

## Immigrazione e disturbo bipolare

**editoriale** Un lettore di *Mente e Cervello* (ottobre 2009) con un disturbo bipolare, in terapia da lungo tempo con litio, aveva appreso che negli Stati Uniti la sua malattia era più frequente e più grave. Si chiedeva, pertanto, la ragione di questa differenza non giustificata dai dati genetici (la bipolarità è un tratto altamente legato al DNA), visto che la popolazione statunitense è di discendenza prevalentemente europea. Risposi che gli studi indicano l'esistenza negli Stati Uniti di un livello più alto di concomitanza con anoressia e bulimia, abuso di sostanze e ansia sotto varie forme, tutte condizioni che aggravano il disturbo bipolare, tanto da richiedere spesso trattamenti più aggressivi. In conclusione, sostenevo l'ipotesi che la popolazione statunitense, sebbene non tanto differente geneticamente da quella europea, origina da quegli emigrati che partirono in cerca di fortuna nel Diciannovesimo secolo e che dovevano essere diversi da chi preferì non fare quel salto nel buio. Si può pensare che quegli uomini e quelle donne che occupavano le terze classi delle navi portassero con sé un disturbo non conclamato, che nelle generazioni successive si è rafforzato con maggiore probabilità di essere trasmesso. Se quel lettore fosse ancora interessato all'argomento, gli consiglieri di leggere un eccellente articolo

## Sospendere gli psicofarmaci con cautela

La sospensione di un trattamento a lungo termine con psicofarmaci presenta rischi importanti sia sul piano clinico sia scientifico. È noto che la mancanza di cure, come anche un'aderenza irregolare alle terapie, può portare a un aumento dei sintomi della malattia e che la sospensione di una regolare assunzione di farmaci può portare a ricadute o recidive importanti e può persino essere, in alcuni casi, pericolosa per la vita dei pazienti. Tuttavia, non è altrettanto riconosciuto il fatto che l'interruzione di una terapia non sia da equiparare a un'assenza di trattamento di una malattia. La sospensione di un farmaco, cioè, sembra rappresentare una forma di stress che può contribuire a recidive di malattia (talvolta gravi e difficili da curare) che si verificano molto prima di quanto ci si aspetterebbe dal corso naturale della malattia non trattata. Questo tipo di reazione è stata ben dimostrata nelle ricerche che abbiamo condotto, e coinvolge i farmaci antidepressivi, antipsicotici e alcuni stabilizzanti dell'umore. Il rischio è chiaramente molto più alto se il farmaco viene sospeso bruscamente o anche se l'abbassamento delle dosi avviene nell'arco di qualche giorno, rispetto a una riduzione graduale nell'arco di almeno diverse settimane, quando questo è possibile.

Non è esattamente chiaro come avvengono tali reazioni. Tuttavia, sembra che un trattamento a lungo termine con psicofarmaci (ma anche con altri tipi di farmaci) possa indurre cambiamenti o adattamenti del cervello e del corpo agli stati di modificazione dei vari organi o sistemi. Alcuni di questi adattamenti sono stati evidenziati in studi su animali da laboratorio, e possono includere, ad esempio, cambiamenti nella sensibilità dei sistemi di trasmissione chimici che portano le informazioni tra le cellule nervose nel cervello.

Un'interruzione improvvisa di un farmaco non lascia tempo per riaggiustamenti che riportino il sistema allo stato iniziale ed evidentemente può portare a effetti stressanti che si presentano come aumento del rischio di ritorno anticipato della malattia da trattare. Questo tipo di reazione non è una manifestazione di dipendenza fisiologica, tipica dell'abuso di alcol o di stupefacenti come l'eroina, e non si presenta come una reazione fisica da sospensione come può verificarsi con tali sostanze oppure in seguito a interruzione improvvisa di alcuni sedativi. Infatti, non vi è alcuna prova che la malattia dopo sospensione di uno psicofarmaco differisca dalla condizione che ha portato al trattamento iniziale.

(continua a pagina 12)

anche in questo numero:

|                           |    |
|---------------------------|----|
| psicologia al cinema..... | 3  |
| curiosità .....           | 7  |
| poesie.....               | 8  |
| sogni.....                | 9  |
| con parole mie.....       | 10 |



Non solo tali reazioni a sospensione da farmaci hanno importanti implicazioni cliniche per i pazienti, ma ne hanno altrettanto significative in funzione di una sicura e razionale progettazione e di un'interpretazione delle ricerche finalizzate alla sperimentazione per gli effetti benefici del trattamento a lungo termine con molti tipi di farmaci. Tali studi spesso seguono un disegno che include un trattamento di patologie acute fino al punto di una sua remissione, e quindi una divisione casuale dei pazienti abitualmente in due gruppi: uno che continua e l'altro che interrompe il trattamento (ma continua a prendere un farmaco inattivo, il placebo) che era risultato efficace nella prima fase. Si è tentati di attribuire le differenze nell'evoluzione della malattia che può seguire interamente all'assenza di trattamento, oppure come la ripresa dei sintomi della malattia non trattata. Invece, quando il cambiamento dal farmaco al placebo avviene improvvisamente o rapidamente, sembra che tali conclusioni siano ingiustificate, e che alcune delle differenze si spiegano con lo stress associato alla rimozione del farmaco. Un confronto più giusto sarebbe fra un gruppo in trattamento continuo e un altro in cui la terapia viene rimossa gradualmente o molto lentamente, cosa che produce di solito differenze meno evidenti di quelle che emergono tra un trattamento continuo rispetto a uno interrotto rapidamente.

