

# ARETAËUS news

giugno 2013  
www.centrobini.it

Centro Lucio Bini *newsletter*

anno IX, numero 2  
aretaeusnews@centrobini.it

## Athanasios Koukopoulos 1931-2013

Athanasios nacque a Cheronea il 23 novembre 1931. Figlio di Kostantinos e Maria, per desiderio del padre avrebbe dovuto prendersi cura delle terre di famiglia. Lui invece preferiva studiare, sostenuto fortemente in questa sua aspirazione dall'energica madre. Lasciarono il paese per stabilirsi ad Atene negli anni difficili della guerra civile greca durante i quali la famiglia fu esposta a violenze e privazioni. Oltre alla scuola, si impegnava con passione nel basket che praticò come componente della prestigiosa squadra del Panatinaikos e da cui in seguito fu premiato con il "Trifoglio d'oro". Si trasferì in Italia nel 1951, nonostante il nostro paese fosse stato in guerra con la Grecia – uscendone sconfitto – pochi anni prima. Si stabilì a Modena, dove completò gli studi di medicina presso l'Università di Modena nel 1957, continuando a giocare a basket in una squadra regionale (CUS Modena negli 1953-54). Dopo aver prestato servizio nell'esercito greco come ufficiale medico, si stabilì a Roma dove

si specializzò in psichiatria, sotto la direzione del Prof. Mario Gozzano. Tuttavia, ammirava molto i corsi tenuti dal Prof. Lucio Bini ed era colpito dalla conoscenza medica, l'intelligenza e le capacità didattiche proprie del professore. All'età di 34 anni, aprì, insieme alla Dott.ssa Elena Schiavi e al Dott. Francesco Montanari, una casa di cura privata, la Clinica Belvedere Montello che divenne, in pochi anni, una delle più prestigiose di Roma tanto da ricoverare molti pazienti internazionali, anche grazie alla conoscenza di Athanasios dell'inglese, francese e tedesco, oltre greco e italiano. Nel 1974 fondò il Centro Lucio Bini di Roma, in collaborazione con altri psichiatri romani (Antonio Bernabei, Benedetto Caliarì, Adele De Pascale, Paolo Girardi, Daniela Reginaldi, Rosanna Izzo, e Leonardo Tondo). Il centro era stato precedentemente un ambulatorio di psicologia e psichiatria fondato nel 1970 dallo stesso Athanasios e da Andrea Dotti, Alberto Gaston, Nicola Lalli e Paolo Pancheri. Sebbene abbia poi sempre vissuto a Roma, Athanasios non ha mai voluto diventare un cittadino italiano sostenendo che «i genitori o il luogo di nascita non si possono cambiare».

Athanasios è sempre stato interessato alla ricerca (principalmente auto-finanziata) e sin dall'inizio della sua carriera ha raccolto note dettagliate di ogni singola visita con i pazienti fino ai suoi ultimi giorni in studio. I risultati



anche in  
questo  
numero:

dedicato a Athanasios .....	4
letteratura e psichiatria .....	6
fare attenzione .....	8
aggiornamenti .....	10
appuntamenti .....	11

sono stati pubblicati nelle più importanti riviste psichiatriche internazionali.

Quando un paziente con disturbo bipolare, a seguito di un consulto con il Dott. Mogens Schou, migliorò sensibilmente con la terapia di sali di litio, Athanasios fece visita allo psichiatra danese ad Aarhus (sono rimasti amici – ma non sempre in accordo – fino alla morte di quest’ultimo) e divenne un sostenitore di questo trattamento in Italia. Già nel 1978 venne pubblicata (Kukopulos & Reginaldi, 1978) l’osservazione che i livelli plasmatici del litio erano più bassi durante la mania e ipomania e più alti durante la depressione ipotizzando una farmacocinetica oscillante del litio (Athanasios cambiò poi ufficialmente il suo cognome ‘Kukopulos’ per maggior aderenza alla trascrizione greca). Lo studio fu successivamente confermato (Kukopulos *et al.*, 1985).

Dopo l’osservazione di un elevato numero di pazienti provenienti da un paese della Sardegna ricoverati nel sua casa di cura, progettò uno studio epidemiologico. Per questo motivo, si recò ad Aarhus per discutere il progetto con il Prof. Erik Strömngren e iniziò la ricerca con i suoi collaboratori. La mancanza di finanziamenti esterni per questo ambizioso studio di comunità (tutti i pazienti venivano visitati gratuitamente) e la limitata partecipazione dei medici di base locali, sospettosi riguardo la finalità del progetto, bloccò la ricerca. Tuttavia, l’alta richiesta di consulenza psichiatrica proveniente da tutta l’isola portò nel 1976 alla fondazione del Centro Lucio Bini di Cagliari (in collaborazione con Maria Cantone, Gianfranco Floris, Paolo Laddomada, Gian Paolo Minnai, Gino Serra, Francesco Toccafondi e Leonardo Tondo).

Athanasios ha avuto intuizioni che hanno segnato la nostra disciplina. Quando la maggior parte dei disturbi psichiatrici con sintomi psicotici venivano diagnosticati come schizofrenia – soprattutto in Italia – lui riconobbe la loro appartenenza alla malattia maniaco-depressiva. E quando la depressione maggiore divenne il paradigma interpretativo dominante dei disturbi dell’umore, lui ipotizzò il primato della mania nella loro psicopatologia: «La mania è il fuoco della malattia, la depressione la sua cenere», era il suo aforisma. Questo fu uno dei suoi più importanti contributi alla ricerca empirica sui disturbi bipolari. La teoria ebbe le sue prime formulazioni nel 1973 con uno studio sulla prevenzione della depressione attraverso la soppressione di mania nel disturbo bipolare (Koukopoulos *et al.*, 2006), seguito da altri (Koukopoulos & Ghaemi, 2009), fornendo così una possibile spiegazione su come il litio eserciti la sua azione stabilizzante dell’umore e preventiva sulle ricadute maniacali e depressive.

