

editoriale

## Il gene "liberal"

Neuroscienziati Fowler (Università della California a San Diego) e Christakis (Università di Harvard) avrebbero identificato un gene attivo nella trasmissione del neurotrasmettitore dopamina che, per le associazioni spiegate nel loro studio, è stato subito battezzato il "gene liberal". L'articolo, che è stato pubblicato sull'ultimo numero del *Journal of Politics*, sostiene una predisposizione genetica alla ideologia politica: di per sé non rappresenta una grandissima novità per gli addetti ai lavori, ma in questa ricerca è coniugata ad alcuni comportamenti sociali.

Si potrebbe obiettare che il *journal* che ha ospitato lo studio sia poco autorevole. Invece si tratta di una pubblicazione di tutto rispetto nel campo delle scienze politiche, che ospita argomenti di ricerca teorica e nuove metodologie in politica, relazioni internazionali e amministrazione pubblica. Lo studio è basato su interviste a un gruppo di 2000 adolescenti seguiti per molti anni riguardo alla loro salute e alle loro abitudini sociali. La ricerca ha evidenziato la presenza di una variante (denominata 7R) del gene DRD4 in chi, da adulto, è diventato *liberal*, con quel significato tutto statunitense di democratico progressista.

Gli individui con una forte espressività del gene tendono a essere interessati a esperienze nuove e inusuali (per loro) che

## Il disturbo borderline di personalità

Così come gli uomini, di cui «si compiange o si rispetta la fortuna», anche le parole hanno una sorte da «godere o sopportare» (Giuseppe Manno, *Della fortuna delle parole*, 1832). Se questo è vero in generale, è straordinariamente vero in psichiatria, dove sembra che la bontà di un'idea, di un concetto o di una pratica sia spesso legata alla buona sorte del suo nome. Così vediamo la caduta in disgrazia del termine "melancholia", da sinonimo della grande depressione endogena nel mondo classico a specificatore della depressione nel sistema DSM, e la conseguente fine della stessa nella mente, ancor prima che nella diagnosi, degli psichiatri. Oppure lo sfortunato nome, "elettroshock", che ha condizionato il destino di una fortunata terapia, come riconosciuto dallo stesso Cerletti. O, ancora la grande diffusione che ha raggiunto il nome di "schizofrenia", con un immediato e duraturo aumento della relativa diagnosi, dopo che nel 1908 Bleuler l'ha proposto in sostituzione della *Dementia praecox* krapeliniana.

Tra i termini che hanno riscosso grande successo nella letteratura psichiatrica vi è quello di "borderline". Nonostante sia stata mossa l'accusa di essere solo un aggettivo elusivo (Akiskal et al., 1986) e di "non aver alcun significato clinico e descrittivo" (Millon, 1981), questo termine permea la letteratura dei disturbi di personalità. La grande adattabilità di questa parola è stata descritta come *Humpty-Dumptyism* (dal personaggio di Lewis Carroll Humpty Dumpty che, nel celebre dialogo del romanzo *Attraverso lo specchio e quel che Alice vi trovò*, diceva: "Quando uso una parola, essa significa esattamente ciò che io voglio che significhi, né più né meno"). Questo non fa che contribuire a dimostrare la debolezza epistemologica. Il termine *borderline* è stato originariamente utilizzato per descrivere i pazienti che non erano chiaramente

possono aumentare il loro livello di dopamina, provando provare loro più piacere e, di conseguenza, facilitando l'acquisizione dello stesso comportamento. Un eccesso di questo gene potrebbe trovarsi in persone impulsive, eccitabili, stravaganti che perdono facilmente la calma. Chi, invece, presenta una bassa espressività del gene tenderebbe a seguire pedissequamente le regole, essere rigido, leale, stoico o frugale. La tendenza all'apertura verso gli altri, si sa, è una caratteristica comune al liberalismo. In proposito, uno dei ricercatori, il dottor Fowler, spiega: «Abbiamo ipotizzato che gli individui con una predisposizione genetica alla ricerca di nuove esperienze tenderanno a essere più facilmente liberal, ma soltanto se si trovano in un contesto sociale che fornisce loro una molteplicità di punti di vista», aggiungendo che «l'affiliazione politica non è basata soltanto sul tipo di esperienza

(continua a pagina 12)

anche in questo numero:

|   |    |
|---|----|
| Il ruolo dei geni nel disturbo bipolare ..... | 4  |
| appuntamento .....                            | 6  |
| poesie .....                                  | 7  |
| il racconto .....                             | 8  |
| con parole mie .....                          | 10 |

classificabili come nevrotici o psicotici e che non rispondevano alle classiche terapie psicoanalitiche. Il termine stesso, che significa caso limite o a margine, era entrato anche in italiano per descrivere le cosiddette "sindromi marginali", che non erano schizofrenia, ma qualcosa di molto vicino. Infatti, sotto di esso sono stati inclusi pazienti in modo diverso etichettati dai diversi clinici come, ad esempio, personalità come-se (Deutsch, 1934), schizofrenia ambulatoriale (Zilboorg, 1941), disturbo preschizofrenico (Rapaport, Gill e Schafer, 1945/46), schizofrenia latente (Federn, 1947), schizofrenia pseudonevrotica (Hoch e Polatin, 1949), e schizofrenia borderline (Kety, Rosenthal, 1968). Nel 1967, Kernberg descrisse quello che lui stesso chiamò l'organizzazione borderline di personalità, che egli riteneva fosse una struttura caratteriale stabile, e propose una lista di criteri operativi che includevano ansia, nevrosi polisintomatiche, devianze sessuali manifeste, discontrollo degli impulsi e incapacità a tollerare le frustrazioni e dal 1968 il termine venne applicato a pazienti che non erano considerati appartenenti allo spettro schizofrenico. In un articolo pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry*, 1978, John Gunderson del McLean Hospital descrisse le caratteristiche dei pazienti con disturbo borderline di personalità: basso grado di coinvolgimento, impulsività, gesti suicidari manipolativi, affettività accresciuta, moderate esperienze psicotiche, intolleranza alla solitudine, relazioni strette disturbate. Gunderson entrò nella commissione del DSM-III (1980) contribuendo in modo sostanziale all'organizzazione diagnostica dei disturbi di personalità.

Da allora i disturbi di personalità sono stati diagnosticati su un asse separato dagli altri disturbi mentali. Originariamente il rationale per i disturbi di Asse II era quello di assicurare che questi fossero presi in considerazione nella valutazione complessiva del sistema a 5 assi. Nel DSM-III-R (1987) furono posti in Asse II quei disturbi che esordivano durante la fanciullezza o l'adolescenza e persistevano in forma stabile, senza esacerbazioni o remissioni, durante l'età adulta. Il rationale per i disturbi di Asse II cambiò ancora nel DSM-IV (1994), ritornando in qualche modo a quello del DSM-III: assicurare che fosse presa in considerazione la possibile presenza di disturbi di personalità, che potrebbe essere altrimenti trascurata quando l'attenzione è diretta ai disturbi di Asse I. Nonostante questi cambiamenti nel rationale per i disturbi di Asse II, la definizione dei disturbi di personalità nel DSM-IV e nel DSM-IV-TR continua a riflettere la visione tradizionale di disturbi duraturi e stabili nel tempo.

