che i primi avevano una maggiore tendenza alla presenza di sintomi dissociativi rispetto ai soggetti senza tendenza all'autolesione; inoltre erano più *alexitimici* e mostravano una maggiore tendenza alla percezione di un senso di inadeguatezza corporea unitamente a una più elevata preoccupazione per l'immagine corporea rispetto ai soggetti senza tendenza all'autolesionismo. Infine, i pazienti con autolesionismo mostravano un'autostima inferiore rispetto a quelli senza autolesionismo.

Conclusioni: i risultati dello studio evidenziano che esistono differenze psicopatologiche nel disturbo *borderline* di personalità tra individui con tendenza all'autolesionismo e individui senza tendenza all'autolesionismo. Le implicazioni e le limitazioni dello studio sono discusse nel poster.

P216. La valutazione delle variabili impulsività, aggressività e personalità negli automobilisti mediante STAXI, BIS-11 e TCI

G. De Giorgio*, L. Pauselli, P. Moretti**

* *Scuola di Specializzazione in Psichiatria*, ** *Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia*

Lo studio indaga differenze in personalità e gestione di rabbia e impulsività, tra soggetti iscritti ACI che hanno e non hanno perso punti dalla patente di guida.

Sono stati inviati per posta 500 plichi contenenti: scheda socio-demografica, *Barratt Impulsivity Scale* (BIS-11), *State-Trait Anger eXpression Inventory* (STAXI) e *Temperament and Character Inventory* (TCI). L'analisi statistica ha previsto: correlazione semplice. test *T-student* e regressione lineare.

112 persone hanno risposto. Non ci sono differenze significative per età, sesso, scolarità, tipo di infrazioni ed anni di patente. La correlazione semplice dimostra dipendenza tra scale dei vari test. Il test *T-Student* indica che chi ha punti decurtati presenta una media più bassa in *T-Anger*, *T-Anger/T* e *Harm Avoidance* rispetto a chi non ha perso punti. Risultati confermati dalla regressione logistica, infatti HA risulta essere fattore di protezione per la perdita di punti.

Dall'analisi non emergono tratti psicopatologici, ma alcuni profili temperamentalmente influenzano il comportamento al volante: soggetti con alta HA sono meno predisposti ad impegnarsi in comportamenti a rischio.

Le innovazioni dello studio stanno sia nella scelta di studiare le infrazioni piuttosto che gli incidenti, che nel campione, il quale

non è stato reclutato né a partire dalla violazione né in ambienti accademici, ciò ha influenzato una più elevata età media che assicura una più appropriata integrazione e modulazione di impulsività e aggressività.

P217. Suicidio e internet: una ricerca sui siti web italiani

C. De Rosa, G. Sampogna, L. Del Gaudio, V. Del Vecchio, M. Luciano, D. Giacco, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il suicidio rappresenta una delle cause di morte più frequenti nel mondo occidentale: circa 1 milione di persone si toglie la vita ogni anno e un numero di circa 10-20 volte superiore tenta di farlo. Negli ultimi anni, i media sono diventati una delle principali fonti di informazione sul tema del suicidio e gli studi disponibili ne hanno evidenziato il ruolo nella promozione di comportamenti suicidari; tuttavia, solo di recente sono stati condotti studi specifici volti ad indagare il rapporto tra psichiatria e tecnologie, approfondendo questo argomento in modo sistematico. L'obiettivo di questo studio è stato quello effettuare una ricerca sui siti web in italiano, che può essere fatta da chiunque cerchi informazioni su come suicidarsi. Sono state inserite, nei 5 motori di ricerca più diffusi, le seguenti parole chiave: "suicidio", "metodi per il suicidio", "metodi sicuri di suicidio", "metodi efficaci per suicidarsi", "come suicidarsi", "come uccidersi", "metodi facili per suicidarsi", "suicidio senza sofferenza", "suicidio senza paura", "suicidio veloce". Sono stati presi in considerazione i primi 10 siti visualizzati, che sono stati successivamente inseriti in 14 categorie. Sono state analizzate circa 500 pagine web. A ciascun sito è stato attribuito un punteggio, da 1 a 10, che ne potesse identificare l'accessibilità.

La maggior parte (51%) dei siti analizzati fornisce informazioni su come suicidarsi e promuove o incoraggia il suicidio. Una percentuale minore si occupa di prevenzione o lo scoraggia esplicitamente (16,2). I siti pro-suicidio sono spesso ai primi posti nei risultati delle ricerche, quindi più facilmente accessibili. I risultati di questo studio evidenziano che: 1) esiste una mancanza di controllo sulla diffusione di informazioni online, per cui sarebbe auspicabile istituire una regolamentazione o l'utilizzo di software di filtro; 2) gli operatori psichiatrici dovrebbero chiedere ai propri pazienti, in particolare a quelli con depressione, con rischio di suicidio e agli adolescenti, le loro abitudini di utilizzo di Internet; 3) i medici dovrebbero aiutare i pazienti a identificare le risorse di sostegno disponibili online, in modo che l'utilizzo della rete possa diventare più utile che pericoloso.

P218. Valutazione dell'outcome nelle UFSMIA della Regione Toscana

D. De Wet*, C. Carmassi**, G. Smorto*, C. Rossi*, L. Dell'Osso**, GVEP (Gruppo per la Valutazione di Efficacia della Psicoterapia)

* *Dipartimento di Salute Mentale, AUSL 5 di Pisa;* ** *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa*

Introduzione: la valutazione dell'outcome è fondamentale in psichiatria e in particolare nell'ambito dell'infanzia e adolescenza, al fine di fornire prestazioni appropriate in risposta ai

bisogni assistenziali e di cura¹⁻³. Ogni anno, oltre 30.000 utenti afferiscono alle Unità Funzionali di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA) della Regione Toscana. Tuttavia, ad oggi non vengono adottate metodiche uniformemente condivise per la valutazione degli esiti. L'obiettivo di questo studio è la valutazione degli esiti negli utenti (minori, genitori e/o caregivers) afferenti alle UFSMIA della Regione Toscana. L'obiettivo secondario è quello di valutare il grado di soddisfazione dell'utente mediante un apposito questionario.

Materiali e metodi: gli strumenti comprendono: SDQ (Questionario sui Punti di Forza e Debolezza), CGAS (scala di assessment globale per bambini), HoNOS-CA (*Health of the Nation Outcome Study for Child and Adolescent*). Per la misurazione del grado di soddisfazione degli utenti che hanno usufruito dei servizi erogati verrà utilizzato l'ESQ (*Experience of Service Questionnaire*).

Risultati: lo studio coinvolge oltre 50 psicoterapeuti (medici e psicologi) operanti nelle UFSMIA della Regione Toscana che hanno aderito allo studio. Dati preliminari sui primi 200 pazienti reclutati, dimostrano buoni livelli di adesione degli operatori e degli utenti alla compilazione degli strumenti proposti.

Conclusioni: questo studio risponde ad un'esigenza, sia dei professionisti, sia degli utenti e dei loro familiari, di misurare il lavoro svolto allo scopo di fornire prestazioni sempre più appropriate in risposta a bisogni assistenziali e di cura. Questo studio conferma la fattibilità della valutazione di routine dell'outcome nel contesto italiano.

Acknowledgements: N. Artico, S. Carrara, F. Celi, A. Del Rosso, M. Francesconi, D. Fontana, L. Marconcini, C. Mastrocincque, I. Minervini, S. Rota; e con la collaborazione di D. Buttaglieri e S. Leoncini.

Bibliografia

- 1 Wolpert M, Cooper L, Tingay K, et al., and the CORC Committee. *Collaborating to improve Child and Adolescent Mental Health Services*. London: CAMHS Outcomes Research Consortium Handbook. Version 2.0. CORC 2007.
- 2 Warnick EM, Weersing VR, Scahill L, et al. *Selecting Measures for Use in Child Mental Health Services: mA Scorecard Approach*. *Adm Policy Ment Health* 2009;36:112-22.
- 3 Miranda J, Azocar F, Burnam MA. *Assessment of evidence-based psychotherapy practices in usual care: challenges, promising, approaches and future directions*. *Adm Policy Ment Health* 2010;37:205-7.

P219. Per una evidence-based psychotherapy: valutazione dell'outcome nei DSM e SERT della Regione Toscana

D. De Wet*, C. Carmassi**, G. Smorto*, C. Rossi*, L. Dell'Osso**, GVEP (Gruppo per la Valutazione di Efficacia della Psicoterapia)

* *Dipartimento di Salute Mentale, AUSL 5 di Pisa;* ** *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa*

Introduzione: la valutazione dell'outcome è fondamentale in psicoterapia al fine di fornire prestazioni sempre più appropriate in risposta a bisogni assistenziali e di cura. In quest'ottica, diversi Autori hanno rilevato la necessità della raccolta sistematica e routinaria di dati di buona qualità all'interno dei servizi^{1,2}. Sebbene annualmente oltre 80.000 sedute di psicoterapia

siano svolte presso i DSM e i SERT della Regione Toscana, ad oggi non sono utilizzati strumenti per la valutazione degli esiti di tali interventi.

Obiettivo di questo studio è la valutazione dell'*outcome* della psicoterapia (sia clinico, sia di soddisfazione dell'utente) nei pazienti in trattamento presso i DSM e SERT della Regione Toscana. Obiettivo secondario è la validazione del Questionario di Soddisfazione dei Servizi che erogano psicoterapia in Toscana (QSSPT), sviluppato appositamente per lo studio.

Materiali e metodi: gli strumenti comprendono: *Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)*³, per la misurazione degli esiti, e QSSPT per misurare il grado di soddisfazione dei pazienti che hanno utilizzato i servizi.

Risultati: lo studio coinvolge oltre 50 psicoterapeuti operanti nei DSM e nei SERT delle diverse Asl della Regione Toscana che hanno aderito al progetto. Lo studio si propone di reclutare circa 2.500 pazienti nell'arco temporale di un anno. Dati preliminari, sui primi 200 pazienti reclutati, dimostrano buoni livelli di adesione degli psicoterapeuti e degli utenti alla compilazione degli strumenti proposti.

Conclusioni: questo studio conferma la fattibilità di una misurazione di routine dell'*outcome* della psicoterapia nel contesto italiano, oltre ad evidenziarne l'importanza in quanto componente essenziale e irrinunciabile dell'intervento. Viene inoltre evidenziata la valutazione della soddisfazione degli utenti in quanto garante della partecipazione dell'utilizzatore del servizio.

Acknowledgements: N. Artico, S. Carrara, F. Celi, A. Del Rosso, M. Francesconi, D. Fontana, L. Marconcini, C. Mastrocinque, I. Minervini, S. Rota; e con la collaborazione di D. Buttiglieri e S. Leoncini.

Bibliografia

- 1 Margison FR, Barkham M, Evans C, et al. *Measurement and psychotherapy*. Br J Psychiatry 2000;177:123-30.
- 2 Miranda J, Azocar F, Burnam MA. *Assessment of evidence-based psychotherapy practice in usual care: challenges, promising approaches and future directions*. Adm Policy Ment Health 2010;37:205-7.
- 3 Barkham M, Gilbert N, Connell J, et al. *Suitability of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings*. Br J Psychiatry 2005;186:239-46.

P220. Sviluppo di raccomandazioni di buona pratica clinica sui TSO: risultati dello studio EUNOMIA

V. Del Vecchio¹, C. De Rosa¹, D. Giacco¹, M. Luciano¹, V. Vinci¹, A. Fiorillo¹, L. Jurjan², K. Schnell², G. Onchev³, S. Alexiev³, J. Raboch⁴, L. Kalisova⁴, A. Mastrogianni⁵, E. Georgiadou⁵, Z. Solomon⁶, A. Dembinskas⁶, V. Raskauskas⁷, P. Nawka⁸, A. Nawka⁴, A. Kiejna⁹, T. Hadrys⁹, F. Torres-Gonzales⁹, F. Mayoral¹⁰, A. Björkdahl¹¹, L. Kjellin¹², S. Priebe¹³, M. Maj¹, T. Kallert^{2 14}

¹ Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN; ² Department of Psychiatry and Psychotherapy, Dresden University of Technology, Germany; ³ Department of Psychiatry, Medical University of Sofia, Bulgaria; ⁴ Department of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic; ⁵ Psychiatric Hospital, Thessaloniki, Greece; ⁶ School of Social Work and Geha Mental Health Center, University of Tel Aviv, Israel; ⁷ Psychiatric Clinic, Vilnius Mental Health Centre, University of Vilnius, Lithuania; ⁸ Psychiatric Hospital, Michalovce, Slovak Republic; ⁹ Department of Psychiatry, Medical University, Wrocław, Poland; ¹⁰ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), University of Granada, Spain and Hospital Regional Carlos Haya, Malaga, Spain; ¹¹ Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ¹² School of Health and Medical Sciences, Psychiatric Research Centre, Örebro University, Sweden; ¹³ Unit for Social and Community Psychiatry, Barts' and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary College, University of London, United Kingdom; ¹⁴ Park Hospital Leipzig, Department of Psychiatry, Psychosomatic Medicine, and Psychotherapy, Leipzig & Soteria Hospital Leipzig, Leipzig & Faculty of Medicine, Dresden University of Technology, Dresden, Germany

I trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in psichiatria presentano una notevole variabilità in differenti contesti socio-culturali, sia da un punto di vista epidemiologico che clinico. Nel 2002, la Commissione Europea, nell'ambito del V Programma Quadro per lo sviluppo e la ricerca tecnologica, ha finanziato lo studio EUNOMIA, con l'obiettivo di mettere a punto raccomandazioni europee di buona pratica clinica sui TSO. Lo studio, coordinato dall'Università di Dresda, è stato condotto in 12 paesi: Bulgaria, Germania, Grecia, Inghilterra, Israele, Italia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svezia.

Nella fase iniziale dello studio, sono state messe a punto, da ogni centro partecipante, delle raccomandazioni di buona pratica clinica per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori a livello nazionale. Nella seconda fase, tali raccomandazioni sono state utilizzate per produrre un documento condiviso, che regola i seguenti ambiti: a) condizioni cliniche e requisiti legali per l'effettuazione dei trattamenti sanitari obbligatori; b) rapporti con i pazienti ed i loro familiari; c) aspetti etici; d) piano terapeutico; e) compiti per lo staff sanitario.

Il bisogno di uniformare le procedure di TSO è stato sottolineato da tutti i centri. Nelle raccomandazioni "EUNOMIA" è stata evidenziata la necessità di: a) fornire informazioni ai pazienti sui motivi del ricovero e la durata presumibile; b) tutelare i diritti dei pazienti durante i ricoveri; c) favorire il coinvolgimento dei familiari; d) migliorare la comunicazione tra équipe territoriale ed ospedaliera; e) organizzare incontri, seminari e *focus-group* con gli utenti; f) sviluppare corsi di formazione per le figure professionali coinvolte sulla gestione di eventuali comportamenti aggressivi, sugli aspetti clinici dei principali disturbi

mentali, sugli aspetti legali ed amministrativi dei TSO, sulle abilità di comunicazione.

I risultati hanno evidenziato l'importanza di sviluppare delle linee-guida internazionali sui TSO e la necessità di migliorare l'assistenza ai pazienti durante i ricoveri.

P221. Il gruppo d'attesa: un nuovo modello per la psicoterapia nell'istituzione pubblica

R. Delia, A. Pullara, R. Alfa, V. Carlotta, M. Donnina, T. Staropoli, D. La Torre

Dipartimento di Scienze neurologiche, psichiatriche ed anestesio-logiche, Università di Messina

L'esercizio della psicoterapia nell'istituzione universitaria esige grande determinazione, un costante lavoro di gruppo, controllo e supervisione, un clima di condivisione e una libera partecipazione. Si cerca un metodo che sia anche un buon modulo formativo: ogni nostro intervento assistenziale è anche contemporaneamente un'occasione di formazione attraverso la supervisione di gruppo. Abbiamo avuto la necessità di inventare un modello originale che rispondesse a varie esigenze: motivare i pazienti ad esprimere una domanda-desiderio di gruppo; fare della fase di attesa una fase di psicoterapia sia pure breve; apprendere dall'esperienza.

L'intento è stato quello di proporre questo metodo come regola per l'ingresso alla psicoterapia. Illustriamo il metodo e ne valutiamo l'efficacia.

Materiali e metodi: si propongono quattro sedute di gruppo, come prassi preliminare per coloro che richiedono la psicoterapia. In seguito i terapeuti, durante un colloquio individuale, valutano insieme al paziente l'opportunità di proseguire in un setting di gruppo, questa volta a lungo termine, oppure di iniziare un percorso di psicoterapia individuale.

Al fine di creare una procedura pianificata secondo criteri specifici, abbiamo ritenuto opportuno realizzare un protocollo congiunto stilato dal conduttore e dall'osservatore al termine di ogni seduta e garantire periodiche supervisioni di gruppo.

Dopo le quattro sedute si procede a valutazione psicodiagnostica con i seguenti strumenti:

Big five e test grafici prima di iniziare la psicoterapia e dopo un anno.

Bibliografia

Bion WR. *Experiences in Groups*. London: Tavistock 1961.

P222. Differenze di genere nelle correlazioni tra Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) e Trauma and Loss Spectrum Self Report (TALS-SR) 10 mesi dopo il terremoto de L'Aquila 2009

L. Dell'Osso, C. Carmassi, C. Socci, E. Massimetti, M. Corsi, I. Pergentini, C. Capanna, P. Stratta, A. Rossi

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

Introduzione: l'esposizione a eventi sismici può indurre lo sviluppo di diversi quadri psicopatologici. In letteratura numerosi studi hanno indagato la presenza di sintomi da stress post-trau-

matico ma sono stati altresì riportati sintomi depressivi e psicotici^{1,2}. Il 6 aprile 2009 un terremoto di magnitudo 5,9 (scala Richter) ha investito la città de L'Aquila, uccidendo 309 persone e ferendone oltre 1600 con 65000 sfollati. Scopo di questo studio è stato di indagare le possibili differenze di genere nelle correlazioni tra sintomi post-traumatici da stress e depressivi o psicotici valutati mediante specifici strumenti^{3,4} insorti 10 mesi dopo il terremoto de L'Aquila in un gruppo di studenti del V anno di scuola superiore.

Materiali e metodi: 512 studenti (232 donne e 280 uomini) sono stati valutati mediante: *Trauma and Loss Spectrum-Self Report* (TALS-SR), *Impact of Event Scale* (IES) e *Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE).

Risultati: nelle donne sono emerse correlazioni tra "moderate" e "buone" (r: 0,39-0,43) tra sintomi post-traumatici da stress e sintomi depressivi del CAPE mentre negli uomini le stesse correlazioni sono risultate più deboli. Tuttavia, negli uomini il dominio evitamento del TALS-SR mostra una discreta (r: 0,40) correlazione con il dominio sintomi positivi del CAPE.

Conclusioni: lo stress correlato all'esposizione al terremoto sembra rappresentare un fattore di rischio per la presenza di sintomi psicotici prevalentemente negli uomini mentre di sintomi depressivi nelle donne.

Bibliografia

¹ Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, et al. *Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature*. *Psychiatry Res* 2002;110:201-17.

² Ehrling T, Razik S, Emmelkamp PM. *Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers*. *Psychiatry Res* 2011;185:161-6.

³ Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCITALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. *Compr Psychiatry* 2009;50:485-90.

⁴ Konings M, Bak M, Hanssen M, et al. *Validity and reliability of the CAPE: a self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population*. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:55-61.

P223. Il rischio psicopatologico negli adolescenti vittime di esperienze psico-traumatiche precoci

G. Di Iorio*, M. Cornelio*, T. Acciavatti**, S. Marini*, V. Infante*, N. Serroni**, D. Campanella**, L. Olivieri**, M. Caltabiano**, V. Marasco**, D. De Berardis**, F.S. Moschetta**, M. Di Giannantonio*

* *Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti;* ** *Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo*

L'obiettivo di tale lavoro è stato valutare se, in soggetti vittime di traumi psichici infantili, il Q.I. possa modulare l'espressione clinica dei disturbi di ordine psicotico successivamente manifestati.

È stata analizzata la documentazione fornita su 132 pazienti ospitati da una Comunità Terapeutica per minori. Per 20 di questi è stata riscontrata documentazione accertante l'evenienza di esperienze psico-traumatiche del tipo Trascuratezza/Abbandono antecedenti il 13° anno di vita e la diagnosi di un disturbo

dello spettro psicotico. Tale campione è stato messo a confronto con un secondo gruppo di soggetti, omogeneo al primo per numerosità, età media di attribuzione della diagnosi e tipologia di esperienze psico-traumatiche, che si differenziava dal primo per l'assenza di una diagnosi del gruppo dei disturbi psicotici. Nel campione di soggetti psicotici, il 70% avevano presentato diagnosi concomitante di Ritardo Mentale e i restanti un Q.I. normale. Dalle analisi statistiche relative il raggruppamento di adolescenti vittime di trascuratezza e abbandoni che hanno successivamente sviluppato disturbi psicotici si stima che i punteggi del Q.I. alla WISC-R nella popolazione di riferimento si attestino su valori medi inferiori a 59,22. L'associazione con un Q.I. medio più basso in coloro che avrebbero manifestato in seguito un disturbo psicotico, potrebbe essere spiegato dal fatto che un disturbo cognitivo precoce, influenzerebbe il modo in cui il soggetto struttura la realtà.

P224. Prevalenza e intensità dei sintomi di base tra i consumatori di cannabinoidi

G. Di Iorio*, M. Cornelio*, T. Acciavatti***, S. Marini*, V. Infante*, N. Serroni**, D. Campanella**, L. Olivieri**, M. Caltabiano**, V. Marasco**, D. De Berardis***, F.S. Moschetta*, M. Di Giannantonio*

* Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; ** Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo

L'abuso e la dipendenza da cannabis sono spesso associati alla presenza di disturbi dello spettro schizofrenico. Alcuni ritengono che l'abuso di sostanze potrebbe precipitare l'insorgenza della schizofrenia in soggetti predisposti (modello della vulnerabilità); secondo altri i pazienti ricorrerebbero all'uso di sostanze per contrastare i sintomi angoscianti della malattia e/o gli effetti collaterali del trattamento farmacologico (modello della *self-medication*). Rispetto al tema della vulnerabilità pre-psicotica, il modello dei Sintomi di Base di Huber (SB) valorizza la capacità del paziente di autopercepire e comunicare fini cambiamenti che precedono un esordio psicotico propriamente detto. Scopo di questo lavoro è quello di esaminare come frequenza, intensità e andamento dei SB sono influenzati dal consumo di cannabis nel tentativo di comprendere meglio il rapporto tra sintomi d'avamposto, esordi psicotici e consumo di sostanze. Il campione è composto da 502 soggetti volontari sani. 114 soggetti hanno ammesso di consumare cannabinoidi. I soggetti avvezzi al consumo di cannabis non hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo in nessuno dei 10 indici fenomenici del FBF raggiungendo, in taluni casi, anche punteggi inferiori. Potrebbe, però, ipotizzarsi, a partire da alcuni risultati, una relazione non causale (e, soprattutto, misurabile) tra andamento delle forme pre-psicotiche e sub-sindromiche e consumo di cannabinoidi.