Athanasios si concentrò sulle sequenze dei decorsi della malattia maniaco-depressiva identificandone uno con la mania seguita da depressione e un intervallo privo di malattia (MDI), uno con la depressione che precede mania e intervallo (DMI), e uno con cicli lunghi senza intervallo (CC, che non soddisfano i criteri per una rapida ciclicità). Scopri poi l’effetto benefico del trattamento con litio nel decorso del tipo MDI rispetto agli altri (Kukopulos *et al.*, 1980; Koukopoulos *et al.*, 2013). Capì anche il possibile contributo degli antidepressivi sulla diminuzione della risposta al trattamento profilattico con litio (Reginaldi *et al.*, 1981) e sul potenziale sviluppo di una rapida ciclicità (Kukopulos *et al.*, 1980; Tondo *et al.*, 1981; Kukopulos *et al.*, 1983; Koukopoulos *et al.*, 2003) particolarmente frequente nelle depressioni bipolari con un decorso tipo DMI.

Studio di psichiatri francesi e tedeschi come Falret,

Esquirol, Griesinger, Hecker, Kahlbaum e Kraepelin, osservò il contributo di alcuni temperamenti affettivi come stati premorbosi del disturbo bipolare (Koukopoulos, 2003). Ma i suoi primi maestri furono certamente Ippocrate e Aretæus. Durante un seminario clinico, criticò educatamente la relazione di uno psichiatra più giovane, ricordandogli che il potere di analisi clinica dei casi descritti da Ippocrate era dovuto al fatto che il maestro era, prima di tutto, un poeta: solo un poeta, infatti, poteva avere una comprensione profonda e vera delle malattie umane.

Era un uomo le cui non poche intuizioni – la maggior parte delle quali alla fine si è rivelata esatta – scaturivano dall’osservazione dei pazienti. Non si limitava a una sola linea di ricerca e dopo la pubblicazione dei suoi risultati dirigeva il suo interesse verso una nuova idea. Non appartenendo al mondo accademico, non aveva bisogno di molte pubblicazioni, che sarebbero state costose e avrebbero richiesto molto tempo. Tuttavia, il tema degli stati depressivi misti e agitati suscitò il suo interesse fin dai primi anni ‘90 a seguito dello studio della psichiatria tedesca del XX secolo. Egli sottolineò l’importanza dell’osservazione longitudinale della malattia maniaco-depressiva e quella dell’agitazione e della disforia che possono aumentare il rischio di suicidio (Sani *et al.*, 2011), stati che devono essere trattati in modo diverso da altri sottotipi di depressioni (Koukopoulos *et al.*, 1989; Koukopoulos & Koukopoulos, 1999; Benazzi *et al.*, 2004; Koukopoulos *et al.*, 2007). Recentemente criticò il DSM-5 per i criteri di inclusione della depressione mista da lui ritenuti erronei per la diagnosi. La pubblicazione che seguì è apparsa online il giorno stesso della sua scomparsa (Koukopoulos & Sani, 2013).

Athanasios ha istruito, influenzato e collaborato con tre generazioni di psichiatri italiani ed europei; a volte guardato con perplessità dal mondo accademico italiano, spesso invidioso dei suoi collegamenti internazionali e dei riconoscimenti che gli venivano tributati. Nel 2009 venne premiato con il “Lifetime Achievement Award” dalla *International Review of Bipolar Disorders* come riconoscimento internazionale per la sua ricerca nei disturbi bipolari, e nel 2012 la Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI) gli conferì il premio per la “Eccellenza nella Ricerca nella Psichiatria Clinica”.

La sua ricerca clinica è sempre stata empirica e basata sulla quantità innumerevole di pazienti personalmente visitati e curati. Athanasios era un forte sostenitore della formazione dei professionisti e dei pazienti e delle loro famiglie. A questo scopo, nel 1998, fondò Aretæus, un’organizzazione non-profit, dedicata alla formazione pubblica e professionale sul disturbo bipolare. Nei confronti dei pazienti ha sempre dimostrato profonda comprensione e compassione impegnandosi ad alleviare le loro sofferenze con dedizione e profonda umanità. Stava sempre al fianco dei pazienti dedicando loro tutto il tempo di cui avevano bisogno – a volte fino a tre ore senza aumento della parcella. Sempre a disposizione per consigli (il suo cellulare non era mai spento, «un salvavita nei momenti di crisi», era solito dire), ha destigmatizzato i pazienti e le loro famiglie informandoli sul loro stato patologico e spesso concordando le strategie di trattamento, in tempi in cui il rapporto medico-paziente era per lo più unidirezionale. Alcuni pazienti in condizioni difficili potevano essere invitati a casa sua per cena e talvolta anche in vacanza insieme al seguito di familiari e amici. I pazienti sono sempre stati benvenuti agli incontri internazionali che quasi ogni anno venivano organizzati da Aretæus, senza versare la quota di iscrizione. La diretta osservazione del loro stato clinico gli ha permesso di sviluppare linee guida personali

di strategie terapeutiche, in seguito accettate dalla comunità scientifica. Inoltre, il suo discernimento clinico e l’immensa esperienza lo hanno spinto a sottolineare l’importanza cruciale della terapia elettroconvulsivante (Koukopoulos *et al.*, 1977) senza alcun condizionamento da parte dell’industria farmaceutica o ideologie anti-scientifiche. In questo modo egli rendeva tributo al suo maestro, Lucio Bini, al quale aveva dedicato i due ambulatori di Roma e Cagliari. Egli sostenne anche la necessità di un trattamento convulsivante senza attendere il fallimento di altri, per abbreviare le sofferenze dei pazienti. Si oppose coraggiosamente a coloro che irrazionalmente volevano abolire quella terapia senza prendere in considerazione i dati scientifici su di essa. Per questo motivo fu l’ispiratore dell’Associazione italiana per la terapia elettroconvulsivante (AITEC), fondata nel 2010.

C’era qualcosa di profondo e misterioso ad animare la sua vita e la sua professione, una qualità difficile da definire. Athanasios aveva una visione etica e spirituale dell’esistenza, pur essendo ateo, e considerava sacri alcuni principi e sentimenti, a cominciare dall’amore e dall’amicizia. Questo abito mentale lo ha guidato nell’esplorare gli aspetti più segreti dell’animo umano. Chi lo ha incontrato è orgoglioso di aver conosciuto quest’uomo calmo, gentile e generoso, sempre educato ma combattivo e pieno di fuoco interiore. Anche il suo pensiero politico era moderato e pertanto si oppose attivamente alla dittatura greca nel corso degli anni 1967–74, tanto da diventare un membro di spicco del movimento di liberazione panellenico. Per anni non poté tornare in Grecia, dove sarebbe stato arrestato, e ospitò spesso i rappresentanti del movimento nella sua casa a Roma.