Quanto sin qui brevemente riportato mette in luce la difficoltà, se non la vera e propria confusione, che circonda i disturbi di personalità in generale, e il disturbo borderline di personalità (DBP) in particolare. L'approccio ateoretico, descrittivo del DSM, dalla sua III edizione in poi, non è riuscito a fornire chiarezza e uniformità, neanche sul piano clinico. Nel tentativo di ordinare i disturbi di personalità, si è deciso di raggrupparli in gruppi

superiori (cluster) sulla base di caratteristiche cliniche comuni. Il DBP, insieme a quelli antisociale, narcisistico e istrionico, fa parte del Cluster B, che raggruppa i disturbi di personalità caratterizzati da un comportamento drammatico, emotivo e imprevedibile.

Nonostante ciò, l'eterogeneità clinica del DBP è assoluta. Basti pensare che, seguendo i criteri diagnostici attuali, cioè prendendo almeno 5 dei 9 criteri elencati, e applicando i criteri del calcolo combinatorio relativamente alle probabilità totali ( $\sum$  di  $C_{n,k} = n!/k!(n-k)!$  dove  $n=9$  e  $k$  varia da 5 a 9), vi sono ben 256 quadri clinici qualitativamente diversi tra loro che corrispondono alla diagnosi di DBP. La mancanza di un fenotipo omogeneo e di un costrutto nosologico basato sull'evidenza rende ragione dei risultati inconcludenti e contraddittori degli studi.

Quel che si sa sul DBP è il prodotto di osservazioni cliniche aspecifiche e di retaggi delle primarie teorie psicoanalitiche. La

hanno evidenziato come il temperamento ciclotimico e il DBP possano descrivere quadri clinici ampiamente sovrapponibili. I criteri moderni per identificare il temperamento ciclotimico, resi operativi da Akiskal, comprendono una costante e rapida alternanza di umore di opposto segno (depressione ed euforia), e di condizioni opposte: introversione ed estroversione, aumentato e ridotto bisogno di sonno, protratto silenzio e loquacità eccessiva, pianto e riso, anergia e aumentata energia, apatia e desiderio di fare, rallentamento del pensiero e assoluta rapidità, nitidezza e acume del pensiero, bassa ed eccessiva autostima, tristezza ed ottimismo. La lability emotiva, l'impulsività, la tendenza alla noia, l'incostanza sono tratti caratteristici di questo temperamento. Come conseguenza di ciò, la vita di questi pazienti è spesso costellata da numerosi, e non sempre positivi, eventi: molteplici tumultuosi amori, improvvisi colpi di fulmine e repentine separazioni, frequenti cambi di lavoro, non rari problemi con la giustizia. Inoltre, la comorbidità nell'arco della vita con i disturbi d'ansia (in particolare con il disturbo di panico-agorafobia), la bulimia nervosa, il disturbo dismorfofobico, l'abuso di alcool o di sostanze e i disturbi di personalità di cluster C (ansioso) e cluster B (drammatico), è pressoché la regola. Un'ampia percentuale di queste persone potrebbe rispondere ai criteri diagnostici per il DBP. Questi pazienti "ciclotimici-borderline" mostrano un'iperreattività a molti stimoli psicologici (rifiuto, separazione, fallimenti) e fisici (luce, droghe), e una bassa soglia di sopportazione delle frustrazioni e dello stress. Il discontrollo degli impulsi, spesso causa di problemi legali, può essere spiegato alla luce di questa marcata reattività dell'umore.

Alcuni autori di grande esperienza nel campo, tendono a ridimensionare la componente affettiva nel DBP, riconoscendo un maggior poter eziologico e patogenetico agli abusi fisici ed emotivi cui questi pazienti sono stati sottoposti durante l'infanzia. Non è inverosimile ipotizzare che questi pazienti abbiano una predisposizione temperamentale di tipo ciclotimico su cui precoci fattori patogeni fisici, chimici e ambientali hanno condotto allo sviluppo di quel quadro clinico che

oggi corrisponde al costrutto teorico di DBP. In un recente studio, è stato evidenziato come il fattore "personalità labile" (lability dell'umore, frequenti sentimenti di disapprovazione, reattività eccessiva, impulsività, sentimenti di inadeguatezza, difficoltà nello stare con gli altri, disforia) sia proprio un tratto caratteristico dei pazienti ciclotimici e caratterizzi le cosiddette "depressioni ciclotimiche" che danno origine a un particolare tipo di bipolari di tipo II detti BP II½ (Akiskal e Pinto, 1999). Sono proprio gli stati depressivi che si manifestano in soggetti con temperamento o disturbo ciclotimico a essere facilmente inquadrate come DBP. Queste persone, in effetti, sviluppano quadri affettivi cosiddetti "misti", caratterizzati dalla coesistenza di sintomi depressivi ed eccitativi, ragione della grave instabilità emotiva e umorale e della frequente disforia e agitazione. I

grandi pianti, la lability dell'umore, l'impulsività e la reattività emotiva inducono i clinici a diagnosticare il DBP, soprattutto negli uomini. Inoltre, episodi affettivi di pazienti con intensa emotività e reattività nervosa sono spesso scatenati da fattori esterni, ma la sottostante lability dell'umore determina, in una certa percentuale di casi, un'elevata frequenza di episodi spontanei, fino a giungere alla ciclicità rapida o ultra rapida. Questi pazienti, frequenti soprattutto tra i giovani adolescenti, vengono spesso diagnosticati come affetti da DBP.

Sempre a livello clinico, abbiamo dati fortemente discordanti per quello che dovrebbe essere la caratteristica più accettata e condivisa del DBP: la stabilità a lungo termine. Nonostante, per definizione, il DBP dovrebbe essere stabile e duraturo nel tempo, i due maggiori studi sul decorso dei disturbi di personalità, indicano una percentuale di remissione del DBP dell'88% a dieci anni e del 66% a sei anni. Più che un decorso stabile e continuo, sembra uno ciclico e remittente molto simile a quello dei disturbi dell'umore, forse differente per prognosi.

Anche sul trattamento non si hanno idee chiare. Tutti gli autori concordano che una psicoterapia sia di grande aiuto ai pazienti con DBP. Tra le varie psicoterapie prese in considerazione, quella che sembra essere più efficace è la Terapia comportamentale dialettica, anche se l'entusiasmo iniziale è stato in parte ridimensionato. Le altre psicoterapie valutate, sia di stampo cognitivo (Schema-focused therapy, STEPPS) sia di stampo dinamico (Terapia basata sulla mentalizzazione e la Psicoterapia basata sul transfert), seppur promettenti, hanno dato i risultati discordanti. Ma è nella terapia farmacologica che regna la confusione. Nonostante sia raro vedere

un paziente con diagnosi di DBP senza un antidepressivo, non esistono dati evidenti sulla loro efficacia. Antipsicotici tipici e atipici e anticonvulsivanti possono avere un ruolo nel trattamento del paziente particolarmente agitato, instabile e impulsivo, ma gli studi si riferiscono a piccoli campioni e sono incoerenti. Non esistono studi controllati sugli stabilizzatori dell'umore.

**Gli individui con disturbo borderline di personalità riferiscono costanti sensazioni di solitudine, di vuoto e di rabbia. I loro rapporti, intensi e instabili, sono caratterizzati da comportamenti di svalutazione, manipolazione, dipendenza e negazione.**

L'unico studio sul litio non ne ha mostrato una certa efficacia clinica. La regola, sebbene non supportata da alcuna evidenza scientifica, è il continuo cambiamento delle medicine o una politerapia aggressiva. (Va notato che è esattamente quello che accade con i pazienti bipolari cosiddetti resistenti, cui si è fatto cenno in precedenza).