P225. Indagine statistico-epidemiologica per l'analisi dei rischi di psicopatologia in giovani affetti da diabete mellito di tipo 1

F. Di Nardo, G. Scimeca, M.R.A. Muscatello, G. Pandolfo, A. Bruno, U. Micò, P. Micali Bellinghieri, V.M. Romeo, R. Zoccali

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Il diabete mellito tipo 1 (DM1) è una delle malattie più diffuse in Pediatria. Si stima che solo nel nostro paese ci siano 20000 bambini con diabete. La malattia è di complessa gestione e s'inserisce nel contesto dello sviluppo intellettuale, psichico e relazionale del bambino. Obiettivo dello studio è valutare le condizioni psicopatologiche dei giovani con diagnosi di DM1, considerando le differenze di genere. Ad un campione di 40 soggetti, 16 M/24 F (età media 17,90 ± 0,95), sono stati somministrati i test SCID-II, HAM-A e HAM-D (*Hamilton Rating Scale for Anxiety and Depression*), STAXI 2 (*State Trait Anger Expression Inventory 2*) e TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*). I dati ottenuti espressi come media ± deviazione standard mentre i test statistici utilizzati sono stati il *Mann-Whitney U-test* e il Chi-quadrato test (χ^2 -test). In merito ai disturbi di personalità, i risultati indicano che l'unico diagnosticabile è il disturbo antisociale; mentre per ciò che concerne la valutazione dell'umore, si riscontrano maggior livelli di rabbia espressa all'esterno nei maschi e di rabbia rivolta all'interno nelle femmine; i livelli di depressione risultano più elevati nei maschi, mentre i livelli di ansia ed Alessitimia nelle femmine. Complessivamente i risultati indicano che il diabete è correlato con il disagio psicopatologico, e che la variabile genere agisce nel diversificare le manifestazioni di tale disagio.

P226. Il cambiamento del terapeuta: una risorsa o un limite? Una ricerca nella Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Bari (A.A. 2009-2010)

G. Fabio*, A. Mangione*, A. D'Ippolito*, C. Calculli**, M.P. Sacco*

* Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ** Dipartimento di Scienze Statistiche "Carlo Cecchi", Università di Bari

La Scuola di Specializzazione in Psichiatria prevede che, durante la formazione, ogni specializzando segua 20 pazienti in psicoterapia sotto il controllo di un supervisore. La conclusione del percorso formativo dello specializzando impone, pertanto, al paziente il cambiamento del terapeuta. Questo lavoro intende verificare se tale cambio rappresenti un ostacolo o sia di scarsa rilevanza nel processo terapeutico. È stato somministrato un questionario a risposta multipla agli specializzandi della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Bari che avessero ricevuto pazienti in psicoterapia da un altro specializzando. Le domande del questionario indagano principalmente sulle modalità di passaggio adottate, sulle difficoltà del medico ricevente, sulla reazione del paziente alla notizia del cambio. Abbiamo raccolto 68 questionari; si sono analizzati i seguenti *items*: variabili demografiche, patologia del paziente, eventuali cambi di diagnosi e/o di farmacoterapia, contatti psichiatrici pregressi, numero di cambi precedentemente effet-

tuati, tempo trascorso tra la notizia del cambiamento e l'affidamento al nuovo medico, durata complessiva del trattamento. L'analisi dei dati ha permesso non solo di effettuare uno studio osservazionale per la valutazione qualitativa del fenomeno in esame, ma di individuare i fattori significativi che rendono questo passaggio una fase strategica nel processo terapeutico ed "elemento non disturbante" per i risultati della terapia.

P227. Ruolo di modulazione sulle funzioni cognitive dell'abuso di cannabis su un campione di soggetti al primo episodio psicotico

L. Ferraro*, M. Di Forti M**, V. Alabastro*, A. Bruno*, V. Di Giorgio*, R. Grassia*, G. Grillo*, C. La Cascia*, M. La Placa*, V. Marciando*, C. Mistretta*, A. Mulè³, M. Pomar*, M.V. Rumeo*, C. Sartorio*, L. Sideli**, A. Trotta*, D. La Barbera*

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo; ** Institute of Psychiatry, King's College London; ³ AOUP "P. Giaccone", Palermo

Introduzione: il ruolo dell'abuso di cannabis sulle funzioni cognitive è controverso. In alcuni studi sembra costituire un fattore protettivo, in altri un fattore di rischio. Ricerche recenti evidenziano che i soggetti affetti da psicosi all'esordio presentano performance cognitive più scadenti rispetto ai controlli in alcune forme di memoria, mentre i consumatori di cannabis hanno performance migliori sulle funzioni esecutive e in alcune prove inerenti l'attenzione (De La Serna 2010).

Materiali e metodi: sono stati reclutati 74 soggetti con diagnosi di psicosi (M:51), età media 26,3 anni, e 27 controlli sani (M:18) età media 26 anni. I test utilizzati comprendono: *Social Data Schedule*, *Cannabis Experience Questionnaire*, *WAIS-R* e *PANSS* (per la valutazione della sintomatologia psicotica).

Risultati: i dati sono relativi a un sottogruppo del campione totale di pazienti al primo episodio psicotico, costituito da 43 soggetti, e a un gruppo di controllo costituito da 23 soggetti sani. Dalle analisi preliminari emerge che il 78% dei controlli (23% uso corrente) e il 58% dei casi (40% uso corrente) ha fatto uso di cannabis. Il punteggio medio di QI TOT nei pazienti è 74,26 (SD = 17,36), 104 (SD = 11,42) nei controlli sani.

Performance cognitive migliori sono state registrate sia nel gruppo dei casi che nel gruppo dei controlli che fanno uso di cannabis, ad esclusione del sottogruppo di pazienti con QI > 70 (QI medio = 100; deficit mentale QI ≤ 70), nel quale l'uso di cannabis non sembra associato alle prestazioni cognitive.

Conclusioni: i risultati preliminari dello studio suggeriscono un'associazione, meritevole di ulteriori indagini, tra performance cognitive e consumo cannabis, ma l'esiguità del campione non consente di spiegare le variazioni di QI né di osservare efficacemente le relazioni tra punteggi ai singoli sub-test.

Bibliografia

de la Serna E, Mayoral M, Baeza I, et al. *Cognitive functioning in children and adolescents in their first episode of psychosis: differences between previous cannabis users and nonusers.* J Nerv Ment Dis 2010;198:159-62.

Di Forti M, Morgan C, Dazzan P, et al. *High-potency cannabis and the risk of psychosis.* Br J Psychiatry 2009;195:488-91.

Løberg EM, Hugdahl K. *Cannabis use and cognition in schizophrenia.* Front Hum Neurosci 2009;3:53.

P228. La riproducibilità genitori/insegnanti sui comportamenti problematici nei bambini attraverso il Questionario sulle capacità e sulle difficoltà

F. Floris*, E. Bilancetta*, G. Orofino*, D. Orgiana*, G. Pittau**, C. Serra*, S. Palmieri*, L. Pilitzu*, M.C. Hardoy*, M.G. Carta*

*Centro di Psichiatria di Consultazione e Psicomatica, Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari; **ASL 7 Carbonia

Introduzione: lo screening dei problemi di comportamento e psicologici è determinante per l'identificazione precoce dei disturbi mentali nei bambini. L'SDQ, compilato da genitori e insegnanti, rappresenta un agile strumento di screening ma, in Italia, poco è noto circa la concordanza fra insegnanti e genitori, i più rilevanti informatori chiave.

Obiettivi: valutare la riproducibilità sulla capacità di identificare la presenza di problemi psicologici e di comportamento in bambini, attraverso l'analisi delle risposte allo strumento SDQ compilato rispettivamente da un insegnante e un genitore.

Materiali e metodi: disegno dello studio: studio di riproducibilità su un campione ad hoc. Campione: 68 bambini tra i 6 e gli 11 anni scelti tramite una tecnica per quote da una scuola (n = 20) e da un consultorio per disturbi mentali dell'infanzia (n = 48). Strumenti: questionario SDQ compilato da un genitore e un insegnante. Misura dell'accordo nelle risposte agli item, calcolata tramite il test k.

Risultati: accordi 72%; Discordanze 28%; K totale 0,42 (p < 0,001); i genitori indicavano presente il problema nel 68% delle discordanze (P < 0,05).

Conclusioni: il risultato Kappa = 0,42 indica che i genitori e insegnanti forniscono valutazioni con un accordo solo limitatamente superiore rispetto a quanto atteso per caso. Il relativamente basso accordo fra i due principali osservatori del bambino è un tema che merita un particolare approfondimento di ricerca.

Studio Europeo *School Children* DG SANCO, Luxemburg.

P229. Depressione dell'umore in adolescenza: studio osservazionale clinico

G. Francesconi, E. Arimatea, B. Nardi

Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile, DSM Zona 7 Ancona; Sezione Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche

Introduzione: la diagnosi di depressione in adolescenza è problematica per la complessità dei cambiamenti, le disarmonie della crescita e la ricorrenza di momenti di tristezza esperienziale. Scopo di questo studio osservazionale è stato di indagare la depressione adolescenziale in una casistica pluriennale.

Materiali e metodi: sono stati studiati tutti i soggetti afferiti al Centro negli ultimi 4 anni con sintomi depressivi al colloquio clinico e alla testistica (*Beck Depression Inventory*, *MMPI-A/MMPI-2*, *SCL-90*, *CORE-OM*). Essi sono stati trattati con psicoterapia cognitiva (alcuni anche con farmacoterapia). Un re-test è stato fatto a 6 mesi.

Risultati: la depressione è stata riscontrata in 56 soggetti (range 13-28 a, media = 20; ds = 3), 37 femmine e 19 maschi; solo nel 16% è stata compatibile con i criteri del DSM IV, con alta comorbidità che può complicare la formulazione diagnostica. Al re-test c'è stata remissione clinica nel 74% dei casi trattati con psicoterapia e nel 62,5% di quelli che hanno richiesto una terapia combinata anche con farmaci antidepressivi.

Conclusioni: la depressione adolescenziale richiede interventi precoci ma anche protratti. La psicoterapia cognitiva post-razionalista è efficace per non stabilizzare un'immagine negativa di sé, liberando le risorse individuali.

Bibliografia

Cassano GB, Pancheri P, editors. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson 2002.

Nardi B. *Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia*. Milano: Franco Angeli 2007.

P230. Pattern psicopatologici di giovani abusanti e modellizzazione di un trattamento terapeutico riabilitativo precoce. Una ricerca nel distretto giudiziario minorile della Sicilia Occidentale

A. Francomano*, A. Argo**, R. Colline*, L. Fucà*, A. Meli*, G. Trapolino*, D. La Barbera*

* Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, ** Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Legale, Sezione di Medicina Legale, Università di Palermo

Introduzione: definizione di un percorso di conoscenza dei pattern bio-psico-sociali del giovane abusante per descriverne il funzionamento psicologico, l'incidenza di tratti psicopatologici e costruire percorsi di intervento terapeutico-riabilitativi tali da strutturare un modello efficace per interrompere il "ciclo dell'abuso".

Materiali e metodi: la prima fase ha visto la costituzione di un'équipe di ricercatori psichiatri, medici-legali, psicologi e la stesura di una scheda di rilevazione dati per un'agevole consultazione (effettuata presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo) di 67 fascicoli giudiziari riguardanti reati di violenza sessuale (art. 609 C.P.) commessi da abusanti minorenni tra il 2005 ed il 2009.

Risultati e conclusioni: solo in una minima percentuale di casi vengono posti accertamenti di natura psicologico/psichiatrica sugli abusanti. Gli interventi sanitari risultano carenti per metodologia ed uso di strumenti di rilevazione di quote di disagio psichico o di malfunzionamento personologico tale da non offrire spunti per la definizione di una valida progettualità terapeutico-riabilitativa. Nelle prime fasi dell'iter giudiziario non vengono messe in atto terapie mediche o psicologiche centrate sul tema della rabbia, della paura, del dolore per stigma patito in conseguenza delle vicende in cui il soggetto è stato coinvolto. L'assenza di iniziative diagnostiche e/o trattamentali è da rilevare come uno dei pattern più significativi per la possibile reiterazione dei reati.

Bibliografia

Aguglia E, Riolo A. *La pedofilia nell'ottica psichiatrica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1999.

Dettore D, Fuligni C. *L'abuso sessuale sui minori*. Milano: McGraw-Hill 2008.

Ferracuti S. *I test mentali in psicologia giuridica e forense*. Torino: Centro Scientifico Editore 2008.

P231. Valutazione dell'empowerment nei percorsi integrati di riabilitazione psichiatrica: il contributo dell'autovalutazione della quality of life nell'esperienza del Gruppo Albatros

A. Francomano, A. Guella, M. La Placa, D. Mangiapane, C. Auteri, F. Sciortino, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: lo studio della qualità di vita in percorsi riabilitativi multidisciplinari ha motivato la strutturazione di un nuovo strumento di valutazione delle aree di intervento individuate nelle seguenti dimensioni: Salute Fisica/Attività, Emozioni, Occupazione, Lavori domestici, Attività scolastiche, Passatempo, Relazioni Sociali, Attività Generali. Lo strumento è stato applicato a 15 soggetti afferenti all'area dello psicoticismo schizofrenico denominato "Albatros" costituito presso il servizio di Psichiatria del Policlinico Universitario di Palermo.

Materiali e metodi: lo strumento permette la rappresentazione dei livelli di empowerment raggiunti dai pazienti tramite l'utilizzo di schede di ricognizione, avvalendosi di una eterovalutazione a feedback effettuata dagli operatori e di una autovalutazione dei pazienti con l'ausilio del *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*. Step del processo: 1. identificazione e articolazione delle dimensioni da analizzare; 2. condivisione e elaborazione multiprofessionale delle schede di ricognizione; 3. rilevazione dei dati; 4. somministrazione del Q-LES-Q; 5. utilizzazione dello strumento da parte di operatori dell'équipe; 6. valutazione dell'efficacia dello strumento.

Conclusioni: i risultati permettono di rilevare un aumento dei livelli di *life skill* dei pazienti e della soddisfazione generale nei settori della vita quotidiana. Il costruito dell'empowerment consente, mediante l'ausilio di specifici diagrammi radar, una valutazione proattiva e permette un monitoraggio delle dimensioni indagate, supportando la gestione dei punti di forza e di debolezza nei percorsi riabilitativi. I risultati ottenuti nell'esperienza fanno rilevare il potenziamento della cognizione sociale degli utenti.

Bibliografia

Endicott J, Nee J, Harrison W, et al. *Quality of Life enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure*. *Psychopharm Bull* 1993;29:321-6.

Franceschini F, Galetto M, Maisano D. *Indicatori e misure di prestazione per la gestione dei processi - Modelli e tecniche di sviluppo*. Il Sole 24 Ore 2007.

La Barbera D, Francomano A, La Cascia C. *Cento fiori nel giardino - Apporti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psico-sociale*. Milano: Franco Angeli 2007.

P232. L'emergenza-urgenza psichiatrica nell'ospedale generale. Indagine epidemiologica e raffronto tra il Policlinico Universitario e l'SPDC dell'Ospedale "V. Cervello" di Palermo nella progettualità di un collegamento tra le diverse strutture nella gestione di servizi acuzie, post-acuzie e non-acuzie

A. Francomano*, M. La Placa*, B. Bonanno*, D. Mangiapane*, M. Montalbano**, V. Cavalieri**, S. Varia**, D. La Barbera*

* Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo; ** Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze patologiche Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza, ASP 6 Palermo

Introduzione: lo studio analizza e confronta le modalità di intervento nel campo dell'emergenza-urgenza in Psichiatria nella città di Palermo nell'ottica di un collegamento fra strutture psichiatriche e ospedaliere per un'ottimale gestione dei servizi nelle fasi di acuzie e di quelle post-acuzie e non-acuzie.

Materiali e metodi: 1. utilizzo di una scheda di raccolta dati per determinanti socio-anagrafiche, analisi motivazionale della richiesta, anamnesi patologica, comorbidità, diagnosi e descrizione intervento; 2. censimento degli interventi dell'anno 2010 presso l'U.O. di Psichiatria dell'A.O.U.P. e SPDC "V. Cervello" di Palermo attivati dal P.S. e da altre UU.OO. ospedaliere e territoriali; 3. analisi e raffronto della tipologia di intervento; 4. andamento storico e confronto con le annualità precedenti.

Risultati: dai dati preliminari raccolti è possibile riscontare il crescente numero di richieste incongrue (20,5% vs 2,8%), di revolving door (10,2% vs 8,9%) e di proposte di T.S.O. (n. 9 vs n. 8) talvolta effettuate fuori dall'ambito cittadino (n. 4 vs n. 3).

Conclusioni: risulta necessaria la creazione di efficaci servizi di collegamento tra le diverse strutture, ospedaliere e territoriali per una migliore gestione delle fasi di acuzie. La realizzazione di strutture dedicate alla gestione della post-acuzie potrebbe ottimizzare l'aderenza alle cure e ridurre il fenomeno del revolving door.

Bibliografia

Caput Y, Paridis M, Bealieu L, et al. *A qualitative study of a psychiatric emergency.* Int J Ment Health Sys 2008;2:9.

Ziegenbein M., Anreis C., Brüggem B., Olhlemeir M, Kropp S. *Possible criteria for impatient psychiatric admission: which patients are transferred from emergency services to impatient psychiatric treatment?* BMC Health Serv Res 2006;6:150.

P233. Psicopatologia correlata alla migrazione: analisi di due centri di salute mentale, rurale ed urbano

S. Goljevscek, E. Maso, M. Balestrieri

Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Introduzione: la psichiatria transculturale indaga i rapporti esistenti tra i disturbi psicopatologici ed i fenomeni culturali. La cultura di appartenenza, come pure l'adattamento ad un nuovo contesto di vita possono influenzare fortemente le modalità di espressione delle diverse forme psicopatologiche, nonché il decorso e la prognosi di queste.

Scopo della ricerca: analizzare e confrontare la richiesta di intervento psichiatrico in un campione di cittadini stranieri afferenti a due centri di salute mentale, rurale ed urbano.

Materiali e metodi: le due popolazioni oggetto di studio comprendono tutti i cittadini stranieri afferenti al CSM di Codroipo e di Udine Nord nel quinquennio 2003-2008, a cui è stata somministrata una scheda ad hoc, che indaga le variabili socio-demografiche e cliniche.

Risultati: il campione di Codroipo è costituito da 42 utenti, così distribuiti: Est Europa (47,6%), Africa Centrale (33,3%). Udine Nord comprende 142 utenti: Est Europa (48,2%) e Africa Centro-Settentrionale (34%). Nella popolazione rurale le diagnosi formulate comprendono disturbi d'ansia (31%), disturbi dell'adattamento (28,6%), disturbi dell'umore (21,4%), disturbi psicotici (16,7%), disturbi di personalità (2,4%), mentre nell'area cittadina i disturbi psicotici sono il 25%, seguiti da disturbi depressivi (15%), disturbi dell'adattamento (15%), disturbi dello spettro ansioso (10%), disturbi di personalità (2,8%).

Conclusioni: come già confermato in diversi studi, esiste una fenomenologia psicopatologica differenziata, in relazione al territorio di appartenenza, con una prevalenza di disturbi dello spettro psicotico in area urbana.

P234. Interazione tra psicotismo e attività prefrontale durante working memory

A. Incampo, L. Fazio, B. Gelao, R. Romano, P. Taurisano, M. Mancini, A. Porcelli, A. Papazacharias, G. Ursini, T. Quarto, G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino

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

Numerosi studi, condotti in soggetti sani ed in pazienti affetti da schizofrenia, mostrano come alti livelli di psicotismo possano essere associati a peggiori performance durante differenti compiti motori e sensoriali. Punteggi di psicotismo, inoltre, appaiono correlare negativamente con l'attività striatale associata alle funzionalità sensorimotorie. Non è chiaro, tuttavia, che ruolo possa esercitare lo psicotismo in compiti cognitivi complessi. Obiettivo del presente studio è valutare la relazione tra psicotismo e attività prefrontale durante working memory (WM) ipotizzando una relazione negativa tra tali variabili.

56 soggetti sani (20 maschi, età media $27,8 \pm 7,3$, QI medio $109,4 \pm 13,8$) sono stati studiati con fMRI durante un compito di working memory (N-Back). Per ciascun soggetto, lo psicotismo è stato valutato tramite l'Eysenk Personality Inventory. L'analisi dei dati fMRI ($p < 0,005$), condotta in SPM5, ha mostrato una correlazione tra l'attività bilaterale della corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) e dello striato con i punteggi di psicotismo.

I risultati del presente studio indicano un effetto significativo dello psicotismo nella modulazione dell'attività di regioni cruciali in compiti di WM, come la DLPFC e lo striato. La direzione negativa di tale relazione appare coerente a precedenti studi sulle funzionalità sensori-motorie e sembra suggerire un importante ruolo dello psicotismo anche su funzioni cognitive complesse.

Bibliografia

Eysenck HJ. *The definition and measurement of psychoticism.* Pers Individ Dif 1992;13:757-85.

Gray NS, Pickering AD, Gray JA. *Psychoticism and dopamine D2 binding in the basal ganglia using Single Photon Emission Tomography*. *Pers Individ Dif* 1994;17:431-4.

P235. Perturbazione del sistema glutammatergico e markers del metabolismo glucidico cerebrale: implicazioni traslazionali per la fisiopatologia delle psicosi

G. Latte*, L. Avvisati*, E.F. Buonaguro*, S. Calandro*, F. Iasevoli*, C. Sarappa*, C. Tomasetti*, L. Aloj**, A. de Bartolomeis*

* *Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Psicofarmacoterapia, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli;* ** *Istituto Nazionale Tumori IRCCS, Fondazione G. Pascale, Napoli, Area Funzionale di Medicina Nucleare*

La perturbazione della neurotrasmissione glutammatergica potrebbe essere coinvolta nella patogenesi delle psicosi.

La ketamina, antagonista del NMDA-R, può modificare il metabolismo glucidico cerebrale e l'espressione di geni della PSD, e indurre danno neurodegenerativo in regioni cerebrali correlate con la fisiopatologia delle psicosi. Di contro la memantina ha affinità moderata per il NMDA-R, ha proprietà pro-cognitive ed è stata approvata per il trattamento dell'Alzheimer.

Questo studio esplora, mediante ibridazione in situ, l'espressione genica di: 1) Homer1b e PSD95, geni della densità post-sinaptica (PSD), dopo trattamento con differenti antagonisti NMDA-R (ketamina, MK-801, memantina); 2) esochinasi I (Hex1) e *GLUcose Transporter 3* (GLUT3), geni coinvolti nel metabolismo glucidico, dopo trattamento con ketamina a differenti dosaggi.