Athanasios ha sempre valorizzato i giovani ricercatori e promosso il dibattito, apprezzando la discussione, soprattutto con chi pensava diversamente da lui. Non ha mai abbandonato il suo dovere umano ed è rimasto al fianco dei suoi pazienti fino alla fine della sua vita.

Athanasios è deceduto per un cancro la mattina del 20 aprile nella sua casa di Roma, circondato dalla sua famiglia: la sua compagna di lunga data, Daniela Reginaldi e le loro due figlie, Alexia e Arianna, il figlio Harilaos e i suoi amatissimi quattro nipoti. Le sue ceneri (dopo tanto fuoco) riposano nel cimitero acattolico di Roma (conosciuto come Cimitero Protestante). ❖

*Daniela Reginaldi  
Alexia Koukopoulos  
Ross J. Baldessarini  
Gianni Faedda  
Giuseppe Fazzari  
Paolo Girardi  
Giorgio Kotzadilis  
Giovanni Manfredi  
Gian Paolo Minnai  
Michele Raja  
Gabriele Sani  
Gino Serra  
Leonardo Tondo  
e tutti gli amici e colleghi dell’associazione Aretæus  
e del Centro Lucio Bini di Roma e Cagliari,  
alcuni presenti nelle due foto scattate il 13 marzo 2013*

(a pag. 12 Riferimenti bibliografici)



A cosa pensare,  
di cosa disputare  
se la notizia  
dell'evento  
spezza il fiato,  
e mi informa  
che un amico che tanto  
aiuto mi ha prestato  
con la sua scienza,  
nell'arco di molti anni  
(e mai è stato mendace),  
è prossimo a morire?

Ogni cosa  
patita da me  
e capita da lui,  
e quel poco di sé  
che mi volle dire,  
in quel suo tono di voce echeggiante  
(com'è stato bello parlarsi),  
con quel suo sguardo sicuro  
e penetrante  
li terrò sempre con me  
come una sua continuazione.

Ora che il mio sentire  
intravede un precipizio,  
della vita,  
del suo cozzare  
contro un muro  
non riesco a dirlo,  
a coordinare l'animo  
con le parole.

Piuttosto  
è la morte,  
in cui non c'è niente  
da capire,  
che si annunzia ormai  
per una ennesima volta.

(Credo proprio a cominciare  
dalla fine dell'infanzia).

A quest'ora,  
in questo mese  
dell'anno,

assisto  
al dileguarsi  
della presenza  
dell'insostituibile amico.

Con lui se ne va  
tanta attualità,  
una sorta di ponte  
verso un mondo a me  
sconosciuto.

Non so in che maniera  
abbia voluto  
che avvenisse  
la sua sepoltura,  
forse in un suolo lontano,  
o con le ceneri gettate al vento,  
inafferrabili.

Lo saluto così  
e non so se  
qualcosa  
di eloquente  
comunque  
dalla pagina  
si stagli.

È dal mio fondo  
che pronuncio niente altro  
che un profondo,  
inalterato  
addio.

Nello spazio lasciato  
per un caro,  
inestinguibile,  
sentire,  
che accompagna  
una riflessione  
sull'inevitabile  
incontro  
con il dolore.

*Giovanni Piccioni*

Alberto Burri,  
Cretto, 1977

# Marcel Proust

## Un viaggio nel tempo attraverso la memoria

La grande stagione del romanzo ottocentesco nasce e si sviluppa all'insegna del realismo, movimento letterario che porta l'attenzione al mondo esterno, nella sua concretezza. L'Ottocento vive una grande fioritura di letteratura realistica a partire dai grandi narratori storici russi, francesi, italiani, con *Guerra e pace*, *I miserabili*, *I promessi sposi*: essi prendono in esame la realtà oggettiva dispiegando attraverso la varietà dei personaggi un mondo nella sua multiforme eterogeneità sociale e politica, ben ordinato e costruito secondo un assetto logico che offre al lettore un'idea dell'esistente, fondata sul vero.

Ma quando sulla scena culturale e scientifica si fa strada il pensiero di Sigmund Freud, la struttura del romanzo, e più in generale quella dell'arte (Picasso) come della stessa vita interiore, si frantuma e si modifica. L'arte ottocentesca viene messa in discussione mentre la cultura novecentesca che la sostituisce viene palesemente influenzata dagli studi freudiani. La psicoanalisi, volta a indagare i processi mentali, si rivolge ai fenomeni psichici operanti al di là della sfera della consapevolezza. L'inconscio si sottrae al controllo della volontà e della ragione per rivelarsi attraverso simboli nei sogni, nelle immagini, nelle emozioni del più lontano passato, sepolti nella profondità della memoria.

Gli scrittori del Novecento – in Italia Svevo, Pirandello, Gadda e in altri paesi europei, Thomas Mann, Proust, Kafka, Joyce e Musil, per citare solo i più grandi – introducono tecniche narrative nuove e diverse, come il monologo e il flusso di coscienza tendenti a riprodurre la vita interiore. È allora che, in modo disgregato, affiorano alla coscienza, immagini, percezioni, ricordi. Nel romanzo moderno, inoltre, muta l'esperienza del tempo, che si dilata; la dimensione cronologica della narrazione viene abbandonata per accogliere, e fondere, presente, passato, futuro.

Mentre nell'Ottocento (con Dostoevskij, per esempio) l'analisi psicologica è finalizzata a far emergere le caratteristiche del personaggio nel rapporto con la realtà, i romanzieri del secolo freudiano danno vita a meticolose descrizioni dei processi interiori legati al ricordo: un viaggio nel tempo attraverso la memoria.

Il ciclo complessivo della *Recherche* – composto da tredici volumi originari (oggi sette, nell'edizione italiana *Alla ricerca del tempo perduto* pubblicata da Einaudi) di tremila pagine complessive – ha inizio nel 1905, quando la morte della madre e

**“La Recherche è la grande opera di un malato, l'opera di uno scrittore che ha affidato alla malattia alcune delle più strazianti pagine del suo libro... e che ha incontrato più volte il legame indissolubile tra la malattia e la morte...”**

*Giovanni Macchia*

le pessime condizioni di salute fanno cadere Proust in una crisi profonda. Quella ricerca interiore ha termine nel 1922 con la stessa morte dell'autore, lasciando incompiuto il romanzo.