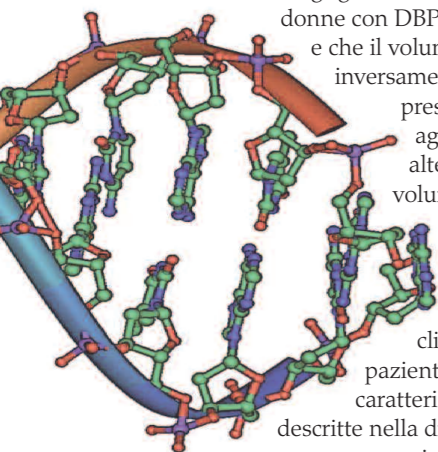
Considerata tale confusione clinica, da alcuni decenni si sta cercando di dare maggiore uniformità e chiarezza al DBP attraverso studi neurobiologici. I risultati sino a ora ottenuti sono, anche qui, deboli e, spesso, contraddittori. Si prendano ad esempio gli studi effettuati sul sistema neurotransmittitoriale più indagato in questo campo, quello serotoninergico. Si è evidenziato una diminuzione di un metabolita della serotonina, l'acido 5-idrossiindolacetico (5-HIAA), nel liquido cefalorachidiano (LCR) dei pazienti con diagnosi di DBP con comportamenti suicidari e aggressività impulsiva. Ma l'associazione tra aggressività e *suicidality* (la somma dei comportamenti suicidi, l'ideazione, la pianificazione e i tentativi di suicidio) e decremento di 5-HIAA nel LCR è trans nosografica, come lo è anche l'alterazione della funzione serotoninergica. Inoltre studi di genetica molecolare hanno riscontrato una maggior frequenza dell'allele S del polimorfismo per la regione promoter del



principale caratteristica è la paura e l'inaccettabilità di essere soli. Tipicamente questa paura determina quei marker comportamentali quali il ripetitivo coinvolgimento in atti autolesionisti, l'abuso di sostanze, la promiscuità e altre azioni disperate e impulsive. Gli individui con disturbo borderline di personalità riferiscono costanti sensazioni di solitudine, di vuoto e di rabbia. I loro rapporti, intensi e instabili, sono caratterizzati da comportamenti di svalutazione, manipolazione, dipendenza e negazione. A volte essi possono vivere esperienze percettive simil-psicotiche, dissociative o paranoide. In sintesi, la definizione del DBP nel DSM-IV si riferisce a condizioni caratterizzate da "instabilità emotiva persistente" e da una "eccessiva reattività dell'umore". Tali quadri sono tutt'altro che specifici. Alcuni autori

trasportatore della serotonina (5-HTTLPR) nei pazienti con DBP e nelle donne bulimiche ad alto rischio di DBP. Questi dati, tuttavia, non sono stati confermati. Inoltre quel che si sa è che l'allele S del 5-HTTLPR dovrebbe aumentare la concentrazione di serotonina a livello della fessura intersinaptica, dando luogo a livelli più bassi di trascrizione del trasportatore. Questo dato sembra in contraddizione con i risultati neuroendocrini prima ricordati.

Studi di neuro immagini, hanno evidenziato da tempo come la corteccia prefrontale, e in particolare la corteccia orbito-frontale e l'adiacente corteccia ventro-mediale con il giro del cingolo anteriore, giochi un ruolo centrale nella regolazione dell'aggressività. Ovviamente molte pubblicazioni hanno rilevato alterazioni sia strutturali, anche se non confermate da studi più ampi, sia funzionali, con alcuni autori che hanno raggiunto risultati opposti, nelle strutture della corteccia prefrontale dei pazienti con diagnosi di DBP. Ancora, è stata notata una riduzione del volume della materia grigia a livello ippocampale in pazienti



donne con DBP che hanno ricevuto traumi e che il volume dell'ippocampo è inversamente proporzionale alla presenza di comportamenti aggressivi *lifetime*. Le alterazioni ippocampali volumetriche sono aspecifiche e riscontrabili in altre patologie in relazione alle suddette dimensioni. Tutto ciò detto, ogni clinico sa che esistono pazienti "difficili", che hanno caratteristiche simili a quelle descritte nella diagnosi di DBP e che sono una vera e propria sfida, su ogni fronte. Ma la categoria del DBP non porta nessun ausilio diagnostico, terapeutico e prognostico. Spesso diventa una "diagnosi rifugio" per il medico frustrato dai continui fallimenti terapeutici e uno stigma, sinonimo d'incurabilità, cronicità e "psicopatia", per i pazienti obiettivamente ostici da trattare. Per superare l'inutile pantano della diagnosi categoriale e avere una precisa e comprensiva descrizione del profilo clinico e personologico del paziente (fondamentale per porre una diagnosi corretta e impostare una terapia adeguata), è stato da più parti proposto di utilizzare una classificazione dimensionale degli esistenti costrutti diagnostici. Una fondamentale revisione dell'esistente nomenclatura consisterebbe nell'integrare la classificazione dei disturbi di personalità con il modello dimensionale predominante della struttura generale della personalità, il modello a 5 fattori (*Five-Factor Model*, FFM). Il FFM comprende cinque ampi domini del funzionamento generale della personalità: stabilità emotiva vs nevroticismo, estroversione vs introversione, apertura vs chiusura all'esperienza, condiscendenza vs antagonismo, consapevolezza vs irresponsabilità. Sarebbe auspicabile eliminare le diagnosi categoriali dei disturbi di personalità e dedicare l'Asse II un approfondimento psicologico (o ancor meglio psicopatologico) dei disturbi riscontrati in Asse I. Ciò porterebbe, a mio avviso, non pochi vantaggi clinici.

La situazione è, tuttavia, ancora lungi dall'esser risolta se è vero, come sembra, che il ritardo dell'uscita del DSM-V (o DSM-5) sia proprio da attribuire alle difficoltà di collocazione e di diagnosi dei disturbi di personalità.

Gabriele Sani

Ospedale Sant'Andrea, Università 'La Sapienza', Roma

# Il ruolo dei geni nel disturbo bipolare

Il disturbo bipolare (DB) è una malattia psichiatrica ad andamento cronico caratterizzato dall'alternarsi di episodi depressivi e maniacali. Secondo i più recenti studi, la prevalenza del disturbo nella popolazione generale si situa attorno al 2 per cento.

Numerosi studi hanno evidenziato come il DB abbia una forte componente genetica. I figli di genitori affetti da DB hanno un rischio da 10 a 15 volte più alto di sviluppare la malattia rispetto a quelli di genitori che non presentano questa diagnosi. Alcuni figli possono ereditare per fenomeni casuali (stocastici) parte del corredo genetico (genoma) dei genitori in cui sono contenuti i geni di suscettibilità (o di rischio) per il disturbo. Questo quadro, che descrive così sinteticamente i meccanismi dell'ereditarietà nel DB, è notevolmente differente nelle malattie cosiddette monogeniche, in cui un gene è in effetti necessario e sufficiente affinché un determinato carattere si manifesti (ad esempio la fibrosi cistica o la talassemia). Questi caratteri vengono definiti "mendeliani" (da Gregor Mendel, il monaco agostiniano ceco che teorizzò per primo le leggi descrittive i meccanismi genetici che regolano la trasmissione dei caratteri).

Il DB è da un punto di vista genetico una malattia complessa, multigenica e multifattoriale. Ovvero più fattori genetici non sono sufficienti da soli a determinare l'espressione della malattia, ma fungono da terreno predisponente alla comparsa del disturbo, conferendo una particolare vulnerabilità dei sistemi biochimici, neurotrasmettitoriali e neuroendocrini del Sistema Nervoso Centrale (SNC). L'interazione di questi fattori genetici di vulnerabilità con specifici fattori ambientali determina la manifestazione della malattia.

