

Sul litio si deve sapere

editoriale Un giorno dello scorso luglio, una signora di 69 anni, pensionata, separata, sofferente per un disturbo bipolare dell'umore, si getta dal balcone di casa e muore. Aveva tentato di uccidersi un'altra volta in passato. Due settimane prima era stata ricoverata in un servizio psichiatrico dove non fu confermata la diagnosi e pertanto venne sospeso il trattamento a lungo termine con sali di litio iniziato un anno e mezzo prima. I figli, quella sera, l'avevano lasciata sola tranquillizzati dalle sue buone condizioni psicologiche. La signora ebbe la lucidità di scrivere due lettere, lasciare le foto, preparare il vestito e rifare il letto, nonché lasciare aperta la porta blindata del suo appartamento.

Il caso è stato presentato e discusso in occasione della 12ª Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio svoltasi a Roma, il 10-11 settembre. Il problema dell'associazione fra trattamento con sali di litio, sua sospensione e rischio di suicidio dovrebbe essere noto a tutti gli esperti e gli operatori psichiatrici e, invece, nonostante il grande numero di pubblicazioni sull'argomento c'è ancora chi procede all'interruzione anche rapida di una terapia che probabilmente è la più efficace nel prevenire i comportamenti di suicidio.

Nel 1998 pubblicammo un articolo su una rivista scientifica internazionale, sulla scia di alcuni altri studi meno estesi, sul rischio di suicidio in pazienti in trattamento a lungo termine con sali di litio. Nel 2001 e nel 2006, pubblicammo una metanalisi di tutta la letteratura sull'argomento. In entrambi gli studi e nella quasi totalità di quelli apparsi successivamente è risultato

(continua
a pagina 12)



Una sindrome negletta

In questo articolo, con la descrizione dettagliata di un caso clinico, si illustra in maniera fedele il processo valutativo di una delle sindromi più particolari fin ora studiate in ambito neuropsicopatologico: il Neglect.

Giovanni ha 36 anni, lavora come cameraman presso una nota compagnia televisiva. In seguito a un incidente sul lavoro, viene trasportato d'urgenza in ospedale e, dopo accertamenti neuroradiologici si diagnostica un'emorragia cerebrale temporo-parietale destra dovuta al trauma cranico subito. Il paziente riprende immediatamente conoscenza,



si dimostra vigile e responsivo e, oltre a una lieve amnesia retrograda e disorientamento, non sembra mostrare disturbi sensoriali o motori per gli arti controlaterali.

Nei sei giorni successivi al ricovero non insorgono complicazioni: si decide dunque di sottoporre il paziente a una prima valutazione neuropsicologica di base al fine di rilevare eventuali alterazioni delle abilità cognitive e Giovanni si dimostra da subito molto collaborativo e motivato. L'incontro avviene di mattina e già da un primo sguardo al paziente si coglie qualche stranezza: Giovanni

anche
in questo
numero:

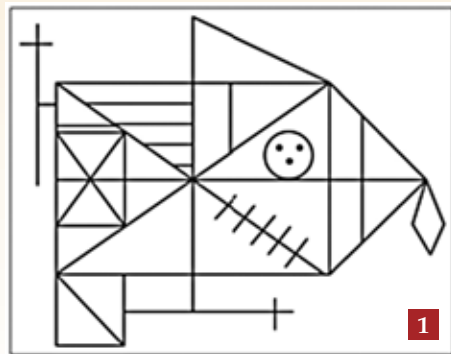


abbiamo pubblicato	5-7
pillole e appuntamenti	8
recensione	9
con parole mie	10-11

indossa una felpa di taglia sovradimensionata tanto che la mano sinistra rimane all'interno della manica, mentre quella destra è rimboccata fino a metà avambraccio. Anche gli occhiali che indossa non sono inforcati bene, con la stanghetta sinistra posizionata sopra l'orecchio anziché dietro. Durante la breve raccolta anamnestica il paziente assume una posizione particolare: si appoggia sul bracciolo destro della sedia e mantiene il capo lievemente ruotato nella stessa direzione mentre il braccio sinistro sembra abbandonato sul fianco. Nonostante ciò, l'arto partecipa in maniera discreta alla gesticolazione durante il colloquio. Giovanni racconta di sentirsi fortunato perché "dopo una botta del genere" non residuano deficit particolari, ed è fiducioso di poter tornare a breve alla sua vita normale.

I test cognitivi somministrati prendono in esame le abilità mnesiche a breve e a lungo termine, gli span di memoria, la comprensione e la produzione del linguaggio, le abilità di ragionamento, di attenzione e di flessibilità cognitiva, nonché di prassia costruttiva. È proprio in quest'ultima prova e in quella di attenzione sostenuta che Giovanni ottiene una prestazione peculiare.

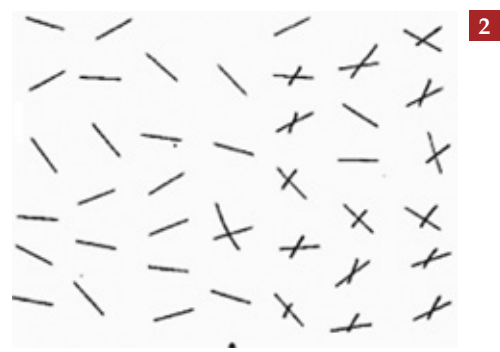
Per testare le abilità di prassia costruttiva si richiede al paziente di copiare la figura complessa di Rey (Fig. 1) in maniera accurata e in tutte le sue parti. Il risultato è



stato una copia abbastanza precisa ma parziale, in cui era presente solo la metà destra della figura. È stato invece utilizzato il test di *barrage* semplice (bisezione di linee) per analizzare

l'attenzione sostenuta: il compito consiste nel tracciare una linea che divida in due metà uguali i segmenti stampati sul foglio. In maniera coerente con la prova di prassia, solo le linee posizionate nella metà destra del foglio sono state bisecate (Fig. 2).

Terminata la somministrazione dei test di base durati circa 50 minuti, il valutatore decide di svolgere un semplice compito con Giovanni, al fine di approfondire



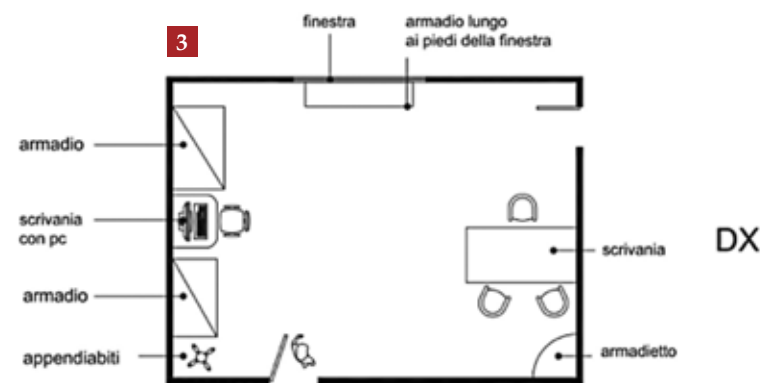
SX

l'indagine senza però affaticare ulteriormente il paziente con test impegnativi. Si spostano dunque nella stanza adiacente (Fig. 3): si tratta di un ambiente di forma rettangolare, ben illuminato, arredato sulla sinistra con due armadi, una piccola scrivania con

un computer fisso e un appendiabiti. Sulla destra si trovano invece una scrivania con tre sedie, un armadietto di vetro con qualche medicinale, un quadro e una porta comunicante con la stanza accanto. Sul fondo della stanza ci sono invece una finestra e un armadio ai piedi di essa. L'esaminatore conduce Giovanni nella stanza e lo posiziona in corrispondenza della porta di ingresso così che possa notare le caratteristiche dell'arredamento. Gli permette di osservare la scena per circa un minuto e, avendo constatato in precedenza le buone capacità mnesiche del paziente, lo invita a tenere a mente ciò che vede per poter eseguire una descrizione in seguito. Terminato il compito Giovanni descrive ciò che ha visto: riporta la presenza di una stanza rettangolare con una grande finestra sul fondo e un armadio lungo e basso alla base di essa, una scrivania con delle sedie, una porta, un armadietto di vetro trasparente e un bel quadro colorato. Nonostante l'esaminatore lo inciti a dire di più, Giovanni non riporta dettagli rispetto ai mobili che si collocano alla sua sinistra, oltretutto senza la minima perplessità o dubbio. L'esaminatore avanza quindi una seconda richiesta: immaginare di utilizzare la finestra, anziché la porta, come punto di accesso alla stanza e di descrivere ciò che avrebbe potuto osservare da quel nuovo punto di vista. Giovanni riporta quindi la presenza di un appendiabiti d'acciaio, di due grossi armadi chiusi, di una piccola scrivania con un vecchio computer fisso e di una porta sul fondo della stanza. Anche in questo caso non riporta ulteriori dettagli rispetto alla mobilia che si trova alla propria sinistra. A questo punto Giovanni ritorna nella sua stanza e un secondo appuntamento viene fissato per il pomeriggio.