La ketamina incrementa l'espressione di Hex1: a dosaggio neurotossico in diverse regioni corticali e in tutte le regioni del caudato-putamen e del nucleus accumbens esplorate; a dosaggio subanestetico e neurotossico nelle regioni CA2, CA3 e giro dentato dell'ippocampo. Inoltre non modifica l'espressione di GLUT3 nelle regioni esplorate.

L'espressione di H1b e PSD95 non è modificata dal trattamento con antagonisti NMDA-R.

Tali risultati suggeriscono che molecole del metabolismo glucidico possono avere un ruolo nella risposta omeostatica al danno neurotossico da ketamina e nei processi neurodegenerativi ipotizzati nella patogenesi delle psicosi.

P236. Riconoscimento dei sintomi psicotici sottosoglia in un campione di studenti: uno studio preliminare

R. Magnani, M. Barcella, N. Brondino, M. Cappucciati, V. Martinelli, M. Rocchetti, S. Tinelli, L. Vecchia, P. Politi
Università di Pavia, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria

Background: shortening the duration of untreated psychosis through the early detection of prodromal symptoms is paramount to improve long-term clinical outcome. The aim of this study was to explore the usefulness of the Italian version of a psychometric scale aimed to assess subthreshold psychotic symptoms in a sample of Italian students.

Methods: a total of 407 secondary school students were asked to fill anonymously the Italian version of the Screening for Psychotic Experiences (SPE), a 20-item questionnaire focusing on the prodromal symptoms of schizophrenia. Participants also completed the Perceived Stress Scale (PSS) and the Retrospective Bullying Questionnaire.

Results: the prevalence of positive answers on different items ranged between 10.1% and 60.6%. There was a positive correlation between the total SPE score and a history of cannabis use in the past six months ($p = 0.02$). In addition, the total SPE score showed a significant association with a history of being bullied during the primary and secondary school ($p < 0.001$). The scale showed a good reliability (Cronbach $\alpha = 0.79$). Stress scores on the PSS did not predict independently the total SPE score.

Conclusions: this pilot study provides evidence of a good internal consistency of the SPE scale in apparently healthy Italian individuals, suggesting its potential usefulness as a screening tool for early psychosis. Further studies are needed to devise an optimal cut-off value for identifying individuals at risk.

P237. Effetto di varianti genetiche del recettore D2 della dopamina su schizotipia e funzioni cognitive in soggetti sani

M. Mancini*, P. Taurisano**, R. Romano*, B. Gelao*, A. Porcelli*, M. Colizzi*, L. Fazio*, A. Di Giorgio***, G. Ursini*, L. Lo Bianco***, I. Andriola*, R. Masellis*, M. Nardini*, G. Blasi*, A. Bertolino*

* *Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari;* ** *IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG);* *** *Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona*

Diversi studi sperimentali su campioni di soggetti sani hanno indagato la relazione tra schizotipia e funzioni cognitive, in particolare *working memory* (WM) e attenzione sostenuta. Precedenti studi suggeriscono una probabile alterazione dopaminergica in soggetti con disturbo di personalità schizotipica ed una probabile influenza sulla *performance* cognitive della densità dei recettori D2 della dopamina. Un polimorfismo di un singolo nucleotide (SNP) intronico nel gene per i D2 (*DRD2*, rs 1076560-G > T) influenza le funzioni cognitive, mostrando un'associazione fra l'allele minore T, che corrisponde ad una ridotta espressione di D2S in corteccia prefrontale, e basse *performance* in compiti di WM e attenzione. Scopo di questo studio è indagare un probabile effetto del polimorfismo *DRD2* rs1076560 su tratti schizotipici e funzioni cognitive. 67 soggetti sani, genotipizzati per il polimorfismo *DRD2* rs 1076560 (GG/GT = 42/25), sono stati sottoposti all'*Nback test*, per valutare la WM, e al *Continuous Performance Test*, per l'attenzione. I tratti schizotipici sono stati misurati attraverso lo *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ). I soggetti GT mostrano punteggi più alti nello SPQ totale e al Fattore Cognitivo-Percettivo rispetto ai soggetti GG ($p = 0,008$). Inoltre ad alti punteggi allo SPQ totale e al Fattore Cognitivo-Percettivo correlano peggiori *performance* cognitive nel gruppo dei GT ($p < 0,05$). Questi risultati suggeriscono l'esistenza di un effetto del polimorfismo *DRD2* rs1076560 sulla schizotipia e sulla relazione fra questa e le *performance* cognitive.

P238. *Setting* istituzionale e psicoterapia di gruppo nei disturbi di personalità

V. Manini, S. Bascioni, G. Mircoli, C. Bellantuono

Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, Ospedali Riuniti Ancona

Introduzione: i disturbi di personalità (DP) sono spesso caratterizzati da discontrollo degli impulsi, angosce di perdita, fragile immagine di sé e meccanismi difensivi primitivi. Nell'ultimo decennio sono stati intrapresi diversi studi sull'efficacia della psicoterapia di gruppo per tali pazienti¹. Il presente studio ha analizzato l'interferenza dei cambiamenti del *setting* istituzionale nella psicoterapia di gruppo con soggetti DP.

Materiali e metodi: nel Servizio dei DP della Clinica Psichiatrica di Ancona è attualmente attivo un gruppo di psicoterapia ad orientamento analitico, con incontri a cadenza settimanale della durata di 90 minuti, condotti da una terapeuta e da una osservatrice partecipante. I pazienti sono stati selezionati attraverso colloqui di *warming* e somministrazione di testistica psicodiagnostica: SCID-II 2.0, AQ, BIS-11, S.C.L.-90 *Adult Attachment Interview* (AAI) e *Reflective Self Function Scale* (R.S.F.).

Risultati: da anni erano attivi due gruppi di psicoterapia che sono stati fusi insieme, negli ultimi sei mesi, in seguito alla riorganizzazione delle attività istituzionali legata alla riduzione delle risorse economiche.

I pazienti hanno affrontato tali cambiamenti attraversando una fase iniziale caratterizzata da sensazioni di incertezza, paura, rabbia, la cui elaborazione ha permesso di sperimentare sentimenti di curiosità, di speranza e di riprendere e continuare il viaggio nel proprio mondo interno-esterno.

Conclusioni: i cambiamenti del *setting* istituzionale, dove operano forze distruttrici, innovatrici e riparatrici, possono determinare confusione, rabbia, sentimenti di perdita, e di abbandono, ma anche rappresentare la possibilità di analizzare dinamiche di fondo e opportunità di crescita individuale e grupale².

Bibliografia

- 1 Visintini R, Ubbiali A, Donati D, et al. *Referral to group psychotherapy: a retrospective study on patients' personality features associated with clinicians' judgments*. Int J Group Psychother 2007;57:515-24.
- 2 Gans JS, Counselman EF. *Patient selection for psychodynamic group psychotherapy: practical and dynamic considerations*. Int J Group Psychother. 2010;60:197-220.

P239. Fattori di rischio associati all'aumento ponderale in un campione di persone sovrappeso *not treatment seeking*

E. Manzato*, A. Bolognesi*, V. Lazzari*, M. Leoni*, L. Puntone*, F. Zurlo*, M. Simoni*, M. Cuzzolaro**

* Centro Multidisciplinare DCA, Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara Sant'Anna; ** Sapienza Università di Roma

Introduzione: in letteratura scarsi sono gli studi riguardanti persone in sovrappeso. Scopo del presente studio è la valutazione dei fattori di rischio associati all'incremento ponderale in un

campione di soggetti sovrappeso seguiti per un anno.

Materiali e metodi: il campione è di 167 soggetti sovrappeso *not treatment seeking* (57 M e 110 F; BMI $27,64 \pm 1,49$; età media $49,7 \pm 10,8$ anni), reclutati presso 23 medici di medicina generale di Ferrara e provincia. È stata somministrata una scheda epidemiologica e test: *Binge Eating Scale*, *Beck Depression Inventory* e *Body Uneasiness Test*. È stato inoltre valutato il BMI dopo 1 anno (125 soggetti, *compliance* del 75%).

Risultati: il follow-up ha evidenziato l'instabilità del peso del campione: nel 43,2% dei casi il peso è aumentato, nel 40,8% diminuito, solo nel 16,0% mantenuto stabile. I fattori che sono risultati significativamente ($p = 0,05$) e positivamente associati con maggior rischio di incremento ponderale al follow-up sono stati: vivere da soli, non praticare attività sportive, presenza di ansia attuale o pregressa e alti livelli di insoddisfazione corporea.

Conclusioni: i soggetti sovrappeso devono essere considerati un gruppo instabile ad alto rischio di incremento ponderale. Considerata la scarsità di dati a disposizione, campioni di soggetti sovrappeso con associati fattori di rischio, dovrebbero essere ulteriormente studiati e oggetto di azioni di prevenzione mirate.

P240. Atteggiamenti alimentari e immagine corporea in un campione di maschi che frequentano una palestra di *body building*

E. Manzato, E. Roncarati, M. Arcella, M. Simoni

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna, Ferrara

Nella società occidentale le preoccupazioni per il peso e la forma fisica sono presenti anche nei maschi. Se nelle donne il modello proposto è di estrema magrezza, negli uomini il modello è di un corpo muscoloso. L'insoddisfazione corporea (intesa come discrepanza tra corpo ideale e corpo reale) è riconosciuta come *core* psicopatologico dei disturbi del comportamento alimentare e porta i maschi ad utilizzare maggiormente l'esercizio fisico piuttosto che le diete.

L'obiettivo della ricerca è studiare la presenza di insoddisfazione corporea e di atteggiamenti alimentari alterati in un campione di popolazione maschile non clinico.

Abbiamo analizzato un campione di circa 50 maschi che frequentano regolarmente una palestra di *body building*.

Abbiamo somministrato un questionario sull'andamento di peso (peso massimo e minimo raggiunto, peso attuale e peso desiderato), sulla presenza di diete attuali e precedenti e comportamenti disfunzionali legati all'insoddisfazione corporea.

Abbiamo somministrato due test: *Eating Attitudes Test* e *Body Uneasiness Test*.

I risultati ottenuti sottolineano l'importanza dello studio dei fattori di rischio nel genere maschile per la prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare.

P241. L'alessitimia e le sue relazioni con il disgusto e i sintomi ossessivo-compulsivi in un campione non clinico

V. Marasco¹, D. De Berardis^{1,2}, N. Serroni¹, L. Olivieri¹, D. Campanella¹, T. Acciavatti^{1,2}, M. Caltabiano¹, F.S. Moschetta¹, A. Carano³, L. Mancini³, G. Mariani³, G. Martinotti⁴, G. Di Iorio², M. Di Giannantonio²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; ² Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; ³ Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Provinciale "C. G. Mazzoni", Ascoli Piceno; ⁴ Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore di Roma

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare le relazioni tra alessitimia, disgusto sintomi ossessivo-compulsivi in un campione non clinico di 629 studenti di psicologia. A tal fine sono stati impiegati i seguenti questionari: *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), *Disgust Sensitivity Scale* (DSS), *Padua Inventory Revised* (PI-R), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Beck Depression Inventory* (BDI). I risultati hanno mostrato una prevalenza di alessitimia del 10,8% usando un cut-off ≥ 61 alla TAS-20. I soggetti alessitimici hanno mostrato una maggiore sensibilità al disgusto rispetto ai soggetti non alessitimici. Inoltre essi mostravano sintomi ossessivo-compulsivi statisticamente più rilevanti rispetto ai non alessitimici, unitamente alla presenza di maggiori sintomi depressivi. L'analisi delle correlazioni parziali, controllate per età, sesso ansia di stato/tratto e sintomi depressivi, ha rivelato significative correlazioni tra la sensibilità al disgusto e la TAS-20 e sottoscale e tra queste ultime e i sintomi ossessivo-compulsivi misurati dalla PI-R. In conclusione i risultati del presente studio mostrano che la presenza di alessitimia sembra essere associata a una maggiore sensibilità al disgusto e a una maggiore presenza di sintomi ossessivo-compulsivi, indipendentemente dall'ansia di stato/tratto e dalla presenza di concomitanti sintomi depressivi. Le implicazioni sono discusse nel poster.

P242. Il trattamento ambulatoriale per il disturbo borderline di personalità

F. Martino, M. Menchetti, E. Pozzi, D. Berardi
Istituto di psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: il programma di trattamento per il disturbo di personalità *borderline* (DBP) è composto da una équipe multi-professionale: Referente clinico psichiatra, psicoterapeuta, psicologo, infermiere, ricercatore, altro personale in formazione. L'intervento prevede: colloqui con lo psichiatra; valutazione testistica; psicoterapia settimanale di gruppo di orientamento psicodinamico per 1 anno; *case management* infermieristico.

Materiali e metodi: l'*assessment* indaga: la diagnosi, il quadro sintomatico, l'impulsività, il funzionamento sociale, l'esperienza soggettiva del paziente (motivazione, aspettative, relazione terapeutica e problematiche esterne)

Risultati: 39 pazienti con DP sono ammessi al Programma. Il 28% (N = 11) presenta una diagnosi di *cluster A*, il 74% (N = 29) di *cluster B*, il 54% (N = 21) di *cluster C*. 20 (51,3%) interrompono il trattamento precocemente, 19 (48,7%) lo concludono. I *drop-out* sono in prevalenza pazienti con DBP. Riferiscono una

relazione terapeutica meno soddisfacente, una minore motivazione al trattamento, aspettative irrealistiche nei confronti del programma e degli operatori, presentano una maggiore presenza di problematiche esterne (famiglia, lavoro).

Conclusioni: per limitare il *drop-out* nel DBP sono necessari interventi tempestivi e specialistici, mirati a problematiche prevalentemente di tipo interpersonale; integrati, nell'ottica di un approccio multidisciplinare che intervenga sul fronte individuale, sociale e familiare.

Bibliografia

Pozzi E, Ridolfi ME, Daniel DB, et al. *Multiple integrated treatment of Borderline personality disorders*. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2008;22:218-34.

Martino F, Pozzi E, Chiesa M, et al. *The patient's assessment evaluation questionnaire*. In: Chiesa M, Martino F, Pozzi E, editors. *Psychosocial treatment refusal in personality disorder: A comparative study*. *Personal Ment Health* 2010;4:64-74.

P243. Interazione tra complicanze ostetriche e SNP rs4680 del gene COMT su performance di Working Memory

G. Miccolis*, G. Ursini**, I. Andriola*, A. Porcelli*, M. Mancini*, B. Gelao*, L. Sinibaldi**, G. Todarello*, R. Romano*, R. Masellis*, L. Fazio*, P. Taurisano*, L. Lo Bianco*, A. Papazacharias*, A. Di Giorgio*, G. Caforio*, G. Blasi*, M. Nardini*, A. Bertolino*

* Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ** Mendel Lab, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Italia

Numerose ricerche evidenziano come la prevalenza di complicanze ostetriche (OC) sia più elevata in individui con schizofrenia rispetto alla popolazione generale. Studi recenti mostrano come le OC possano interagire con fattori genetici nell'influenzare il rischio di schizofrenia. Il gene *COMT* codifica per un enzima che regola i livelli di dopamina in corteccia prefrontale e contiene un polimorfismo funzionale (*SNP rs4680, Val158Met*), nel quale l'allele *Val* è associato a maggiore attività dell'enzima, peggiori performance di *Working Memory* (WM) e, in maniera non univoca, alla diagnosi di schizofrenia. Obiettivo del nostro studio è valutare l'interazione tra *SNP rs4680* del gene *COMT* e le OC sulle performance di WM, fenotipo intermedio correlato alla schizofrenia. 80 soggetti sani, genotipizzati, per *COMT rs4680*, sono stati sottoposti all'*Nback test*, per valutare la WM, mentre l'esposizione a OC è stata valutata mediante la *McNeil-Sjostrom Scale*. L'ANOVA fattoriale mostra un'interazione statisticamente significativa ($p = 0,01$) tra lo *SNP rs4680* del gene *COMT* e le OC sulla performance di WM. In particolare, nel contesto del genotipo *Val/Val* la presenza di OC è associata ad un minor numero di risposte corrette. I nostri risultati indicano come le OC possano interagire con specifici fattori genetici nel modulare un fenotipo intermedio correlato alla schizofrenia. Lo studio delle interazioni geni-ambiente può contribuire a chiarire perché solo alcuni individui esposti a fattori di rischio genetici e ambientali sviluppano la schizofrenia.

P244. Farmacoterapia del disturbo *borderline* di personalità

G. Mircoli, S. Bascioni, C. Lucarelli, C. Bellantuono
Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche; Ospedali Riuniti Ancona

Introduzione: le caratteristiche psicopatologiche dei soggetti con disturbo di personalità *borderline* (BPD) influenzano la parziale e temporanea risposta alla terapia psicofarmacologica¹.

L'intento di questo lavoro è di effettuare una revisione sistematica della letteratura sull'efficacia e la sicurezza di tutte le categorie farmacologiche utilizzate nel trattamento di questi pazienti.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta dal 1980 a settembre 2010 attraverso PUBMED, EMBASE, PSYCLIT e COCHRANE LIBRARY. Sono stati presi in esame 51 RCT placebo-controllati, consultate 12 revisioni della letteratura, 3 meta-analisi e 8 linee guida.

Risultati: 1. Gli antipsicotici atipici, tra cui il più studiato è l'olanzapina, vengono impiegati per i sintomi cognitivi-percettivi e il discontrollo degli impulsi.

2. Gli SSRI, tra gli antidepressivi, sono le molecole più sicure ed efficaci per la modulazione dei sintomi della sfera affettiva.

3. Tra gli stabilizzanti dell'umore l'acido valproico, il più utilizzato, e il topiramato sono indicati nel trattamento dell'impulsività e della disregolazione affettiva, mentre il litio sembra avere anche un'importante azione preventiva nei confronti dei tentati suicidi.

4. L'Omega-3 e la clonidina hanno dato alcuni risultati ma non ci sono ancora dati sufficienti.

Conclusioni: dall'analisi della letteratura è emerso che l'impulsività, le condotte d'abuso, i tentati suicidi, i frequenti *drop-out* dei soggetti con BPD e l'uso *off-label* dei farmaci hanno reso difficile intraprendere negli anni ulteriori RCT per confermare l'efficacia e la tollerabilità sul lungo termine della terapia psicofarmacologica².

Bibliografia

- Kendall T, Burbeck R, Bateman A. *Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline*. Br J Psychiatry 2010;196:158-9.
- Lieb K, Vollm B, Rucker G, et al. *Stoffers, Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials*. Br J Psychiatry 2010;196:4-12.

P245. *Insight* in psichiatria: studio dei modelli etiologici su una popolazione ambulatoriale

S. Orlando, C. Elce, M. D'Addio, G. Giannini, G. Sica, S. Martucci, D. Galletta, M. Casiello
A.O.U. "Federico II" di Napoli, Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria

Diversi modelli teorici spiegano l'*insight* in letteratura: i più sviluppati sono il Modello Neuropsicologico e il Modello Psicologico. Il primo collega l'*insight* alla presenza di deficit cognitivi, il secondo lo interpreta come strategia di difesa o meccanismo di *coping* (Osatuke, 2008).

Per confrontare questi modelli, 19 pazienti afferenti al Servizio di Psicodiagnostica dell'Area Funzionale di Psichiatria dell'Università "Federico II" di Napoli sono stati valutati clinicamente e attraverso la seguente batteria di test: *Schedule for the Assessment of Insight-Expanded* (SAI-E), *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (WAIS-R), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI-2).

Il Modello Neuropsicologico è stato valutato correlando le dimensioni dell'*insight* (*illness*, aderenza e conseguenze dalla SAI-E) al totale della WAIS-R e a due *sub-test* (Memoria di Cifre e Riordinamento di Storie Figurate) per prendere in esame la memoria e le funzioni esecutive.

Il Modello Psicologico è stato studiato correlando le stesse dimensioni con le scale F, K e L del MMPI-2, per valutare gli atteggiamenti difensivi dei pazienti.

Tra i *sub-test* WAIS-R, la scala L del MMPI-2 e la SAI-E (consapevolezza in generale e *illness*) emerge un trend di correlazione al limite della significatività che appare validare entrambi i modelli. I dati preliminari confermano la validità dei diversi modelli, anche se ulteriori ricerche sono necessarie per approfondire le specificità degli stessi.

P246. L'uso dei farmaci psicotropi in 6 regioni italiane

G. Orofino, M.E. Lecca, A. Bocchetta, M. Balestrieri, F. Caraci, M. Casacchia, L. Dell'Osso, G. Di Sciascio, F. Drago, M.C. Hardoy, P.L. Morosini, M. Nardini, C. Faravelli, G. Palumbo, M.G. Carta
Università di Cagliari e AIFA FARM54S73S project Group

Introduzione: l'obiettivo è valutare la frequenza dell'utilizzo dei farmaci psicotropi in campioni di popolazione generale di diverse aree italiane.

Materiali e metodi: studio condotto da intervistatori clinici, su campioni della popolazione generale adulta, estratti *random* dopo stratificazione per sesso ed età dai registri anagrafici di 7 province in 6 regioni italiane. Totale: 4999 soggetti estratti; 3398 intervistati (68%, 75,5% fra le donne e 59,8% fra i maschi). Strumenti: questionario sul consumo di psicofarmaci; intervista clinica strutturata.

Risultati: la frequenza dell'utilizzo di farmaci psicotropi risulta la seguente: antipsicotici 0,5% nei maschi, 0,7% nelle femmine; antidepressivi (AD) 2,1%, 7,2% nelle femmine (64% degli AD sono SSRI); stabilizzanti 0,2% nei maschi e 0,5% nelle femmine; Benzodiazepine (BDZ) 3,9% nei maschi, 14,8% nelle femmine; ipnotici 0,3% e 0,7% rispettivamente, altri farmaci attivi sul SNC 0,7% nei maschi e 0,7% nelle femmine. L'utilizzo di rimedi omeopatici per disturbi psichici risulta nel 0,5% dei maschi e nel 1,4% delle donne. L'impiego di AD e BDZ risulta più frequente negli anziani sia femmine ($p < 0,05$) che maschi ($p < 0,01$), quello di omeopatici fra le giovani donne ($p < 0,05$).

Conclusioni: rispetto a ricerche degli anni '90, l'uso di AD è incrementato. Anche gli stabilizzanti dell'umore hanno raggiunto frequenze di impiego importanti. I farmaci più utilizzati rimangono le benzodiazepine. Le donne sono i maggiori utilizzatori di farmaci psicotropi.

P247. Il piacere anticipatorio e consumatorio: uno studio di validazione della versione italiana della TEPS

R. Pacifico, P. Stratta, I. Riccardi, E. Daneluzzo, A. Rossi
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

Introduzione: una estesa letteratura psicopatologica ha trattato gli aspetti rilevanti del costrutto psicologico, psicometrico e psicopatologico del piacere.