Alla luce di queste evidenze, nel corso degli anni la ricerca scientifica ha sviluppato e messo in atto diverse strategie sperimentali per lo studio e l'identificazione dei geni di suscettibilità del disturbo bipolare. Un primo approccio consiste nella cosiddetta analisi di *linkage* che implica lo studio genetico di famiglie in cui il disturbo si manifesti (segreghi) in diversi membri. Questa analisi porta all'identificazione di segmenti del genoma che vengono condivisi dai membri affetti della famiglia. Successivamente si procede a restringere la regione identificata effettuando degli studi di associazione caso-controllo, nei quali cioè il genoma dei soggetti affetti (casi) e sani (controlli) viene analizzato e comparato. Se un gene (o più geni), e in particolare se loro specifiche versioni (alleli), in prossimità o all'interno della regione identificata dal *linkage*, sono più frequenti nel gruppo di casi, può essere dichiarata la presenza di associazione statistica con la malattia. Questo stesso disegno sperimentale è oggi alla base degli innovativi studi di associazione caso-controllo a livello del genoma (in inglese *genome wide association studies* o GWAS) in cui fino a due milioni di varianti geniche (mutazioni) vengono analizzate e paragonate tra affetti e non affetti. Infine, una volta identificato il gene e la sua specifica versione (allele) che si associa alla malattia, è fondamentale comprendere quale sia l'azione biochimica che viene regolata o, nel caso della mutazione patogena, alterata da esso. Quest'ultima tappa dell'analisi molecolare è soprattutto finalizzata a identificare bersagli per nuove terapie farmacologiche.

Tuttavia, nonostante gli enormi progressi tecnologici compiuti dalla ricerca negli ultimi dieci anni, le basi genetiche del DB non sono state completamente chiarite e la quasi totalità dei geni identificati fino ad oggi esercitano un effetto minimo sul rischio di sviluppare il disturbo.

Perché?

Uno dei problemi fondamentali incontrati dai ricercatori è

l'eterogeneità del DB, ovvero soggetti caratterizzati da una stessa diagnosi di DB possono differire notevolmente nella manifestazione clinica della malattia. Per fare un esempio, secondo il *Manuale Diagnostico DSM-IV-TR* la diagnosi di episodio maniacale deve essere fatta dallo psichiatra se, su un totale di sette sintomi, almeno tre o più sono presenti. Come facilmente deducibile, potenzialmente due soggetti con stessa diagnosi di episodio maniacale possono non avere sintomi in comune. Inoltre, accanto a questa variabilità *interindividuale* ne esiste anche una *intraindividuale* e longitudinale: ovvero in una stessa persona, durante il decorso clinico della malattia si possono avere manifestazioni cliniche molto diverse.

Questi aspetti ovviamente rendono complessa l'armonizzazione della diagnosi e conseguentemente possono rendere complicata la ricerca ed eventualmente l'identificazione di geni di suscettibilità.

Una possibile soluzione può venire da una delle terapie più efficaci nel DB: il litio. All'incirca il 30% dei soggetti trattati con il litio mostrano una risposta completa alla terapia; non presentano cioè nuovi episodi di malattia. Inoltre la risposta al litio sembra essere familiare, suggerendo la presenza di meccanismi più specifici di trasmissione ereditaria di questo carattere. Questo ha portato i ricercatori a ipotizzare che il DB con risposta al litio sia una variante distinta del DB, più omogenea e probabilmente con un'organizzazione genetica peculiare. È evidente quindi che, nel tentativo di ottenere una riduzione della complessità del DB e nel cercare di individuare sottotipi del disturbo che possano aiutare a identificarne le basi genetiche, la risposta al litio acquisisce un ruolo fondamentale.

Partendo da questi presupposti, numerose linee di ricerca hanno analizzato la presenza di associazione tra diversi geni candidati e la risposta al litio con risultati fino ad ora non conclusivi. Parte del problema sta nella difficoltà di raggiungere una numerosità del campione sufficiente per riuscire ad avere un potere statistico adeguato all'identificazione dei geni di rischio. Recentemente diversi centri di ricerca nel mondo si sono uniti in un consorzio internazionale, denominato Consorzio per Genetica del Litio (ConLiGen; [www.conligen.org](http://www.conligen.org)) che ha lo scopo di identificare: 1) i geni che possono influenzare la risposta al litio; 2) i geni di suscettibilità per il DB, dato che tutti i soggetti analizzati (circa 1450 ad oggi) presentano questa diagnosi. L'approccio utilizzato è quello del GWAS, precedentemente descritto, e i risultati di queste analisi saranno pronti nell'estate di quest'anno.

*Il futuro*

A oggi è già possibile vedere concretamente l'applicazione delle moderne tecnologie di sequenziamento del genoma: grazie al progresso delle metodiche sperimentali è possibile ottenere l'intero codice genetico di un individuo a costi non più proibitivi. Questa metodica di analisi molecolare offre prospettive inimmaginabili fino a pochi anni fa, consentendo infatti, per prima cosa, la scoperta di nuove mutazioni rare non identificabili con le precedenti metodiche, e secondariamente di valutare l'intero impatto dell'informazione genetica sul rischio di sviluppare una malattia. L'utilizzo di queste tecniche è ovviamente per ora confinato alla ricerca scientifica, ma è verosimile che il rapido calo dei costi le renderà validi strumenti diagnostici completamente implementati nei sistemi sanitari nazionali come test di routine (5-10 anni). Sarà quindi possibile ottenere i dati del proprio genoma dal sequenziamento e averli digitalizzati in specifici chip contenenti anche le informazioni

cliniche (decorso della malattia, esami di laboratorio, ecc.). Specifici algoritmi analizzeranno unitamente i dati clinici e genetici del paziente fornendo previsioni sul possibile decorso della malattia e soprattutto sulla probabilità di rispondere o meno alle terapie o di sviluppare effetti avversi con determinati farmaci.

Per quanto nell'ambito della psichiatria possa sembrare ancora lontano dalla realtà, questo scenario è già in parte una realtà in alcuni campi della medicina come l'oncologia. L'avvento della medicina personalizzata in psichiatria non è forse così lontano. ❖

Mirko Manchia

fellow, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia (Canada)

## Bibliografia di riferimento

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised 4th ed.). Washington, DC; 2000.
- Baldessarini RJ, Tondo L. *Does lithium treatment still work? Evidence of stable responses over three decades*. Arch Gen Psychiatry. 2000 Feb;57(2):187-90.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication*. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64:543-52.
- Squassina A, Manchia M, Del Zompo M. *Pharmacogenomics of mood stabilizers in the treatment of bipolar disorder*. Hum Genomics Proteomics. 2010 Aug 3;2010:159761.
- Strachan T, Read AP. *Human Molecular Genetics*. 3rd edition. New York: Wiley-Liss; 1999.
- Sito web <http://www.conligen.org/>





**Roma, 4-6 aprile**

**The 11° European Bipolar Forum from the International Review of Bipolar Disorders**  
 Presidente: Athanasios Koukopoulos

- Paolo Girardi: *Prodromes of bipolar disorder.*
- Athanasios Koukopoulos: *The rhythm of bipolar disorder.*
- Gabriele Sani: *Rapid cycling course of bipolar disorder.*
- Giulio Serra: *A naturalistic study on antimanic and mood stabilizing effect of memantine in treatment-resistant bipolar disorders.*

**Cordoba (Argentina), 5-6 maggio**

**IV Jornadas Iberoamericanas de Trastornos Afectivos**

- Leonardo Tondo: *El suicidio en una dimension historica.*

**Simposio internazionale – Roma, 19-21 gennaio 2012**  
**Il decorso del Disturbo Bipolare e il ciclo maniaco-depressivo**