Il metodo più efficace conosciuto di ridurre di molto o addirittura eliminare tali rischi aggiuntivi in entrambi i trattamenti clinici o negli studi di ricerca è, quindi, quello di abbassare le dosi lentamente nel tempo, in modo da permettere al corpo di adattarsi gradualmente allo stato precedente alle terapie. I tempi precisi richiesti non sono ancora chiari, ma per molti farmaci sembrano necessarie almeno diverse settimane. Esistono anche prove che il tasso di rimozione di molti farmaci dipende da ciò che i farmacologi chiamano "emivita di eliminazione", cioè il tempo necessario ai processi chimici del corpo per rimuovere la metà della dose del farmaco assunto. Per esempio, interrompere un farmaco con lunga durata d'azione come l'antidepressivo Fluoxetina (Prozac®), anche rapidamente, sembra essere meno rischioso della rimozione di altri antidepressivi a più breve durata d'azione, come la Paroxetina (Paxil®). Allo stesso modo sospendere farmaci antipsicotici a lunga durata d'azione, abitualmente iniettabili, è molto meno rischioso nel corso del tempo che sospendere improvvisamente molti farmaci antipsicotici per bocca a breve durata d'azione.

L'aspetto pratico di queste osservazioni è che la sospensione di molti tipi di trattamenti in corso con farmaci usati in psichiatria o in medicina generale non è né semplice né sicuro. L'interruzione improvvisa o rapida può notevolmente aumentare il rischio di ricadute o recidive precoci della malattia, che spesso comportano gravi episodi non sempre facili da trattare nuovamente. In alcuni casi, un ritorno precoce di una malattia grave può essere associata alla necessità di ricovero o può aumentare il rischio di comportamenti suicidari. Inoltre, la ricerca che comporta la sospensione di un trattamento può esagerare il beneficio apparente di una terapia in corso e rendere difficile l'elaborazione di valutazioni eque sull'effetto del trattamento. Questi problemi sono ulteriormente complicati dalla decisione dei pazienti di interrompere o sospendere il trattamento, spesso senza consultare un medico e talvolta, purtroppo, da un giorno all'altro. Tali decisioni possono essere comprensibili dato che la sospensione di molti trattamenti comporta un sollievo temporaneo da possibili e spiacevoli effetti collaterali. Tuttavia, i rischi, anche se non immediati, possono essere importanti e pericolosi. ❖

Ross J. Baldessarini, MD  
Leonardo Tondo, MD, MS  
Harvard Medical School  
Centro Lucio Bini, Cagliari-Roma

Riferimenti bibliografici

Molti articoli hanno dimostrato che la sospensione di trattamenti psicofarmacologici può portare a una ripresa del disturbo, oppure a nuove ricadute. Il fenomeno è stato studiato e dimostrato dal nostro gruppo di ricerca per i farmaci antidepressivi, per quelli antipsicotici e per i sali di litio nel disturbo bipolare dell'umore. Il risultato di maggiore interesse pratico è che una sospensione rapida di qualsiasi farmaco assunto per periodi relativamente lunghi può portare a una ricaduta più precoce rispetto a una diminuzione graduale fino all'interruzione del trattamento. Alcuni articoli che trattano il tema sono elencati qui sotto:

Suppes T, Baldessarini RJ, Faedda GL, Tohen M. Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48: 1082-1088.

Faedda GL, Tondo L, Baldessarini RJ, Suppes T, Tohen M. Outcome after rapid vs gradual discontinuation of lithium treatment in bipolar disorders. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50: 448-455.

Suppes T, Baldessarini RJ, Faedda GL, Tondo L, Tohen M. Discontinuation of maintenance treatment in bipolar disorder: risks and implications. Harv Rev Psychiatry. 1993; 1: 131-144.

Baldessarini RJ, Tondo L, Faedda GL, Suppes TR, Floris G, Rudas N. Effects of the rate of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. J Clin Psychiatry. 1996; 57: 441-448.

Baldessarini RJ, Tondo L, Floris G, Rudas N. Reduced morbidity after gradual discontinuation of lithium treatment for bipolar I and II disorders: a replication study. Am J Psychiatry 1997; 154: 551-553.

Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54: 49-55.

Baldessarini RJ, Tondo L. Recurrence risk in bipolar manic-depressive disorders after discontinuing lithium maintenance. Clin Drug Investig. 1998; 15: 337-351.

Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J. Discontinuing antidepressant treatment in major depression. Harv Rev Psychiatry. 1998; 5: 293-306.

Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. J Clin Psychiatry. 1999; 60 (Suppl2): 77-84.

Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC. Discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders: risks and implications. Bipolar Disord. 1999; 1: 17-24.

Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry. 2000; 157: 179-184.

Baldessarini RJ, Tondo L, Ghiani C, Lepri B. Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants. Am J Psychiatry. 2010; 167: 934-941.

Faedda GL, Tondo L, Baldessarini RJ. Lithium discontinuation: uncovering latent bipolar disorder? Am J Psychiatry. 2001; 158: 1337-1339.

Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G. Long-term clinical effectiveness of lithium maintenance treatment in types I and II bipolar disorders. Br J Psychiatry Suppl. 2001; 41: s184-190.

La depressione bipolare in un film ispirato a Virginia Woolf

Chi lo trova un capolavoro, chi lo giudica lento e macchinoso, con 9 nomination, 1 Oscar e 2 Golden Globes, *The Hours*, 2002, di Stephen Daldry, è in realtà un grande film, affascinante e intimista, terribile e drammatico, triste e malinconico, accompagnato dal bellissimo sfondo musicale di Philip Glass. Tratto dal romanzo di Michael Cunningham, il film è ambientato in tre diversi periodi del '900 che hanno come denominatore comune *Mrs Dalloway*, la novella capolavoro di Virginia Woolf che il settimanale *Time* nel 2005 ha incluso tra le 100 migliori *English-language novels* dal 1923 ad oggi (*Time Specials*, 2005).

*Mrs Dalloway*, pubblicata nel 1925, racconta l'organizzazione di un party nella Londra benestante post-bellica. Il racconto si svolge tutto in una sola giornata, ma con diversi flashback del passato che permettono di svolgere la trama e descrivere i caratteri e le storie dei personaggi.

La trama di *The Hours* scorre tenendo incollato lo spettatore al video in un crescendo di tristezza e malinconia, dove la gioia e la felicità sono solamente raccontati e riferiti al passato, intuiiti come ricordo nostalgico di un tempo che non può ritornare e nasconde avvenimenti da dimenticare, inframmezzati di scelte sbagliate e rimpianti. Nel film vengono affrontati in modo semplice e naturale i temi della malattia mentale, l'esistenzialismo, l'omosessualità, e il femminismo.

Questi temi emergono poco per volta dai misteriosi caratteri delle tre "Signore" Dalloway, magistralmente interpretate da Nicole Kidman, Meryl Streep e Julianne Moore. Tre donne che vivono ciascuna sospesa nelle atmosfere della depressione, tra passato e presente.

Clarissa Vaughan (Meryl Streep), è una donna omosessuale ed emancipata, una versione moderna di *Mrs Dalloway*, intenta ad organizzare nella New York dei giorni nostri, una festa in onore di Richard, poeta, malato di AIDS e suo ex amante. È una donna apparentemente libera e affaccendata, di buonumore ma che sembra nascondere la propria depressione in un profondo disagio e una tristezza interiore che si manifestano mentre prepara la festa e, verso la fine del film, dopo il suicidio del suo ex amante.

Laura Brown (Julianne Moore), nella Los Angeles dopo la Seconda guerra mondiale, è una donna apparentemente felice, sposata, con un figlio e in dolce attesa del secondo, famiglia normale, ma è profondamente depressa, frustrata nella sua relazione matrimoniale e nell'attrazione omosessuale verso un'amica, che non è capace di vivere. Il suo tormento esistenziale sembra cessare quando sceglie finalmente di scappare e suicidarsi, ispirata dalla novella che sta leggendo, *Mrs Dalloway*, ma non ci



riesce frenata dalla vita che porta in sé; ma tornando alla realtà avrà già deciso il proprio futuro.

Nicole Kidman, truccata e irricognoscibile, Oscar come migliore attrice protagonista nel 2003, ha il difficile ruolo di interpretare Virginia Woolf degli inizi del secolo mentre è intenta a scrivere proprio questa celebre novella *Mrs Dalloway*. Si vede una Virginia tormentata, in convalescenza (il dottore le ha detto che si deve riposare e fare una vita regolare e lontano dagli eccessi di Londra che la turbavano), intenta a

cercare la sua ispirazione, intenta a riflettere, a ripensare al passato, a non trovare tranquillità e soddisfazione nel presente, mai soddisfatta di sé e della vita che vive, sente la nostalgia di una vita più frizzante e stimolante, perché in campagna per lei è come morire. La sua bipolarità è evocata nei dialoghi con il marito e si apprende che ha già tentato due volte il suicidio, che ha degli sbalzi d'umore, sente delle voci ed è seguita da uno psichiatra. Sullo sfondo è sottintesa la relazione tra temperamento e creatività, le notti insonni che non finiscono mai di Virginia Woolf (Jamison, 1997). Queste notti sono intuibili nel film, mentre i disturbi più prettamente maniacali con logorrea e allucinazioni non sono mostrati, appena accennati come di eventi accaduti nel passato, ma da prevenire. Come nella vita reale di Virginia Woolf, la creatività della scrittrice è associata alle fasi depressive (Jamison, 1997). Sarebbe ovvio pensare il contrario, ispirazione nelle fasi espansive; invece sono il tormento, la vicinanza con stati d'animo sofferiti, melancolici, le notti insonni, il rimuginio ossessivo che portano alla scrittrice l'ispirazione che le serve nelle sue opere. "L'estrema sofferenza degli stati melancolici più acuti [...] possono rivelarsi invece della massima importanza per il processo creativo" (Jamison, 1997).