Abbandonati i salotti del raffinato ambiente parigino della Belle Époque, Proust si dedica esclusivamente a scrivere, la notte, senza uscire quasi più dalla stanza che ha fatto foderare di sughero e tiene costantemente chiusa per combattere

l'asma che lo affligge. “La Recherche – scrive il critico Giovanni Macchia – è la grande opera di un malato, l'opera di uno scrittore che ha affidato alla malattia alcune delle più strazianti pagine del suo libro... e che ha incontrato più volte il legame indissolubile tra la malattia e la morte...”. Marcel Proust (Parigi,

1871–1922) è l'espressione più alta della narrativa universale nata dagli studi freudiani.

I Proust sono una famiglia dell'alta borghesia. Il padre, medico di fama internazionale i cui rapporti col figlio sono affettuosi ma difficili, comincia presto a preoccuparsi non solo della sua salute fisica ma anche della morbosa intensità emotiva e dell'altrettanto morbosa affettività femminile. La madre di origine ebraica, donna colta e sensibile, amata sopra ogni cosa, rimarrà per Marcel il più saldo punto di riferimento, “...la mia unica consolazione quando salivo a coricarmi, era che la mamma sarebbe venuta a darmi un bacio...”. La morte del padre, e soprattutto quella della madre, muteranno radicalmente il corso della sua vita. L'esistenza dello scrittore, rinarrata a se stesso sull'onda della memoria, diviene una

costante ricerca del proprio passato nel tentativo di strappare al tempo, che tutto trasforma, almeno l'essenza ultima di ciò che ha vissuto. Ricercare nel passato non significa per lui ricordare fatti, persone, luoghi, ma cercare di rivivere sensazioni già provate, sperando in una nuova

immedesimazione. Il pensiero dell'autore emerge fin dalle prime righe. *L'io narrante* racconta in prima persona l'intera vicenda in cui mescola il presente, i ricordi del passato, parole, immagini, segni. Un'esistenza continuamente frammentata, scomposta e ricomposta in un multiforme mosaico. Un continuo flusso di coscienza dal quale erompono impulsi, emozioni, fantasie e in cui si annullano le barriere dello spazio e del tempo. Le tre diverse dimensioni temporali si frappongono continuamente, mentre il tempo perduto si alterna col tempo ritrovato, quel *temp retrouvé* nelle pagine più belle di questo capolavoro: “Ho lavorato solo la notte ma mi sarebbero state necessarie molte notti, forse cento, forse mille”.

Dall'episodio famoso della *madeleine* presente nel primo capitolo del primo volume, *Du côté de chez Swann* (trad. it. *La strada di Swann*), prende vita l'intero romanzo:

“Al mio ritorno a casa, mia madre vedendomi infreddolito mi propose di bere una tazza di tè... mandai a prendere uno di quei dolci corti e perfetti che si chiamano *pétites madeleines*... e subito mi portai alle labbra un cucchiaino di tè nel quale avevo lasciato cadere un pezzetto di *madeleine* ma nello stesso tempo in cui il liquido dove erano mischiate le briciole raggiunse il mio palato, io trasalii attratto da qualcosa di straordinario”. Il passato, inatteso, creduto perduto per sempre, ritorna, e il piccolo Marcel, che a Cambrai mangiava *madeleines* a volontà, riprende a vivere. L'olfatto e il gusto hanno

un ruolo fondamentale nella memoria: “Quando da bambino, la domenica andavo a darle il buon giorno, la zia Léonie mi offriva un tè caldo”.

Col mitico dolcetto francese si accompagna il flusso dei ricordi che dà inizio alla poetica freudiana dell'inconscio e della memoria e su questo ritmo si sviluppa l'intera *Recherche*. In questo stesso modo un profumo, un colore, un'atmosfera mettono in moto quella che Proust chiama “memoria involontaria” che, stimolata da un oggetto, fa riemergere tutto un passato che si credeva sepolto, dimenticato, smarrito. La realtà si forma allora nella memoria. In questo viaggio a ritroso egli ritrova episodi apparentemente insignificanti ma che acquistano importanza perché, riletti nel tempo, raccontano quanto abbiano condizionato la sua vita, i suoi incontri, le sue scelte.

Nel monumentale romanzo manca l'intreccio, l'ordine cronologico, la divisione in capitoli. Ma questa maestosa *cattedrale* è uno straordinario trattato sull'amore, l'amicizia, la gelosia, la nevrosi, la malattia, l'arte, il dolore. Insomma la vita nella totalità delle sue manifestazioni che, seguendo le mutevoli alterazioni della memoria, muove le divagazioni dell'io.

Nel riprendere in mano la *Recherche* dopo molti anni, per questo breve saggio, io stessa ho vissuto un momento proustiano. Ho vissuto quella che Proust avrebbe chiamato “intermittenza del cuore”, piccole resurrezioni dei nostri ricordi che fanno rivivere il tempo perduto. Ho ritrovato un foglietto ingiallito dagli anni firmato dallo stesso Proust che voglio trascrivere perché dopo tantissimi giorni e tantissime ore è tornato alla mia memoria l'episodio stesso che me lo fece rinchiudere fra le pagine della *Ricerca*. Allora non immaginavo di certo che avrebbe riportato in vita il perché della sua gelosa, attenta ma dimenticata custodia: “Il suo posto è immenso... Non disprezzate la cattiva musica popolare. Essa si suona e si canta molto più appassionatamente

della buona. A poco a poco si è riempita del sogno e delle lacrime degli uomini. Per questo vi sia rispettabile. Il suo posto è immenso nella storia sentimentale degli uomini. Il ritornello che un orecchio fine ed educato rifiuterebbe di ascoltare, ha ricevuto il tesoro di migliaia di anime e conserva il segreto di migliaia di vite di cui fu ispirazione, consolazione sempre pronta, grazia, amore”.