Dei brevi colloqui con i parenti del paziente e con le infermiere che se ne prendono cura fornisce ulteriori informazioni utili: nell'atto di lavarsi e vestirsi Giovanni sembra ignorare del tutto le parti che si trovano a sinistra dell'asse corporeo per cui è necessario assisterlo nel pettinarsi, farsi la barba e nel vestirsi adeguatamente. Nel mangiare Giovanni ignora la parte sinistra del piatto che deve dunque essere ruotato di 180° per permettergli di finire il pasto; infine la compagna riferisce, irritata, la tendenza di Giovanni a ignorarla quando ella si posiziona nella parte sinistra del suo campo visivo oltre che la totale noncuranza per il proprio comportamento, evidentemente bizzarro.

Un secondo incontro pomeridiano è stato programmato



per arricchire la valutazione con test specifici per la condizione di Giovanni, anche se il quadro sintomatologico è ormai abbastanza chiaro. Viene somministrata la copia di

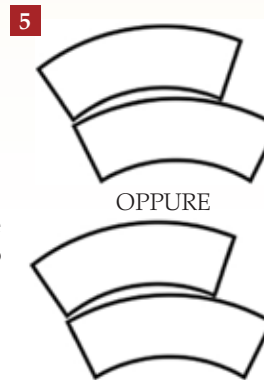
figure (orologio, casa e fiore) (Fig. 4), la lettura di parole e frasi, il test di Wundt-Jastrow e il *pointing* di oggetti in una stanza.



Il primo test consiste nella semplice copia di tre figure comuni nello spazio bianco adiacente: in questa prova Giovanni ripete la prestazione osservata di mattina, disegnando in maniera parziale le figure. Il secondo test consiste nella presentazione di sei parole e sei frasi di senso compiuto, ben leggibili, che il paziente deve leggere ad alta voce. Le parole vengono lette in maniera parziale

(Sedia -> ...dia; Vela -> ...la; Carica -> ...rica) e alcune di esse riformulate in modo da acquistare senso (Sedia -> ... dia -> Commedia). Allo stesso modo le frasi sono lette in maniera parziale e dunque private del loro senso al punto da infastidire il paziente.

Il terzo test prende spunto dalla nota illusione di Wundt-Jastrow per cui due segmenti curvi posizionati l'uno sopra l'altro e allineati su una delle due estremità appaiono di lunghezze diverse (quello in basso appare più lungo) nonostante essi siano identici in dimensioni e curvatura (Fig. 5). Gli stimoli sono di due tipi: con le estremità allineate sulla parte sinistra o sulla parte destra del foglio e al paziente viene chiesto di identificare in entrambi i casi quale dei due segmenti è più lungo. La maggior parte dei segmenti allineati a destra sono descritti da Giovanni come di lunghezza uguale mentre ottiene una prestazione normale quando i segmenti sono allineati nella parte sinistra, dicendo che il segmento inferiore è più lungo.



OPPURE

L'ultima prova si svolge nella stanza adiacente, dove sono stati collocati, in ordine sparso, oggetti di uso comune (ad esempio di cancelleria o utensili da cucina). Mentre il valutatore, posizionato alle spalle del paziente, legge ad alta voce i nomi degli oggetti presenti nella stanza, Giovanni ha il compito di indicare, di volta in volta, la posizione degli oggetti richiesti. Il valutatore annota quindi la risposta e la posizione di ogni oggetto indicato correttamente al fine di determinare in maniera abbastanza precisa la quantità di campo visivo assente nella descrizione (Fig. 6).

Soddisfatto della quantità di dati, il valutatore conclude la raccolta di informazioni e riconduce Giovanni nella sua stanza.

Alla luce di quanto osservato, la domanda sorge spontanea: cosa sta succedendo a Giovanni? Che ipotesi si

possono avanzare per spiegarne il comportamento?

Da subito si potrebbe pensare che, in seguito al trauma cranico subito, si sia instaurata una cecità corticale conseguente al danno delle aree visive primarie nella corteccia occipitale, oppure una emianopsia che comporterebbe la perdita di una metà del campo visivo: ciò però non è coerente con il dato neuroanatomico e soprattutto non spiega le asimmetrie rispetto allo spazio corporeo, ossia la tendenza a vestire soltanto la metà destra del corpo, a rasare la metà destra del viso o a pettinare i capelli nella metà destra della nuca. Soprattutto non spiega il modo in cui, descrivendo la stanza osservata e immaginando di ribaltare il punto di vista, emergano dettagli sui mobili che durante la prima descrizione non erano stati per nulla considerati. Un'emianopsia, infatti, non permetterebbe in nessun modo la percezione della parte di stanza che cade nell'emicampo visivo cieco, per cui un cambio di prospettiva non avrebbe dovuto alterare il resoconto.

Allo stesso modo sarebbe errato ipotizzare un disturbo psichiatrico quali paralisi psicogene o disturbi somatoformi.

Si tratta, in realtà, di un disturbo neuropsicologico molto peculiare, poco conosciuto nell'ambiente psichiatrico che prende il nome di 'Negligenza Spaziale Unilaterale', 'Eminegligenza Spaziale' o più comunemente 'Neglect'. Esso è definibile come un disturbo della rappresentazione dello spazio che può coinvolgere, in base alla sede e all'estensione della lesione, una porzione più o meno ampia dello spazio corporeo e/o extracorporeo.

Esso è comunemente ritenuto più frequente e grave come conseguenza di una lesione dell'emisfero opposto a quello in cui è rappresentato il linguaggio, ossia una lesione che nei destrimani colpisce l'emisfero destro. Si ritiene sia maggiormente associato a un danno della regione parietale, più in particolare del lobulo parietale inferiore, anche se sono noti casi in cui la lesione interessava i lobi frontali e strutture sottocorticali quali il talamo e i gangli della base. È anche vero che molti casi di danno parietale destro non presentano una sindrome di questo tipo.

Un primo sguardo a un paziente di questo tipo potrebbe far pensare che egli non sia in grado di percepire e dunque esplorare tutto ciò che si trova nel lato negletto: in realtà non si tratta affatto di percepire, bensì di concepire o di prendere in considerazione il lato interessato.

Ciò si traduce, nella fase acuta, come nel caso di Giovanni, in manifestazioni quali deviazione più o meno marcata degli occhi e del capo verso il lato della lesione, tendenza a considerare solo una parte del cibo nel piatto ignorando la restante parte, la tendenza a stabilire un contatto verbale in direzione ipsilesionale (verso lo stesso lato dell'emisfero leso, in questo caso il destro) anche se la persona con cui il paziente dialoga si trova nell'emicampo negletto (controlesionale), grossolane difficoltà nella cura della propria persona, dimenticando di infilare la manica della giacca, la gamba del pantalone o la scarpa, radendo o



truccando metà volto o inforcando gli occhiali in maniera errata.

Nella lettura di parole o di titoli di giornale si rilevano grosse amputazioni del segmento sinistro (o destro) dello scritto e spesso, come anche nel caso di Giovanni, si rilevano "completamenti patologici", per cui il paziente sostituisce, al segmento omesso, un frammento inventato che dà tuttavia luogo a una parola realmente esistente. Nel disegnare una figura elementare come un fiore o il quadrante di un orologio, vengono omessi i petali e le ore del lato sinistro oppure, al fine di mantenere una certa coerenza con le proprie conoscenze, le dodici ore vengono tutte ammassate sul lato destro del quadrante. Ciò spiega anche la prestazione al test di Wundt-Jastrow per cui il paziente, non considerando la parte sinistra dei segmenti curvi, tende a percepire quelli allineati a destra come di uguale lunghezza, cosa che invece non accade per quelli allineati a sinistra. Nonostante l'abbondanza di dati raccolti, si è deciso di somministrare il test di *pointing* di oggetti in una stanza con lo scopo principale di determinare in maniera abbastanza precisa l'angolo di campo visivo negletto in ambiente ecologico e per poterlo confrontare con una successiva valutazione.