Sono stati identificati 2 fattori principali definiti come piacere

anticipatorio (piacere che si prova nel pensare ad uno stimolo gradevole e positivo) e consumatorio (piacere che si prova in un determinato istante in risposta ad uno stimolo) (Bonsack et al. 2008).

Recentemente Gard et al. (2006) hanno sviluppato uno strumento per la valutazione dei 2 costrutti: la *Temporal Experience of Pleasure Scale* (TEPS, Gard et al. 2006).

Obiettivo del nostro studio è valutare le caratteristiche psicometriche della versione italiana di questo strumento.

Materiali e metodi: il questionario è stato somministrato a 514 (314 maschi e 273 femmine) studenti degli istituti superiori della Provincia di Teramo.

La TEPS è stata tradotta in italiano e ritradotta in inglese per valutare che il significato della traduzione fosse mantenuto.

È un questionario autosomministrato a 18 *items* che indaga i 2 componenti del piacere: l'aspetto anticipatorio (10 *items*) e quello consumatorio (8 *items*).

Risultati: i nostri fattori I e II pesano di più sugli item a carattere anticipatorio, i fattori III e IV sono a carattere consumatorio. Le differenze tra i nostri risultati e quelli ottenuti da Gard sembrano essere ascrivibili al contesto culturale.

Bibliografia

Bonsack C, et al. *Validation française de l'échelle d'expérience temporelle du plaisir Validation of the Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) in a French-speaking environment.* L'Encephale 2008;35:241-8.

Gard DE, et al. *Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: a scale development study.* J Res Personality 2006;40:1086-102.

Gard DE, et al. *Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure.* Schizophr Res 2007;93:253-60.

P248. Deficit delle funzioni esecutive: una comparazione tra ADHD e sindrome di Asperger

C. Paloscia**, R. Alessandrelli*, C. Rosa*, V. Baglioni*, R. Guerini*, A. Pasini*

* U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"; ** Ass. "La Nostra Famiglia", IRCCS E. Medea, CDR Brindisi e Lecce

Introduzione: la presenza di deficit delle funzioni esecutive è stata riscontrata sia in bambini con disturbi dello spettro autistico (Robinson et al. 2009) che in ragazzi con diagnosi di disturbo da deficit dell'attenzione e/o iperattività (Pasini et al. 2007). Attualmente, pochi studi hanno indagato la specificità di questo deficit nell'ADHD e nella Sindrome di Asperger (Semrud-Clikeman et al. 2010). Il nostro studio si propone di identificare le differenze tra i deficit delle funzioni esecutive presenti nei pazienti ADHD rispetto a quelli che mostrano i ragazzi con sindrome di Asperger.

Materiali e metodi: il campione clinico era costituito da 47 bambini maschi: 25 con ADHD di tipo combinato (età: $11,16 \pm 2,07$) e 22 con sindrome di Asperger (età: $11,77 \pm 1,95$). Tutti i bambini sono stati valutati con una batteria neuropsicologica costituita da: WISC III, CPT II, TMT, *StroopTest*, Torre di Londra, e *N-back* spaziale. È stata utilizzata l'Analisi della Varianza per confrontare i risultati dei due gruppi.

Risultati: i due gruppi non differivano sui punteggi ottenuti alla Torre di Londra ($p = 0,397$) e allo *Stroop Test*, indice CW-C

($p = 0,660$). I bambini con sindrome di Asperger presentavano una prestazione deficitaria all'*n-Back* ($p = 0,005$) e al TMT, indice TMTB-A ($p = 0,031$). I ragazzi con ADHD mostravano una peggiore prestazione sull'indice del CPT II, RTISich ($p = 0,003$).

Conclusioni: i nostri risultati hanno evidenziato in entrambi i gruppi una compromissione sia della pianificazione che della capacità di inibire una risposta interferente. Era specifico per gli Asperger un deficit della flessibilità cognitiva e della memoria di lavoro spaziale. Negli ADHD, al contrario, era maggiormente compromessa la capacità di inibire una risposta prepotente. Questi dati sono parzialmente in accordo con gli studi precedenti (Semrud-Clikeman et al. 2010). Sono necessari ulteriori studi, su campioni di maggiori dimensioni per poter generalizzare i risultati ottenuti.

Bibliografia

Pasini A, Paloscia C, Alessandrelli R, et al. *Attention and executive functions profile in drug naive ADHD subtypes.* Brain Dev 2007;29:400-8.

Robinson S, Goddard L, Dritschel B, et al. *Executive functions in children with autism spectrum disorders.* Brain Cogn 2009;71:362-8.

Semrud-Clikeman M, Walkowiak J, Wilkinson A, et al. *Executive functioning in children with Asperger syndrome, ADHD-combined type, ADHD-predominately inattentive type, and controls.* J Autism Dev Disord 2010;40:1017-27.

P249. Risposta clinica all'olanzapina in pazienti con schizofrenia ad esordio precoce

C. Paloscia**, R. Alessandrelli*, C. Rosa*, V. Baglioni*, A. Pasini*

* U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"; ** Ass. "La Nostra Famiglia", IRCCS E. Medea, CDR Brindisi e Lecce

Introduzione: la schizofrenia ad esordio precoce (EOS) rappresenta una delle forme più gravi di schizofrenia sia per la severità dei sintomi che per la maggiore tendenza a cronicizzare¹. L'olanzapina si è mostrata un farmaco efficace nella riduzione della sintomatologia psicotica negli adulti. Alcuni studi ne hanno valutato gli effetti a breve termine nei bambini e negli adolescenti. Tuttavia non è ancora chiaro l'effetto a lungo termine dell'olanzapina nella schizofrenia ad esordio precoce. L'obiettivo della ricerca era valutare l'efficacia dell'olanzapina sulla sintomatologia, sul funzionamento globale dei pazienti e sul funzionamento neurocognitivo.

Materiali e metodi: è stato valutato un gruppo di 17 pazienti, di età compresa tra i 12 ed i 18 anni, con diagnosi di schizofrenia. Il campione clinico ha effettuato una valutazione clinica al tempo zero prima dell'inizio del trattamento e dopo 6 mesi. Gli strumenti utilizzati sono stati la *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS), la *Clinical Global Impression* (CGI) e la *Global Assessment of Function* (GAF) Scale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una batteria neuropsicologica: *n-Back*, *Stroop Test* e CPT II.

Risultati: 15 pazienti hanno presentato un miglioramento della sintomatologia positiva ($p < 0,01$). 5 su 17 hanno evidenziato una riduzione significativa della sintomatologia negativa ($p < 0,05$) mentre 12 soggetti hanno manifestato un miglioramento del funzionamento globale ($p < 0,001$). 12 pazienti hanno evidenziato un miglioramento della WM spaziale misurata con l'*nBack*, 8

soggetti hanno presentato una prestazione migliore sul CPT II (attenzione sostenuta) e 7 sullo *Stroop Test* ottenendo una maggiore capacità di inibire uno stimolo interferente.

Conclusioni: il nostro studio evidenzia l'efficacia dell'olanzapina nel trattamento nei pazienti ad esordio precoce in età adolescenziale, soprattutto sulla sintomatologia positiva e sul miglioramento della memoria di lavoro spaziale. I risultati confermano le evidenze presenti in letteratura relativamente al miglioramento clinico dei pazienti² mentre non concordano con alcune evidenze relative ad un mancato miglioramento neurocognitivo dopo 6 mesi di trattamento³. Sono necessari ulteriori studi, con maggiori dimensioni campionarie e con periodi più lunghi di follow-up per approfondire gli effetti clinici e sulle funzioni cognitive dell'olanzapina.

Bibliografia

- 1 Mattai AK, Hill JL, Lenroot RK. *Treatment of early-onset schizophrenia*. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:304-10.
- 2 Kumra S, Oberstar JV, Sikich L, et al. *Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia*. *Schizophr Bull* 2008;34:60-71.
- 3 Robles O, Zabala A, Bombín I, et al. *Cognitive Efficacy of Quetiapine and Olanzapine in Early-Onset First-Episode Psychosis*. *Schizophr Bull* 2009, Aug 25 [Epub ahead of print].

P250. Efficacia dell'aripirazolo nel trattamento dell'irritabilità associata ai disturbi dello spettro autistico

C. Paloscia^{*,**}, R. Alessandrelli^{*}, C. Rosa^{*}, V. Baglioni^{*}, A. Pasini^{*}

^{*} U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"; ^{**} Ass. "La Nostra Famiglia", IRCCS E. Medea, CDR Brindisi e Lecce

Introduzione: gli antipsicotici atipici rappresentano la classe di farmaci più studiata per il trattamento dell'irritabilità nei disturbi dello spettro autistico. Studi retrospettivi e prospettici hanno evidenziato l'efficacia e la tollerabilità dell'aripirazolo in bambini e adolescenti con disturbo schizofrenico¹, disturbo bipolare e con disturbi pervasivi dello sviluppo (Marcus et al. 2009). L'obiettivo dello studio era la valutazione degli effetti clinici dell'aripirazolo sull'irritabilità (aggressività, comportamenti autolesionistici e crisi comportamentali) sull'iperattività e sull'isolamento in un campione di adolescenti con disturbi dello spettro autistico.

Materiali e metodi: è stata somministrata una dose flessibile di aripirazolo (10-30 mg) ad un campione di 20 pazienti con diagnosi di disturbo pervasivo dello sviluppo (disturbo autistico e DPS NAS). L'età dei soggetti era compresa tra i 13 ed i 18 anni. Il campione clinico ha effettuato una valutazione psicopatologica al tempo zero prima dell'inizio del trattamento e dopo 16 settimane. Gli strumenti utilizzati sono stati la CGI-S, la CGI-I e la *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) per monitorare i comportamenti disfunzionali e l'irritabilità. La sottoscala Irritabilità dell'ABC era utilizzata per misurare i cambiamenti relativi all'aggressività, ai comportamenti autolesionistici e alle crisi comportamentali. I *responders* al trattamento erano i pazienti con un punteggio di 1 o 2 alla CGI e una riduzione $\geq 25\%$ all'ABC.

Risultati: l'utilizzo dell'ANOVA a misure ripetute ha evidenziato, in 18 pazienti, una riduzione significativa sulla subscale irritabilità dell'ABC dopo 16 settimane di terapia. In 15 ragazzi è

stata rilevata una riduzione sulla sottoscala iperattività. Nessun miglioramento significativo era presente nelle altre sottoscale.

Conclusioni: l'aripirazolo si è mostrato un farmaco utile nel ridurre l'irritabilità e l'iperattività associata ai disturbi pervasivi dello spettro autistico. I nostri risultati confermano le precedenti ricerche^{2,3}. Sono necessari ulteriori studi, su campioni più ampi e con disegno crossover in doppio cieco per confermare l'utilità clinica dell'aripirazolo in questo gruppo di pazienti.

Bibliografia

- 1 Robb AS, Carson WH, Nyilas M, et al. *Changes in positive and negative syndrome scale-derived hostility factor in adolescents with schizophrenia treated with aripirazolo: post hoc analysis of randomized clinical trial data*. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010;20:33-8.
- 2 Owen R, Sikich L, Marcus RN, et al. *Aripirazolo in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder*. *Pediatrics* 2009;124:1533-40.
- 3 Marcus RN, Owen R, Kamen L, et al. *A placebo-controlled, fixed-dose study of aripirazolo in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:1110-9.

P251. Difese e disturbo *borderline* di personalità: differenze con altri disturbi del *cluster B* ed effetti sulla risposta ai trattamenti

D. Paradiso, P. Bozzatello, A. Blandamura, E. Brignolo, S. Bellino

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

Introduzione: i disturbi di personalità sono caratterizzati dall'alterazione dei processi difensivi che comporta una minore capacità di regolare gli stati emozionali e le dinamiche relazionali. Questo studio ha l'obiettivo di confrontare i meccanismi di difesa di tre disturbi del *cluster B* e verificare se nel DBP lo stile difensivo sia associato ad una differente risposta ai trattamenti.

Strumenti: la REM-71 valuta 21 difese distinguendo quelle mature e adattative da quelle immature e disadattative. La BPDSI è una scala che misura i sintomi caratteristici del disturbo *borderline* di personalità.

Materiali e metodi: abbiamo valutato con la REM-71 un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di disturbo di personalità *borderline*, istrionico o narcisistico (DSM-IV-TR).

Per il DBP è stata misurata la variazione della gravità dei sintomi dopo 12 mesi con la BPDSI.

I dati ottenuti sono stati analizzati con l'ANOVA e con la regressione multipla.

Risultati: i risultati attesi dovrebbero evidenziare che i pazienti con disturbo *borderline* si distinguono per meccanismi di difesa più immaturi. Tale assetto difensivo potrebbe influenzare negativamente la risposta ai trattamenti.

Discussione: i risultati ottenuti saranno descritti e confrontati con i dati della letteratura.

Bibliografia

- Johnson JG, Bornstein RF, Krukons AB. *Defense styles as predictors of personality disorder symptomatology*. *J Pers Disorders* 1992;6:408-16.

Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. *Defense mechanisms associated with borderline personality disorder*. J Pers Disorders 2009;23:113-21.

P252. Relazione tra apatia e attività prefronto-striatale durante compiti cognitivi ed emotivi

V. Petrerà, L. Fazio, M. Mancini, P. Taurisano, B. Gelao, R. Romano, T. Quarto, A. Papazacharias, A. Porcelli, A. Di Giorgio, G. Blasi, M. Nardini, G. Logroschino, A. Bertolino

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

L'apatia è caratterizzata da riduzione di comportamento finalizzato nonché di capacità cognitive ed emotive. L'apatia è comune in patologie in cui la modulazione dopaminergica di regioni prefrontali e striatali è compromessa, come nella Malattia di Parkinson. Lavori condotti con rCBF SPECT mostrano in soggetti con apatia una ridotta perfusione prefronto-striatale. Obiettivo dello studio è valutare la correlazione tra apatia e funzionalità prefrontale e striatale durante compiti cognitivi ed emotivi. 56 soggetti sani (M:25; età: 28,5 ± 5,6; QI: 113,4 ± 11,8) sono stati studiati con BOLD fMRI a 3 Tesla durante *working memory (N-back)*, controllo attentivo (VAC) e valutazione implicita di stimoli emotivi (*Faces*). A ogni soggetto è stata somministrata la *Apathy Scale* di Starkstein per la misurazione dell'apatia. I dati di fMRI (regressione lineare con SPM5, $p < 0,005$) dimostrano una correlazione negativa tra apatia e attività della corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) e della corteccia del cingolo dorsale, rispettivamente durante N-Back e VAC. Durante *Faces*, alti punteggi di apatia appaiono correlati ad un maggiore reclutamento della DLPFC e del nucleo accumbens. I risultati evidenziano un'associazione tra apatia e funzionalità prefrontale e striatale. Tale relazione appare inversa per compiti emotivi e cognitivi suggerendo una dissociazione dei circuiti prefronto-striatali. Studi futuri valuteranno la relazione potenziale di questa dissociazione con il *signaling* dopaminergico.

Bibliografia

Heinz A, Knable MB, Coppola R, et al. *Psychomotor slowing, negative symptoms and dopamine receptor availability — an IBZM SPECT study in neuroleptic-treated and drug-free schizophrenic patients*. Schizophr Res 1998;31:19-26.

Marin RS. *Apathy: a neuropsychiatric syndrome*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1991;3:243-54.

Starkstein SE, Mayberg HS, Preziosi TJ, et al. *Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1992;4:134-9.

P253. Modalità di consumo ed effetti soggettivi dell'uso di cannabis in pazienti al primo episodio psicotico

S.M. Pintore, M. Di Forti, S.A. Stilo, L. Sideli, M.A. Falcone, S. Luzzi, E. Cooke, A. Paparelli, M. Sirianni, M. Russo, R. Murray

Institute of Psychiatry, King's College, London

Introduzione: più della metà dei pazienti al primo episodio di psicosi nel Regno Unito riferisce, all'esordio, l'utilizzo di can-

nabis. Il consumo di cannabis è associato a un esordio più precoce della sintomatologia psicotica. Scopo del presente studio è identificare gli effetti soggettivi e le modalità dell'utilizzo di cannabis in soggetti al primo episodio psicotico.

Materiali e metodi: nell'ambito dello studio GAP (*Genetic and Psychosis study*) sono stati raccolti, mediante una versione modificata del *Cannabis Experience Questionnaire* (Barkus et al. 2006), dati riguardanti le motivazioni dell'abuso e le sensazioni sperimentate durante l'intossicazione. Il campione è costituito da 180 casi al primo episodio psicotico e 100 controlli sani.

Risultati: nei due gruppi l'abuso di cannabis non è finalizzato a facilitare situazioni sociali ($p > 0,05$). Nei pazienti è più frequente l'utilizzo solitario (19,7% vs 9,6%; $p < 0,000$) e il consumo durante il giorno piuttosto che la sera (38,2% vs 19,4%; $p = 0,009$). Il gruppo dei controlli sembra più consapevole dei potenziali rischi per la salute associati all'utilizzo di cannabis (52,4% vs 35%), ma le differenze non sono statisticamente significative a causa della ridotta dimensione del campione ($p = 0,07$). Riguardo le sensazioni soggettive sperimentate durante l'abuso di cannabis i pazienti hanno riportato, in quota maggiore rispetto ai controlli, sospettosità ($p = 0,02$), nervosismo ($p = 0,02$) e deficit di concentrazione ($p < 0,004$).

Conclusioni: sono state riscontrate differenze riguardo le circostanze dell'abuso di cannabis ed i suoi effetti soggettivi tra pazienti al primo episodio psicotico e volontari sani. Questi dati suggeriscono una differente vulnerabilità tra i due gruppi agli effetti della cannabis.

Bibliografia

Henquet C, van Os J, Kuepper R, et al. *Psychosis reactivity to cannabis use in daily life: an experience sampling study*; Br J Psychiatry 2010;196:447-53.

Machielsen M, van der Sluis S, de Haan L. *Cannabis use in patients with a first psychotic episode and subjects at ultra high risk of psychosis: impact on psychotic and pre-psychotic symptoms*. Aust N Z J Psychiatry 2010;44:721-8.

Schofield D, Tennant C, Nash L, et al. *Reasons for cannabis use in psychosis*. Aust N Z J Psychiatry 2006;40:570-4.

P254. Disturbi restrittivi della condotta alimentare ad esordio precoce

S. Pisano*, G. Catone*, F. Salerno*, T. Salvati*, M. Calderaro*, A. Franzese**, A. Gritti*

*Dipartimento Neuropsichiatria Infantile, Seconda Università di Napoli; **Dipartimento di Pediatria Federico II Napoli

Introduzione: lo studio esplora le caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età evolutiva e si propone di valutare se dette caratteristiche sono correlate all'età.

Materiali e metodi: il campione è composto da 117 ss con DCA-R suddivisi in due gruppi d'età confrontati tra loro (67 ss > 6 aa < 14 aa, 50 ss > 14 < 18). I test effettuati sono stati: CDI, EAT-27, BUT, WISC.

Risultati: prevalenza del sesso F nei due gruppi (79% in g. 6-14; 74% in g. 14-18). tendenza alla relazione negativa ($r = -0,41$) tra età e risultati scala EAT (g. 14-18); tendenza alla relazione positiva ($r = +0,40$) tra la CDI e CH-EAT (g. 6-14) e forte relazione positiva ($r = +0,70$) (g. 14-18); forte relazione positiva tra BUT e

C.D.I. ($r = 0,79$) (g. 6-14); forte correlazione positiva tra B.U.T. e Ch-EAT ($r = +0,81$ nel g. 6-14; $r = +0,54$ nel g. 14-18); forte relazione positiva ($r = 0,81$) tra Q.I. e E.A.T. (g. 14-18).

Conclusioni: i DCA ad esordio precoce hanno molte caratteristiche comparabili a quelle dei soggetti con DCA ad esordio in età adolescenziale quali la medesima distribuzione del disturbo tra i sessi, presenza di sintomi depressivi, disagi relativi all'immagine corporea, alla preoccupazione per il peso e la forma del corpo, alla paura della maturità e alla sfiducia interpersonale. All'aumentare del disagio relativo all'immagine corporea corrisponde un aumento del livello di preoccupazione per il peso e la forma del corpo maggiore nei soggetti di età a cavallo della pubertà che nel periodo post-puberale.

P255. Dimensioni cliniche e outcome funzionale nei disturbi di personalità con componente antisociale

V. Politi, S. Costi, A. Montali, M. Amore

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Introduzione: questo studio indaga gli aspetti psicopatologici e il funzionamento psicosociale associati al disturbo antisociale di personalità (ASPD), ponendo a confronto un campione di soggetti con ASPD con uno di soggetti con disturbo cluster B di personalità senza componente antisociale (nASPD).

Materiali e metodi: 215 pazienti con disturbo di personalità cluster B (secondo DSM-IV-TR), ricoverati presso la Clinica Psichiatria di Parma dal 2005 al 2010; di cui 50 ASPD, valutati per variabili clinico-anamnestiche, demografiche e comorbidità in Asse I (DSM-IV-TR); livello di adattamento globale (VGF), psicosociale (SVFSL) e grado di stabilità (per qualità delle relazioni interpersonali, eteroaggressività, gesti autolesivi, problemi finanziari e stile di vita).

Risultati: analisi χ^2 Fisher's Exact Test documentano un'aumentata frequenza negli ASPD di condotte di abuso o dipendenza da alcol ($p < ,05$) o sostanze ($p < ,001$) e una ridotta frequenza di disturbi dell'umore ($p < ,001$), ideazione suicidiaria ($p < ,05$) e gesti autolesivi ($p < ,001$).

Tramite confronto per ranghi di Wilcoxon, gli ASPD non mostrano una differenza significativa nei livelli di funzionamento globale (VGF), bensì caratteristiche riduzioni nei punteggi SVFSL ($p < ,001$) e stabilità ($p < ,05$).

Conclusioni: la dimensione socio-lavorativa sembra cogliere aspetti di funzionamento utili alla valutazione clinico-diagnostica differenziale dei pazienti ASPD, ora incentrata prevalentemente su aspetti di devianza comportamentale.

P256. Doppia diagnosi: incidenza nei primi ricoveri in tre differenti periodi

M. Porro, A. Lombardi, A. Feggi, E. Torre, P. Zeppegno

SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità UPO A Avogadro, Novara

Scopi: descrivere le caratteristiche socio-demografiche e cliniche di pazienti al PR dimessi con DD in tre differenti quinquenni. Valutare per ogni gruppo l'eventuale relazione tra sostanza d'abuso e patologia psichiatrica.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio retrospettivo su cartelle cliniche di pazienti al PR presso la Nostra SCU in tre periodi (1990-1994, 2000-2004, 2005-2009) e dimessi con DD.