Con l'euforia si va verso gli altri, nella depressione ci si guarda dentro e si riflette sulle proprie emozioni e pensieri. Nel personaggio di Nicole Kidman il temperamento ciclotimico della scrittrice si nota meno, temperamento che viene descritto come camaleontico dalla stessa Virginia Woolf: "Sai quanto camaleontica io sia nelle mie trasformazioni: leopardo un giorno, macchiettata di viola, topo oggi" (cit. in Jamison, 1997). Lo si vede invece nel carattere del personaggio interpretato da Meryl Streep, Clarissa Vaughan, allegra, indaffarata, energica ma pronta a crollare a ogni istante della sua giornata come quando riceve la visita dell'ex amante di Richard prima della festa.

Nel finale alcune rivelazioni legano due dei racconti in una trama che non ci aspettavamo, mentre Virginia Woolf sparisce lentamente nelle acque del fiume Ouse. ❖

Massimo Lai  
psichiatra  
Clinique Lyon-Lumière, Francia

Fonti  
*The Hours*, Stephen Daldry, 2002.  
K.R. Jamison, *Toccato dal fuoco*, 1997.  
*Time Specials: All Time 100 Novels*.  
<http://www.time.com/time/specials/packages/completelist/0,29569,1951793,00.html>

## Anna, Mara e Anis

### Storia di un intreccio di solitudini tra ricerca di un riparo e impossibilità a riparare

Di ritorno in Italia da una vacanza in Tunisia, Anna e Mara, una coppia di donne legate sentimentalmente, scoprono che nel bagagliaio della loro automobile si è nascosto Anis, un adolescente magrebino che vuole superare clandestinamente la frontiera alla ricerca di una migliore condizione di vita. Anna, affrontando le resistenze di Mara, decide di accogliere Anis in casa propria, dopo che il suo tentativo di ricongiungersi con uno zio che vive a Milano è fallito. Sullo sfondo della provincia friulana, il film ci racconta di come il ragazzo entri progressivamente nella vita della coppia, trasformandone le dinamiche e mettendone sempre più a nudo le fragilità. Appare interessante il profilo psicologico che il regista Marco Simon Piccioni ci propone dei tre personaggi.

Anna è una donna che, benché trentacinquenne, risulta ancora dipendere psicologicamente dalla famiglia d'origine, soprattutto dalla madre, dalla quale continua a cercare conferme e approvazione, soprattutto per quanto attiene alla relazione omosessuale con Mara. La sua attività lavorativa consiste nella gestione della contabilità del calzaturificio di famiglia e benché si proponga come emancipata e anticonformista, di fatto non sembra essersi emancipata dal ruolo di "figlia", come si evince da quella ricerca di un surrogato di ruolo materno che la porta a modulare su un registro protettivo dapprima la relazione con Mara, successivamente quella con il giovane Anis.

Quest'ultimo, al contrario, sembra avere acquisito un precoce e maturo senso di responsabilità e una caparbia determinazione a perseguire e raggiungere i suoi obiettivi. Di lui però non sappiamo quasi nulla, laddove una serie di dubbi e un certo alone di mistero ammantano i suoi racconti sulla famiglia d'origine. Infatti una certa riluttanza a trattare esplicitamente l'argomento e la aleatorietà che caratterizza la storia della morte di entrambi i genitori tendono a rendere alquanto incerta questa sua versione. Anche i motivi e i contenuti delle sue paure non vengono chiaramente esplicitati e la loro presenza soltanto lasciata intuire allo spettatore. Che Anis sia spaventato e tormentato si può evincere, per esempio, dalla sua difficoltà a prendere sonno la notte e dalla reazione di paura che lo fa bruscamente trasalire quando Anna gli si avvicina amorevolmente nel sonno per coprirlo con una coperta.

Egli sa bene che cosa cercare: un lavoro, l'indipendenza, una moglie per crearsi una famiglia, insomma uno stile di vita, per dirlo con le sue parole: "tutto bene, tutto normale". Anna lo aiuta procurandogli un lavoro presso il fratello Salvio, anche in questo caso nonostante l'opposizione di Mara.