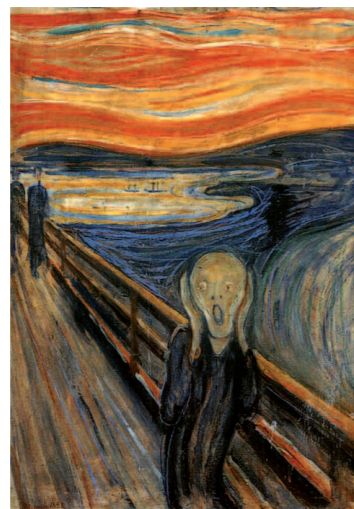
*The course of Bipolar Disorder and the manic-depressive cycle*

**Primo Annuncio**

Malgrado i numerosi progressi nella diagnosi e nella terapia delle varie forme cliniche del disturbo bipolare compiute negli ultimi anni, i risultati terapeutici, specie quelli a lungo termine, sono spesso deludenti. Troppi pazienti non rispondono alle terapie e soffrono a lungo di fasi depressive e di stati misti senza fine. Il numero delle ricadute risulta in aumento come pure il numero dei suicidi e delle pensioni di invalidità civile per disturbi dell'umore.

Esistono cause generali che contribuiscono a questi esiti negativi, primo di tutti l'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti, che non solo scatena la malattia ma rende inefficace qualsiasi terapia. Un altro fattore importante è il cambiamento dello stile di vita, particolarmente le abitudini del sonno. Oggi le persone, specie i giovani, vanno a dormire molto più tardi che in passato. Anche l'eccessivo uso di sostanze stimolanti come il caffè, il tè e la coca cola scatenano la malattia in persone predisposte e vanificano gli effetti delle terapie.

Una causa rilevante è riscontrabile anche nelle carenze attuali della clinica delle malattie dell'umore. Queste carenze sono altrettanto determinanti per l'esito negativo delle terapie. Una delle più importanti è l'abbandono dello studio del ciclo maniaco-depressivo.



Attualmente, i singoli episodi del disturbo bipolare vengono presi in considerazione e trattati separatamente, senza considerare che tutte e due le fasi di polarità opposta e l'intervallo – dove esiste – costituiscono una unità organica, come W. Grisinger e J. P. Falzet avevano intuito. Curare una fase senza tenere conto di quella che l'ha preceduta e di quella che seguirà rende vane, spesso dannose, le nostre terapie. È vero che le attuali cure stabilizzanti dell'umore pongono rimedio, in molti casi, a questa negligenza; ma spesso così non è, specie nei casi che spontaneamente tendono a ricadute frequenti.

Gli esperti in questo campo esporranno in questo simposio le più recenti conoscenze e la loro applicazione nella terapia e nella profilassi, mentre altri presenteranno e discuteranno le nuove

terapie che sono state introdotte negli ultimi anni.

In questo simposio saranno invitati a parlare eminenti psichiatri di fama internazionale come F. K. Goodwin, J. K. Jamison, G. B. Cassano, J. Angst, H. S. Akiskal, A. Marneros, N. S. Ghaemi, L. Tondo, G. Perugi, Andrea Fagiolini, S. Frangou, F. Centorrino e molti altri.

*Segreteria organizzativa Tradevent International S.r.l.*  
 Via Franco Sacchetti, 78 – 00137 Roma  
 tel. 06 87201490 – 06 87201514 – fax 06 87201506  
 info@tradeventinternational.it – www.tradevent.it

**Londra, 19-20 maggio**  
 presso lo **Psychiatry King's College**  
**Conference on the Legacy of Channi Kumar Perinatal Psychiatry in the 21st Century**

- Alexia Koukopoulos, Leonardo Tondo, Adele C. Viguera, Daniela Reginaldi, Beatrice Lepri, Ross J. Baldessarini, Maurizio Pompili, Paolo Girardi: *Major affective episodes in pregnancy and postpartum: 2252 pregnancies in women with mood disorders.*

**Roma, 10 giugno**

**Depressione ed eccitamento: il Disturbo Bipolare nella pratica clinica, assessment e trattamento**

- Athanasios Koukopoulos: *Primato della mania nel ciclo maniaco depressivo.*
- Gabriele Sani: *Stati misti.*
- Leonardo Tondo: *Depressione bipolare.*

**Beirut (Libano), 27-28 ottobre 2011**

**Burning Issues in Psychiatry**  
 Co-Chairs: Elie Karam, Elie Hantouche

- Athanasios Koukopoulos: *Mixed depression in the DSM-V.*

**Interno-mente**

Prendere una palla di niente  
 e scagliarla contro il cielo  
 per poi seguire il volo  
 di un me stesso morente  
 Precipitarsi in mare  
 ad inseguire un astro  
 e rendersi cieco contro il dolore  
 che infittisce  
 sempre più la mente  
 Così mi sono perso  
 in una droga  
 che mi ha ridotto a niente

**Ridotto**

Mente la mia mente  
 mi nasconde quel che so  
 Frena il mio cammino  
 vuole che schiavo sia  
 Dimentica la scienza  
 non spezzare la catene  
 Perditi in quei segni  
 che conosci ma non sai  
 Invano frughi le note  
 le pagine tutto tacciono  
 Nulla più trapela  
 di quello che sai  
 e non vuoi dire

**Schermo**

Poter ingabbiare i miei pensieri  
 ed ancorarli a me  
 in modo che nessuno mi sfugga  
 Io,  
 loro padrone geloso  
 libero di camminare  
 senza più renderne conto  
 a nessuno che a me,  
 dei miei pensieri  
 E liberarmi poi  
 di loro  
 proprio come gli altri  
 ed abbellirli  
 o distruggerli  
 anche renderli vani  
 purché solo di me  
 compagni,  
 i pensieri  
 E potermi rivolgere,  
 e dire  
 non era mio  
 Così negarli,  
 quei pensieri

**Malinconia**

Il fascino della malinconia  
 Lascia mute le emozioni  
 rapite dalla solitudine della sera.  
 Note senza suoni  
 degli ultimi raggi di fuoco  
 occhieggiano  
 tra le alberate chiome  
 per fare entrare la luna  
 che aspetta  
 le carezze delle stelle.  
 vorrei parlare al mio cuore,  
 descrivere queste emozioni.  
 Lasciatemi parlare...  
 prima che il mattino  
 illumini le strade  
 ed io non sarò più sola.

**La follia**

La follia  
 fa cessare di vivere  
 le ombre  
 impestano la mente  
 ti sollevano  
 dalla realtà della vita  
 l'anima  
 sprofonda nell'inferno  
 mentre lotta  
 per riemergere dal fango  
 poi ti svegli  
 nell'alba  
 di un dì sereno  
 e ti sembra  
 di essere appena nata.  
 La luce  
 che prima era grigia  
 la vedi  
 splendere d'oro.

*Maria Ausilia Ambu*

# In fondo al giorno

Fu a Roma che me ne accorsi. Davanti allo specchio del bagno illuminato da un faretto centrale, terminavo di truccarmi quando vidi sul labbro una goccia di sangue, piccola e brillante. Da dove era venuta fuori? La asciugai con un fazzoletto di carta e non ci feci più caso. L'archivio era già aperto. Gli editori sono esigenti e restavano soltanto tre settimane per consegnare l'ultima parte del libro. La stanza della pensione era mal illuminata ma la fermata della metropolitana stava là a due passi. Dovunque erano sparsi appunti, libri e agende. Controllai la borsa, scelsi qualche fotocopia, entrai nel bagno per spegnere la luce e di sfuggita diedi un ultimo sguardo allo specchio. Eccola! La piccola goccia di sangue era nuovamente là. Mi avvicinai alla finestra, tirai fuori dalla borsa lo specchio e osservai le labbra. Cos'era? Avevo fretta, non potevo star dietro a quella goccia brillante, testarda, ma pur sempre minuscola. La tamponai con la cipria coprendo il forellino dal quale veniva fuori e non ci pensai più. Di corsa raggiunsi la fermata della metro.