Ciò che però rende davvero l'idea della particolarità del disturbo, nonché della complessità del cervello umano, è il compito che prevede la descrizione della stanza secondo due punti di vista: nonostante il paziente con Neglect sia portato a focalizzare la propria attenzione (come ad esempio nel caso di Giovanni) solo sulla metà destra del campo visivo, egli percepisce e memorizza per intero lo spazio che lo circonda, tanto che, immaginando di cambiare il punto di vista, egli focalizza la propria attenzione sugli elementi che prima erano negletti e che ora cadono nello spazio "sano", suggerendo quindi come la tendenza a negligere una parte del percepito si estenda anche alla sfera della pura rappresentazione mentale.

Come già detto in precedenza il Neglect può riguardare soltanto lo spazio corporeo (Neglect personale), solo quello extracorporeo (Neglect extrapersonale) oppure entrambi. Nel Neglect personale, oltre alle difficoltà già accennate in precedenza riguardo la cura della propria persona, si può notare anche la tendenza a ignorare gli arti del lato corporeo negletto, i quali vengono trascinati e scarsamente considerati nello svolgere operazioni volontarie ma che improvvisamente si animano nel mettere in atto automatismi o gesti involontari.

Al riguardo è utile introdurre brevemente un fenomeno che solitamente, in seguito a lesione dell'emisfero destro, si può associare alla sintomatologia del Neglect: la . Si tratta di una condizione di breve durata, caratterizzata dalla produzione di rappresentazioni deliranti concernenti il lato controsessionale del proprio corpo che vanno ben oltre la negazione della propria emiplegia: il paziente, nel comunicare il complesso di fantasie morbide, ritiene che gli arti in questione non gli appartengono e che essi appartengano invece al medico o a un paziente presente un attimo prima. A volte queste asserzioni vengono espresse senza un apparente coinvolgimento emotivo mentre in altri casi il paziente è visibilmente infastidito dall'arto "alieno" e ne desidera la rimozione con una tale insistenza che può arrivare a mettere in atto comportamenti autolesivi (condizione nota come Misoplegia).

Il fenomeno del Neglect e i sintomi a esso

associati sono generalmente dovuti a lesioni che si instaurano rapidamente nel tessuto cerebrale (ad esempio in seguito a trauma cranico o insulto vascolare) impedendo dunque processi di compenso funzionale; è dunque raro trovare una manifestazione di questo tipo in presenza di malattie neurodegenerative. Nella larga maggioranza dei casi la lesione non progressiva permette alla sintomatologia di regredire in maniera cospicua nei giorni o nelle settimane che seguono l'esordio acuto, specie per i fenomeni somatoparafrenici; sono, infatti, pochi i casi in cui le manifestazioni permangono anche a distanza di mesi.

Nel caso specifico di Giovanni una nuova somministrazione dei test di base e dei test specifici per il Neglect è stata effettuata a distanza di due mesi dall'evento acuto per analizzare la situazione in seguito a un periodo di riorganizzazione plastica del cervello. Nella copia di figure (casa, fiore, orologio) e nella lettura di parole e frasi, ottiene una prestazione soddisfacente, cosa che però non si ripete nel test di Wundt-Jastrow e nel *pointing* di oggetti in una stanza, in cui ottiene una prestazione migliore rispetto alla prima valutazione, ma comunque non nella norma. Anche se non si tratta di un pieno recupero, il *pointing* di oggetti ha, in effetti, rivelato una sensibile diminuzione dello spazio negletto, tanto da permettere al paziente di utilizzare l'intuizione e la logica per indovinare la piccola parte negletta e dunque copiare correttamente le immagini e leggere le parole e le frasi, senza quindi commettere più "completamenti patologici". Questi test, nonostante abbiano fallito nell'identificare il sintomo residuo, poiché poco sensibili alle piccole alterazioni della percezione, non perdono la loro utilità in quanto permettono al clinico di constatare l'adattamento del paziente alla propria condizione e le eventuali strategie di *coping* che egli ha sviluppato.

La logica e l'intuizione non hanno però effetto nel test di Wundt-Jastrow dato che lo stimolo perde la propria ambiguità solo nella parte più estrema della figura che nel caso di Giovanni risulta ancora negletta: lo stesso fenomeno si verifica nel *pointing* di oggetti situati all'estrema sinistra della stanza.

Si è dunque assistito a un buon recupero funzionale del Neglect extrapersonale che, nonostante non sia completo, permette al paziente di condurre una vita in piena autonomia, supportato anche dalla completa remissione dei sintomi da Neglect personale. Oltretutto l'anosognosia (inconsapevolezza della malattia), immediatamente

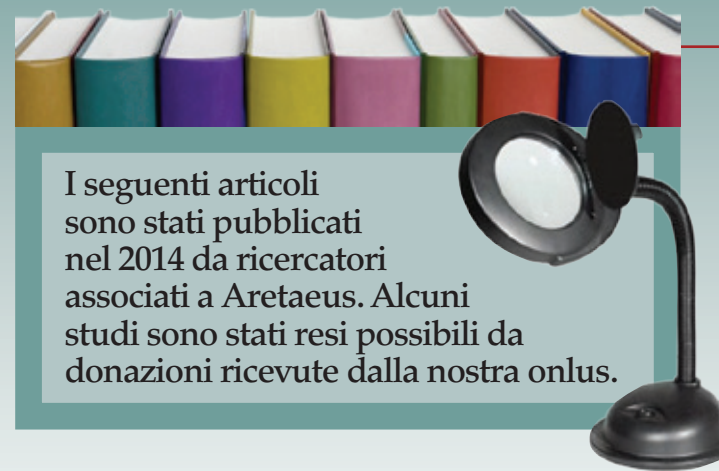
successiva all'evento acuto, è andata spontaneamente scemando secondo le aspettative nel periodo successivo alla prima valutazione.

Giovanni si dichiara però insoddisfatto, soprattutto a causa dei problemi che il restringimento del campo visivo comportano per la sua professione di cameraman, dove l'analisi dello spazio è essenziale; si decide quindi di proporre al paziente un percorso riabilitativo per provare a ridurre ulteriormente lo spazio negletto.

Ad oggi la terapia cognitiva ha portato a risultati soddisfacenti e a un miglioramento ulteriore della condizione di Giovanni. ♡

Carlo Rago
psicologo

Policlinico A. Gemelli, Roma



I seguenti articoli sono stati pubblicati nel 2014 da ricercatori associati a Aretaeus. Alcuni studi sono stati resi possibili da donazioni ricevute dalla nostra onlus.

- Amore M, Innamorati M, Di Vittorio C, Weinberg I, Turecki G, Sher L, Paris J, **Girardi P, Pompili M**. *Suicide attempts in major depressed patients with personality disorder. Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014;44(2):155-66.
- Azevedo RT, Macaluso E, Viola V, **Sani G**, Aglioti SM. *Weighing the stigma of weight: An fMRI study of neural reactivity to the pain of obese individuals.* Neuroimage. 2014 May 1;91:109-19.
- Baldessarini RJ, **Tondo L, Visioli C**. *First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness.* Acta Psychiatr Scand. 2014; 129: 383-392.
- Chiapponi C, Piras F, Fagioli S, **Girardi P**, Caltagirone C, Spalletta G. *Hippocampus age-related microstructural changes in schizophrenia: a case-control mean diffusivity study.* Schizophr Res. 2014; 157: 214-217.
- Comparelli A, De Carolis A, Emili E, Rigucci S, Falcone I, Corigliano V, Curto M, Trovini G, Dehning J, Kotzalidis GD, **Girardi P**. *Basic symptoms and psychotic symptoms: their relationships in the at risk mental states, first episode and multi-episode schizophrenia.* Compr Psychiatry. 2014; 55: 785-791.
- Corigliano V, De Carolis A, Trovini G, Dehning J, Di Pietro S, Curto M, Donato N, **De Pisa E, Girardi P, Comparelli A**. *Neurocognition in schizophrenia: From prodrome to multi-episode illness.* Psychiatry Res. 2014: S0165-178.
- Costantini A, Pompili M, Innamorati M, Zezza MC, Di Carlo A, Sher L, **Girardi P**. *Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer.* J Psychosoc Oncol. 2014; 32: 383-395.
- Curto M, Martocchia A, Comite F, Scaccianoce S, Xenos D, Nasca C, Ferracuti S, **Girardi P**, Nicoletti F, Falaschi P. *The presence of depressive symptoms in comorbidity with Alzheimer's disease does not influence changes in serum brain-derived neurotrophic factor levels in older patients.* Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Apr;29(4):439-40. doi: 10.1002/gps.4067. No abstract available.
- De Berardis D, Conti C, Iasevoli F, Valchera A, Fornaro M, Cavuto M, Brucchi M, Perna G, **Pompili M**, Modabbernia A, Lucidi G, Mazza M, Martinotti G, Di Giannantonio M. *Alexithymia and its relationships with acute phase proteins and cytokine release: an updated review.* Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents 2014 (in press).
- De Chiara L, Serra G, Koukopoulos AE, Koukopoulos A, Serra G**. *Memantine in the treatment and prophylaxis of bipolar type II mood*

disorder and co-morbid eating disorder: a case report. Riv Psichiatr. 2014 Jul-Aug;49(4):192-4. doi: 10.1708/1600.17462.