Quest'ultima è una giovane donna che lavora come operaia nell'impresa della famiglia di Anna. Il suo futuro lavorativo, come quello di altri operai della fabbrica, è caratterizzato dalla precarietà, dall'incertezza e dallo spettro sempre incombente del licenziamento. Sulle loro teste, infatti, stanno per abbattersi le conseguenze della crisi dell'azienda. Mara appare una donna fragile e inquieta, con un carattere impulsivo, scontroso e sospettoso. Vive una relazione fortemente conflittuale con un padre autoritario e dispotico che la disprezza e che è ormai solo e in fin di vita. Dopo un doloroso divorzio ha iniziato una relazione con Anna alla ricerca di qualcuno che possa proteggerla e guidarla.

Tutti e tre i personaggi oscillano tra una fuga dalla solitudine e dal contatto con se stessi, tra la ricerca di una "normalità" dalla quale sembrano tagliati fuori e l'illusione di un suo presunto, quanto effimero raggiungimento. Appare significativo a questo



Marco Simon Piccioni, regista

una doppia interpretazione e percorre il film attraverso un duplice binario. Da una parte, infatti, è una qualche forma di "riparo" quella che tutti i personaggi sembrano cercare negli affetti e nei legami che faticosamente cercano di costruire. La stessa Anna, il personaggio che apparentemente sembrerebbe svolgere il ruolo di colei che "gratuitamente" e "altruisticamente" può offrire riparo ai diversi personaggi che ne ricercano l'aiuto e la sicurezza, in realtà sembra ella stessa necessitare di un riparo, sia attraverso il soddisfacimento di quel bisogno di maternità che sembra trovare un surrettizio appagamento, dapprima nel rapporto con Mara e successivamente in quello con Anis, sia dal sentimento

di solitudine derivante da un vissuto di diversità e di estraneità dalla famiglia.

Come esplicitato dal fratello Salvio, in Anna esisterebbe il desiderio di voler "risolvere tutti i problemi del mondo", anche se a uno sguardo più attento questa sua tendenza sembrerebbe essere più improntata a una volontà di controllare e manipolare il destino delle persone piuttosto che di offrire loro un'autentica protezione. È quanto sostiene Mara quando, poco prima della separazione, le rinfaccia: "... con una mano dai, con l'altra togli".

Ma un altro tema, che percorre trasversalmente il film, sembra essere intimamente connesso al più esplicito tema del *riparo*: quello della "riparazione", dell'aggiustare qualcosa che si è rotto. È infatti proprio da una *riparazione*, quella della marmitta dello scooter di Mara da parte di Anis, che prende le mosse il loro avvicinamento e la successiva relazione ed è con l'impossibilità a *riparare*, a far tornare tutto come prima, che il film drammaticamente si conclude.

Infatti, all'inizio è Anis che, con una certa risolutezza, si avvicina a Mara, riparandole lo scooter nonostante quest'ultima glielo avesse impedito e avesse esplicitamente ribadito la sua determinazione a non volere nulla da lui. Ma, una volta messa di fronte al fatto compiuto, Mara si propone – specularmente – di *riparare/ricucire* la ferita che Anis si è procurata alla mano. E quest'atto sembrerebbe possedere una forte valenza simbolica, ben rappresentando la metafora di ciò che lega profondamente i tre personaggi: la volontà di poter *riparare/ricucire* quelle ferite del passato che, seppure di diverso genere, continuano a procurare loro una condizione di instabilità, di infelicità e di dolore.

Ma l'atto di *riparare/ricucire* non è *curare* e, naturalmente, non può portare tout court alla *guarigione*. Lo intuisce bene Anis, quando alla domanda di Anna che gli chiede che cosa abbia Mara risponde: "... deve imparare a mangiare il proprio dolore!...". Lo stesso Anis che, comunque, qualche momento prima si era strappato uno dei punti di sutura della ferita come reazione al dolore provato al sentimento di esclusione derivante dall'aver assistito a uno scambio di effusioni amorose da parte di Anna e Mara.

Tale scambio è avviato da quest'ultima e appare in qualche modo "esibito" poiché si svolge proprio di fronte ad Anis, in un momento in cui Mara dovrebbe pur aver capito la vera natura dei suoi sentimenti verso di lei. Tale atteggiamento, se da una parte sembra testimoniare la voglia di libertà e la volontà di Mara e di Anna di affermare e "imporre" al mondo la loro relazione, dall'altra ci mostra quella che sembra essere una strategia difensiva di Mara, consistente nell'allontanare da sé il

proposito lo scambio di battute tra Anna e il fratello Salvio, allorché Anna si presenta in compagnia di Mara alla cerimonia di battesimo del nipote: "Dai Anna, che a te è andata sempre bene, nessuno ti ha mai chiesto di fare cose

*Tutti e tre i personaggi oscillano tra una fuga dalla solitudine e dal contatto con se stessi, tra la ricerca di una "normalità" dalla quale sembrano tagliati fuori e l'illusione di un suo presunto raggiungimento.*

normali". "Che cosa faccio di anormale?" risponde Anna al fratello, svelando il paradosso e il dramma di quella che è una posizione psicologicamente insostenibile, dal momento che il tipo di "normalità" che la famiglia le ha attribuito consiste proprio nella sua inosservanza.