Risultati: tra i PR avvenuti nei periodi esaminati emerge un incremento dei casi di DD (12% del 1990-1994, 21% del 2000-2004 e 28% del 2005-2009). L'incidenza della singole diagnosi si è modificata nei diversi anni ma per ogni periodo le patologie più rappresentate rimangono le psicosi schizofreniche o affettive e i disturbi di personalità. L'alcol è la sostanza psicotropa più utilizzata in ogni periodo, si registra inoltre un aumento progressivo sia del consumo di cannabis e cocaina sia dell'incidenza di poliabuso. Solo nel periodo 2005-2009 emerge che i pazienti con diagnosi di psicosi hanno una probabilità maggiore di abusare di cannabis, mentre è costante negli anni il maggior rischio di poliabuso tra i pazienti con disturbo di personalità.

Conclusioni: dato il continuo incremento dei casi di DD si evidenzia l'importanza di identificare precocemente i casi di comorbidità per offrire adeguata terapia e supporto.

P257. Disturbo bipolare in adolescenza: valutazioni cliniche in un campione di pazienti ambulatoriali

A. Presta, I. D'Orta, S. Guida, E. Nikolaidou, D. Prestia, R. Fravega, S. Puppo, S. Penati, G. Ferrigno

Ambulatorio di Consultazione Diagnostica e Psicoterapica per Adolescenti, Clinica Psichiatria, Università di Genova

I disturbi dell'umore insorgono spesso in adolescenza e hanno notevoli ripercussioni sul funzionamento sociale e scolastico dei giovani pazienti.

In un campione di 260 pazienti di età compresa tra i 14 e i 21 anni (età media 17 anni), che sono stati presi in carico dall'Ambulatorio di Consultazione Diagnostica e Psicoterapica per Adolescenti della Clinica Psichiatria, 120 erano affetti da un disturbo dell'umore; 16 pazienti erano affetti da disturbo bipolare (6 femmine e 10 maschi). La diagnosi è stata formulata mediante valutazione clinica secondo i criteri del DSM-IV-TR e confermata nel corso della terapia.

Le 6 ragazze, di età compresa tra i 17 e i 20 anni, manifestavano un quadro psicopatologico simile caratterizzato da allucinazioni uditive, eco del pensiero, commento degli atti, depersonalizzazione, derealizzazione e alternanza di inibizione ed eccitamento. Per la drammaticità dei sintomi era stata ipotizzata anche una possibile evoluzione verso la psicosi schizofrenica.

Queste pazienti hanno tratto beneficio da un trattamento combinato durato due anni, psicoterapico ad orientamento psicomotorio con *setting* adattato all'età e farmacologico con impiego di stabilizzatori dell'umore, prevalentemente acido valproico, antipsicotici atipici (aripiprazolo e olanzapina) e sertralina. La terapia psicofarmacologica e il sostegno ai genitori sono stati gestiti da un curante diverso dal terapeuta del figlio.

Nessuna paziente ha interrotto la terapia e a distanza di 3 anni in tutte vi è stata remissione dei sintomi con ripresa di relazioni interpersonali soddisfacenti e buon rendimento scolastico. La diagnosi si è definita in un disturbo bipolare con sintomi psicotici.

P258. Effetto dell'umore indotto da stimoli uditivi sull'elaborazione emotiva implicita in soggetti con differente ansia di tratto

T. Quarto^{****}, G. Blasi^{***}, L. Fazio^{***}, P. Taurisano^{***}, A. Bertolino^{***}, E. Brattico^{***}

^{*} Cognitive Brain Research Unit, Institute of Behavioral Science, University of Helsinki, Finland; ^{**} Center of Excellence in Interdisciplinary Music Research, University of Jyväskylä, Finland; ^{***} Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neuologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria e medicina comportamentale, Università di Bari

Studi comportamentali e di *neuroimaging* hanno dimostrato che lo stato affettivo influenza l'elaborazione conscia delle emozioni di base. In particolare, pazienti affetti da depressione o disturbi d'ansia hanno una spiccata sensibilità nella discriminazione di stimoli emotivi a valenza negativa e una scarsa capacità nel riconoscimento di uno stimolo emotivo positivo. Precedenti studi hanno dimostrato come stimoli sonori a valenza positiva o negativa siano in grado di indurre in laboratorio degli stati affettivi congruenti alla stimolazione ricevuta (Gilet 2008; Coen et al. 2009). Tuttavia nessuno studio ha sinora indagato l'effetto di uno stato affettivo indotto in laboratorio sull'elaborazione implicita delle emozioni di base.

Lo scopo del presente studio è pertanto quello di investigare l'effetto di differenti stati affettivi associati alla percezione di stimoli uditivi piacevoli e spiacevoli sull'elaborazione implicita di stimoli a diversa valenza emotiva in soggetti con differente ansia di tratto.

32 soggetti sani (11 M, età media 26,8 ± 3,8) hanno svolto un compito di elaborazione implicita di espressioni facciali con opposta valenza emotiva (felice e arrabbiata). Il compito prevedeva tre sessioni sperimentali che differivano per la presenza/assenza e per la valenza dello stimolo uditivo presentato: "Musica" vs "Rumore" vs "Silenzio". Le *performance* venivano acquisite in termini di tempi di reazione (RT) alle risposte corrette. Ogni sessione terminava con la somministrazione del questionario POMS per la misurazione del tono dell'umore. L'ansia di tratto è stata indagata tramite il questionario STAI X2.

L'ANOVA a misure ripetute sui punteggi al questionario POMS rivela una riduzione della fatica e un generale miglioramento dell'umore dopo la sessione "Musica" e un aumento dell'ansia nonché un generale peggioramento dell'umore dopo la sessione "Rumore" ($p < 0,05$). L'analisi dei dati sui RT ha mostrato un significativo effetto d'interazione ($p = 0,027$) tra la valenza dello stimolo uditivo e quella dell'espressione facciale emotiva, tale che durante la sessione "Musica" i soggetti sono risultati più veloci in risposta a espressioni felici, mentre durante la sessione "Rumore" essi erano più lenti in risposta alle espressioni arrabbiate. Inoltre, le analisi effettuate sui punteggi al questionario STAI X2 hanno rivelato che soggetti più ansiosi mostravano un aumento dei tempi di reazione associati ad elaborazione delle espressioni facciali durante la sessione "Musica" ($p < 0,05$).

I risultati di questo studio mostrano che stimoli uditivi sono in grado di indurre in laboratorio stati affettivi specifici i quali, in interazione con i livelli individuali di ansia di tratto, contribuiscono a spiegare la differenza comportamentale durante elaborazione implicita di emozioni di base. Futuri studi potrebbero chiarire i substrati neurali che sottendono tali evidenze.

P259. Interazione funzionale tra polimorfismi dei geni DRD2 e AKT1 sull'attività della corteccia prefrontale durante elaborazione esplicita di stimoli emotivi

T. Quarto^{****}, G. Blasi^{*}, P. Taurisano^{*}, L. Fazio^{*}, L. Lo Bianco^{*}, F. Ferrante^{*}, B. Gelao^{*}, M. Mancini^{*}, A. Porcelli^{*}, R. Romano^{*}, A. Di Giorgio^{*}, G. Ursini^{*}, A. Papazacharias^{*}, M. Nardini¹, A. Bertolino^{*}

^{*} Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neuologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria e medicina comportamentale, Università di Bari; ^{**} Cognitive Brain Research Unit, Institute of Behavioral Science, University of Helsinki, Finland; ^{***} Center of Excellence in Interdisciplinary Music Research, University of Jyväskylä, Finland

Il *signaling* dei recettori D2 per la dopamina è coinvolto nella modulazione del comportamento emozionale e nell'attività delle regioni cerebrali connesse ad esso. Un polimorfismo intronico del gene per i D2 (rs1076560-G > T) altera lo *splicing* delle due isoforme molecolari da esso codificate (forma corta D2S e forma lunga D2L) ed è coinvolto nella modulazione dell'attività cerebrale durante elaborazione cognitiva ed emotiva. 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), regola l'espressione della proteina e l'attività prefrontale durante *working memory*.

Scopo di questo studio è la valutazione di una possibile interazione fra i polimorfismi D2 rs1076560 e AKT1 rs1130233 sull'attività cerebrale durante elaborazione emotiva esplicita.

94 soggetti sani (35 M, età 25,3 ± 6,2) sono stati caratterizzati per i suddetti genotipi (*DRD2/AKT1* N = 34 GG/GG; 34 GG/Acar; 15 GT/GG; 11 GT/Acar) e sottoposti a fMRI durante un compito di elaborazione esplicita di stimoli facciali a valenza emotiva. I gruppi sono risultati comparabili per manualità e variabili socio-demografiche.

Le analisi dei dati di fMRI hanno mostrato un significativo effetto di interazione ($p < 0,005$) tra *DRD2*, *AKT1* ed emozioni sull'attività della corteccia prefrontale (BA 47). L'analisi del segnale Bold-fMRI illustra che l'interazione è spiegata da una maggiore attività dell'allele T del gene *DRD2* nei soggetti GG per il gene *AKT1* durante l'elaborazione di facce con espressioni neutre e di rabbia.

I risultati di questo studio confermano il ruolo dei recettori D2 nell'elaborazione emotiva, suggerendo che le possibili interazioni e l'effetto epistatico di geni diversi possano aiutare a comprendere meglio i correlati neurobiologici del comportamento emotivo. I dati suggeriscono, inoltre, che l'elevato ingaggio di aree prefrontali durante elaborazione esplicita di facce neutre, già evidenziato in precedenti studi, potrebbe predisporre alla modulazione della risposta prefrontale da parte della variabilità genetica individuale.

P260. Abuso di sostanze e psicosi, solo una coincidenza?

C. Ranalli*, L. Serroni*, M. De Luca*, A. Di Donato*, B. Feliziani*, N. Serroni*, D. Campanella*, D. De Berardis*, L. Olivieri*, A. D'Agostino*, A. Serroni*, A.M. Pizzorno*, T. Acciavatti****, V. Marasco*, A. Carano**, L. Mancini**, G. Mariani**, N. D'Eugenio***, F.S. Moschetta*, G. Di Iorio***, M. Di Giannantonio****

* Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ** Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; *** Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

Introduzione: negli ultimi anni, diversi studi hanno esaminato la relazione tra abuso di sostanze e psicosi mostrando come il loro utilizzo possa influenzare l'età di esordio e le modalità di manifestazione di tali patologie. Le interpretazioni relative a questo fenomeno sembrano far riferimento prevalentemente a due modelli, uno che riguarda il concetto di "vulnerabilità" e l'altro quello di "autoterapia". Il modello della "vulnerabilità" ipotizza che l'impiego di sostanze possa slantizzare la patologia psichiatrica o facilitare la sua espressione sintomatologica in soggetti predisposti; quello di "autoterapia" ipotizza invece l'uso di sostanze come una forma di paradossale ed incongrua auto-medicazione di disturbi psichici pre-esistenti, talora non diagnosticati e non trattati. Ci sono diverse ragioni per pensare che il numero di soggetti con disturbo psicotico, che vivono nella comunità e che presentano abuso/dipendenza da sostanze, oggi sia grandemente aumentato. Tale situazione configura indubbiamente un problema rilevante di salute pubblica. Gli studi sulla cannabis (Hambrecht e Hafner, 2000) indicano che il 13% dei soggetti alla prima ospedalizzazione per schizofrenia ha una storia positiva per abuso di cannabis e che circa un terzo di essi ha usato cannabis prima dei sintomi prodromici ed un altro terzo in concomitanza ai sintomi prodromici stessi.

Obiettivi: l'osservazione, effettuata su un campione, si propone di verificare quanto l'uso o l'abuso di sostanze possa slantizzare la manifestazione o il mantenimento di un quadro psicotico.

Materiali e metodi: a tale proposito abbiamo considerato i ricoveri effettuati presso un S.P.D.C. nel periodo compreso tra il 2008 e maggio 2010. I pazienti presi in esame sono 14, hanno un'età compresa tra i 17 e i 37 anni e presentano diagnosi di psicosi NAS e/o di episodio psicotico. Ad una prima analisi è emerso che il 28,57% dei pazienti presentava una psicosi NAS collegata ad eventi di vita stressanti non attribuibili all'abuso di sostanze. Il restante 71,43% del campione invece, mostra un comportamento di dipendenza da sostanze associato all'emergere dei sintomi o alla loro conservazione. Dal sottogruppo di pazienti che ha fatto uso di sostanze abbiamo estrapolato e riportati nel lavoro tre casi suddivisi in base alla tipologia di sostanze utilizzate.

Conclusioni: dall'osservazione fatta appare che il 71,43% del campione esaminato mostra una possibile correlazione tra l'abuso di sostanze (alcol, cannabis, cocaina, MDMA, Ketamina, eroina) e la comparsa di sintomi psicotici o il mantenimento degli stessi.

Tali dati potrebbero essere in accordo con quanto sostenuto in alcuni studi presenti in letteratura sull'argomento secondo cui l'assunzione di sostanze può influenzare o rinforzare la presenza di un quadro psicotico.

La sovrapposizione della sintomatologia psicotica agli effetti dovuti all'assunzione di sostanze è spesso associata a una tendenza da parte dei familiari e del paziente a ritardare la richiesta di aiuto attribuendo la comparsa dei sintomi unicamente alla sostanza.

Anche se non è possibile affermare che il comportamento di abuso sia la causa primaria di tali manifestazioni sintomatologiche, è possibile ritenere che questo rappresenti comunque un fattore di rischio in soggetti vulnerabili.

A tal fine sono necessari ulteriori approfondimenti per indagare l'impatto che l'utilizzo di sostanze ha sulla psiche di un soggetto nella genesi di episodi psicotici.

P261. ADHD, disturbo bipolare e disturbo da uso di sostanze: caratteristiche clinico-demografiche in 147 adulti

S. Rizzato, G. Ceraudo, L. Dell'Osso, G. Perugi

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

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) negli adulti si osserva generalmente associato ad almeno un altro disturbo mentale; tra questi di maggior riscontro clinico sono il disturbo bipolare (DB) e il disturbo da uso di sostanze (DUS). L'obiettivo del nostro studio è di valutare la presenza di sintomi ascrivibili allo spettro ADHD in soggetti con DUS, DB e DUS+DB, e di confrontare le caratteristiche demografiche e cliniche dei tre gruppi.

Abbiamo reclutato 147 soggetti affetti da DUS e/o DB e valutato tramite la scala DCTC (*Diagnostic Clinical and Therapeutic Checklist*) per la raccolta delle variabili demografiche-cliniche e somministrato la ASRS vs1.1 (*Adult ADHD Self-Report Scale*) per la formulazione della diagnosi di ADHD.

Dal confronto dei pazienti appartenenti ai tre sottogruppi emerge che quelli con DUS e DUS+DB sono più frequentemente non coniugati (64,2% vs 79,5%) rispetto a quelli con DB ($p = ,0001$). I pazienti con DUS+BIP riportano livelli di istruzione inferiori 72,7% ($p = ,02$) rispetto agli altri due gruppi. Essi mostrano punteggi medi più bassi alla scala GAF e punteggi più elevati alla scala ASRS-v1.1. L'Item 2 e l'Item 17 differenziano il gruppo DUS+DB rispetto agli altri 2., l'Item 14 distingue i soggetti DB e DB+DUS dai probandi DUS. Infine, ADHD, DB e DUS sembrano aumentare reciprocamente il rischio relativo di presentarsi associati nello stesso paziente. È possibile ipotizzare una diatesi comune tra ADHD, DB e DUS mediata dalle dimensioni a comune di iperattività e impulsività.

P262. ADHD, disturbo da uso di sostanze e disturbo bipolare: comorbidità e decorso clinico

S. Rizzato, G. Ceraudo, N. Mosti, A. Del Carlo, F. Casalini, M. Benvenuti, G. Vannucchi, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) negli adulti è spesso clinicamente associato ad altri disturbi mentali tra cui il disturbo bipolare (DB) e il disturbo da uso di sostanze (DUS). L'obiettivo del nostro studio è di valutare la presenza

di sintomi ascrivibili allo spettro ADHD in soggetti affetti da DUS, DB e DUS + DB e di confrontare il decorso clinico. Abbiamo valutato 147 soggetti affetti da DUS e/o DB tramite la scala DCTC (*Diagnostic Clinical and Therapeutic Checklist*) per la raccolta delle variabili demografiche-cliniche ed utilizzato la ASRS vs1.1 (*Adult ADHD self-Report Scale*) per la formulazione della diagnosi di ADHD. Dai nostri dati emerge che un quadro clinico compatibile con ADHD si riscontra nel 7,5% dei probandi con DUS, nel 12% del gruppo con DB e nel 29,5% di quello DUS + DB ($p = ,008$). I pazienti con DB riportano il maggior numero di episodi maniacali 18% vs 0,0% dei DUS + BIP ($p = ,003$). I pazienti con DUS + BIP passano meno tempo in remissione 2,3% ($p = ,01$), essi inoltre riportano punteggi più bassi alla scala che indaga il funzionamento globale. ADHD, BIP e DUS sembrano aumentare reciprocamente il rischio relativo di presentarsi associati nello stesso paziente (comorbidità multipla). Pazienti DUS + ADHD + BD sembrano presentare un decorso peggiore con un numero elevato di episodi misti o maniacali al momento dell'osservazione e una maggiore gravità degli stessi.

P263. L'orientamento verso il recovery di una comunità agricola per l'autismo grave. Dati dal DREEM-IT (Developing Recovery Enhancing Environment Measures - Italian Version)

M. Rocchetti, G. Scanferla, M. Boso, E. Emanuele, E. Barron, N. Piaggi, U. Provenzani, D. Broglia, R. Colombo, S. Pesenti, M. De Giulio, E. Croci, S. Ucelli, J. Secker, M. Barcella, M. Cappucciati, R. Magnani, S. Tinelli, L. Vecchia, P. Politi

Università di Pavia, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria

Backgrounds: recent years have witnessed an increasing interest in the concept of 'recovery' in the field of mental health and psychiatry. Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) is the most promising of an emerging group of recovery sensitive measures. This study explores the use of DREEM, as a tool to evaluate the effectiveness of recovery-based care in non verbal adult autistic patients living in an Italian *farm community* center (Cascina Rossago, San Ponzio Semola, PV, Italy).

Methods: 24 mothers of adult nonverbal subject with autism were invited to fill two specific DREEM sections (organizational climate and recovery markers) at two different time points (January 2009 and January 2010). Of them, 17 attended both the interviews.

Results: total mean scores in the organizational climate section resulted 1.5 in 2009 and 1.47 in 2010 respectively. Total mean scores in the recovery markers section was 1.6 both in 2009 and 2010 administrations.

Discussion: DREEM is useful with non verbal patients with severe intellectual disability and may be completed by parents. In this sense, it may measure of parents' viewpoint about the recovery status of their sons. Cascina Rossago results were excellent in both 2009 and 2010 administrations. Accordingly, the *farm community* model seems to favor the recovery of patients with severe autism.

P264. Lo sport fattore di prevenzione dei disturbi d'ansia e della depressione (risultati di una indagine)

L. Serroni*, A. D'Agostino*, N. Serroni*, D. Campanella*, D. De Berardis*, L. Olivieri*, A. Serroni*, A.M. Pizzorno*, T. Acciavatti**, A. Carano**, L. Mancini**, G. Mariani**, F.S. Moschetta*, S. Serroni***, N. D'Eugenio***, G. Di Iorio***, M. Di Giannantonio***

* *Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo*; ** *Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno*; *** *Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti*

Gli studi dell'ultimo periodo hanno evidenziato che circa il 60% degli adulti tra i 25 e i 64 anni non svolge alcuna attività fisica e la mancanza di attività fisica e una alimentazione scorretta sono la causa principale di molte patologie delle società industrializzate. Parlando, dei benefici effetti del movimento, questi riguardano tra l'altro anche la prevenzione dell'ansia, della depressione e dell'insonnia.

Numerosi studi hanno documentato i benefici psicologici dell'esercizio fisico ed è ben conosciuto che un allenamento può temporaneamente aumentare i livelli di serotonina e migliorare l'umore e che un esercizio fisico continuo può avere un effetto più profondo e duraturo. Uno studio del 2005 pubblicato nel "*Journal of Neuroscience*" ha dimostrato che l'esercizio fisico aumenta la crescita delle cellule neuronali del cervello. È ormai accertato che l'attività sportiva ha un effetto positivo non soltanto sul fisico ma anche sulla mente. Partendo da tale postulato abbiamo somministrato a 250 persone frequentanti le palestre della nostra città, di età compresa tra i 18 e i 65 anni, in un periodo di sei mesi i seguenti test: la *Zung Self-rating Anxiety Scale* e la *Zung Depression Rating Scale*. I risultati ottenuti hanno rilevato per quanto riguarda la scala di valutazione per l'ansia, nella maggior parte dei casi (oltre il 85%) valori compresi tra 0 e 40 indicativi di ansia nei limiti della norma, e per la scala per la depressione anche valori relativamente bassi non significativi per patologia dell'umore in atto.

I dati rilevati dal nostro lavoro sono significativi nell'evidenziare l'importanza dello sport nella prevenzione dei disturbi d'ansia e dell'umore

Bibliografia

Serroni N, Pizzorno AM, Di Pietro Piccirilli MA, et al. *Lo sport fattore di prevenzione dei disturbi d'ansia e dell'umore*. XLVIII Congresso della Società Italiana di Psichiatria.

P265. Stili di vita solitari e abuso di cannabis in pazienti al primo episodio psicotico

M. Sirianni, M. Di Forti, S.M. Pintore, S.A. Stilo, L. Sideli, M.A. Falcone, S. Luzi, E. Cooke, A. Paparelli, M. Russo, R. Murray

Institute of Psychiatry, King's College, London

Introduzione: l'utilizzo di cannabis come droga ricreativa è comune sia tra i pazienti al primo episodio psicotico che nella popolazione generale. L'abuso di sostanze è spesso associato a stili di

vita disregolati così come l'esordio psicotico è associato alla mancanza di una rete sociale. Scopo del seguente studio è verificare la presenza di un'associazione tra utilizzo di cannabis e stile di vita confrontando un campione costituito da pazienti al primo episodio psicotico e controlli sani che utilizzano entrambi cannabis.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 210 pazienti al primo episodio psicotico dal *South London & Maudsley National Health Service (NHS) Foundation Trust* e 120 controlli sani dalla popolazione locale. I dati sono stati raccolti, nell'ambito del *Genetic and Psychosis Study*, mediante l'utilizzo del *Social Data Schedule* e una versione modificata del *Cannabis Experience Questionnaire* (Barkus et al. 2006).

Risultati: i pazienti che utilizzano cannabis riportano più frequentemente di vivere da soli rispetto ai controlli (35% vs 13%; $p = 0,000$) e tra quelli che vivono insieme ad altri un'elevata percentuale vive con la famiglia (35% vs 22%; $p = 0,016$) piuttosto che con il partner (35% vs 22%; $p = 0,016$) o con amici (35% vs 22%; $p = 0,016$).