A Cagliari, dal mio medico, ebbi la sorpresa. La gocciolina era nuovamente al suo posto. Il dottore inforcò gli occhiali, scelse tra i suoi ferri una lente speciale, mi fece spostare sotto una luce diretta e senza preamboli disse:

– È cancro.

Cominciò in questo modo una brutta storia che durò molti anni.

oooooooooooooooooooo

L'aereo atterrò in una fresca mattina di giugno. L'appuntamento era fissato per il pomeriggio successivo ma raggiunsi subito l'ospedale. La gente si avvicinava allo sportello. Incontrai il chirurgo la mattina stessa e, al di là delle mie speranze di risolvere il problema ambulatoriamente, disse che mi avrebbe ricoverata d'urgenza. Era il terzo ricovero. Quell'uomo, visibilmente preso più da se stesso che dalla persona che gli stava davanti, mi era piaciuto poco.

Mentre mi sottoponevo alle analisi, nonostante il mio corpo avesse già subito diversi insulti, venni afferrata dall'ansia. A mezzogiorno mi fu assegnato il letto numero ventidue. Infilai la vestaglia e cominciai ad attendere per la chiamata in sala operatoria. Mi accorsi soltanto allora che i letti erano tutti occupati. Quelle donne lottavano con un tumore ma controllavano la paura, raccontavano di sé e volevano sapere della mia isola. Accanto a me una donna molto anziana sorrideva, raccoglieva i capelli candidi in una treccia che appuntava sulla nuca e le sue mani erano lunghe e curate. Durante la notte la sentii muoversi, mi accorsi che si era alzata e

girava per la stanza, poi ne uscì e poco dopo rientrò.

– Elisa! – mi guardò come se non mi conoscesse. Sono Annalena, hai bisogno di qualcosa?

– Non trovo la porta del bagno.

Il bagno stava davanti a lei! La presi sottobraccio e l'accompagnai, poi le rimboccai la coperte. Tentò di parlare:

– ...Volevo dirti... – ma non poté terminare la frase perché non le riuscì di ricordare che cosa mai potesse essere. Ne fui turbata. La vecchiaia non aveva niente di bello. Era una tempesta che falcidia e distrugge, una deriva senza ritorno. Lo spirito diventa ostaggio del corpo contro il quale combatte quotidianamente la sua battaglia. La spinta a fare le cose che abbiamo amato è forte, la capacità di provare emozioni è ancora viva, ma il corpo lentamente si disfa. Allora i desideri si staccano uno ad uno e l'estraneità al mondo si allarga ogni giorno di più.

**Accanto a me una donna molto anziana sorrideva, raccoglieva i capelli candidi in una treccia che appuntava sulla nuca e le sue mani erano lunghe e curate.**

La mia amica Maria non mi lasciava sola un momento, dalla pensione raggiungeva a piedi l'ospedale tutte le volte che erano consentite le visite. Eravamo molto legate fin da bambine. Sdrammatizzava con le parole che solo lei riusciva a inventare nei momenti difficili, ma leggevo la preoccupazione nei suoi occhi. Quando tutto era stato detto, parlavamo con lo sguardo.

La mattina dell'intervento mi svegliai presto. Come una gelatina viscosa, l'ansia si incollò addosso. L'infermiera comunicò l'ordine degli interventi. Avrei dovuto essere operata nel primo pomeriggio. Avrei preferito il mattino perché l'attesa sarebbe stata più breve, ma la decisione del chirurgo non si discuteva. Maria arrivò prestissimo, non le fu concesso di entrare in camera e ci sedemmo in corridoio. In silenzio, una accanto all'altra, osservammo come assenti ciò che accadeva intorno a noi. Fui chiamata in stanza.

– Infilati questo – disse sbrigativamente la caposala e mi consegnò un camice sterile, verde e sottile. – Tocca a lei.

– Come?

– Ci sono stati dei problemi e due pazienti sono state rinviate al pomeriggio.

Quando riaprii gli occhi, il chirurgo era scomparso e vidi chino su di me un viso brutto e sconosciuto.

– Dove sono?

– È tutto finito, adesso ti porto su. – Non ho più rivisto quell'uomo che, in un lavoro ripetitivo nel dolore, era ancora capace di dolcezza.

Maria attendeva davanti all'ascensore. Mi accompagnò in camera. Notai che la mano di Elisa, fissata alla flebo, era gonfia e bluastra.

– Mi operano stasera. Come è andata Annalena, hai sofferto?

oooooooooooooooooooo

La luce di un sole già estivo filtrava attraverso la persiana accostata. Mi era impossibile parlare. La ferita cominciava a sanguinare e il dolore a farsi più forte. Maria era stata allontanata. Dentro gli ospedali, il dolore si affronta da soli. Fissai il soffitto bianco e come tante altre volte, lo riempii di immagini.

Quando si imbecca l'oscuro tunnel della malattia – la grande nemica – quando il corpo diventa il padrone dell'anima, ogni sussulto sprigiona l'angoscia prima ancora del dolore. La stagione della grande paura era arrivata. La morte è una inevitabile parte della vita. Ancora mi stupivo al ricordo di quanto naturalmente mia madre fosse scivolata nella morte. È con la malattia che il povero, fragile, effimero corpo diventa estraneo e nemico. Cosa nasconde? Cosa c'è in agguato per strapparti prima ancora della vita, la voglia stessa della vita? Soltanto una parte del tuo corpo è di volta in volta oggetto di attenzione o di indagine, il resto, e soprattutto la tua anima, non conta. Il tentativo di superare questa frattura somiglia allo sforzo disperato dello schizofrenico che tenta di ricomporre il suo mondo disgregato. E poi c'è la scienza medica sottilmente settoriale, specialistica e talvolta ideologica a rompere l'unità stessa dell'esistenza. Il medico possiede il potere assoluto di porre fine al tuo male. Se quest'uomo manca di umanità, diventi dipendente, diseguale, tollerato, qualche volta umiliato. Non sempre è facile rimanere persona in presenza di un medico. Il suo occhio non vede in te che un corpo malato.

Mi tornò alla mente quando per i dolori alla colonna che si erano fatti insopportabili, mi fu consigliato di vedere uno psichiatra: – Lui potrà aiutarti, i dolori si faranno più accettabili. – Ma dopo soli pochi mesi dall'assunzione di un farmaco di cui non mi fu spiegato nulla, la mia colonna fu costretta a sopportare un peso per lei pericolosissimo. – Dottore – gli chiesi una mattina – ma questo farmaco modifica il mio peso, io non posso, la mia colonna non sopporta neppure un solo grammo di più.

– Assolutamente no – replicò – aumenta soltanto il desiderio dello zucchero.

Ma di lì a poco, l'ortopedico si rifiutò di seguirmi: – Se va avanti così – disse, contrariato e

con durezza – la sedia a rotelle è dietro l'angolo.

Perché in psichiatria stenta a diventare norma ciò che in oncologia è ormai decollato? Perché si devono assumere farmaci di cui non sappiamo nulla? Non è un nostro diritto sapere cosa sta capitando al nostro corpo?