Anch'io, senza cercarlo, ho riscoperto, sopito nella memoria, un frammento del mio *tempo perduto*... ❖

*Paola De Gioannis*



# Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADD o ADHD) in età adulta

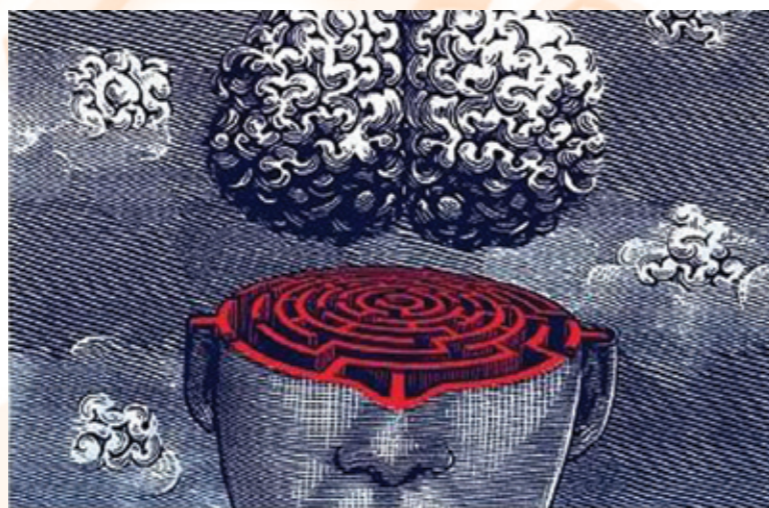
L'ADHD non è un disturbo circoscritto all'età infantile, ma la sua sintomatologia negli adolescenti e negli adulti è stata riconosciuta e diagnosticata soltanto negli anni Novanta. Dati attendibili sulla prevalenza dell'ADHD in età adulta non sono definitivi, ma le osservazioni di follow-up indicano una persistenza in circa il 30%-50% di adulti che avevano presentato il disturbo da bambini o adolescenti (Kordon & Kahl, 2004; Polanczyk & Rhode, 2007). In questo caso la prevalenza attesa dovrebbe essere di circa il 2%-4% (prevalenza in infanzia tra il 6%-10%), come confermato da uno studio che la fa attestare appunto intorno al 4% (Polanczyk & Rhode, 2007). Altri studi si sono focalizzati direttamente sugli adulti piuttosto che su studi retrospettivi e di follow-up. Uno di questi (Wood *et al.*, 1976) ha esaminato un gruppo di 15 adulti con una lunga storia di impulsività, disattenzione, irrequietezza, collera e labilità emotiva, e con diagnosi di *minimal brain dysfunction* (categoria diagnostica precedente a quella attuale di ADHD). I soggetti vennero trattati con metilfenidato (Ritalin™) con un miglioramento del 60% tanto da far concludere che "in alcuni individui le anomalie biologiche osservate nell'ADHD della fanciullezza continuavano in età adulta". I criteri diagnostici per l'ADHD nell'adulto, oltre a soddisfare quelli del disturbo nell'infanzia, includono anche le seguenti caratteristiche, una delle quali deve risultare significativa:

1. iperattività motoria persistente dalla fanciullezza;
2. deficit attentivo persistente dalla fanciullezza;
3. labilità affettiva;
4. incapacità a terminare i compiti;
5. temperamento eccitabile ed esplosivo;
6. relazioni interpersonali scadenti o incapacità a mantenere relazioni nel tempo;
7. impulsività;
8. insofferenza allo stress.

Si capisce pertanto la necessità di una diagnosi e di una terapia in quanto anche uno solo di questi sintomi può rappresentare un problema per il raggiungimento e il mantenimento di un buon funzionamento accademico, relazionale e sociale.

La terapia del disturbo in età adulta è simile a quella del bambino o adolescente: Ritalin™ in dosi variabili da 20 a 40 mg al giorno, oppure atomoxetina. In alcuni casi il trattamento può comportare un cambiamento in senso positivo non soltanto della vita lavorativa ma anche di quella relazionale e affettiva, tutti ambiti in cui diventa più presente un senso di stabilità. Inoltre il trattamento può avere ragione delle manifestazioni di dipendenza (alcol, sostanze illecite) presenti in circa il 50% delle persone con disturbo attentivo in età adolescenziale e adulta. 🍀

Leonardo Tondo



## forum ADHD-marijuana

Dr. 1

Due miei pazienti hanno usato marijuana per molto tempo. Ambedue per curare pensieri affollati, difficoltà di mettere a fuoco e problemi di sonno secondari ai sintomi. Entrambi avevano presentato iperattività infantile. Uno dei due preferirebbe non usare marijuana. Mi chiedo se questa sostanza possa essere adatta a trattare un sottostante disturbo di attenzione con iperattività.

Dr. 2

Anch'io ho avuto pazienti che automedicavano il loro ADHD con marijuana. Per esempio, una mia cara amica di 62 anni con un chiaro ADHD dell'adulto che prende 20 mg di metilfenidato (Ritalin™), spesso usa marijuana per sentirsi più concentrata quando è alle prese con un progetto importante. Ai miei pazienti che fanno uso di marijuana chiedo se si sentono più confusi, come accade la maggiorparte delle volte, o più concentrati.

Dr. 3

Seguo molti pazienti con dipendenza da marijuana, una storia di ADHD o di sintomi che gli somigliano; l'uso della *cannabis* provoca disfunzioni neuropsicologiche. Non sono in grado di distinguere i pazienti i cui sintomi dell'ADHD sono causati dalla *cannabis* da quelli che ne soffrono dall'infanzia, ma dico a tutti i pazienti che se vogliono migliorare, devono sospendere l'uso della sostanza. Vi è chiara evidenza di pericolo, nonostante sotto l'effetto di marijuana è possibile sentirsi particolarmente brillante.

Dr. 4

D'accordo con Dr. 3 che la *cannabis* stimola i sintomi dell'ADHD. Non credo ai racconti dei pazienti su un

miglioramento dei sintomi, ma li considero dei tentativi di razionalizzare il loro comportamento per non doverlo sospendere.

Dr. 5

Tutti commenti molto interessanti. Come sappiamo, un tossicodipendente razionalizzerebbe tutto per alimentare la sua dipendenza. D'accordo con Dr. 3, la *cannabis* deve essere sospesa.

Dr. 2

D'accordo con Dr. 5. Questo forum è molto interessante. Vorrei chiarire il mio pensiero precedente. Credo che la marijuana effettivamente possa trattare alcuni sintomi dell'ADHD, e non soltanto quelli ansiosi, e credo anche che non sia usata dai pazienti con ADHD come parte di una dipendenza o abuso. In questo sono in disaccordo con alcuni colleghi, da cui peraltro imparo cose importanti. In ogni caso non raccomanderei mai l'uso di marijuana per trattare un ADHD. Il rapporto costo-beneficio (cognitivo, di dipendenza, polmonare) verso la ben conosciuta sicurezza degli stimolanti (nonostante le informazioni mediche) è ovviamente a favore di questi ultimi. Penso però che sia un interessante dato aggiuntivo sul possibile effetto della *cannabis* sull'ADHD.