11 De Pascale A. *New epistemological foundations for cultural psychology: from an atomistic to a self-organizing view of living systems.* Ann Ist Super Sanita. 2014;50(3):268-77. doi: DOI: 10.4415/ANN_14_03_09.

12 De Pascale A, Cimbolli P. *Disturbi delle condotte alimentari.* Alpes, Roma 2014.

13 Faedda GL, Serra G, Marangoni C, Salvatore P, Sani G, Vázquez GH, Tondo L, Girardi P, Baldessarini RJ, Koukopoulos A. *Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies.* J Affect Disord. 2014; 168: 314-321.

14 Fountoulakis KN, Siamouli M, Magiria M, Pantoula E, Moutou K, Kemeridou M, Mavridou E, Panagiotidis P, Loli E, Batsiari E, Preti A, Tondo L, Gonda X, Rihmer Z, Akiskal K, Akiskal H. *Standardization of the TEMPS-A in the Greek general population.* J Affect Disord. 2014 Apr;158:19-29. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.030. Epub 2014 Jan 2.

15 Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJ, Navickas A, Höschl C, Lecic-Tosevski D, Sorel E, Rancans E, Palova E, Juckel G, Isacsson G, Korosec Jagodic H, Botezat-Antonescu I, Warnke I, Rybakowski J, Azorin JM, Cookson J, Waddington J, Pregelj P, Demyttenaere K, Hranov LG, Injac Stevovic L, Pezawas L, Adida M, Figuera ML, **Pompili M, Jakovljevic M, Vichi M, Perugi G, Andrasen O, Vukovic O, Mavrogiorgou P, Varnik P, Bech P, Dome P, Winkler P, Salokangas RK, From T, Danileviciute V, Gonda X, Rihmer Z, Forsman Benhalima J, Grady A, Kloster Leadholm AK, Soendergaard S, Nordt C, Lopez-Ibor J**. *Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011.* Br J Psychiatry. 2014 Oct 30. pii: bjp.bp.114.147454. [Epub ahead of print]

16 Girardi P, Rapinesi C, Chiarotti F, Kotzalidis GD, Piacentino D, Serata D, Del Casale A, Scatena P, Mascioli F, Racciah RN, Brugnolo R, **Digiacomantonio V, Ferri VR, Ferracuti S, Zangen A, Angeletti G**. *Add-on deep transcranial magnetic stimulation (dTMS) in patients with dysthymic disorder comorbid with alcohol use disorder: A comparison with standard treatment.* World J Biol Psychiatry. 2014 Aug 20:1-8. [Epub ahead of print]

17 Giupponi G, Pycha R, Innamorati M, Lamis DA, Schmidt E, Conca A, Kapfhammer HP, Lester D, **Girardi P, Pompili M**. *The association between suicide and the utilization of mental health services in South Tirol, Italy: a psychological autopsy study.* International Journal of Social Psychiatry 2014;60:30-39.

18 Grassi M, Caldirola D, Di Chiaro NV, Riva A, Daccò S, **Pompili M, Perna G**. *Are respiratory abnormalities specific for panic disorder? A meta-analysis.* Neuropsychobiology. 2014;70(1):52-60. doi: 10.1159/000364830. Epub 2014 Sep 19.

19 Innamorati M, Lester D, Balsamo M, Erbutto D, Ricci F, Amore M, **Girardi P, Pompili M**. *Factor validity of the Beck Hopelessness Scale in Italian medical patients.* Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2014;

36:300–307.

20 Innamorati M, **Pompili M**, DiVittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A., Conwell Y, **Girardi P**, Amore M. *Suicide in the old elderly: results from one Italian county.* American Journal of Geriatric Psychiatry 2014;22:1158–1167.

21 Innamorati M, Rihmer Z, Akiskal H, Gonda X, Erbuto D, Murri MB, Perugi G, Amore M, **Girardi P**, **Pompili M**. *Cyclothymic temperament rather than polarity is associated with hopelessness and suicidality in hospitalized patients with mood disorders.* J Affect Disord. 2014 Sep 6;170C:161–165. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.042. [Epub ahead of print]

22 Innamorati M, Serafini G, Lester D, Amore M, **Girardi P**, **Pompili M**. *Violent deaths among Russian and EU male older adults.* International Journal of Social Psychiatry 2014;60:89–94.

23 La Torre A, Giupponi G, Duffy DM, **Pompili M**, Grözinger M, Kapfhammer HP, Conca A. *Sexual Dysfunction Related to Psychotropic Drugs: A Critical Review. Part III: Mood Stabilizers and Anxiolytic Drugs.* Pharmacopsychiatry 2014;47:1–6.

24 Negro A, Napoletano F, Lionetto L, Marsibilio F, **Sani G**, **Girardi P**, Martelletti P. *Treatment of menstrual migraine: utility of control of related mood disturbances.* Expert Rev Neurother. 2014; 14: 493–502.

25 **Pompili M**, Dominici G, Giordano G, Longo L, Serafini G, Lester D, Amore M, **Girardi P**. *Electroconvulsive treatment during pregnancy: a systematic review.* Expert Rev Neurother. 2014 Oct 27:1–14. [Epub ahead of print]

26 **Pompili M**, Forte A, Lester D, Erbuto D, Rovedi F, Innamorati M, Amore M, **Girardi P**. *Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review.* J Psychosom Res. 2014 May;76(5):352–60. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.009. Epub 2014 Feb 28. Review.

27 **Pompili M**, **Harnic D**, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, Fountoulakis KN, Serafini G, Sher L, Janiri L, Rihmer Z, Amore M, **Girardi P**. *Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden.* World J Psychiatry. 2014 Mar 22;4(1):1–12. doi: 10.5498/wjpv4.i1.1. Review.

28 **Pompili M**, Innamorati M, DiVittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A, Wong P, Lester D, Yip P, **Girardi P**, Amore M. *Unemployment as a risk factor for completed suicide: a psychological autopsy study.* Arch Suicide Res. 2014;18(2):181–92. doi: 10.1080/13811118.2013.803449.

29 **Pompili M**, Innamorati M, DiVittorio C, Sher L, **Girardi P**, Amore A. *Sociodemographic and clinical differences between suicide ideators and attempters: A study of mood disordered patients 50 years and older.* Suicide and Life-Threatening Behavior 2014;44:34–45.

30 **Pompili M**, Innamorati M, Gonda X, Erbuto D, Forte A, Ricci F, Lester D, Akiskal HS, Vázquez GH, Rihmer Z, Amore M, **Girardi P**. *Characterization of patients with mood disorders for their prevalent temperament and level of hopelessness.* J Affect Disord. 2014 Sep;166:285–91. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.018. Epub 2014 May 23.

31 **Pompili M**, Innamorati M, Gonda X, Serafini G, Erbuto D,

Ricci F, Fountoulakis KN, Lester D, Vazquez G, Rihmer Z, Amore M, **Girardi P**. *Pharmacotherapy in bipolar disorders during hospitalization and at discharge predicts clinical and psychosocial functioning at follow-up.* Hum Psychopharmacol. 2014 Nov;29(6):578–88. doi: 10.1002/hup.2445. Epub 2014 Nov 4.

32 **Pompili M**, Innamorati M, Gonda X, Serafini G, Erbuto D, Ricci F, Fountoulakis KN, Lester D, Vazquez G, Rihmer Z, Amore M, **Girardi P**. *Pharmacotherapy in bipolar disorders during hospitalization and at discharge predicts clinical and psychosocial functioning at follow-up.* Hum Psychopharmacol. 2014 Nov;29(6):578–88. doi: 10.1002/hup.2445. Epub 2014 Nov 4.