Inoltre tra i pazienti che abusano di cannabis la proporzione di single è superiore rispetto al gruppo dei controlli (78% vs 56%; $p = 0,000$) ed è meno probabile che tali soggetti abbiano avuto una relazione stabile e di lunga durata (un anno o più) (73% vs 84%; $p = 0,025$).

Conclusioni: i dati raccolti suggeriscono la presenza di un'associazione tra l'utilizzo di cannabis e l'isolamento sociale nei soggetti al primo episodio psicotico, ma non nei controlli sani. L'abuso di cannabis potrebbe quindi aumentare la vulnerabilità all'isolamento sociale nei pazienti al primo episodio psicotico.

Bibliografia

Carey KB, Carey MP, Simons JS. *Correlates of substance use disorder among psychiatric outpatients: focus on cognition, social role functioning and psychiatric status*. J Nerv Ment Dis 2003;191:300-8.

D'Souza DC, Sewell RA, Ranganathan M. *Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009;259:413-31.

Sevy S, Robinson DG, Napolitano B, et al. *Are cannabis use disorders associated with an earlier age at onset of psychosis? A study in first episode schizophrenia*. Schizophr Res 2010;120:101-7.

P266. Il trattamento dialettico comportamentale del disturbo borderline di personalità associato ai disturbi del comportamento alimentare

C. Tamburini¹, M. Di Stani¹, M. Buzzi¹, D. Ghigi², M. Bizzocchi², C. Pieraccioni³, L. Barone⁴

¹ Ambulatorio DCA, AUSL Ravenna; ² CSM Rimini e Riccione;

³ Casa di Cura Neuropsichiatrica "Villa dei Pini", Firenze;

⁴ Università di Pavia

Introduzione: il trattamento dialettico comportamentale (DBT) è una terapia cognitivo comportamentale validata per pazienti di sesso femminile con disturbo borderline di personalità (DBP) che presentano all'anamnesi gesti suicidari e parasuicidari. Questo modello prevede un intervento riabilitativo integrato che può essere adottato anche in popolazioni che presentano comorbidità con disturbi del comportamento alimentare (DCA) caratterizzati da disregolazione emotiva.

Materiali e metodi: il DBT individua nella rete terapeutica il presupposto per la presa in carico di pazienti con DBP e/o

DCA: l'obiettivo è di insegnare loro a riconoscere e modulare i propri stati affettivi e a modificare le proprie condotte in favore di comportamenti più adattivi.

Il trattamento si sviluppa attraverso due momenti integrati: la terapia individuale e il gruppo di *skills training*.

Risultati: sono state avviate al DBT 19 pazienti con diagnosi di DBP o tratti di personalità borderline, in comorbidità con Bulimia Nervosa o DCA caratterizzati da perdita di controllo. 11 pazienti hanno portato a termine il trattamento, che ha avuto durata tra i 6 e i 18 mesi.

Conclusioni: verranno presentati nel poster gli esiti della terapia, sia in termini di riduzione dei sintomi, ma anche di percezione soggettiva della qualità della vita, rilevati attraverso questionari autosomministrati, interviste semistrutturate e schede settimanali in cui le pazienti hanno registrato gli aspetti impulsivi per tutta la durata del trattamento.

Bibliografia

Di Stani M, Tamburini C, Buzzi M, et al. *Interdisciplinarietà e lavoro d'équipe nella terapia dei DCA in comorbidità con il Disturbo Borderline di Personalità: l'applicazione del modello dialettico-comportamentale di Marsha M. Linehan*. Frammenti 2009;18, n. 1-2.

Linehan MM. *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.

P267. Interazione fra varianti genetiche funzionali di DRD1 e DRD2 sull'attività della corteccia pre-frontale durante controllo attentivo

P. Taurisano^{***}, G. Blasi^{*}, A. Papazacharias^{*}, R. Romano^{****}, L. Antonucci^{*}, G. Ursini^{*}, S. Napolitano^{*}, L. Fazio^{****}, A. Di Giorgio^{****}, B. Gelao^{*}, G. Caforio^{*}, R. Masellis^{*}, L. Sinibaldi^{**}, I. Andriola^{*}, L. Lo Bianco^{*}, M. Mancini^{*}, A. Porcelli^{*}, T. Popolizio^{***}, M. Nardini^{*}, A. Bertolino^{*}

^{*} Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ^{**} Laboratorio Mendel, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo; ^{***} IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

Il *signaling* dei recettori D2 e D1 per la dopamina (DA) è fondamentale per l'esecuzione di processi cognitivi e per l'attività corticale che li sottende. Un polimorfismo di un singolo nucleotide (SNP) intronico nel gene per i D2 (*DRD2*, rs1076560-G > T) è stato associato a espressione differenziale prefronto-striatale dei D2 pre- e post-sinaptici e a modulazione dell'attività di queste aree cerebrali durante *working memory*. Inoltre, il gene che codifica per i D1 (*DRD1*) presenta uno SNP (*DRD1*, rs686-A > G) che sembra influenzare l'espressione del recettore e che è stato associato a differenti patologie neuropsichiatriche. Scopo di questo studio è la valutazione di una possibile interazione fra le SNP *DRD2* rs1076560 e *DRD1* rs686 sull'attività cerebrale durante controllo attentivo. 131 soggetti sani (46 M, età 25,3 ± 5,6) sono stati caratterizzati per i suddetti genotipi (*DRD2* e *DRD1* N = 27 GG/AA; 78 GG/GAcar; 9 GT/AA; 17 GT/GAcar) e sottoposti a fMRI durante un compito che elicitava livelli crescenti di controllo attentivo. In assenza di differenze comportamentali, i dati di fMRI hanno indicato un effetto di interazione tra le due SNP in DLPFC bilaterale. In particolare i

soggetti AA per *DRD1* hanno una maggiore attività rispetto ai Gcar solo nel contesto GT per il genotipo *DRD2*. Questi dati suggeriscono un'interazione geneticamente determinata fra D1 e D2 sull'attività della PFC durante controllo attentivo.

P268. Fattori genetico-ambientali e condotte criminose in soggetti con disturbo da uso di alcol

C. Terranova, M. Tucci, M. Montisci, S.D. Ferrara
Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università di Padova

Introduzione: lo scopo dello studio è proporre un'analisi genetico-ambientale dei fattori correlati a condotte criminose in soggetti alcol dipendenti.

Materiali e metodi: lo studio in fase di conclusione è stato condotto su 368 maschi italiani, caucasici, 25-70 aa suddivisi in tre gruppi: gruppo 1, n. 136 alcolodipendenti, gruppo 2, n. 47 alcolodipendenti con precedenti condotte criminose, gruppo 3, n. 185 controlli. I due gruppi di soggetti alcolodipendenti sono stati raffrontati in relazione a variabili sociali (scolarità, famiglia, religiosità, lavoro) analizzate mediante un'intervista strutturata e l'analisi di documentazione legale disponibile. L'elaborazione statistica dei dati è stata attuata mediante applicazione del test del chi-quadrato e del modello di regressione logistica.

L'analisi genetica di 26 SNPs localizzati nelle regioni codificanti e non codificanti del gene della decarbossilasi dell'acido glutammico (GAD 67) su campioni di sangue relativi ai tre gruppi è stata condotta mediante tecnica *GenomeLab SNPStream Genotyping System* (Beckman Coulter, Fullerton, CA). La distribuzione allelica e genotipica è stata valutata mediante analisi statistica effettuata con l'ausilio dei software *Power Marker* e *Haploview*.

Risultati: i risultati preliminari evidenziano un'associazione statisticamente significativa tra condotte criminose e alcuni fattori sociali quali bassa scolarità, problematiche lavorative e problemi droga correlati. Le analisi genetiche sono in fase di ultimazione e saranno oggetto di successiva presentazione.

Discussione: sebbene i risultati preliminari evidenzino al momento un'associazione solo tra alcune variabili ambientali e condotte antisociali, gli Autori sottolineano comunque l'importanza di includere in studi criminologici futuri un approccio integrato genetico-ambientale. Il razionale di studi analoghi al presente si identifica in una migliore stima dei meccanismi causa di problematiche comportamentali e nella valutazione di nuove strategie terapeutiche e preventive.

P269. Il problema della valutazione delle condizioni stressanti: studio di prevalenza in un campione di studenti delle scuole superiori

S. Tinelli, L. Vecchia, R. Magnani, M. Rocchetti, M. Barcella, M. Cappucciati

Dipartimento di Scienze sanitarie applicate e psicocomportamentali, Sezione di psichiatria. Università di Pavia

Background: stress is well known as a risk factor for the onset of several physical and mental diseases. Anxiety disorders, depression and psychosomatic diseases are frequent sequelae of stress. In addition, substance abuse disorder, widespread in

young people, can be also stress related. Even if the relation between stress and development of these diseases is well known, there are few data available about the prevalence of this phenomenon in adolescents, especially in school environment. The aim of our study was to investigate the prevalence of perceived stress levels in high school students and correlate them with socio-demographic characteristics.

Methods: 407 high school students, aged 18-20, were tested with the Italian version of Perceived Stress Scale (PSS) questionnaire and an anonymous form collecting socio-demographic data (age, gender, ethnic group, drugs and cannabis use).

Results: we found a correlation between female gender and both PSS scores and drugs use ($p < 0.001$) and among male gender and cannabis use ($p < 0.001$). The multivariate analysis shows that female gender was the only independent predictor for the PSS score ($\beta = 0.245$, $t = 4.671$, $p < 0.001$).

Conclusions: female gender seems to be a predictive factor for higher perceived stress levels and drugs use, while cannabis use was more frequent in males. Other longitudinal studies are necessary to further investigate these correlations in order to program successful preventive strategies.

P270. Uso di cannabis e dimensioni psicopatologiche negli esordi psicotici

A. Tomassini, M. Malavolta, R. Ortenzi, G. Di Melchiorre, R. Roncone, R. Pollice
Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

Introduzione: il legame tra uso di cannabis ed esordio dei disturbi psicotici è stato ampiamente valutato da studi epidemiologici e neuroscientifici. È stata evidenziata, infatti, un'alta prevalenza di consumo di cannabis tra gli individui ad un primo episodio psicotico, con una relazione dose-risposta tra l'esposizione alla cannabis ed il conseguente rischio di psicosi^{1,2}.

Lo 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.

Materiali e 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: *Self Report Symptom Inventory-90* (SCL-90) per la valutazione delle principali dimensioni psicopatologiche; la scala per la Valutazione Globale dei Funzionamenti (VGF) per il funzionamento globale nel mese precedente; la *Clinical Global Impressions-Severity* (CGI-S) per la gravità del disturbo.

È stato, inoltre, indagato l'uso di cannabis nell'ultimo mese.

Risultati: il campione totale è stato suddiviso in due gruppi in base alla presenza o meno dell'uso di cannabinoidi nell'ultimo mese: Gruppo 1 formato da 30 soggetti con uso di cannabinoidi e Gruppo 2 di 37 soggetti che non avevano mai utilizzato la sostanza. I due gruppi non differivano significativamente in relazione alle caratteristiche socio-demografiche.

Sono state evidenziate differenze statisticamente tra i due

gruppi, nel senso di punteggio medio più elevato nel Gruppo 1, relativamente alle dimensioni della SCL-90 'Aggressività' ($1,54 \pm 1,43$ vs. $0,95 \pm 0,78$; $p < ,05$; $t = 2,13$), 'Paranoia' ($1,65 \pm 0,95$ vs. $1,24 \pm 0,70$; $p < ,05$; $t = 2$) e 'Psicoticismo' ($1,480 \pm 1,4245$ vs. $0,87 \pm 0,49$; $p < ,05$; $t = 2,42$).

Il Gruppo 1, inoltre, mostrava, rispetto al Gruppo 2, un punteggio medio significativamente maggiore alla CGI-S ($4,50 \pm 0,745$ vs. $3,91 \pm 0,85$; $p < ,05$; $t = 2,86$).

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^{2,3}. Risultata pertanto di estrema importanza nel trattamento dell'esordio psicotico una psicoeducazione sull'uso di cannabinoidi ai fini di una prevenzione secondaria relativamente ad eventuali ricadute e agli esiti a lungo termine del disturbo.

Bibliografia

¹ Addington J, Addington D. *Patterns, predictor and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study*. Acta Psychiatr Scand 2007;115:304-9.

² Lambert M, Conus P, Lirman DI, et al. *The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis*. Acta Psychiatr Scand 2005;112:141-8.

Mauri MC, Volonteri LS, De Gaspari IF, et al. *Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study*. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006;2:15-21.

P271. Abuso di sostanze: quale impatto sui ricoveri in SPDC?

A. Trappoli, S. Porcelli, A.R. Atti, C. Petio, L. Mandelli, A. Serretti, M. Bellini, D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Background: l'influenza dell'abuso di sostanze (AS) sul decorso e sulla sintomatologia di una vasta gamma di patologie psichiatriche è ormai largamente riconosciuta. Emergono inoltre dalla letteratura evidenze che sottolineano la presenza di una correlazione fra AS e numero e caratteristiche delle ospedalizzazioni.

Obiettivi: gli Autori hanno voluto osservare le correlazioni esistenti fra AS e pazienti ricoverati in acuto sfruttando un punto di vista privilegiato rappresentato da un SPDC di Bologna nel periodo 1 gen-31 lug 2008. In tale periodo, la struttura ha coperto l'intero bacino di utenza della città per quanto riguarda i TSO. I dati sono stati raccolti reclutando tutti i pazienti ricoverati nei suddetti limiti di tempo.

Risultati: nel corso dei sei mesi di osservazione i pazienti ricoverati presso il SPDC dell'Ospedale Maggiore sono stati 402, dei quali 68 in regime di TSO. Dei 402 ricoveri effettuati, il 22% (88 casi) era correlabile all'uso di sostanze, inteso sia come abuso immediatamente precedente il ricovero sia come dipendenza vera e propria. La percentuale di casi correlati a sostanze è risultata maggiore nel sottogruppo di pazienti ricoverati in TSO (31%, 21 casi).

Discussione: il nostro studio evidenzia l'importanza dell'abuso di sostanze nella Psichiatria attuale. Infatti nel periodo di osser-

vazione di sei mesi il consumo di sostanze è risultato correlato a circa un quinto delle degenze e a circa un terzo dei TSO effettuati. Tale dato evidenzia la necessità e l'importanza della cura concomitante delle problematiche d'abuso nella pratica psichiatrica quotidiana.

P272. Il valproato di sodio come possibile farmaco nel trattamento della dipendenza da cannabis: un'esperienza su 30 casi

T. Vannucchi, P. Gai, S. Garcia, A. Manfredi

U.F. Farmacotossicodipendenze, USL 4 Prato

Introduzione: studi clinici dimostrano che la dipendenza da cannabinoidi (THC) presenta un alto tasso di recidiva rispetto alle altre droghe, con grandi difficoltà dei consumatori a raggiungere lo stato "drug-free"¹; la sintomatologia astinenziale da THC (irritabilità, aggressività, deflessione del tono dell'umore, craving) insorge ca 1-2 giorni dalla cessazione della droga e si risolve in circa 10 giorni ed è in gran parte responsabile delle ricadute. Scopo dello studio è stato di valutare, sulla base di precedenti studi², l'utilità del Valproato di sodio nel trattamento della sindrome d'astinenza da THC.

Materiali e metodi: sono stati arruolati 30 pz M che rispondevano ai criteri di Dipendenza da Cannabis (DSM-IV TR) e divisi in 2 Gruppi di 15 pz, il Gruppo A: si sottoponeva al trattamento psicosociorabilitativo associato al valproato di sodio (VLP) con una dose di 20 mg/kg/die mentre il Gruppo B: si sottoponeva solamente al trattamento psicosociorabilitativo. Entrambi i Gruppi sono stati valutati per 12 settimane sottoponendosi settimanalmente a controlli urinari per la ricerca delle droghe ed alla valutazione del craving mediante una scala visuo-analogica (VAS) ed alla valutazione dello stato emotivo (ansioso, irritabile, depresso, calmo, sereno) mediante una scala autosomministrata.

Risultati: al termine delle 12 set. 9 pz (60%) del Gruppo A hanno presentato una forte riduzione del consumo di THC (< 3 recidive), un miglioramento della sintomatologia astinenziale ed una riduzione del craving; nel Gruppo B 4 pz (26,6%) hanno avuto < 3 recidive ma presentavano sintomi di ansia, irritabilità e disturbi del sonno; il resto dei pz di entrambi i gruppi hanno presentato un numero di recidive ≥ 6 .

Nel Gruppo A non si sono evidenziati effetti collaterali degni di rilievo eccetto una sonnolenza riscontrata in 5 pz.

Conclusioni: la mancanza di trattamenti specifici per dipendenza di cannabinoidi induce alla ricerca di terapie utili alla disintossicazione, sulla base di precedenti esperienze l'utilizzo di VLP ha dimostrato di essere utile per il raggiungimento dello stato "drug-free" associando una buona tollerabilità al farmaco. La tipologia dello studio in aperto, la mancanza di confronto verso placebo ed il campione di piccole dimensioni, indubbiamente pongono dei limiti a questo studio ma da quanto è emerso nella nostra esperienza i dati sembrano confermare VLP come un farmaco di possibile utilità nel trattamento anticraving per la dipendenza da cannabis come riportato da altri Autori².

Bibliografia

¹ Copeland J, Swift W, Roffman R, et al. *A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder*. J Subst Abuse Treatment 2001;21:55-64.

² Levin FR, McDowell D, Evans SM, et al. *Pharmacotherapy for mari-*

juana dependence: a double-blind, placebo-controlled pilot study of divalproex sodium. *Am J Addict.* 2004;13:21-32.

P273. Prevalenza dei tratti autistici sottosoglia in un campione di studenti di medicina

L. Vecchia, N. Brondino, M. Barcella, M. Cappucciati, R. Magnani, V. Martinelli, M. Rocchetti, S. Tinelli, P. Politi
Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria, Università di Pavia

Background: subthreshold autistic traits can be found in students with normal cognitive abilities and may be associated with reduced empathy and impaired communication skills. The aim of this study was to assess the prevalence of subthreshold autistic traits in a sample of undergraduate medical students recruited from the Pavia University School of Medicine. We also determined the potential association between autistic traits and the students' 17855 preferences on their future specialty choice.

Methods: 135 undergraduate Italian medical students were asked to fill the Autism Spectrum Quotient (AQ), a short self-administered scale which measures autistic traits in individuals with normal cognitive abilities. Participants were divided into 7 groups according to their specialty. Intergroup differences were analyzed using one-way ANOVA and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: the sample showed low-to-mild autistic traits (mean AQ score = 17.09 ± 5.05 , cut-off for high levels of autistic traits = 32). There was a statistically significant difference ($p = 0.013$) between surgery and psychiatry on the "Imagination" subscale of the AQ.

Conclusions: to our knowledge, our study is the first to assess Italian students using the AQ. Our findings of a significant relation between AQ scores and the future choice of a particular medical specialty confirm that the professional attitudes may be interrelated with specific interpersonal skills as well as autistic traits.

P274. Prevenzione del rischio di abuso di armi da fuoco legali. Una ricerca su formazione e pratiche cliniche nel personale sanitario

L. Veneroni*, G. Cavallotti*, A. de' Micheli**, V. Pirro*, C.A. Clerici*

* *Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Sezione di Psicologia, Facoltà di Medicina*, ** *Cattedra di Criminologia Clinica, Facoltà di Medicina, Università di Milano*

Per la tutela della collettività, è necessario che i soggetti che detengono armi da fuoco possiedano adeguati requisiti di salute mentale e di stabilità emotiva. Psichiatri, psicologi e psicoterapeuti possono trovarsi a gestire situazioni di rischio legato all'abuso di armi da fuoco legalmente detenute. Il problema di come valutare questo rischio e di cosa fare una volta che lo si è evidenziato è una questione rilevante.

Scopo della ricerca è indagare nei sanitari la percezione del problema del rischio di abuso di armi legalmente detenute, la formazione e le pratiche utilizzate per la gestione dei casi problematici.

I dati sono stati raccolti attraverso questionari distribuiti in forma cartacea ed elettronica via *e-mail* e *on-line* attraverso il sito www.ricercaawar.com realizzato *ad hoc* per questa ricerca.

È stato raccolto un campione di 908 operatori sanitari sul territorio nazionale italiano (33% medici di medicina generale e medici ASL o militari, 18% psichiatri, 49% psicologi).

I risultati sottolineano l'opportunità di migliorare la formazione dei professionisti sul tema e sulle procedure in caso di situazioni problematiche, in accordo con quanto rilevato dalle società scientifiche statunitensi (Longjohn, 2004).

A questo scopo potrebbero essere utili strumenti di consulenza on-line, forum di discussione e sistemi di formazione a distanza.

Bibliografia

Longjohn MM, Christoffel KK. *Are medical societies developing a standard for gun injury prevention?* *Inj Prev* 2004;10:169-73.

P275. Rischio genetico per la schizofrenia: interazione tra schizotipia ed elaborazione emotiva

G. Viscanti, P. Taurisano, T. Quarto, L. Lo Bianco, B. Gelao, R. Romano, M. Lozupone, M. Nardini, G. Blasi, A. Bertolino

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

Il rischio di schizofrenia è spiegato per circa l'80% da fattori genetici. Lo studio degli endofenotipi permette di chiarire il rapporto tra genetica della schizofrenia e manifestazioni fisiopatologiche e comportamentali ad essa associate. Studi precedenti hanno dimostrato in parenti di primo grado di pazienti con schizofrenia la presenza di sintomi clinici sottosoglia e di anomalie nella identificazione di emozioni facciali. Scopo di questo studio è indagare una possibile interazione tra schizotipia e carico genetico per la schizofrenia sulla fisiologia associata ad elaborazione emotiva in fratelli non affetti di pazienti con il disturbo. 16 fratelli non affetti e 16 controlli sani, comparabili per una serie di variabili sociodemografiche, sono stati categorizzati attraverso valutazione con SPQ (*Schizotypal Personality Questionnaire*) in individui con alti o con bassi valori di schizotipia e sottoposti a risonanza magnetica funzionale a 3 Tesla durante elaborazione esplicita di espressioni facciali a diversa valenza emotiva. Un'ANOVA multifattoriale ($p < 0,005$) ha mostrato nei fratelli non affetti e con alti valori di schizotipia una maggiore attività di DLPFC, amigdala e putamen, durante elaborazione di stimoli avversivi, e un maggiore reclutamento di risorse prefrontali durante elaborazione di stimoli neutri rispetto ai controlli sani. Questi risultati suggeriscono la presenza di un'associazione emozione specifica tra schizotipia ed attività cerebrale durante elaborazione emotiva in soggetti ad alto rischio genetico per la schizofrenia.