Senza volerlo (forse era l'anestesia che se ne andava) mi ritrovai a fare un bilancio. Non mi ero mai sottratta alla vita e ogni volta avevo trovato la forza di andare avanti. Il soffitto era popolato di immagini, ma una prevaleva su tutte. Vedevo me stessa.

Questo era l'ultimo pezzo di vita, quel poco che rimaneva in fondo al giorno.

– Annalena – mia sorella era arrivata – come ti senti?

Sistemò le coperte, e decisa, chiese una fiala contro il dolore.

Elisa era appena scesa, l'avevano proprio allora portata giù.

oooooooooooooooooooo

Il sole stava scivolando via in un cielo alto e solenne come la bianca cupola del Vaticano.

L'ultima sera volli rivedere San Pietro che non vedevo, sebbene Roma mi fosse familiare,

da molti anni. Il largo portone era già chiuso. La gente era poca, qualche negozio di oggetti sacri ancora illuminato. Mi colpì la pulizia, il silenzio, i palazzi eleganti, i portoni con le grosse borchie in ottone perfettamente lucidate, le portinerie che sembravano spuntare da un tempo ormai andato. Una grossa macchina tutta bianca e lucida ritirava le scatole di cartone lasciate fuori dalle porte dei negozi. Ad un tratto inciampai. Una donna avvolta nel cartone teneva stretto il suo bambino che mi guardava con occhi nerissimi come la sua pelle, e cercava di prendere sonno. Nessuno pareva accorgersi di loro. Quell'immagine di miseria in quel mondo perfetto mi parve riassumere il terzo millennio, un secolo che si annunciava ancora più contraddittorio di quel Novecento al quale ero appartenuta.

Mentre mi allontanavo il sole era tramontato e aveva dipinto di rosa quel pezzo di cielo, i palazzi, le strade, la grande piazza. Mi voltai. Fu un attimo indefinito, un attimo soltanto, un'emozione brevissima ma intensa di bellezza. Era la vita.

Paola De Giovanni

**Il soffitto era popolato di immagini, ma una prevaleva su tutte. Vedevo me stessa. Questo era l'ultimo pezzo di vita, quel poco che rimaneva in fondo al giorno.**





### Gentile professore...

...se dovessi lasciare l'insegnamento, considerato il mio particolare disturbo e le strategie di difesa da me finora adottate per contrastarlo, consistenti nell'utilizzare il lavoro come terapia, la mia salute mentale peggiorerebbe, visto che la ricaduta iniziale si è verificata proprio nel periodo di vacanza, ovvero quando mancava il sostegno affettivo degli alunni e mio figlio era lontano. La cleptomania è non solo collegata al desiderio del rischio, ma anche al vuoto affettivo. Appropriarsi di un oggetto significa riprendersi a tutti i costi, e simbolicamente, ciò che si è perso o si crede di aver perso. Infatti, gli episodi si sono verificati in tutta la loro gravità quando ho vissuto il lutto del transfert del precedente psichiatra con il quale avevo deliberatamente troncato il rapporto terapeutico. La relazione inadeguata è iniziata perché mi avevano tolto, per una stupida questione di organizzazione interna, gli alunni che amavo e che mi amavano, mio figlio e mio padre erano lontani e, in un modo o nell'altro, li ho persi.

Il bipolare sta sempre su un'auto sportiva con l'acceleratore al massimo, ama tantissimo la velocità, ma ha un controllo incerto sui freni!

Prenderò il Tregretol 400 due volte al giorno!

Cordiali saluti e ringraziamenti!



### Ho pensato molto alle sue parole...

... e sì, ha ragione, ce l'ho col mondo intero, perché no, non doveva essere così, non doveva capitare ancora una volta a me. E il non avere possibilità di scelta alcuna o una via di scampo da questo luogo angusto che è la mia vita rende tutto tragicamente ridicolo, almeno ai miei occhi. Il mio atteggiamento però non è di sfida nei confronti degli altri. Non uso quello che ho per tenere in pugno chi mi è vicino, ho solo (e mi perdoni il termine) una fottuta paura della mia malattia, perché non riesco a gestirla e non riesco a comprendermi in essa. E allora va a finire che rimbalzo su pareti di gomma. O mi ritrovo a essere come quelle falene inconsapevolmente attratte dalla luce al neon... Il mio essere ora in un modo e nel momento successivo l'esatto contrario non mi fa comprendere chi io sia e questo mi destabilizza.

Io la stimo molto dottore, sia come professionista che come uomo. Lei è stato ed è tuttora la persona che più mi ha compresa in questi sei anni (e sopportato aggiungerli!!! Sì, ma non annuisca così, almeno!!!). È stata ed è la presenza più costante, il mio punto di riferimento tra il reale e l'irreale. E non voglio deluderla. E questo, credo, lo si dica solo alle persone che si rispettano...

Lei mi ha sempre offerto gli strumenti per affrontare quello che ho, sono io che non ho saputo usarli a volte, ma solo per paura, paura di questo mio essere estranea a me stessa. In tutto questo cerco di limitare i danni, di dire di sì fin dove arrivo, di rendere gli altri contenti (anche se poi è difficile nascondersi sempre). Ma ci sono momenti come questi, ad esempio in cui mio figlio non c'è da giorni, che tra la sua assenza e il mio esistere senza di lui c'è un vuoto enorme e quel vuoto, dottore, pensi un po', sono io... È da ieri che cerco qualcosa di me nelle foto più vecchie, nei libri che ho letto, ho tirato fuori cose dalla cantina che pensavo neanche esistessero più. Ma quella non sono io, e quella che vedo allo specchio neanche, invece quella che mentre adesso scrive, si versa da bere, è la più congeniale, la più vicina alla sostanza.

Tutto questo solo per dirle che comportandomi così non mi metto in competizione con gli altri, semmai con me stessa e che la rispetto molto e rispetto il suo lavoro, che mi dispiace deluderla, come spesso avviene.

### Terra di Nessuno

C'è un popolo su questo mondo dove da sempre gli abitanti si regalano i sogni. Le persone che ci vivono sono felici e non hanno timore di stare assieme, non perché tutto lì sia perfetto, ma perché sanno che nessuno è solo. Nonostante ciò non temono di star da soli. Eppure non stanno a festeggiare statue o stelle del cinema più del dovuto piacere che esse offrono con i loro spettacoli. Queste persone donano la parte più intima di sé, ciò che avviene nelle loro notti e che ognuno solo sa.

Ma non è sempre stato così. Ci fu un tempo dove la tristezza e la disperazione regnavano su tutto. C'era la guerra. Allora tutti erano tristi e nessuno sognava più nulla e nessuno aveva più un solo sogno da regalare. Un giorno, da terre lontane, giunsero nel Paese dei venditori di sogni che riportarono la felicità, ma a caro prezzo. Le persone si abituarono dopo tanta tristezza a comprare i sogni e a usare e riutilizzare sempre gli stessi. All'inizio erano felici della novità, stavano riacquistando la speranza e ciò dava loro gioia e li faceva stare bene di nuovo tutti assieme, anche se dovevano lavorare giorno e notte per potersela permettere, quel poco di felicità. Ora però nessuno sapeva più fare sogni nuovi e tutti si regalavano sempre gli stessi sogni che i commercianti usavano fino all'osso vendendoli a peso d'oro.

Poi nacque un sognatore che non aveva paura di stare da solo e che sognava tantissimo. Egli insegnò di nuovo a sognare a ogni persona che incontrava. Gli veniva naturale e neppure lo faceva apposta. Aveva un dono e lo proteggeva con cura. Sconfisse la tristezza che si era annidata nei sogni in vendita e donò a tutti un sorriso e il coraggio di andare avanti. Egli fu un eroe e ancora viene ricordato, ma senza esagerazioni, dal popolo della Terra di Nessuno che ora vive felice...