33 **Pompili M**, Innamorati M, Lamis DA, Erbuto D, Venturini P, Ricci F, Serafini G, Amore M, **Girardi P**. *The associations among childhood maltreatment, "male depression" and suicide risk in psychiatric patients.* Psychiatry Res. 2014 Aug 13. pii: S0165-1781(14)00635-0. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.056.

34 **Pompili M**, Lester D, Forte A, Seretti ME, Erbuto D, Lamis DA, Amore M, **Girardi P**. *Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature.* J Sex Med. 2014 Aug;11(8):1903–13. doi: 10.1111/jsm.12581. Epub 2014 May 20. Review.

35 **Pompili M**, Venturini P, Lamis DA, Giordano G, Serafini G, Belvederi Murri M, Amore M, **Girardi P**. *Suicide in stroke survivors: epidemiology and prevention.* Drugs & Aging 2014 (in press).

36 **Pompili M**, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, **Girardi P**. *Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study.* Health & Social Care in the Community 2014;22:361–367.

37 Quinones A, P. Cimbolli P, **De Pascale A**. *Manuale sul significato personale.* Alpes, Roma 2014.

38 Rapinesi C, Kotzalidis GD, Scatena P, Del Casale A, Janiri D, Callovini G, Piacentino D, Serata D, Raccach RN, Brugnoti R, **Digiacomantonio V**, Mascioli F, Ferri VR, Ferracuti S, **Pompili M**, **De Pisa E**, Di Pietro S, Zangen A, Angeletti G, **Girardi P**. *Alcohol and suicidality: could deep transcranial magnetic stimulation (dTMS) be a possible treatment?* Psychiatr Danub. 2014 Sep;26(3):281–4. No abstract available.

39 Rigucci S, Dimitri-Valente G, Mandarelli G, **Manfredi G**, Comparelli A, De Filippis S, Gherardelli S, Bersani G, **Girardi P**, Ferracuti S. *Neurological soft signs discriminate schizophrenia from bipolar disorder.* J Psychiatr Pract. 2014; 20: 147–153.

40 Rihmer Z, **Pompili M**, **Sani G**, Gonda X, Murru A, Dome P. *Hypomania and bipolar II disorder -- diagnostic validity and clinical utility.* Psychiatr Hung. 2013;28(4):345-8.

41 Salvatore P, Baldessarini RJ, Khalsa HM, Vázquez G, Perez J,

Faedda GL, Amore M, Maggini C, Tohen M. *Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients.* Acta Psychiatr Scand. 2014 Apr;129(4):275–85. doi: 10.1111/acps.12170. Epub 2013 Jul 10.

42 Salvati M, Bersani FS, Calabria LF, Rapinesi C, Kotzalidis GD, Minichino A, Romano A, Moraschi M, Chiacchiararelli L, Bozzao A, Cianfrone G, **Girardi P**. *Deep transcranial magnetic stimulation in a woman with chronic tinnitus: clinical and fMRI findings. Seeking relief from a symptom and finding vivid memories by serendipity.* Brain Stimul. 2014 May-Jun;7(3):492–4. doi: 10.1016/j.brs.2014.02.005. Epub 2014 Feb 20. No abstract available.

43 **Sani G**, Kotzalidis GD, Panaccione I, Simonetti A, **De Chiara L**, Del Casale A, Ambrosi E, Napoletano F, Janiri D, Danese E, Girardi N, Rapinesi C, Serata D, **Manfredi G**, **Koukopoulos AE**, **Angeletti G**, Nicoletti F, **Girardi P**. *Low-dose acetazolamide in the treatment of premenstrual dysphoric disorder: a case series.* Psychiatry Investig. 2014; 11: 95–101.



44 **Sani G**, Napoletano F, Vöhringer PA, Sullivan M, Simonetti A, Koukopoulos A, Danese E, **Girardi P**, Ghaemi N. *Mixed depression: clinical features and predictors of its onset associated with antidepressant use.* Psychother Psychosom. 2014; 83: 213–221.

45 **Sani G**, Vöhringer PA, Napoletano F, Holtzman NS, Dalley S, **Girardi P**, Ghaemi SN, **Koukopoulos A**. *Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: a validation study.* J Affect Disord. 2014; 164: 14–18.

46 Schaffer A, Isometsä ET, **Tondo L**, H Moreno D, Turecki G, Reis C, Cassidy F, Sinyor M, Azorin JM, Kessing LV, Ha K, Goldstein T, Weizman A, Beautrais A, Chou

YH, Diazgranados N, Levitt AJ, Zarate CA Jr, Rihmer Z, Yatham LN. *International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder.* Bipolar Disord. 2014 Oct 20. doi: 10.1111/bdi.12271. [Epub ahead of print]

47 Schalkwijk S, Undurraga J, **Tondo L**, Baldessarini RJ. *Declining efficacy in controlled trials of antidepressants: effects of placebo dropout.* Int J Neuropsychopharmacol. 2014 Aug;17(8):1343–52. doi: 10.1017/S1461145714000224. Epub 2014 Mar 13.

48 Serafini G, Gonda X, Rihmer Z, **Girardi P**, Amore M. *White matter abnormalities: Insights into the pathophysiology of major affective disorders.* World J Radiol. 2014 Jun 28;6(6):223–9. doi: 10.4329/wjr.v6.i6.223.

49 Serafini G, **Pompili M**, Borgwardt S, Giuffra E, Howes O, **Girardi P**, Amore M. *The Role of White Matter Abnormalities in Treatment-Resistant Depression: a Systematic Review.* Curr Pharm Des. 2014 Sep 28. [Epub ahead of print]

50 Serafini G, **Pompili M**, Borgwardt S, Houenou J, Geoffroy PA, Jardri R, **Girardi P**, Amore M. *Brain changes in early-onset bipolar and unipolar depressive disorders: a systematic review in children and adolescents.* Eur Child Adolesc Psychiatry. 2014 Nov;23(11):1023–41. doi: 10.1007/s00787-014-0614-z. Epub 2014 Sep 12.

51 Serafini G, **Pompili M**, Hansen KE, Obrietan K, Dwivedi Y, Shomron N, **Girardi P**. *The involvement of microRNAs in major depression, suicidal behavior, and related disorders: a focus on miR-185 and miR-491-3p.* Cellular and Molecular Neurobiology 2014;34:17–30.

52 **Serra G**, **De Chiara L**, **Manfredi G**, **Koukopoulos AE**, **Sani G**, **Girardi P**, **Koukopoulos A**, **Serra Gi**. *Memantine in the management of affective recurrences of bipolar disorders after the discontinuation of long-term lithium treatment: three case histories.* Ther Adv Psychopharmacol. 2014; 4: 53–55.

53 **Serra G**, **De Chiara L**, **Koukopoulos AE**, **Koukopoulos A**, **Serra G**, Kahn DA. *Memantine in the treatment and prophylaxis of bipolar II disorder and comorbid fibromyalgia: a case report.* J Psychiatr Pract. 2014; 20: 232–236.

54 Shaw P, **De Rossi P**, Watson B, Wharton A, Greenstein D, Raznahan A, Sharp W, Lerch JP, Chakravarty MM. *Mapping the development of the basal ganglia in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014 Jul;53(7):780–9.e11. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.003. Epub 2014 May 20.

55 Tatarelli R, Del Casale A, Tatarelli C, Serata D, Rapinesi C, **Sani G**, Kotzalidis GD, **Girardi P**. *Behavioral genetics and criminal responsibility at the courtroom.* Forensic Sci Int. 2014; 237: 40–45.

56 **Tondo L**. *Brief History of Suicide.* In *A concise guide to understanding suicide* (ed. SH. Koslow, P. Ruiz and CB. Nemeroff). Cambridge University Press: Cambridge, 2014, pp. 3–12.

57 **Tondo L**, Baldessarini RJ. *Reduction of suicidal behavior in bipolar disorder patients during long-term treatment with lithium.* In *A concise guide to understanding suicide* (ed. SH. Koslow, P. Ruiz and CB. Nemeroff). Cambridge University Press: Cambridge, 2014, pp. 217–228.