Indice degli Autori

- A
- Abbate Daga G., 88
- Abelli M., 50, 148, 167, 208, 215
- Abenavoli E., 228
- Abu Sharkh S., 192
- Acciavatti A., 171
- Acciavatti T., 154, 172, 192, 209, 228, 231, 232, 238, 245, 246
- Aceti F., 82
- Adamo N., 112
- Adamo S., 178
- Adèr HJ, 133
- Agrimi E., 214
- Aguglia A., 179, 190
- Aguglia E., 70, 115, 127, 203
- Alabastro L., 173
- Alabastro V., 157, 168, 174, 233
- Albanese F., 103, 104
- Albano A., 194
- Albert U., 179, 190
- Albieri E., 211, 220
- Albizzati A., 78, 225, 227
- Alessandrelli R., 240, 241
- Aletti F., 166
- Alexiev S., 230
- Alfa R., 202, 220, 225, 231
- Allegrini F., 91
- Allera O., 178
- Aloj L., 223, 236
- Altamura A.C., 14, 147, 161, 162, 181, 184, 185, 194
- Amati A., 49
- Amendola L., 150, 151
- Ammaniti M., 74
- Ammendola S., 143, 179
- Amore M., 83, 116, 143, 152, 243
- Amparo Ortega M., 133
- Anchisi L., 112
- Andreoli M., 179
- Andreoli V., 125
- Andriola L., 143, 160, 164, 236, 238, 247
- Angermeyer M., 23
- Anselmetti S., 150
- Antonio R., 153
- Antonucci C., 143, 152
- Antonucci L., 144, 247
- Arcella M., 237
- Arcidiacono D., 162
- Ardizzone I., 65
- Argiolas F., 185
- Argo A., 234
- Arici C., 194
- Arimatea E., 233
- Arnold K., 156
- Artori P., 118
- Arturo M., 186
- Aru D., 166, 213
- Ascarì A., 179
- Asquini M., 144
- Atti A.R., 39, 249
- Atzori P., 76
- Aubry J.M., 182
- Aubut J., 29
- Augusto S., 184
- Auteri C., 234
- Avvisati L., 223, 236
- B
- Babiloni C., 60
- Baglioni V., 240, 241
- Bagnasco G., 89
- Balanzin D., 42
- Baldwin D., 13
- Balestrieri M., 203, 235, 239
- Balia C., 76
- Ballerini A., 90, 124
- Balottin U., 58
- Balstrieri M., 162
- Bandecchi C., 165
- Bandieri V., 101, 207
- Bandini T., 64
- Banti S., 180
- Barale F., 89, 153
- Baralla F., 63
- Baratta S., 83, 116, 152
- Barbuto E., 189
- Barcella M., 224, 236, 246, 248, 250
- Bardicchia F., 52
- Barone L., 247
- Baronessa C., 153
- Baroni S., 103, 180, 190, 211
- Barovelli B., 210
- Barrese E., 199
- Barron E., 246
- Bartolommei N., 191
- Bartolotta A., 215
- Barulli M.R., 107
- Bascioni S., 237, 239
- Bassi M., 144
- Battaglia C., 158, 183
- Battaglia E., 155, 162, 219, 225
- Battaglia M., 53
- Battagliese G., 111
- Bauer M., 195
- Bazzichi L., 188
- Bebbington P., 4
- Bechon E., 179
- Becker T., 156
- Beekman ATF, 133
- Beffa Negri P., 218
- Beghi E., 218
- Beghi M., 135, 182, 218
- Bellantuono B., 160
- Bellantuono C., 72, 164, 237, 239
- Bellinghieri G., 206
- Bellini M., 249
- Bellino S., 62, 224, 241
- Bellodi L., 77
- Bellomo A., 68
- Benatti B., 181, 194, 210
- Bender Simmons M., 167
- Bentall R., 34
- Benvenuti M., 193, 194, 245
- Ben-Zeev D., 118
- Berardi D., 23, 87, 101, 133, 204, 207, 238
- Bergamaschi S., 206
- Berman A.L., 17, 36
- Bernardini M.C., 223
- Bernascone V., 150
- Bertani M.E., 18
- Bertelli M., 32, 134
- Bertelli S., 79
- Berti B., 191
- Bertocchi N., 152
- Bertolino A., 12, 107, 143, 144, 152, 160, 164, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247, 250
- Bertossi C., 144, 175
- Bertossi F., 144, 175
- Betti L., 180
- Bianchini V., 92, 100, 102, 145, 146, 164, 177, 176, 181, 182, 200, 201, 205, 223
- Bianco A., 134
- Bielli A., 206, 208
- Biggio G., 70, 115
- Bignotti S., 166
- Bilancetta E., 224, 233
- Biondi M., 47, 82, 114, 132, 137, 139
- Biondi S., 153
- Birchwood M., 6, 39
- Birindelli N., 148, 174
- Bissoli S., 18
- Bivona G., 191
- Bizzochi M., 247
- Björkdahl A., 230
- Blandamura A., 241
- Blasi G., 60, 107, 143, 144, 152, 160, 164, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247, 250
- Boccardo A., 146
- Bocchetta A., 239
- Bocchio L., 18
- Bodeau N., 57
- Bodini P., 214
- Bogetto F., 107, 123, 179, 190, 216
- Boggi U., 184
- Bogi D., 52
- Bogliun G., 218
- Bolla E., 166
- Bologna M., 207
- Bolognesi A., 237
- Bombardieri S., 188
- Bombi A., 204
- Bonafede R., 176
- Bonanno B., 235
- Bebbington P., 4
- Boncinelli E., 48
- Bondolfi G., 182
- Bonetto C., 18, 89
- Bonner Y., 167
- Bonnot O., 57
- Borrelli L., 100
- Borri C., 180
- Borroni S., 74, 110
- Borsello R., 221
- Bortoloso P., 166
- Bortolomasi M., 120, 198
- Bortolotti B., 204
- Boscarelli D., 218
- Boscarol M., 226
- Bosco P., 219
- Boso M., 89, 153, 246
- Bossini L., 102, 123
- Bove E., 93
- Bozzatello P., 224, 241
- Brambilla G., 182
- Brambilla P., 18
- Branchi B., 119
- Brasia F., 224
- Brattico E., 244
- Bressi C., 161, 162, 206, 208
- Bria P., 147, 158, 159, 184, 185, 220
- Brignolo E., 224, 241
- Brogli D., 153, 246
- Brondino N., 236, 250
- Brugnoli R., 54, 67
- Bruno A., 157, 168, 173, 174, 204, 228, 232, 233
- Bruschi A., 99, 147, 158, 159, 183, 184, 185
- Bruttocao A., 221
- Bucalossi M., 52
- Buchignani A.F., 183, 225
- Buchignani A.F., 175
- Buffa S., 222
- Bulati M., 222
- Buodo G., 110
- Buoli M., 147, 184, 194
- Buonaguro E.F., 223, 236
- Buzzi A., 166
- Buzzi M., 247
- C
- Cadoni F., 161, 218
- Caffo E., 53, 81
- Caforio G., 143, 144, 160, 164, 238, 247
- Calabrò P.F., 184
- Calandro S., 236
- Calati R., 63, 227
- Calcagno P., 88
- Calculi C., 232
- Calderaro M., 226, 242
- Calderone A., 184
- Caldirola D., 20
- Calento A., 143
- Caletti E., 147
- Callea A., 158
- Calò S., 67, 73
- Caloro M., 153
- Caltabiano M., 154, 192, 228, 231, 232, 238
- Calugi S., 167, 215
- Camardele G., 147, 184, 185
- Camerlengo A., 143
- Camilleri V., 180
- Campanella D., 148, 154, 171, 172, 192, 209, 228, 231, 232, 238, 245, 246
- Campieri M., 226
- Camuri G., 185, 194
- Bonetto C., 18, 89
- Cannavò D., 162, 225
- Cannavò G., 197
- Cantello R., 222
- Cantelmi T., 58
- Cantini F., 225, 227
- Capanna C., 125, 195, 217, 231
- Cappai A., 185
- Cappucciati M., 224, 236, 246, 248, 250
- Caraci F., 162, 203, 219, 239
- Caramanica R., 101
- Caramelli A., 152, 165
- Carano A., 148, 171, 172, 186, 187, 192, 209, 228, 238, 245, 246
- Carbone S., 193
- Carcione A., 34
- Cardamone G., 52
- Cardella A., 158
- Cardelli R., 211, 220
- Cardini A., 50, 148, 167, 208, 215
- Carella D., 132
- Caretti V., 59
- Carigi T., 58
- Carioti F., 217
- Carli L., 79
- Carli V., 84
- Carlini M., 194
- Carlino D., 115
- Carlotta V., 202, 220, 225, 231
- Carlson G.A., 5
- Carmassi C., 31, 150, 188, 189, 194, 195, 217, 229, 231
- Caroleo M., 189
- Carpiniello B., 24, 117, 159, 165, 166, 185, 212, 213
- Carrà G., 70
- Carratelli T.I., 65
- Carratelli, 66
- Carruba Toscano C., 185
- Carta M.G., 161, 162, 178, 203, 218, 224, 233, 239
- Carucci S., 76
- Carulla L.S., 32
- Casacchia M., 19, 86, 91, 92, 102, 122, 162, 203, 239
- Casalini F., 105, 245
- Casamassima F., 191
- Casiello M., 143, 239
- Casinghini M., 103
- Cassano G.B., 50, 167, 180, 208, 215
- Castagna F., 148
- Castagnini A., 95
- Castellana C., 152
- Castellano F., 194
- Castellanos F.X., 22
- Castellini G., 37
- Castellino S., 206
- Castignoli G., 149, 150
- Castrogiovanni P., 107, 124
- Catalano V., 99, 158, 159
- Catania G., 63
- Catapano F., 101, 160
- Catena Dell'Osso M., 103, 180, 190, 211
- Catenacci E., 206, 208
- Catone G., 226, 242
- Cataneo C.I., 149, 150
- Cauli G., 150
- Camilleri V., 180
- Cavalieri V., 235
- Calvotti G., 250
- Cavedini P., 20
- Caverzasi E., 153
- Canavese E., 147
- Caviccio A., 146, 191
- Cavuto M., 192, 228
- Centorrino F., 66
- Ceraudo G., 193, 245
- Ceravolo R., 222
- Ceresoli D., 180, 211
- Cerino S., 171
- Cerrinara G., 189
- Cerri C., 182
- Cerveri G., 71, 126
- Cervino A., 103
- Cervone A., 143
- Cesari D., 150, 151, 194
- Cheli M., 226
- Chiapparò S., 226
- Chiarle A., 179, 190
- Chiarotti L., 25
- Chiesa A., 151, 227
- Chimera C., 191
- Chiodo D., 217
- Choong E., 182
- Chiabatti M., 161, 162, 206, 208
- Ciaccio G., 191
- Ciambrone P., 219
- Ciampini G., 153
- Ciancaglini P., 52
- Ciancio A., 207
- Cianelli E., 180
- Ciapparelli A., 150, 151, 188
- Cicconetti A., 192, 228
- Cifone M.G., 86

- Cimino L., 227
 Cimmarosa S., 190
 Cioni F., 187
 Cirafisi C., 191
 Cirri C., 180
 Cirrincione C.R., 215
 Clerici C.A., 250
 Clerici M., 70, 154, 182, 218
 Cocchi A., 18
 Cohen D., 57
 Colatei M., 92, 102, 151, 181, 201, 205, 214
 Colizzi M., 152, 236
 Colline R., 234
 Colombini N., 207
 Colombo F., 194
 Colombo M., 178
 Colombo R., 246
 Colonna Romano G., 222
 Comelli M., 58
 Cominesi 150
 Comparelli A., 96
 Concas C., 212, 213
 Concerto C., 155
 Consentino L., 191
 Consoli A., 57
 Consoli G., 188
 Contu P., 212
 Conversano C., 188
 Cooke E., 242, 246
 Corbetta E., 150
 Corlito G., 52
 Cornaggia C.M., 135, 182, 218
 Cornelio M., 154, 231, 232
 Corrigan P., 24, 117
 Corrigan P.W., 118
 Corrivetti G., 161
 Corsi M., 151, 152, 165, 188, 189, 194, 208, 217, 231
 Corsini G.U., 152, 165
 Cortopassi S., 180
 Costantino I., 227
 Costanzo M., 52
 Costi S., 243
 Cottone M., 155, 162, 219, 225
 Cozzolino P., 156
 Crea F., 183
 Cremante A., 135
 Crisafulli G., 127
 Crisoliti A., 187
 Cristina D., 206, 228
 Cristofalo D., 18
 Crivelli B., 177
 Croci E., 246
 Cruz de Souza L., 38
 Cucciniello C., 190
 Cuijpers P., 5
 Cuomo I., 153
 Curcetti C., 207
 Cuzzolaro M., 237
- D
- d'Adamo A., 146
 D'Addio M., 239
 D'Agostino A., 171, 172, 209, 245, 246
 D'Amato F.R., 50
 D'Epiro D., 175, 225
 D'Eugenio N., 245
 D'Ippolito A., 232
 D'Onofrio S., 92, 151, 169, 181, 191, 201, 205
 D'Orta I., 243
 Da Pozzo E., 148
 Dal Santo B., 20
 Dalle Grave R., 79
 Damiani T., 187
 Daneluzzo E., 239
- Daniel B., 143
 Daniel B.D., 152
 Daniele S., 148
 Danjou F., 76
 David M., 111
 Dazzi N., 138
 de Bartolomeis A., 26, 223, 236
 De Berardis D., 148, 154, 171, 172, 232, 186, 187, 192, 209, 228, 238, 245, 246
 De Capua A., 93
 De Cento C., 207
 De Falco L., 153
 De Fazio P., 189, 217, 219
 De Filippis S., 153
 De Fusco S., 226
 De Giorgio G., 192, 209, 228
 de Girolamo G., 18, 77, 94
 De Giuli M., 246
 de Jong FJ, 133
 De Lauretis I., 92, 102, 169, 170, 181, 193, 200, 201, 205
 De Leo D., 35
 De Luca M., 245
 De Luca V., 193
 De Micheli A.L., 153
 De Notaris E.B., 190
 De Paolis A., 169, 191, 196, 205
 De Paolis A.M., 102
 De Pasquali P., 199
 De Persis S., 153
 De Risio L., 147, 183, 184, 185
 De Ronchi D., 39, 138, 176, 200, 227, 249
 De Rosa C., 14, 101, 117, 153, 156, 160, 199, 229, 230
 De Vanna M., 115
 De Vivo E., 143, 179
 De Wet D., 229
 de' Micheli A., 250
 Degortes D., 221
 Del Bono D., 159
 Del Carlo A., 193, 194, 245
 Del Carpio C., 20
 Del Curatolo V., 161
 Del Gaudio L., 153, 156, 229
 Del Giacco S., 185
 Del Lesti A., 52
 Del Percio C., 60
 Del Vecchio H.G., 156, 199
 Del Vecchio V., 14, 101, 117, 153, 156, 160, 199, 229, 230
 Delia R., 202, 220, 225, 231
 Delia S., 197
 Dell'Erba A., 40
 Dell'Osso B., 121, 181, 184, 185, 194, 210
 Dell'Osso L., 31, 150, 151, 152, 162, 165, 188, 189, 193, 194, 195, 203, 217, 222, 229, 231, 239, 245
 Delle Chiaie R., 132
 Dembinskas A., 230
 Deriu L., 165, 212, 213
 Destefani V., 135
 Di Donato A., 245
 Di Emidio G., 151, 169, 191, 214
 Di Fiorino M., 196
 Di Forti M., 157, 168, 173, 174, 233, 242, 246
 di Giacomo E., 154
 Di Giannantonio M., 238
 Di Giannantonio M., 91, 100, 154, 171, 172, 192, 209, 228, 231, 232, 245, 246
 Di Giorgio A., 143, 144, 160, 164, 236, 238, 242, 244, 247, 197
 Di Giorgio V., 157, 168, 173, 174, 233
 Di Giovambattista E., 154
 Di Iorio F., 153
 Di Iorio G., 154, 172, 209, 228, 231, 232, 238, 245, 246, 192
- Di Lembo S., 214
 Di Maria E., 86
 Di Martino A., 112
 Di Mauro S., 102, 196, 200
 Di Mauro V., 145
 Di Melchiorre G., 223, 248
 Di Michele V., 134
 Di Nardo F., 228, 232
 Di Nicola I., 169
 Di Nicola M., 99, 158, 159, 183
 Di Noi L., 150, 151
 Di Paolo L., 167, 215
 Di Pasquale A., 215
 Di Pietra L., 221
 Di Pietro E., 211
 Di Rosa A.E., 202
 Di Rosa E., 20
 Di Salle M., 122
 Di Savoia A., 212
 Di Sciascio G., 67, 73, 203, 239
 Di Sciascio L., 162
 Di Stani M., 247
 Di Stefano A., 66
 Di Vittorio C., 83, 116
 Dimaggio G., 34, 108
 Dipasquale E., 161
 Dobrea C., 185, 194, 210
 Donnina M., 197, 202, 220, 225, 231
 Drago A., 176, 200
 Dubois B., 38
 Durbano F., 126
- E
- Eap C.B., 182
 Egerhazi A., 156
 Elce C., 143, 239
 Emanuele E., 153, 246
 Emanuelli F., 225, 227
 Ermoli E., 150
 Erichiello L., 179
 Esu L., 112
 Etter M., 182
 Evangelista P., 92, 201
- F
- Fabbri C., 200
 Fabio G., 232
 Fabrazzo D.M., 160
 Facciabene M., 187
 Faggioli R., 153
 Fagioli F., 40
 Fagiolini A., 81, 82, 129
 Faiella F., 148, 186
 Falcone M., 175, 183, 225
 Falcone M.A., 242, 246
 Falkai P., 34
 Fanara G., 197
 Faravelli C., 37, 85, 162, 203, 239
 Faravelli L., 190
 Farina G., 224
 Fassino S., 88
 Fava G.A., 53
 Favaro A., 15, 37, 78, 221
 Fazio L., 107, 143, 144, 152, 160, 164, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247
 Feggi A., 222, 243
 Feliziani B., 245
 Feliziani N., 153
 Fermo F., 224
 Fernandez I., 102
 Ferrandini L., 155
 Ferrante F., 244
 Ferrante L., 160
 Ferrara M., 66
 Ferrara S.D., 221, 248
 Ferrari S., 118, 157, 179, 212, 214
- Ferraro L., 157, 168, 173, 174, 197, 233
 Ferrato F., 182
 Ferrigno G., 243
 Ferro F.M., 11, 41
 Ferro M., 226
 Ferrucci R., 121, 198
 Festa G.M., 198
 Fiengo Annastasia L.C., 190
 Filippi L.S., 124
 Filippo A., 175, 183, 199, 225
 Fini A., 226
 Fiori Nastro P., 40
 Fiorillo A., 14, 101, 117, 153, 156, 160, 199, 229, 230
 Fioritti A., 18
 Firenze C., 192, 209
 Floris A.L., 178
 Floris F., 233
 Floris S., 185
 Fogliani A.M., 207
 Fontana A., 74
 Fontana R., 162
 Forghieri M., 118
 Fornaro M., 193, 194
 Forresi B., 53
 Fossati A., 74, 110
 Fowler D., 18, 108
 Francesco S., 231
 Francesconi G., 233
 Francomano A., 155, 234, 235
 Franzese A., 242
 Franzini A., 121
 Franzoni E., 211
 Fravega R., 243
 Frustaci A., 202, 220
 Fucà L., 234
 Furlan P.M., 42
- G
- Gabbieri D., 214
 Gabrielli F., 17, 88
 Gaetano R., 189
 Gai P., 249
 Gala V., 150
 Galano G., 226
 Galderisi S., 61, 69
 Galimberti G., 225
 Galletta D., 143, 239
 Gallinat J., 11
 Gambardella N., 202
 Gambetti D., 214
 Gambula L., 185
 Garcia S., 249
 Gelao B., 107, 143, 144, 152, 160, 164, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247, 250
 Gemo I., 75
 Gennarelli M., 18
 Gennaro G., 191
 Gentile P., 219
 Gentile S., 73
 Georgiadou E., 230
 Geraci A., 155
 Gerra M.L., 143, 152
 Gesi C., 50, 148, 167, 208, 215
 Ghidoni I., 214
 Ghigi D., 18, 247
 Ghio L., 52
 Giacco D., 14, 101, 117, 153, 156, 160, 199, 229, 230
 Giacco M., 156
 Giacobini E., 38
 Giacolini T., 66
 Giacopuzzi M., 198
 Giannaccini G., 180
 Giannangeli M., 191, 196, 205
 Giannangeli M.V., 182
 Giannini F., 219
- Giannini G., 239
 Giaroli G., 58
 Gibiino S., 200
 Gili S., 178
 Gillan C.M., 129
 Giofrè G., 202
 Giordani Paesani N., 92, 102, 145, 177, 181, 191, 200, 201, 205, 223
 Giorgi M.G., 187
 Girardi P., 40, 116, 153, 159
 Giubbarelli C., 157
 Giubilini F., 18
 Giurgola M.G., 134
 Giustra M.G., 144, 161
 Goggi A., 147
 Gogliani A., 114
 Goiza M., 214
 Goljecscek S., 235
 Gon T., 144
 Gorga G., 226
 Grabe H.J., 40
 Graffino M., 174
 Grandinetti P., 202, 220
 Grassi L., 211, 220
 Grassia R., 173, 174, 233
 Grassia R., 157, 168
 Greenhill L., 21
 Grilli M.G., 38
 Grillo G., 168, 173, 174, 233
 Grillo M., 157
 Critti A., 226, 242
 Gualandi P., 211
 Gualandi S., 211
 Guazzelli M., 110
 Guella A., 155, 234
 Guerini R., 240
 Guerriero G., 202, 220
 Guida S., 243
 Gumley A., 34
- H
- Hadrys T., 230
 Hantouche E., 30
 Hardoy M.C., 162, 203, 224, 233, 239
 Harnic D., 51, 99, 147, 158, 159, 183
 Hoek H.W., 36
 Hollander E., 20, 181
 Hove Thomsen P., 95
 Huijbregts KML, 133
- I
- Iasevoli F., 223, 236
 Iero L., 211
 Incampo A., 197, 235
 Infante V., 231, 232
 Infante V., 154
 Innamorati M., 158, 159
 Iodice D., 179
 Iovine F., 161
 Ivone C., 226
- J
- Janiri L., 51, 99, 147, 158, 159, 183, 184, 185, 202, 220
 Johnson K., 112
 Jordan H., 156
 Jung R.E., 32
 Jurjanz L., 230
- K
- Kalisova L., 230
 Kallert T., 230
 Kateberg K., 130
 Kennedy J.L., 25
 Kiejna A., 230
 Kircher T.M., 12
 Kjellin L., 230