Dr. 6

L'affermazione di Dr.2, che la marijuana effettivamente possa trattare alcuni sintomi dell'ADHD e non soltanto quelli ansiosi e che non sia usata dai pazienti con ADHD come parte di una dipendenza o abuso, suggerisce altre domande e corollari, assumendo che esista un singolo processo centrale nell'ADHD. Dovremmo anche considerare che la dipendenza da marijuana è differente da quella da eroina o nicotina. Mi chiedo se la dose di marijuana possa essere regolata in modo che si possano trarre benefici senza intossicazione, se magari esista una variante o sottotipo di pazienti con ADHD che non si intossicano o se magari possano essere immuni dalla dipendenza. Come si può dire se la marijuana si usa per i sintomi sopra descritti e non

semplicemente per "sentirsi su"? Ci sono studi sul miglioramento delle prestazioni o sulla normalizzazione basata su *imaging* funzionale? Vorremmo che un paziente con ADHD fosse alla guida mentre usa marijuana? Però ricordiamoci che quando si parla della sicurezza degli stimolanti, questi includono anche metamfetamina (non in Italia, ndr).

Dr. 7

Dr. 6, sono interessato a quello che sostieni a proposito della necessità di considerare che la dipendenza da marijuana è differente da quella da eroina o nicotina. A quali aspetti della dipendenza diversi da quelli della marijuana ti stai riferendo? Desiderio? Perdita di controllo? Difficoltà a smettere? Astinenza? Effetti indesiderati?

Lo chiedo perché una delle cose che cerco di capire è la

sovrapposizione neurobiologica tra dipendenza da *cannabis* e altre sostanze e dipendenza di altro genere che non include sostanze.

Dr. 6

Dr. 7, intendevo che con la marijuana non si vede l'intensa sindrome da astinenza da alcol/nicotina/oppiacei e forse neanche l'assuefazione. Potrebbe essere più come l'alcol che molti usano senza diventare dipendenti. La marijuana al mattino potrebbe essere paragonata al bicchiere di vino la sera, mentre tutti quelli che usano nicotina diventano dipendenti. Sul *craving* non sono sicuro. Perdita di controllo? Meno che con altre sostanze, ma sembra verificarsi. Difficoltà a sospendere? Molto comune nei miei pazienti, anche se molti che hanno fatto uso anche di altre sostanze hanno poi sospeso. Sugli effetti collaterali abbiamo bisogno di più studi, perché quelli attuali non sono così affidabili come per alcol o tabacco. Secondo me, molta della mitologia riguardo alla marijuana dipende dalla sua proibizione.

Dr. 8

Potrebbe aiutare a chiarire la discussione il fatto che il DSM-IV parla di Abuso e Dipendenza da *cannabis*.

Dr. 6

Non credo che i criteri per abuso/dipendenza da *cannabis* differiscono da quelli per altre sostanze e stanno diventando vecchi.

Dr. 9

Colleghi, dalla mia prospettiva di chitarrista negli anni '60 in un gruppo rock, con una estesa esperienza nel campo, trovo che molte delle opinioni esperte sulla marijuana sono solo voci di poca importanza. Sono basate su 'studi' che forniscono solo un tipo di informazione, ma dimenticano quei pazienti che dormivano mentre erano oggetto di studio, cioè quelli che usavano marijuana. I pazienti mentono ai loro medici, li manipolano attraverso il loro narcisismo, dicono loro quello che questi vogliono sentirsi dire, rinforzando così alcune delle teorie qui proposte. Sono anche poco convinto della categoria diagnostica dell'ADHD e la considero una dimensione che va dalla persona normale con qualche stranezza a quella molto disfunzionale. Magari cerco il pelo nell'uovo, ma mi pare che stiamo parlando di sintomi più che di diagnosi. In ogni caso, i sintomi sono spesso soggetti all'immaginazione dei pazienti, corredate da varie descrizioni e con un tentativo di prevaricazione sul medico. Sono tuttavia colpito dall'ampia diversità di opposte opinioni illuminate o conclusive, molte offerte con assoluta certezza, non diverse dalla presentazione di casi nel prestigioso istituto dove ho studiato. Osservando gli esperti in quasi completo disaccordo su diagnosi e indicazioni di trattamento, spesso con una tendenza alla competizione accademica, sono sempre più convinto che i miei professori del mondo reale ne sapevano ben poco. E molto meno di me su sesso e droghe. La sola cosa di cui sono certo è che non c'è nulla che io possa aggiungere per risolvere in modo decisivo le questioni sollevate. 🍀

## Disturbi dell'umore e malattie autoimmuni: una nuova strada?

Una delle principali funzioni del sistema immunitario è quella di difenderci dal *non self* includendo in tale categoria batteri, virus e parassiti. L'organizzazione del sistema e la descrizione delle malattie autoimmuni è molto complessa e non è scopo di tale articolo una loro dettagliata descrizione. Limitandoci pertanto a una sintesi, possiamo dire che il sistema immunitario è costituito da linfociti B che producono gli anticorpi, linfociti T, che attaccano direttamente le cellule bersaglio, e da tutta una serie di mediatori immunologico-infiammatori chiamati citochine (es. Interferon, Interleuchine, TNF, ecc.). Nelle malattie autoimmuni il sistema immunitario perde la tolleranza verso il *self*, i componenti del proprio organismo ovvero gli autoantigeni, attaccandoli tramite la produzione di autoanticorpi.

Le malattie autoimmuni si possono classificare in:

1. organo specifiche che colpiscono esclusivamente un organo o apparato, tipico esempio il Diabete di Tipo 1;
2. non organo specifiche, p. es. il Lupus eritematoso sistemico (LES), caratterizzate da lesioni che possono colpire ogni organo ed apparato;
3. intermedie, colpiscono un singolo organo ma producono autoanticorpi anche verso altri organi, p. es. l'Artrite reumatoide.

Negli ultimi anni numerosi studi hanno evidenziato un legame tra malattie autoimmuni e disturbi dell'umore. In particolare un recentissimo articolo ha dimostrato un'associazione tra malattie autoimmuni, malattie infettive e disturbi dell'umore.<sup>1</sup> Lo studio è stato condotto in Danimarca su circa 3,5 milioni di abitanti prescelti dai registri della popolazione civile. I dati sono quindi stati incrociati con i registri psichiatrici ospedalieri mentre per le malattie infettive sono stati utilizzati i dati del registro ospedaliero nazionale (più o meno come il controllo istituito di recente sui nostri conti correnti bancari e non). I pazienti sono quindi stati "monitorati" retrospettivamente dal gennaio 1977 al dicembre 2010. I disturbi dell'umore sono stati classificati in disturbi affettivi bipolari, unipolari e altri.