58 **Tondo L**, Vázquez GH, Baldessarini RJ. *Options for pharmacological treatment of refractory bipolar depression.* Curr Psychiatry Rep. 2014 Feb;16(2):431. doi: 10.1007/s11920-013-0431-y. Review.

59 **Tondo L**, **Visioli C**, Preti A, Baldessarini RJ. *Bipolar disorders following initial depression: modeling predictive clinical factors.* J Affect Disord. 2014 Oct;167:44–9. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.043. Epub 2014 Jun 2.

60 Vázquez GH, Baldessarini RJ, **Tondo L**. *Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview.* Depress Anxiety. 2014 Mar;31(3):196–206. doi: 10.1002/da.22248.

In un articolo dello psichiatra Richard Friedman ("New York Times Sunday Review", 31 ottobre 2014) si dice che il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD l'acronimo inglese) è il disturbo più frequente nei giovani statunitensi (circa l'11% della popolazione) con un aumento tanto importante da far venire il sospetto che non si possa poi parlare di una malattia.

Probabilmente è vero, perlomeno in molti casi, perché l'atteggiamento di ricerca di novità, tipico delle persone con questo disturbo, è probabilmente un vantaggio evolutivo. Gli esseri umani si sono evoluti nel corso di qualche milione di anni come cacciatori nomadi e soltanto negli ultimi diecimila, con lo sviluppo dell'agricoltura, hanno conosciuto condizioni di vita più sedentaria. La vocazione per la caccia e per la ricerca di nuovi stimoli è rimasta comunque in molti di noi e ha probabilmente portato a molti successi evolutivi così come a una maggiore facilità a reperire cibo e ad accoppiarsi. Se però si vive in un contesto sedentario, come lo è perlopiù la nostra vita attuale, quel tratto non è molto vantaggioso. La routine quotidiana risulterà estremamente noiosa e per compensarla si mettono in atto comportamenti i più vari possibili, anche quelli che possono causare problemi: abuso di sostanze, *in primis*, ma anche di giochi elettronici o molte attività allo stesso tempo. È tanto più vero se i compiti sono quelli scolastici e le materie non sono di grande interesse, laddove un particolare talento può essere coltivato anche per ore senza che l'attenzione ne sia distolta.

Questa particolare disposizione è legata a qualche problema con la dopamina, il neurotrasmettitore che ci segnala quanto uno stimolo esterno è significativo. Più

Voglia di novità e ADHD

è stimolante l'esperienza e più si mette in azione il centro delle ricompense che risiede in una parte molto antica del

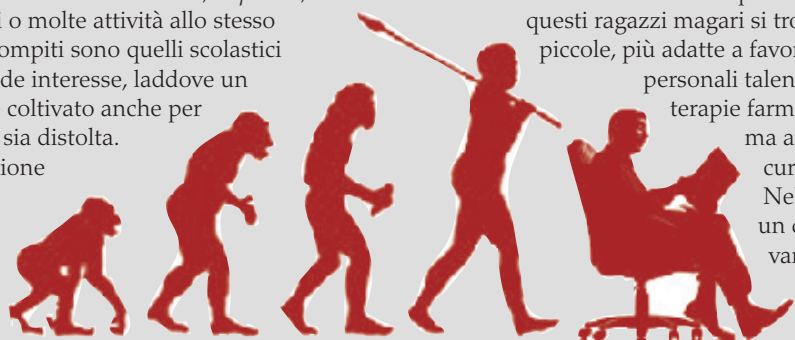
nostro cervello ed è gestito appunto dalla dopamina. Gli psicostimolanti agiscono impedendo ai neuroni di sprecare dopamina aumentandone la quantità nel cervello e

consentendo un suo maggiore uso. Chi riesce a trovare una sua personale espressione può risolvere il problema alla radice ma si sa che non si tratta di un compito semplice.

La buona notizia è che solo il 30% delle persone con ADHD se lo porta dietro nella vita adulta, ma non se ne sa bene il motivo. Probabilmente perché i centri della gratificazione maturano oppure perché la voglia di nuove esperienze declina naturalmente dall'adolescenza in poi. Altra possibile spiegazione è che gli adulti hanno maggiore facilità a soddisfare i loro interessi mantenendo più alto il livello di attenzione. Non che queste considerazioni – spiega il Dott. Friedman – debbano suggerire di prendere armi in mano e tornare nei boschi a cacciare oppure che i ragazzi non vadano più a scuola o non si debbano più usare farmaci come il Ritalin™.

Però, tenendo a mente queste considerazioni sarebbe utile fare degli sforzi maggiori per capire come un ragazzo (più probabilmente di un ragazza) possa soddisfare la sua voglia di novità senza incorrere in comportamenti pericolosi. A scuola questi ragazzi magari si troverebbero meglio in classi piccole, più adatte a favorire lo sviluppo dei loro personali talenti. Senza eliminare le terapie farmacologiche, se necessarie, ma anche senza medicalizzare la curiosità e la ricerca di novità. Nell'ambiente giusto, più che un disturbo potrebbe essere un vantaggio. ♥

Leonardo Tondo



appuntamento



ARETÆUS

Incontri di Aretæus

Prof. Leonardo Tondo

ANTECEDENTI,
ESORDIO
E DECORSO
DEL DISTURBO
BIPOLARE

Giovedì 4 dicembre 2014 – ore 20,30

Aretæus-Centro Lucio Bini

Via Crescenzo, 42 • Roma • Tel. 06 6874728 • 06 6874415 • centroluciobini@gmail.com



Sciogliere la fatica di vivere

Una donna racconta la sua difficile vita con ADHD e il suo percorso di guarigione

Il disturbo denominato ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) o DDA (Disturbo da Deficit dell'Attenzione) è tuttora oggetto di ricerca scientifica e di dibattito tra le diverse scuole di pensiero, sia nell'ambito neuroscientifico che cognitivo-psicologico e filosofico. Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione è un disturbo del comportamento caratterizzato generalmente da iperattività, con tendenza a muoversi nervosamente sulla sedia, esplosioni di grida, difficoltà d'apprendimento e comportamento generalmente indisciplinato. In alcuni casi impedisce il normale sviluppo e inserimento nella società dei bambini. Le difficoltà per chi vive questo disturbo non sono poche, trasformandosi in una "fatica" nel vivere: difficoltà di concentrazione e di controllo degli impulsi sono due delle manifestazioni dell'alterata sfera dell'autocontrollo.

I protocolli che vengono realizzati per questo trattamento sono finalizzati a favorire un buon inserimento del bambino nel suo ambiente di vita. Un trattamento rispondente a questa esigenza è quello combinato; la maggior parte degli esperti consiglia, infatti, un trattamento multimodale, costituito da un mix di interventi medici, educativi, comportamentali e psicologici, che comprende sia la terapia psicologica che quella farmacologica. Da rilevare che nella comunità scientifica vi sono anche coloro che affermano invece la non-esistenza di questa sindrome.

Per alcuni pazienti si preferisce ricorrere anche a terapie alternative, come la medicina ortomolecolare, una pratica alternativa nutrizionale, che prevede un trattamento con l'integrazione di vitamine e minerali basato sugli studi di grandi scienziati come Linus Pauling, chimico, pacifista, scrittore statunitense (vincitore di due premi Nobel). Il ventaglio offerto per affrontare tale patologia è ampio. Rimane tuttavia l'emergenza di alleviare le problematiche di questi bambini per cercare di

evitare una vita da adulto disadattato e disagiato.

In questo libro dal titolo *La fatica di vivere nel groviglio* troviamo il percorso di una donna, Savina Priami, che ha dovuto convivere con questo disagio, non essendone consapevole, per un periodo lunghissimo della sua vita. Non vuole essere un vademecum ma un condividere in forma di diario ciò che è stata la sua turbolenta vita, un consegnare le emozioni che l'hanno attraversata e le sofferenze che l'hanno a volte devastata.

L'autrice ha vissuto infatti una vita iperattiva con difficoltà scolastiche notevoli, difficoltà di concentrazione, di lettura, di calcolo, non essendo mai capita e seguita a dovere. Dalle sue vicissitudini si evince un comportamento "allergico" alle regole che spesso ha penalizzato la sua vita sociale. Sicuramente le sue azioni sono il prodotto di questa sindrome, ma anche delle vicissitudini accadute nella sua infanzia, come si evince dal suo racconto.

Il corpo è una spugna che ha una sua memoria cellulare e ogni disagio dell'anima viene registrato per poi trasformarsi in un sintomo, un segnale che qualcosa non va, nella nostra anima.