- Klosterkötter J., 97
 Kobayashi H., 18
 Kotani M., 226
 Koukopoulos A., 54, 97
- L
- La Barbera D., 23, 53, 59, 87, 99, 155, 157, 168, 173, 174, 197, 202, 206, 215, 222, 233, 234, 235
 La Cascia C., 157, 168, 173, 174, 233
 La Paglia F., 202
 La Placa C., 168
 La Placa M., 155, 157, 168, 173, 174, 233, 234, 235
 La Rovere R., 228
 La Torre D., 202, 220, 225, 231
 Laganà F., 65
 Laganà P., 197
 Lai L., 159, 166, 212, 213
 Lai S., 159, 166
 Lampis D., 153
 Lanza G., 202
 Lanza M., 180
 Lari L., 50, 148, 167, 208, 215
 Lasalvia A., 18, 89
 Lask B., 15
 Lattanzi L., 191
 Latte G., 223, 236
 Laurent C., 57
 Lavelle J., 92
 Lazzari V., 237
 Lecca L., 112
 Lecca M.E., 162, 203, 239
 Leggero P., 147
 Lenti C., 225, 227
 Lenzi F., 75
 Leonardi C., 66
 Leonardi V., 202
 Leone B., 184, 185
 Leoni M., 237
 Lepori T., 159
 Levantesi P., 207
 Leventhal B.L., 21
 Lietti L., 194
 Lingiardi V., 74
 Luzzo G., 183
 Lo Bianco L., 144, 152, 160, 164, 236, 238, 244, 247, 250
 Lo Sauro C., 37
 Lobianco L., 143
 Locatelli G., 135
 Logrosino G., 107, 242
 Lombardi A., 178, 222, 243
 Lombardi D., 86
 Lombardi G., 163
 Lombardo C., 111
 Loparco N., 146
 Lopes F.L., 144
 Lora A., 52
 Loretta L., 126
 Loviselli A., 212, 213
 Lozupone M., 160, 197, 250
 Lubrano A., 179
 Lucarelli C., 239
 Luchini F., 191
 Luciani A., 175, 203, 204
 Luciano M., 14, 101, 117, 199, 229, 230
 Luciano M., 153, 156, 160
 Luminet O., 41
 Lupi G., 175
 Luzi S., 242, 246
- M
- Maccioni R., 159, 165, 166
 Madrucci M., 52
 Maffei C., 74, 110
 Maggiani F., 161
 Maggini C., 11, 27, 61, 118
- Maggio R., 91
 Magistro Contenta M.R., 204
 Magnani M., 204
 Magnani N., 52
 Magnani R., 224, 236, 246, 248, 250
 Maina G., 179, 190, 216
 Maj M., 105, 117, 156, 230
 Majorana M., 175, 203, 204
 Malangone C., 153, 160, 199
 Malavolta M., 92, 102, 181, 191, 201, 205, 223, 248
 Mallamace A., 206
 Mallamace D., 204, 206
 Mammolenti M., 199
 Mammolenti S., 199
 Manara F., 210
 Mancini L., 148, 172, 186, 187, 192, 209, 228, 238, 245, 246
 Mancini M., 107, 143, 152, 160, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247
 Manconi P.E., 185
 Mancosu A., 185
 Mandelli L., 249
 Manfredi A., 75, 76, 249
 Mangiapane D., 202, 234, 235
 Mangione A., 232
 Manicavasagar V., 50
 Maniglio R., 63
 Maninetti L., 214
 Manini V., 237
 Manunza F., 185
 Manzato E., 237
 Manzotti S., 33
 Maraone A., 132
 Marasco V., 154, 172, 192, 209, 228, 231, 232, 238, 245
 Marazziti D., 103, 180, 188, 190, 211, 222
 Marchese G., 199
 Marchetti M., 63
 Marciano C., 168
 Marciano V., 157, 168, 173, 174, 233
 Marconi A., 65
 Marconi M., 154
 Maremmani I., 82
 Mariani G., 148, 187, 186, 187, 192, 209, 228, 238, 245, 246
 Mariani L., 172
 Marinaccio P.M., 161, 162, 206, 208
 Marinaro A.M., 206
 Marini I., 132
 Marini S., 154, 231, 232
 Marino M., 219
 Marmo F., 223
 Marola V., 182, 191, 196, 205
 Marongiu Y., 224
 Marrazzo A., 206
 Marrazzo G., 206
 Martinelli V., 236, 250
 Martini B., 216
 Martini C., 148
 Martino F., 238
 Martinotti G., 99, 158, 183, 192, 238
 Martucci S., 239
 Masellis R., 143, 164, 236, 238, 247
 Masi G., 75, 76
 Maso E., 235
 Massimetti E., 150, 188, 189, 195, 231, 194
 Massimetti G., 217
 Masters G., 66
 Mastrogianni A., 230
 Matacchieri B., 146
 Mattioli B., 147, 184, 185
 Mauri M., 50, 161, 184, 208
 Mauri S., 180
 Mayoral F., 230
 Mazza M., 99, 109, 122, 145, 146, 147, 158, 159, 183
- Mazzi F., 118
 McClashan T.H., 4
 McGorry P.D., 5
 McGuffin P., 3
 Meini C., 113
 Melcarne L., 197
 Meli A., 234
 Melis G., 76, 112
 Mellino G., 165, 178
 Meloni L., 218
 Melpignano R., 67, 73
 Mencacci C., 71, 126
 Menchetti M., 87, 133, 207, 204, 238
 Mendolia S., 225
 Meneghelli A., 109
 Mento C., 206
 Merelli S., 225
 Merlini V., 224
 Messina A., 207
 Mezzatesta E., 197
 Micali Bellinghieri P., 204, 228, 232
 Miccolis G., 143, 238
 Miceli M., 18
 Michelini G., 120
 Michetti R., 101
 Micieli W., 20
 Micò U., 204, 228, 232
 Migliorini V., 40
 Mignella Calvosa F., 49
 Mikulincer M., 3
 Milanese E.A., 208
 Milia P., 159, 165, 166, 213
 Millepiedi S., 76
 Milone A., 75, 76
 Mimmi S., 101
 Minenna G., 101
 Mingrone C., 177
 Mingrone G., 148
 Miniati M., 62
 Minnai G., 98
 Minutolo G., 162, 225
 Mircoli G., 237, 239
 Mistretta C., 157, 168, 173, 174, 233
 Mizuno M., 18
 Molino R., 202
 Mollica R., 92
 Molteni S., 58
 Monchieri S., 136
 Monda M., 193
 Monniello G., 65, 66
 Montagnani G., 155, 195, 196
 Montagnani M.S., 180
 Montalbano M., 235
 Montali A., 143, 152, 243
 Monteleone P., 16, 105
 Montemagni C., 174, 177
 Montenegro M.E., 226
 Montisci M., 248
 Morè L., 225
 Moret V., 115
 Moretti P., 209, 228
 Moretti V., 33
 Mori E., 101, 200
 Morini M., 207
 Morlino M., 179
 Moro M.F., 162, 203, 224
 Morosini P.L., 239
 Morreale Bubella D., 197
 Morreale Bubella R., 197
 Moschetta F.S., 154, 171, 172, 192, 209, 228, 232, 238, 245
 Mosti N., 105, 194, 245
 Motta A., 20
 Motta R., 202
 Mucci A., 61
 Mucci M., 57
 Mueser K.T., 92
- Mula M., 167, 215
 Mulè A., 23, 101, 157, 168, 173, 174, 233
 Munk-Jorgensen P., 156
 Muratori F., 57, 75
 Muratori P., 75
 Murray R., 242, 246
 Murray R.M., 12, 22, 27
 Muscatello M.R.A., 204, 228, 232
 Muscettola G., 92, 193
 Musetti L., 152, 165
 Muti M., 50, 167, 208, 215
- N
- Naber D., 155
 Nacci M., 146
 Nahum Sembira E., 194
 Napolitano S., 247
 Nardecchia F., 65
 Nardi B., 160, 233
 Nardini M., 107, 143, 144, 152, 154, 160, 162, 197, 235, 236, 238, 239, 242, 244, 247, 250, 203
 Nawka A., 230
 Nawka P., 230
 Nemoto T., 18
 Nencioni E., 180
 Nenna G., 201
 Neri G., 18
 Nespeca C., 133, 207
 Neumann P., 156
 Nicaotina A., 197
 Nicolai R., 147
 Nicolò G., 34
 Nifosi F., 55, 105
 Nikolaidou E., 243
 Nistrì T., 52
 Nitti M., 80
 Nivoli G.C., 29, 64, 126
 Nobile M., 68
 Nocito E.P., 161, 162, 206, 208
 Noè E., 154
 Nucifora D., 163
 Nuvoletti G., 163
- O
- Olivieri L., 154, 171, 172, 192, 209, 228, 231, 232, 238, 245, 246
 Onchev G., 230
 Oneda B., 182
 Ongur D., 66
 Onofri C., 209
 Oppo A., 180
 Oquendo M., 35
 Orgiana D., 233
 Orlandi E., 153
 Orlando S., 143, 239
 Orofino G., 224, 233, 239
 Orrù W., 185, 212, 213
 Orsi P., 153
 Orso L., 175, 203, 204
 Ortenzi R., 164, 176, 248
 Ortu A., 212, 213
- P
- Pace C., 159
 Pace G., 154
 Pacifico R., 239
 Palagini L., 191
 Palazzo M.C., 194, 210
 Palego L., 180
 Palladino O., 179
 Pallanti S., 21, 85, 99, 129
 Palmieri G., 118
 Palmieri S., 178, 185, 233
 Palomba D., 110
 Palascia C., 240, 241
 Palumbo G., 239
- Palumbo W., 92
 Panariello F., 193, 210
 Pandolfo G., 204, 228, 232
 Panigada S., 101
 Panighini A., 148
 Pantusa M.F., 164, 210
 Paoli R., 147
 Paolis A., 182
 Papaleo F., 12
 Paparelli A., 101, 168, 242, 246
 Paparello F., 158
 Paparo M.F., 164
 Paparo S., 210
 Papazacharias A., 143, 160, 164, 235, 238, 242, 244, 247
 Papazacharias P., 144
 Paradiso D., 241
 Pari C., 76
 Parnas J., 11, 39
 Paroli A., 166
 Parolini M., 150
 Pasini A., 240, 241
 Pasquini R., 81, 82
 Pati L., 63
 Pauselli L., 228
 Paziente A., 76
 Pedulli M., 214
 Peggi M., 179
 Pellicciari A., 211
 Pelosi A., 119
 Peloso P.F., 133
 Penati S., 243
 Percudani M., 51, 182
 Pergentini L., 151, 152, 165, 188, 189, 194, 208, 217, 231
 Perin C., 182
 Perinetti S., 65
 Perini G., 117
 Perlini C., 18
 Perna G., 20
 Peroni F., 182, 218
 Perra V., 165
 Perrucci F., 146
 Perugi G., 31, 55, 105, 106, 119, 128, 188, 189, 193, 194, 245
 Pescosolido R., 153
 Pesenti S., 246
 Petio C., 227, 249
 Petralia A., 225
 Petrera V., 197, 242
 Petruzzello G., 52
 Piaggi N., 246
 Piantadosi M., 190
 Piazza G., 211, 220
 Picchetti M., 103, 190, 211
 Piccinelli M., 166
 Piccini A., 222
 Piemonte C., 212
 Pieraccogli C., 247
 Pileggi F., 18
 Pili R., 213
 Pifia S., 65
 Pilitzu L., 233
 Pilutzu L., 161, 224
 Pincanelli F., 226
 Pine D., 5
 Pingani L., 118
 Pini S., 50, 148, 167, 208, 215
 Pinna F., 117, 159, 165, 166, 185, 212, 213
 Pintore S.M., 165, 212, 213, 242, 246
 Pioli R., 166
 Piperopoulos O., 214
 Pippia V., 218
 Pirarba S., 159, 166, 212, 213
 Piras S., 159, 166, 213
 Pirro V., 250

- Pisano A., 161
 Pisano S., 226, 242
 Piselli M., 29, 153
 Pittau G., 233
 Piva F., 164
 Piva M., 134
 Pizi G., 147, 184, 185
 Pizzolato A., 175
 Pizzorno A.M., 172, 209, 245, 246
 Placidi G.F., 134
 Platto V., 166
 Po' S., 20
 Poli R., 214
 Polidori L., 75
 Politi P., 89, 224, 236, 246, 250
 Politi P.L., 153
 Politi V., 243
 Pollak S., 68
 Pollice R., 86, 91, 92, 100, 102, 109, 145, 146, 151, 164, 169, 170, 176, 177, 181, 182, 191, 196, 200, 201, 205, 214, 223, 248
 Poloni N., 166
 Pomar M., 157, 168, 173, 174, 202, 233
 Pomero P., 182, 191, 196, 205, 214
 Pompa C., 52
 Pompili M., 17, 35, 85, 159
 Pontoni G., 214
 Popolizio T., 144, 164, 247
 Popolo R., 108
 Porcelli A., 143, 152, 160, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247
 Porcelli P., 41
 Porcelli S., 176, 200, 249
 Porro M., 243
 Porravecchio A., 224
 Pozzi E., 238
 Pozzi G., 99, 100, 183, 202, 220
 Presta A., 243
 Prestia D., 243
 Prestifilippo A., 215
 Preve M., 148, 167, 215
 Preziosi V., 190
 Priebe S., 230
 Priori A., 198
 Prisco V., 179, 216
 Privitera F., 215
 Procacci M., 34, 108
 Prosperini P., 178
 Provenzani U., 246
 Pucci L., 185
 Puddu L., 165, 212, 213
 Pullara A., 202, 220, 225, 231
 Puntone L., 237
 Puppo S., 243
 Puschner B., 156
- Q
 Quadrana L., 65
 Quartesan R., 29, 192
 Quarto T., 107, 160, 197, 235, 242, 244, 250
- R
 Raballo S., 167
 Raboch J., 230
 Raimondi I., 150
 Ramacciotti D., 180
 Rambelli C., 180
 Ranalli C., 245
 Rapisarda V., 125, 136
 Raskauskas V., 230
 Raucchi V., 154
 Ravel M.G., 190
 Reggianini C., 157
 Rende R., 69
- Ricca V., 37
 Riccardi I., 239
 Ricciardi G., 206
 Ricciutello C., 226
 Rigardetto S., 216
 Rigatelli M., 118, 157, 179, 214
 Rigon G., 42
 Rihmer Z., 131
 Rinaldi C., 224
 Riva V., 89
 Rizza P., 189, 217
 Rizzato S., 105, 106, 193, 194, 245
 Rizzo R., 197, 202, 206
 Roberto W., 154
 Rocca G., 64
 Rocca P., 28, 148, 174, 177
 Rocchetti M., 224, 236, 246, 248, 250
 Romagnoli G., 66
 Romano C., 158
 Romano F., 134
 Romano R., 107, 143, 144, 152, 160, 164, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247, 250
 Romeo P.V.M., 204
 Romeo V.M., 228, 232
 Roncarati E., 237
 Roncone R., 86, 91, 92, 102, 145, 146, 151, 164, 169, 170, 176, 177, 182, 191, 193, 196, 200, 201, 205, 214, 223, 248
 Ronningstam E., 16
 Rosa C., 240, 241
 Rossi A., 31, 34, 91, 92, 125, 137, 195, 217, 231, 239
 Rossi C., 229
 Rossi E., 101
 Rossi G., 24, 58
 Rossi Monti M., 93
 Rossi R., 223
 Rossi S., 60, 121
 Rossini P.M., 60
 Rossler W., 156
 Rotella F., 85
 Roy R., 29
 Ruberto S., 217
 Rucci P., 18, 56, 180
 Ruggeri M., 18, 89
 Ruggerini C., 33
 Rugliani L., 75
 Ruhmann S., 97
 Ruini C., 53
 Rumeo M.V., 157, 168, 173, 174, 233
 Russo M., 242, 246
 Russo S., 219
 Rutte M., 3
- S
 Sabatello G., 66
 Sacco M.P., 232
 Salerno A., 164, 210
 Salerno F., 242
 Saltamerenda G., 133
 Salvati T., 226, 242
 Salvatore G., 108
 Salzano A., 156
 Sampogna G., 153, 160, 229
 Sancassiani F., 218
 Sandei L., 148, 177
 Sani G., 98
 Santambrogio J., 135, 182, 218
 Santini F., 184
 Santini I., 92, 102, 169, 170, 181, 193, 201
 Santomauro T., 80
 Santonastaso P., 18, 37, 78, 221
 Santone G., 72
- Santoro D., 206
 Santucci F., 161
 Saponaro A., 171
 Sarappa C., 236
 Sarazin M., 38
 Sarchiapone M., 84
 Sardu C., 159, 212
 Sarritzu E., 159, 165, 166, 213
 Sartorio C., 157, 168, 173, 174, 233
 Savica V., 206
 Savoia E.M., 176
 Savoia V., 96
 Scalella D., 154
 Scalese M., 174
 Scali M., 154
 Scanferla G., 246
 Scanu I., 159
 Scapati F., 146
 Scarone S., 18
 Scelzo E., 198
 Schiavi E., 222
 Schifano F., 22
 Schmid L., 180
 Schnall K., 230
 Schulze-Lutter F., 96, 97
 Schwannauer M., 34
 Sciarini P., 70
 Sciarretta A., 153
 Sciascetti E., 52
 Scillitani V., 211, 220
 Scimeca G., 204, 228, 232
 Sciortino F., 234
 Scuticchio D., 134
 Secci A., 161
 Secker J., 246
 Segura Garcia C., 189, 217, 219
 Semrov E., 167
 Serati M., 184, 185, 194
 Serio A., 207
 Seripa S., 171
 Serra C., 233
 Serra F., 145, 169, 170, 193
 Serra T., 120
 Serrani R., 184, 185
 Serretti A., 63, 128, 151, 176, 200, 227, 249
 Serroni A., 171, 172, 209, 245, 246
 Serroni L., 171, 172, 209, 245, 246
 Serroni N., 154, 171, 172, 186, 192, 209, 228, 231, 232, 238, 245, 246
 Settineri S., 206
 Severino A., 224
 Shaffer D., 6
 Shear K., 50
 Shear K.M., 208
 Sica G., 239
 Sideli L., 101, 157, 168, 173, 174, 215, 233, 242, 246
 Sigauco M., 148, 174
 Sighinolfi C., 133, 207
 Signorelli M.S., 155, 219
 Siliquini R., 113
 Salvatore S., 211
 Silvestrini C., 186
 Simoncini M., 150, 151
 Simoni M., 237
 Sinibaldi L., 164, 238, 247
 Siracusano A., 22
 Sirianni M., 219, 242, 246
 Slade M., 156
 Slomkowski C., 69
 Smorto G., 229
 Soggi C., 150, 151, 188, 189, 194, 195, 231
 Solano P., 17, 88
- Solaroli S., 202, 220
 Solito G., 154
 Solomon Z., 230
 Sori P., 218
 Sorrenti L., 197
 Speciale S., 191
 Staffa P., 217
 Stagi P., 95
 Stanghellini G., 93
 Staniscia T., 134
 Staropoli T., 202, 220, 225, 231
 Stice E., 6
 Stilo S.A., 242, 246
 Strati A., 175, 183, 225
 Stratta P., 91, 195, 217, 231, 239
 Strizzolo G., 211, 220
 Suma D., 171
- T
 Taberlet M., 159, 166
 Talamo A., 66
 Tamburini C., 247
 Tancredi A., 186
 Tansella M., 89
 Tarolla E., 132
 Tarricone I., 101
 Tarsitani L., 114, 132
 Taurisano P., 107, 143, 144, 152, 160, 164, 197, 235, 236, 238, 242, 244, 247, 250
 Tayebi H., 182
 Tchanturia K., 15
 Tedeschi D., 99, 100
 Tenconi E., 221
 Terrana R., 115
 Terranova C., 221, 248
 Testa A., 148
 Tinelli S., 224, 236, 246, 248, 250
 Tirone G., 175
 Tiseo A., 194
 Titton F., 221
 Tocci D., 199
 Todarello G., 143, 238
 Todarello O., 164
 Todini L., 175, 203, 204
 Todisco P., 79
 Tomasetti C., 236
 Tomassini A., 86, 145, 248
 Tomba E., 53
 Tomè S., 211, 220
 Tondo L., 98, 131
 Toni C., 106
 Torre E., 113, 114, 178, 222, 243
 Torresani S., 18
 Torres-Gonzales F., 230
 Tortorella A., 105
 Tosato S., 89
 Tosone A., 92, 181, 182, 201
 Totaro E., 187
 Trapolino G., 234
 Trappoli A., 176, 249
 Trentini C., 218
 Trespi G., 155, 195, 196
 Troisi A., 51, 93, 104, 157, 168, 173, 174, 202, 222, 233
 Tucci M., 248
 Tundo A., 128
 Tura G.B., 166
 Turco O., 214
 Turri M., 150, 151
 Tusconi M., 165, 212, 213
 Tylee A., 7
- U
 Ucelli S., 246
- Ulina V., 86
 Ullo A., 219
 Upsenskaya O., 38
 Ursini G., 235, 236, 238, 244, 247
 Ursini G., 143, 160, 164
 Ussorio D., 164, 169, 176
- V
 Vaggi M., 52
 Valente F., 228
 Valsavoia R., 222
 Valsesia R., 149
 Vampini C., 55, 105
 van der Feltz-Comelis, CM., 133
 van Marwijk HWJ., 133
 van Os J., 27
 Vannucchi G., 245
 Vannucchi T., 249
 Varetto L., 113
 Varia S., 235
 Vecchia L., 224, 236, 246, 248, 250
 Vecchio F., 60
 Velluzzi F., 212, 213
 Veltri A., 222
 Vender S., 56, 90, 166
 Veneroni L., 250
 Venturini A., 42
 Verde A., 150
 Verdolini N., 209
 Verhulst F.C., 94
 Verni L., 92, 100, 102, 145, 146, 164, 176, 177, 181, 201, 223
 Verri A., 135
 Viaggi C., 152, 165
 Viganoni R., 150
 Viglione V., 57
 Vinci V., 153, 230
 Violani C., 111
 Viscanti G., 250
 Visconti N., 139
 Vitiello B., 25
 Vitiello B., 75, 112
 Vitti P., 184
 Vizza M., 148, 186, 187
 Volpe L., 228
 Volterra V., 127
- W
 Wiffer B., 157, 168
 Wittchen H.U., 13
 Wonderlich S.A., 36
 Woods S.W., 97
- X
 Xavier Castellanos F., 112
- Z
 Zaccheddu E., 185
 Zanni R., 112
 Zanoni M., 89
 Zappia S., 174, 177, 194
 Zavatta S., 211, 220
 Zen M., 221
 Zeppeppo P., 114, 178, 222, 243
 Zerbetto G., 154
 Zoccali R., 204, 228, 232
 Zohar J., 20, 30
 Zorzi C., 130
 Zorzi G., 20
 Zottola F., 199
 Zucconi A., 138
 Zuddas A., 76, 112
 Zurlo F., 237