Questo breve racconto è solo un modo per dire che bisogna voler sognare, crederci, perché i sogni accadano!



### Cambio strada

Cambio strada, la vecchia non mi soddisfa più..

La highway è finita, sbarrata da un ennesimo arteficio di cemento. Del resto neppure avrei potuto proseguire con la mia auto visto che poi c'è il mare aperto. Ebbene, sembra sia ora di cambiare strada. In tanti si allarmano e mi dicono di fermarmi, che sbaglio io. Che potrebbe essere pericoloso. Ma come si fa ad aver paura di una cosa che non si conosce e che non ci ha fatto nulla di male, il mondo? Lo sterrato con i suoi fossi e le pozzanghere sembra essere la strada giusta, e abbandoneremo anche quella più tardi. Si sale adesso. Per ora mi gusto il sogno che mi offre la via di campagna. Questa semiluna che guarda giù e le stelle da dietro le montagne da conquistare... ah le stelle, quelle sì che mi fanno sognare! Socrate vedeva le stesse stelle che vedo io... certo, magari è finita la luce di qualcuna che è esplosa nel mentre che son nato io, ma grossomodo son sempre quelle... belle e irraggiungibili, forse un po' dannate ma pur sempre da colpo al cuore e rinculo nella testa.

### Splendi!!!

Il Sole ogni giorno sorge per chiunque dove vivo io, e la Luna mi aiuta a sognare il ritorno del Sole, perché essa riflette la luce che Sole le invia. E quando non c'è neppure la Luna guardo le Stelle e mi ricordo che loro sono sempre là, e oltre che farci ammirare la loro bellezza alcune sono pronte anche a cadere per permetterci di desiderare...

### Salve!

Lei sicuramente sarà impegnato in qualche interessante convegno io no da 15-16 anni consulto svariati specialisti e medici perché sto male tutti dicono niente da fare stai bene ma io stavo male in crescendo sempre peggio difficoltà fisiche nel camminare nel mangiare nell'andare di corpo arriva il neurologo orap haldol tranquillit sulamid psicoterapia niente da fare occhiali da vista che ho usato una settimana apatia nervosismo malumore naso chiuso e chi più ne ha più ne metta se gliene viene in mente qualcuna la aggiunga alla lista cerco di fare una vita normale lavoro sport piscina palestra bici niente tutto va male non mi sento bene tutto è inutile avrei voluto ma il fisico non c'era il sereupin mi ha esagitato fino a farmi finire da lei ogni volta che ci si vede mi chiede come va e io bene essere assuefatti al malessere fisico è brutto tutti mi chiedono come va e io bene ma bene non è non sono bipolare con la corsa mi sono reso conto di avere una gamba più corta dell'altra il mio fisico era squilibrato il mio baricentro errato non ero in asse più corro più mi stabilizzo più mi aggiusto tutti a dirmi poltrone sfaticato svogliato ma non potevo colpa mia a causa di un manubrio da 5 kg ho vissuto di rinunce mi sono accontentato ora non sarà più così dovrò programmare un futuro di salute e benessere dovrei essere imbestialito ma non ci riesco arrivederci.

Riccardo Zanda



Karl Mannheim

## editoriale

(dalla prima pagina)

ambientale».

La scoperta ha del rivoluzionario visto che l'opinione prevalente riguardo alla formazione di un'ideologia politica è

ancora soprattutto basata sulle teorie di Karl Mannheim del 1936 che derivava gli atteggiamenti politici dai gruppi e dalla società intera, peraltro allargando la visione marxiana che faceva risalire tutto alle relazioni di classe. Per Mannheim, una volta conosciuto l'ambiente politico di un individuo, si poteva capire il suo orientamento politico. In altre parole: «Dimmi con chi vai e ti dirò chi voti». Questa prospettiva datata è stata recentemente contrastata da altre teorie a favore di un elemento basilare associato a tratti di personalità e processi cognitivi motivazionali di tipo sociale e che include alcune componenti di tipo ereditario. Naturalmente, si potrebbe obiettare che le scelte politiche possono essere simili all'interno di una famiglia per un meccanismo imitativo; quello che lo studio mette in evidenza, invece, è che la somiglianza potrebbe essere attribuita più alla componente genetica che non a quella ambientale.

In realtà, non è corretto pensare che genetica e ambiente siano due prospettive in opposizione, vista la mole di ricerche (tra cui quella descritta) che mostra come sia possibile che i geni influenzino l'ideologia attraverso il modo di reagire al contesto sociale. La ricerca non è del tutto rivoluzionaria visto che altri ricercatori negli anni più vicini a noi avrebbero già evidenziato delle basi genetiche relative alla preferenza tra conservativismo e liberalismo, interessandosi alla stessa regolazione della dopamina. In questo studio la variabile che fa la differenza è che l'ideologia è condizionata anche dal contesto sociale e, in particolare, dal numero di amicizie che l'individuo riesce a formare, un atteggiamento considerato importante per lo sviluppo dell'auto-riconoscimento.

Infatti, l'altro punto importante della ricerca riguarda la capacità di creare nuove amicizie, un capacità nota per il suo ruolo di promuovere la crescita della consapevolezza sociale e da qui un miglioramento del senso di sé e dell'autostima, una migliore comprensione dei bisogni degli altri, un aumento della fiducia nel prossimo e una maggiore considerazione nei confronti della società in generale. Cioè per le persone che amano nuove esperienze, l'amicizia serve a esporle al mondo socio-politico, probabilmente attivando un'ideologia politica che soddisfa il senso di apertura al cambiamento e al contatto con una più ampia varietà di idee.

Gli autori invitano a evitare facili entusiasmi (o critiche) riguardo alla scoperta di un gene dell'ideologia politica, e sostengono invece che i loro risultati esprimono una prima chiara evidenza di un rapporto fra disposizione genetica e ambiente nell'ambito dell'orientamento politico. Nonostante le cautele degli autori, si può dire che tutto torna. Si sa, infatti, che l'attività dopaminergica è più accentuata nei giovani e che, indubbiamente, quelli che si espongono di più al mondo esterno, che fanno amicizia non solamente virtuale ma attraverso il confronto con gli altri, sviluppano un senso sociale e una tolleranza che più facilmente li fa accostare a un'ideologia politica liberal. Per contrasto, ne esce male il ritratto del conservatore tipo, una persona tendenzialmente chiusa alle novità, prigioniera del suo punto di vista, adeguata a un pensiero riproduttivo, che riprende ed elabora poco quello che è stato precedentemente detto o fatto. Non necessariamente lati negativi, visto che possono portare a un maggior rispetto delle regole e da lì a un più radicato senso civico, ma sicuramente poco adatto a sviluppare una crescita o un progresso in collaborazione con gli altri. Però sembra che non sia tutta colpa loro. 🍷

Leonardo Tondo  
da *Liberal*, 6 novembre 2010

## chi siamo

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 Caliri, Paola Cimbolli, Giorgio De Cesare, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Paolo Decina, Vittorio Digiacomantonio, 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, Simona Mercenaro, Marco Murtas, Maria Grazia Rachele, Enrico Perra, Marilena Serra.

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

### ARETÆUS news

Rivista ufficiale di Aretaeus Onlus e del Centro Lucio Bini

#### direttore responsabile

Leonardo Tondo

#### coordinamento scientifico

Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi,  
Alexia Koukopoulos, Gabriele Sani, Gino Serra

#### amministrazione

Giulio Ghiani e 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 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