In questo viaggio Savina consegna i suoi diari, le sue difficoltà, le sue movimentate relazioni, le scelte sbagliate e, infine, l'incontro con se stessa e la sua volontà a guarire, qualsiasi sia il suo disagio. Riscopre l'amore per se stessa e il sapore e i benefici del perdonarsi e perdonare, inteso come lasciare andare ciò che è stato desiderando fortemente una vita migliore, degna di essere vissuta. S'incammina nei meandri della conoscenza di sé e delle possibili vie funzionali al suo sentire. È un libro sulla speranza, su come il desiderio di raggiungere il benessere possa realizzarsi attraverso qualsiasi strada che trovi risonanza in se stessi. ♥

Ornella De Rosa
psicologa

(tratto dalla
Prefazione al libro)

Savina Priami
*La fatica
di vivere nel groviglio*
Roma
Sprint Edizioni
2014

DIPARTIMENTO DI SCIENZE SPERIMENTALI DEL DIALOGO FISICO CON IL PROPRIO INCONSCIO

La stanza dell'auto-sdoppiamento

Un giorno, non più uno qualunque, Alec, ragazzo ventenne italiano con nome straniero, si alzò dal letto, dopo aver trascorso notti poco rilassanti e colme di incubi, per lui 'estranei', quasi indecifrabili. Il suo inconscio gli parlava senza sconti durante il sonno, emetteva dei segnali a porte aperte.

A dirla tutta, era da parecchio tempo che Alec trascurava i propri problemi ma, a furia di farlo, aveva perso la cognizione di sé, del dialogo interiore con se stesso. Fuggiva quotidianamente dalle proprie sofferenze, scappando, rifugiandosi tra una discoteca e l'altra.

Ma quel giorno, prese il coraggio a due mani e si guardò allo specchio: "Devo smetterla di comportarmi come un deficiente, questa non è vita, questa è fuga, e nonostante qualche volta mi faccia trascinare dalle mode e dagli altri, devo assolutamente indagare, non posso continuare a far finta di niente". Così decise, per se stesso, per vivere la vita appieno, questo era il suo intento, almeno per il futuro. Buonissimo investimento, che si dica. Si piazzò davanti alla tastiera del portatile digitando su Google qualche espressione come 'terapia dell'inconscio' o 'parlare con l'inconscio'. Immediatamente venne catturato da una strana sigla inglese abbreviata che, tradotta, significava: "dipartimento di scienze sperimentali del dialogo fisico con il proprio inconscio".

"Mh? Che è 'sta roba?". Esclamò sorpreso, con una specie di verso 'da bocca chiusa', seguito da una frase pronunciata con un velo di felicità, un'occasione di respiro. E cliccò.

Tre giorni, né uno di più né uno di meno: prenotazione in una graziosa pensione, valigia piena, e tratta di volo fulminea.

Eccolo in America, a New York, dinanzi alle porte del dipartimento: acciaio, un velo di mistero misto a una segretezza programmata per non far 'trapelare segreti di privacy dalle pareti'. Sicurezza, insicurezza, lo faccio, non lo faccio, e tanto altro. In sostanza, qualunque fosse stata la tua emozione in quel preciso momento, dinanzi a tale struttura, non avresti mai saputo con quale altra emozione "foraggiarla" o sostituirla.

Entrare? Non se ne parli, certo che sì. L'appuntamento era già stato prenotato con quei famosi click. Sempre più vicino, superando la trafila burocratica. Alec doveva passare, perché all'interno dell'edificio c'era l'opportunità concreta di parlare faccia a faccia con l'inconscio, e trovare le chiavi per una vita serena, per uscire poco più tardi dai disagi interiori.

Fine dei passaggi inutili, ecco Alec di spalle, solo, che cammina in un corridoio vestito "ok", con le sue solite all-star nere, i suoi soliti jeans, e qualche felpa o maglioncino nero, come un tempo. Il suono dei passi rimbombava tra le mura e i pavimenti; egli doveva scegliere una di quelle porte, secondo il proprio sentimento, o la propria intuizione.

Scoprì che si trattava di porte tutte uguali e, vagando nel corridoio bianco, scelse l'ultima, in fondo al rettangolo.

La aprì: filtrava tra le fessure una luce molto fioca, lieve. Niente finestre, solo una sedia al centro della stanza quadrata. Nelle pareti quattro piccoli e ambigui altoparlanti incastonati nel muro, inseriti appositamente.

Fine. Era nella stanza del suo inconscio, roba da non credere! La musica, le musiche tutte, le canzoni, partirono insieme, un po' sovrapposte un po' no, come se imitassero degli spezzoni di un video in trasparenza: Britney Spears, Nelly Furtado, Eminem, c'erano tutti i più importanti protagonisti del suo passato musicale, compreso quello stramaledetto pianoforte, che "strisciava silenzioso" tra i ritmi di una melodia e i ritmi di un'altra. Era ciò che gli faceva più male, la melodia che, ripeto, velatamente strisciando, faceva riemergere ferite, quelle da suturare, l'origine di quegli incubi.

Il cuore di Alec palpitò forte. Il ragazzo, curioso, cominciò quasi a piangere, perché capì subito, fu come se fosse scortato da



una macchina del tempo nel passato. Emozioni fortissime, per altro tutte insieme: amore, amore, amore, paura, paura, rabbia, rabbia. Una ripetuta dopo l'altra, si ripetevano di continuo, per svuotarlo, per liberarlo. Così ecco che, nella sedia, apparve qualcuno: sembra lui, anzi no, era proprio lui. Ma non "lui-lui", è il lui quindicenne, o sedicenne, non si capiva bene, comunque era il "danneggiato", il "lui ferito". "Quindici" neanche si voltava, rimaneva di spalle, sempre, proiettato, in una posizione da riservato: Alec si trovò davanti al suo vecchio sé originale, faccia a faccia per sentirlo di nuovo, o meglio... per ascoltarlo veramente per la prima volta.

Alec, quello del presente, si avvicinò a Quindici. L'altro rimase più o meno indifferente, posto lì, in realtà per rispondere o reagire a ciò che gli poteva essere richiesto.

"Ehi!" E numero quindici si voltò. Si guardarono, erano quasi uguali ancora, anche a distanza di anni: i jeans azzurri, le all-star nere, la felpa nera, fantastica scena.

"Ciao Io." Risponde Quindici.

"Ciao vecchio me. Senti, non so se pensi o sei in grado di emettere emozioni reali, comunque sono venuto per intervistarti, mi serve una rinfrescata", argomenta Alec con un tantino di arroganza; lo intuivì non tanto dalle parole, ma dal tono.

"Sono tutto orecchie senza palle! Anzi... se sei tornato da me vuol dire che per una minima parte le hai ancora", attaccò subdolo Quindici, il piccolo ferito di un tempo.

"Ahah! Già, io ero così, più arrogante, più pungente. Sei stato riprodotto fedelmente, accidenti!" Quindici lo ascoltò e ridacchiò, compiendo un cenno di approvazione.

"Conosci una certa Lisa?" domandò Alec.

"Cosa vuoi sapere a riguardo? Vai al sodo, facciamo prima, credimi. Facciamo prima sul serio, non so se avrai altre possibilità di rimuovere questo dente cariato."

L'atmosfera si fece più cupa, e Quindici si alzò dalla sedia, a braccia conserte, piazzandosi davanti ad Alec, con sguardo deciso.

"Rispondimi", insistette Alec con freddezza. C'era qualcosa che non andava, il rilevatore di tensione emotiva della stanza quadrata cominciò ad emettere dei suoi d'emergenza.

"È una ragazzina che ho conosciuto nella mia zona, d'estate. Abbiamo fatto il bagno insieme. Pochi mesi dopo ti innamorasti di lei, soltanto che...". Quindici si rabbuiò fino a dissolversi piano-piano.

"Ehi aspetta! Mantieni la calma! Non agitarti, così mandiamo all'aria tutto!" Alec pregò il suo inconscio di rilassarsi, ma fu inutile, egli aveva già deciso di rannicchiarsi. Ecco l'origine di quegli incubi, ecco l'origine di quei malesseri. Si trattava sicuramente di un amore perduto, di un amore marciò, fatto di delusioni, e incompreso dagli altri.