In altri termini, la *normalità* della vita di Anna può passare – paradossalmente – soltanto attraverso una condizione di perenne *instabilità*. Una sorta di pseudo-normalità dunque, che offre alle due donne, ma successivamente anche ad Anis, l'illusione di avere raggiunto un equilibrio esistenziale che li mette al "riparo" dal doloroso confronto con i traumi del passato e dalle incertezze del presente.

Ma il tema del "riparo", espresso dal titolo, si presta a





proprio dolore facendolo vivere a qualcun altro. Ciò che Anis, benché soltanto adolescente, ha già intuito è che la crescita psicologica passa attraverso un confronto con gli aspetti dolorosi dell'esistenza e dell'esperienza che devono essere dapprima attraversati, vissuti e infine elaborati e non evacuati o allontanati come sembrerebbero piuttosto fare i personaggi.

Da un punto di vista psicologico, il "riparo" ricercato da Anna e Mara sembrerebbe rappresentare la costituzione di una sorta di spazio/rifugio, un luogo mentale nel quale ritirarsi per sfuggire a una realtà angosciata. Esso rappresenta inizialmente per le due protagoniste un asilo piacevole: esse rimangono aggrappate a quest'area protetta, idealizzata – anche se, al contempo, persecutoria – nella convinzione che rappresenti l'unica alternativa possibile. Tuttavia al sollievo che le due donne ricavano dall'essersi ritirate in un tale rifugio fa da contraltare il rischio

dell'isolamento e quindi della compromissione delle relazioni con gli altri, nonché una certa perdita di contatto con la realtà. La strenua difesa di questo spazio/rifugio permette di meglio comprendere l'atteggiamento di rifiuto manifestato da Mara allorché intuisce il pericolo rappresentato dall'inclusione di Anis nel loro rapporto. L'inclusione di Anis all'interno della coppia infatti, come ogni nuova esperienza, si configura come una situazione di incertezza che genera uno stato di ansia e di angoscia. In tali circostanze, infatti, non solo si attivano fantasie, speranze, aspettative, ma anche paure e timori per i possibili cambiamenti cui si va incontro.

Dopo l'iniziale diffidenza, ma solo per un breve momento, Anna, Mara e Anis trovano finalmente un equilibrio in cui riescono a sostenersi reciprocamente e a dare vita ad un singolare, seppure tenero, *ménage à trois*. La morte del padre di Mara e le nuove dinamiche affettive che si vengono a realizzare nella coppia dopo l'inclusione di Anis finiscono tuttavia con il rompere l'equilibrio di un rapporto la cui precarietà e fragilità è messa bene in evidenza da Mara quando, rivolgendosi alla compagna, esclama: "... che razza di rapporto è il nostro se viene messo in crisi da un ragazzino extracomunitario?".

L'intero film è percorso da un clima di attesa e da un lento e progressivo processo di svelamento che trova un epilogo nella parte finale. L'atmosfera di inquietudine che lo spettatore avverte fin dalle prime battute del film e che ne accompagna la visione appare connessa alla percezione della presenza di qualcosa che bolle sotterraneamente e che poi esploderà alla fine in tutta la sua virulenza: la mancata elaborazione dei traumi del passato da parte dei protagonisti, l'impossibilità a stabilire una comunicazione autentica, la mancanza di sicurezza che caratterizza il loro lavoro, le differenze culturali e di classe, il perbenismo, la povertà morale e la grettezza di provincia, i continui e reiterati tradimenti nella coppia, nella parentela e sul lavoro.

A far precipitare la situazione, insieme al dolore di Mara per la morte solitaria del padre, è la gelosia di Anna che, in conseguenza del

tradimento di Mara con Anis, licenzia quest'ultimo e lo abbandona al suo destino. È a questo punto che i personaggi iniziano a fare i conti con i loro sentimenti più profondi e con l'ineluttabilità della loro condizione. Così come i cocci delle suppellettili distrutte da Mara in un impeto di rabbia e disseminati per la casa, allo stesso modo Anna vedrà andare in pezzi il proprio progetto esistenziale. Ma stavolta a fare capolino tra i personaggi compare per la prima volta un pensiero nuovo: quello dell'impossibilità a "riparare" e a "mettere toppe" a un'esistenza che aveva trascurato l'esperienza della solitudine e il confronto con un dolore la cui accettazione appare a questo punto inevitabile. Una condizione di solitudine e di dolore, dunque, che adesso i tre personaggi dovranno comunque affrontare... ciascuno per la propria strada! ❖

Eugenio Mangia  
psicoterapeuta, Centro Lucio Bini, Cagliari

## curiosità

# I cinque peggiori alimenti per il disturbo bipolare

Dagli snack salati alle tazze di caffè: attenzione a questi alimenti se hai un disturbo bipolare, perché possono facilitare le oscillazioni di umore.