Tra le tante malattie autoimmuni sono state considerate 30 di esse (tra le più frequentemente riscontrate la Retto-colite ulcerosa, l'Artrite reumatoide, la Psoriasi, l'Ipertiroidismo, la Sclerosi multipla). Infine dieci malattie infettive, rappresentate, per la maggior parte, quelle a carico delle vie respiratorie, gastroentericali, urogenitali. Di estremo interesse i risultati, statisticamente significativi. Si evidenzia nelle malattie infettive un rischio relativo per disturbi dell'umore dell'1,63% e nelle malattie autoimmuni dell'1,57 per cento. Tuttavia l'aspetto più rilevante è che l'esposizione contemporanea alle due patologie, infettiva ed autoimmune, è sinergica portando il rischio relativo al 2,35 per cento. Considerando isolatamente il disturbo bipolare, il rischio relativo è quasi analogo (1,61% nelle malattie infettive, 1,25 nelle malattie autoimmuni).

Esistono varie ipotesi patogenetiche che spiegherebbero tali legami. Tra le più accreditate l'incremento dei marcatori dell'infiammazione, tra cui le citochine dette in precedenza, che grazie alla loro azione permeabilizzante sulla barriera emato-encefalica, raggiungerebbero più facilmente l'encefalo influenzando varie vie metaboliche compresa quella serotoninergica. Alcune citochine, somministrate in animali sani inducono condizioni depressive ed isolamento sociale. Altre ricerche hanno evidenziato che l'associazione di farmaci anti-infiammatori con antidepressivi avrebbe un effetto sinergico. Sono in corso numerosi studi aventi come scopo una migliore comprensione dei meccanismi di associazione tra tali patologie.<sup>2-3</sup>

Alla luce delle nuove evidenze epidemiologiche, eziopatogenetiche e cliniche quale ricaduta pratica si potrebbe ipotizzare? A tale proposito sono utili alcune considerazioni. Caratteristiche peculiari delle malattie autoimmuni sono l'ereditarietà, la predominanza nel

sesso femminile e l'elevata prevalenza in Sardegna, come noto, di Diabete e Sclerosi multipla, ma non solo queste. Fondamentale quindi un'accurata anamnesi familiare, condotta dallo psichiatra, che indaghi sulla loro presenza. Talora il paziente giunge allo psichiatra già con la diagnosi di malattia autoimmune, ma non sempre accade. Sarebbe quindi necessario indagare non solo sulla familiarità con i disturbi dell'umore ma anche con patologie autoimmuni, p. es. Celiachia, Diabete di tipo 1, Tiroidite di Hashimoto, ecc., considerando che differenti patologie autoimmuni possono manifestarsi in famiglia: la malattia autoimmune è semplicemente il comune denominatore.

Spesso le malattie autoimmuni decorrono in maniera inizialmente asintomatica, subclinica, in cui il disturbo dell'umore potrebbe anche essere il solo sintomo spia o iniziale, come nella Tiroidite di Hashimoto, nel LES (dove esistono casi di Lupus caratterizzati dall'autoanticorpo chiamato anti Proteina P-ribosomiale tipicamente associato a disturbi psicotici)<sup>4</sup> o la Celiachia. Solo per citare le più frequenti, ma l'elenco sarebbe più lungo.

Passando alle malattie infettive è importante appurare se sono state la causa di eventuali ricoveri ospedalieri (epatiti infettive, trattamento con Interferon), ma non sempre sono causa di ospedalizzazione. A tale proposito sarebbe quindi utile, alla prima visita, che il paziente porti con sé eventuali accertamenti clinici, con particolare riferimento agli esami di laboratorio. Potrebbero emergere diverse patologie. Dal potenziale lunghissimo elenco citiamo per brevità le seguenti: Mononucleosi infettiva (accertato fattore slatentizzante una malattia autoimmune), Toxoplasmosi, infezioni da Citomegalovirus o da altri virus Herpes, infezioni streptococciche, sindromi influenzali di lunga durata trattate con antibiotici, sindromi gastroenteriche, infezioni delle vie urinarie (con uroculture ripetutamente positive). In conclusione, saranno necessari ulteriori studi per stabilire le basi fisiopatologiche che associano disturbi dell'umore e malattie autoimmuni. Le attuali conoscenze tuttavia dovrebbero già indurre lo psichiatra a tenerle nella giusta considerazione e, in caso di forte sospetto clinico e con la collaborazione del medico curante, a porre in essere gli accertamenti clinici del caso.<sup>5</sup> ♥

Marco Liguori

Dirigente medico

con incarico ad alta specializzazione in autoimmunità  
Azienda ospedaliera "G. Brotzu", Cagliari

### Note bibliografiche

- 1 Benros ME, Berit L, Waltoft BL, Nordentoft M, Østergaard SD, Eaton WW, Krogh J, Mortensen PB. *Autoimmune Diseases and Severe Infections as Risk Factors for Mood Disorders A Nationwide Study Jama Psychiatry*. Published online June 12, 2013, www.jamapsych.com
- 2 Leboyer M, Soreca I, Scott J, Frye M, Henry C, Tamouza R, Kupfer D. *Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease?* J Affect Disord. 2012; 141: 1-10.
- 3 Najjar et al. *Neuroinflammation and psychiatric illness*. Journal of Neuroinflammation 2013; 10: 43.
- 4 Liguori M, Musso M. *Gli anticorpi anti-proteine ribosomiali in Tozzoli R, Bizzaro N, Villalta D, Tonutti E, Il Laboratorio nelle Malattie Reumatiche Autoimmuni*. S.E. Esculapio, pp. 217-221.
- 5 Jacobs DS, DeMott WR, Oxley DK. *Laboratory Test Handbook*. 2004. Lexi-Comps, 3rd Edition.

### Lectture consigliate

Abbas-Lichtman-Pober, *Immunologia Cellulare e Molecolare*. 2002 Padova, Piccin.  
Betterle C, *Le Malattie Autoimmuni*. 2001 Padova, Piccin.