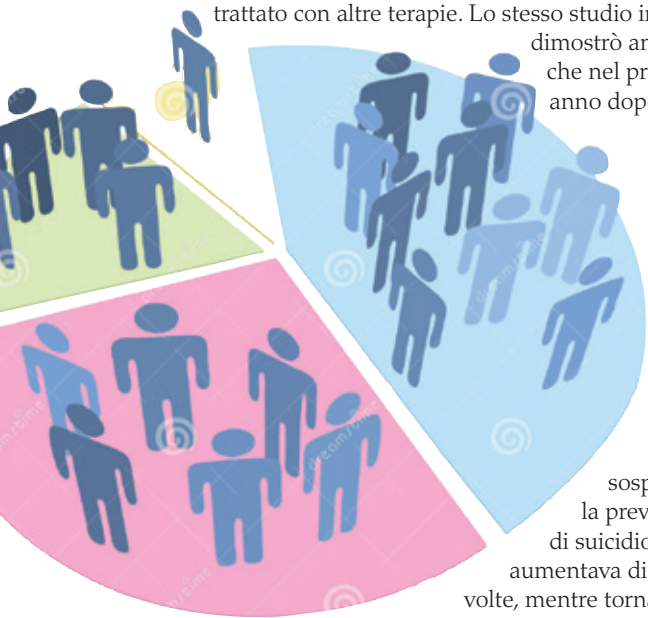
Il rilevatore di tensione emotiva squillò, la seduta aveva preso una piega sbagliata, non produttiva per Alec. Il sistema percepì una situazione di pericolo, e interruppe tutto quanto: la musica, i loro dialoghi, e cancellò quell'atmosfera strana automaticamente, come se nulla, all'interno della stanza, fosse mai accaduto.

Alec si ritrovò solo per un attimo, però, nonostante tutto, qualcosa di buono c'era eccome: egli aveva intuito, tramite quel breve dialogo, quale fosse il dente cariato da estirpare, quello su cui lavorare. Di lì a pochi giorni dopo avrebbe ritentato, poiché si accorse che, continuando a rimanere indifferente verso il contatto e l'ascolto del proprio inconscio, si sarebbe portato dietro i suoi mali per tutta la vita. ▼

Anonimo

che il rischio di suicidio, o di un suo tentativo, diminuisce in modo statisticamente significativo durante questo trattamento. In particolare, è stato possibile dimostrare che la prevalenza (numero di casi suicidari nella popolazione in trattamento paragonati ai casi senza trattamento per un certo periodo di tempo) dei comportamenti suicidari risulta molto diminuita nella popolazione che segue una terapia con litio rispetto a chi non è

trattato con altre terapie. Lo stesso studio iniziale dimostrò anche che nel primo anno dopo la



sospensione, la prevalenza di suicidio aumentava di venti volte, mentre tornava, piuttosto sorprendentemente,

allo stesso livello di quella precedente all'inizio del trattamento negli anni successivi. In uno studio di qualche anno più tardi, riuscimmo anche a evidenziare che, se il trattamento veniva sospeso rapidamente (nel giro di circa due settimane), il rischio era anche superiore rispetto a una sospensione più graduale. Una volta dimostrati questi risultati sono state formulate delle ipotesi sul meccanismo d'azione della terapia a lungo termine a base di sali di litio. Va detto che i comportamenti suicidari sono particolarmente più frequenti in pazienti con un disturbo bipolare soprattutto durante degli episodi di tipo cosiddetto misto in cui compaiono sia aspetti depressivi sia eccitativi (ansia e agitazione). Il litio, in questi casi, avrebbe un effetto stabilizzante sull'umore senza essere necessariamente un sedativo forte, il quale, comunque, può anche essere aggiunto con beneficio. Purtroppo, capita che si associ troppo facilmente l'ideazione di suicidio alla depressione e si prescrivano degli antidepressivi che, in quei casi 'misti', potrebbero facilitare il passaggio dall'ideazione all'atto di suicidio. È stato anche osservato e riportato che l'effetto benefico di prevenzione dei comportamenti suicidari è più evidenziato per il litio che per gli altri trattamenti (antiepilettici e antipsicotici), molto usati (e spesso con buon effetto) nella prevenzione delle ricadute sia depressive che eccitative del disturbo bipolare. Alcuni colleghi, invece, sostengono che l'effetto 'antisuicidario' del litio sia specifico anche in assenza di una prevenzione delle ricadute, ma questo non è del tutto dimostrato.

È vero che queste informazioni dovrebbero essere a disposizione di tutti gli operatori della salute mentale, ma evidentemente la conoscenza scientifica non viene tenuta in debita considerazione.

Certo è che se risultati simili sulla prevenzione del suicidio venissero trovati per una terapia sul cancro, diventerebbero titoli di prima pagina su tutti i quotidiani internazionali, ma il suicidio tutto sommato interessa poco l'opinione pubblica a meno che non sia quello di qualche star hollywoodiana. 🍷

Leonardo Tondo
da *Mente e Cervello*, ottobre 2014

Per assicurare un continuo progresso nella ricerca in psichiatria e psicologia e per garantire la continuità di questa newsletter, ARETÆUS accetta con gratitudine donazioni piccole e grandi da parte di chi fosse interessato ai progetti di ricerca e al contenuto della newsletter.

CON UN CONTRIBUTO ANNUALE DI 40 EURO POTETE RICEVERE ARETÆUS NEWS AL VOSTRO INDIRIZZO.

Per tutte le informazioni, si prega di mettersi in contatto con Centro Lucio Bini-ARETÆUS news a Roma o a Cagliari.

Le vostre donazioni hanno consentito, in parte, la pubblicazione della newsletter e di alcuni articoli apparsi sulla stampa internazionale.



ARETÆUS onlus, fondata nel 1999, è un'organizzazione senza fini di lucro, sotto la presidenza di Daniela Reginaldi, dedicata alla ricerca e avanzamento della conoscenza delle malattie psichiatriche. ARETÆUS news raggiunge pazienti, psichiatri e psicologi con notizie, curiosità, testimonianze e aggiornamenti legati al mondo della psichiatria.



Il Centro Lucio Bini è un'associazione fra professionisti psichiatri, psicologi e psicoterapeuti fondata a Roma nel 1975, a Cagliari nel 1977 e a New York nel 1991.

Ci occupiamo dello studio e del trattamento di disturbi psichiatrici e problemi psicologici. I centri sono specializzati nel trattamento delle varie forme depressive e di ansia, dei disturbi dell'umore e del disturbo dell'attenzione con iperattività (ADHD).

A Roma: Paolo Algranati, Gloria Angeletti, Pamela Bruni, Paolo Caliani, Andrea Cittadini, Massimo D'Acunzio, Giorgio De Cesare, Lavinia De Chiara, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Pietro De Rossi, Paolo Decina, Vittorio Digiacoantonio, Paolo Girardi, Silvia Gubbini, Desirée Harnic, Rosanna Izzo, Alexia Koukopoulos, Livia Longo, Giovanni Manfredi, Franco Maselli, Pina Oliverio, Maurizio Pompili, Daniela Reginaldi, Gabriele Sani, Emilia Sannini, Cinzia Sarlatto, Virginia Scalco, Giulia Serra, Leonardo Tondo.

A Cagliari: Maria Cantone, Gianfranco Floris, Carmen Ghiani, Beatrice Lepri, Eugenio Mangia, Jessica Mari, Marco Murtas, Gino Serra, Marilena Serra, Leonardo Tondo, Caterina Visioli.

A New York: Nancy Austin, Ngaere Baxter, Gianni Faedda, Joseph Hirsch.

ARETÆUS news

Rivista ufficiale di Aretæus Onlus e del Centro Lucio Bini

direttore responsabile

Leonardo Tondo

coordinamento scientifico

Daniela Reginaldi, Alexia Koukopoulos
Gabriele Sani, Gino Serra

segreteria Centro Lucio Bini (Cagliari)

Elisabetta Migoni

progetto grafico

Joseph Akeley

design e redazione

Gretel Hohenegger

stampa

Arti Grafiche Pisano (Cagliari)
info@artigrafichepisano.it

Autorizzazione Tribunale di Cagliari

n. 12/05 del 07/04/05

Potete mettervi in contatto con noi per commenti, suggerimenti, lettere o altri contributi alle nostre due sedi:

Roma

Via Crescenzo 42 · 00193 · tel. (+39) 06 6874415/75
fax (+39) 06 68802345

Cagliari

Via Cavalcanti 28 · 09128 · tel. (+39) 070 486624 · fax (+39) 070 496354
centrobini@aol.com · www.centrobini.it