Può una dieta inadeguata svolgere un ruolo nel provocare sbalzi di umore nel disturbo bipolare? Sì, secondo una recente ricerca. In effetti, alcuni cibi come caffeina e zucchero possono in generale rendere il disturbo bipolare più difficile da gestire. Se si sceglie di eliminare dalla propria dieta alimenti potenzialmente nocivi per il disturbo bipolare, si farà qualcosa di più che tenere sotto controllo i propri sbalzi di umore e ridurre i periodi di mania. Si avrà anche modo di migliorare la propria salute del cuore. E questo è importante, perché con il disturbo bipolare si è più a rischio di malattie cardiache e vascolari. Da varie indagini è stato osservato, infatti, che le persone con disturbo bipolare:

- \* è meno probabile che mangino almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno;
- \* è più probabile che mangino un solo pasto al giorno;
- \* è meno probabile che cucinino o cerchino di consumare alimenti sani.



Altre spiegazioni possono includere effetti collaterali dei farmaci, inadeguato esercizio fisico, fumo e difficile accesso alle cure, come spiega lo psichiatra Jess G. Fiedorowicz, MD, un professore di psichiatria dei dipartimenti di psichiatria ed epidemiologia presso la University of Iowa, Iowa City, USA. Qual è dunque il primo passo da fare? "Vi sono alcuni studi riguardo diete specifiche per il disturbo bipolare, ma per iniziare la cosa importante è semplicemente seguire una dieta sana", dice il Dott. Fiedorowicz.

### Cibi e bevande

Gli elementi fondamentali di una dieta sana non comprendono solo cosa mangiare, ma anche cosa non mangiare. Si dovrebbero evitare i seguenti cibi possibile causa di peggioramenti dei sintomi bipolari.

**Caffeina.** "Gli stimolanti possono innescare mania e devono essere evitati" – dice Fiedorowicz. "La caffeina è un fattore scatenante sottostimato e può inoltre compromettere il sonno", e la privazione del sonno è un fattore scatenante noto per gli sbalzi di umore e per l'induzione di episodi maniacali. Inoltre, la caffeina può peggiorare l'ansia, che tende ad andare di pari passo con il disturbo bipolare e, se si stanno

prendendo dei farmaci antipsicotici, può anche incidere sull'effetto di questi. Fiedorowicz aggiunge che alcuni farmaci da banco come la Pseudoefedrina, che si trova in alcune rimedi per la tosse e il raffreddore, hanno proprietà stimolanti simili alla caffeina e possono indurre oscillazioni dell'umore.

**Alcol.** In breve, l'alcol e il disturbo bipolare sono una pessima combinazione. L'alcol può influire negativamente sugli sbalzi dell'umore e può interagire negativamente con i farmaci. Inoltre, le persone con disturbo bipolare hanno anche più probabilità di diventare dipendenti da alcol e altre sostanze.

**Zucchero.** Le persone con disturbo bipolare hanno un rischio più elevato di sindrome metabolica, una condizione pre-diabete, che può rendere difficile gestire i livelli di zucchero nel sangue. Inoltre, gli alti e bassi della concentrazione di zucchero nel sangue potrebbero aggiungersi agli sbalzi dell'umore, in particolare alla mania. Se proprio si vuole qualcosa di dolce, è meglio mangiare della frutta.

**Sale.** Se siete in terapia con litio, moderare l'assunzione di sale può essere difficile, perché un cambiamento nella sua assunzione, con aumento o diminuzione improvvisi, può influenzare i livelli di litio. Parlate con il vostro medico su come gestire in modo sicuro il sale nella dieta per rimanere all'interno di un intervallo sano, spesso tra i 1,5 e 2,3 grammi al giorno. Altrettanto importante durante l'assunzione di litio è assicurarsi di bere abbastanza liquidi, visto che la disidratazione può causare pericolosi effetti collaterali.

**Grassi.** Il Dott. Fiedorowicz suggerisce di seguire le raccomandazioni della American Heart Association per una sana alimentazione al fine di limitare grassi saturi e grassi insaturi nella dieta. Questo significa optare per proteine magre e latticini a basso contenuto di grassi nella scelta di prodotti animali. Potreste aver sentito dire che i grassi negli alimenti possono alterare il modo in cui il corpo metabolizza i farmaci. In generale, i farmaci saranno ancora efficaci, ma mangiare cibi fritti non fa bene neanche al cuore.