International Congress – Psychotic and Mood Disorders in DSM-5

Manila, 21 giugno 2013

Alexia Koukopoulos

- *Antidepressants in mood disorders: the case for caution*
- *Antidepressants in psychotic disorders*

Gabriele Sani

- *Psychotic and mood disorder in the DSM 5*
- *Treatment of treatment-resistant psychotic and mood disorders*
- *Why antipsychotics are useful in the treatment of mood disorders*

11th World Congress of Biological Psychiatry

Kyoto, 23-27 giugno 2013

Leonardo Tondo, Ross J. Baldessarini, Gustavo Vázquez

- *Use of antidepressants in bipolar disorders: benefits and risks*

Guidelines e Best Practices negli interventi per gli esordi: guida al riconoscimento ed al trattamento precoce dei disturbi psichici

Lecce, 5 luglio 2013

Paolo Girardi

- *La reattività allo stress negli esordi: un link tra neurobiologia e ambiente*

Focus in neuropsichiatria dell'età evolutiva

Catania, 18-19 luglio 2013

Gabriele Sani

- *Il trattamento farmacologico nei disturbi affettivi in età evolutiva: dalla depressione maggiore allo spettro bipolare*

V Congresso Iberoamericano de Trastornos del Animo  
Asociacion Argentina de Trastornos del Humor (ASATHU)

Buenos Aires, 25-26 luglio 2013

Leonardo Tondo

- *Perdite e separazioni precoci e sviluppo funzionale nei disturbi dell'umore*

Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention & Tagung der International Group for the Study of Lithium (IGSLi) Treated Patients  
(Convegno autunnale della Società tedesca per la Prevenzione del Suicidio & Convegno dell'IGSLi)

Dresda, 6-8 settembre 2013

Leonardo Tondo

- *Historical Notes on Suicide*

## Riferimenti bibliografici

- Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. *Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression)*. Eur Psychiatry 2004; 19: 85–90.
- Koukopoulos A. *Ewald Hecker's description of cyclothymia as a cyclical mood disorder: its relevance to the modern concept of bipolar II*. J Affect Disord 2003; 73: 199–205.
- Koukopoulos A, Ghaemi SN. *The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders*. Eur Psychiatry 2009; 24: 125–134.
- Koukopoulos A, Girardi P, Proietti R, Gaston A. Considerazioni diagnostiche e terapeutiche sulla depressione agitata come uno stato affettivo misto. Italiano. Minerva Psichiatr. 1989; 30: 283–286.
- Koukopoulos A, Koukopoulos A. *Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia*. Psychiatr Clin North Am. 1999; 22: 547–564.
- Koukopoulos A, Reginaldi D, Tondo L, Visioli C, Baldessarini RJ. *Course sequences in bipolar disorder: depressions preceding or following manias or hypomanias*. J Affect Disord 2013; in press.
- Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Minnai GP, Girardi P, Pani L, Albert MJ, Reginaldi D. *Duration and stability of the rapid-cycling course: a long-term personal follow-up of 109 patients*. J Affect Disord 2003; 73: 75–85.
- Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Albert MJ, Girardi P, Tatarelli R. *Endogenous and exogenous cyclicality and temperament in bipolar disorder: review, new data and hypotheses*. J Affect Disord 2006; 96: 165–175.
- Koukopoulos A, Sani G. *DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression*. Acta Psychiatr Scand. 2013 Apr 19.
- Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Manfredi G, Pacchiarotti I, Girardi P. *'Melancholia agitata' and mixed depression*. Acta Psychiatr Scand 2007; 115(Suppl.433): 50–57.
- Koukopoulos A, Caliarì B, Tundo A, Minnai G, Floris G, Reginaldi D, Tondo L. *Rapid cyclers, temperament, and antidepressants*. Compr Psychiatry 1983; 24: 249–258.
- Koukopoulos A, Minnai G, Müller-Oerlinghausen B. *The influence of mania and depression on the pharmacokinetics of lithium. A longitudinal single-case study*. J Affect Disord 1985; 8: 159–166.
- Koukopoulos A, Reginaldi D. *Variations of serum lithium concentrations correlated with the phases of manic-depressive psychosis*. Aggressologie 1978; 19: 219–222.
- Koukopoulos A, Reginaldi D. *Does lithium prevent depressions by suppressing manias?* Int Pharmacopsychiatry 1973; 8: 152–158.
- Koukopoulos A, Reginaldi D, Tondo L, Bernabei A, Caliarì B. *Spontaneous length of depression and response to ECT*. Psychol Med 1977; 7: 625–629.
- Koukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, Floris G, Serra G, Tondo L. *Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment*. Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol. 1980; 13: 156–167.
- Reginaldi D, Tondo L, Floris G, Pignatelli A, Koukopoulos A. *Poor prophylactic lithium response due to antidepressants*. Int Pharmacopsychiatry. 1981; 16: 124–128.
- Sani G, Tondo L, Koukopoulos A, Reginaldi D, Kotzalidis GD, Koukopoulos AE, Manfredi G, Mazzarini L, Pacchiarotti I, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Girardi P, Tatarelli R. *Suicide in a large population of former psychiatric inpatients*. Psychiatry Clin Neurosci 2011; 65: 286–295.
- Tondo L, Laddomada P, Serra G, Minnai G, Koukopoulos A. *Rapid cyclers and antidepressants*. Int Pharmacopsychiatry 1981; 16: 119–123.

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, fondata nel 1999, è un'organizzazione senza fini di lucro (onlus) 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.



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: Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Pamela Bruni, Paolo Caliarì, Paola Cimbolli, Giorgio De Cesare, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Paolo Decina, Vittorio Digiacomoantonio, Paolo Girardi, Rosanna Izzo, Alexia Koukopoulos, Giovanni Manfredi, Maurizio Pompili, Gabriele Sani, Rosa Maria Sollazzo.

A Cagliari: Leonardo Tondo, Gianfranco Floris, Maria Cantone, Simonetta Giagheddu, Carmen Ghiani, Beatrice Lepri, Eugenio Mangia, Jessica Mari, Simona Mercenaro, Marco Murtas, Maria Grazia Rachele, Enrico Perra, Marilena Serra, Caterina Visioli, Barbara Zedda.

A New York: Gianni Faedda, Nancy Austin, Ngaere Baxter, 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*

Grafiche Pisano (Cagliari)

info@grafichepisano.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:

**Roma**

Via Crescenzio 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