Mettere a punto e seguire una buona dieta implica spesso un lavoro di squadra, compreso l'aiuto di professionisti medici. Se la vostra dieta e stile di vita hanno bisogno di un riaggiustamento di fondo, è meglio rivolgersi a un medico o a un dietista. ❖

Madeline Vann: <http://www.everydayhealth.com/bipolar-disorder/the-five-worst-foods-for-bipolar-disorder.aspx>



George Gray

Molte volte ho studiato  
la lapide che mi hanno scolpito:  
una barca con vele ammainate, in un porto.  
In realtà non è questa la mia destinazione  
ma la mia vita.  
Perché l'amore mi si offrì e io mi ritrassi dal suo inganno;  
il dolore bussò alla mia porta, e io ebbi paura;  
l'ambizione mi chiamò, ma io temetti gli imprevisti.  
Malgrado tutto avevo fame di un significato nella vita.  
E adesso so che bisogna alzare le vele  
e prendere i venti del destino,  
dovunque spingano la barca.  
Dare un senso alla vita può condurre a follia  
ma una vita senza senso è la tortura  
dell'inquietudine e del vano desiderio –  
è una barca che anela al mare eppure lo teme.

Edgar Lee Masters  
*Antologia di Spoon River* (1915)

Vicino al Giordano

Ore perdute invano  
nei giardini del manicomio,  
su e giù per quelle barriere  
inferocite dai fiori,  
persi tutti in un sogno  
di realtà che fuggiva  
buttata dietro le nostre spalle  
da non so quale chimera.  
E dopo un incontro  
qualche malato sorride  
alle false feste.  
Tempo perduto in vorticosi pensieri,  
assiepati dietro le sbarre  
come rondini nude.  
Allora abbiamo ascoltato sermoni,  
abbiamo moltiplicato i pesci,  
laggiù vicino al Giordano,  
ma il Cristo non c'era:  
dal mondo ci aveva divelti  
come erbaccia obbrobriosa.

La vera misura

La vera misura  
dell'uomo  
è la pace.

Alda Merini  
*Fiore di poesia*, 1951–1997

Fernando Pessoa  
da *Il libro dell'inquietudine* (1913–1935)

• La vita è un viaggio sperimentale fatto involontariamente. È un viaggio dello spirito attraverso la materia, e poiché è lo spirito che viaggia, è in esso che noi viviamo. Ci sono perciò anime contemplative che hanno vissuto più intensamente, più largamente, più tumultuosamente di altre che hanno vissuto la vita esterna. Conta il risultato. Ciò che abbiamo sentito è ciò che abbiamo vissuto. Si ritorna stanchi da un sogno come da un lavoro reale. Non si è mai vissuto tanto come quando si è pensato molto.

• Non mi scandalizza affatto che qualcuno che io considero pazzo o sciocco, affermi che in molte circostanze o prove della vita egli è superiore a un uomo normale. Gli epilettici durante la crisi sono fortissimi; i paranoici ragionano come pochi uomini normali sanno fare; i folli con mania religiosa riescono ad aggregare moltitudini di seguaci come pochi demagoghi riescono a fare (ammesso che vi riescano) e con una convinzione che gli altri non riescono a dare ai loro seguaci. E tutto ciò non prova altro che la pazzia è pazzia. Preferisco una sconfitta consapevole della bellezza dei fiori, piuttosto che una vittoria in mezzo ai deserti, una vittoria colma della cecità dell'anima, di fronte alla sua nullità separata.

A. Datemi un sogno o mi prende una botta di depressione. Ciò che invidio di più a chi è giovane, non è la capacità di sognare ma la possibilità di farlo. Il fattore tempo (quello che resta) gioca un ruolo decisivo, e questo proprio non mi va giù. Voglio, pretendo, di potere sognare. Se avete qualche sogno di troppo, che non vi serve, per favore passatelo a me.

B. Ciao, ho anche io lo stesso problema: una volta, quando mi volevo addormentare sereno, mi immaginavo nell'atto di prendere un film con il mio sogno e poi, mentre lo vedevo, mi addormentavo. Ora, soffro d'insonnia! Però forse, con la candela che si accorcia, non dobbiamo smettere di sognare, basta ricalibrare i sogni stessi e accontentarci: non cambieremo il mondo né troveremo il principe o la principessa azzurra ma possiamo immaginarci, che so, vicino ai figli in un momento importante o a vedere la piana dello Scamandro dalle mura di Troia, o a passare una fine settimana in Toscana con gli amici, a camminare con loro sulla Francigena o sulla via di Santiago.

Dedichiamo troppo di noi stessi al lavoro, che ci cattura non solo, ovviamente, quando siamo sul posto ma purtroppo si insinua in noi in ogni momento e, se non è sereno, ci porta via la pace del relax come uno tsunami maligno. Non dobbiamo dargli tutta quest'importanza!

C. Concordo sia sulla necessità di sognare quanto su quella di mettere in pratica i sogni a occhi aperti. Mi pare che si potrebbe fare molto se ci sottraessimo alle incombenze lavorative e non ci facessimo schiacciare dalle esigenze degli altri. Dovremmo riuscire a trovare un giusto equilibrio nel nostro essere individui sociali con i conseguenti obblighi e la condizione di individui che devono molto a se stessi. Già, ma poi quali sono i sogni?

A me pare di essere molto fortunato per il fatto di avere dei sogni realizzabili, come andare a vedere un posto lontano che mi piace o mettermi a scrivere due sciocchezze. Ve ne possono essere altri, che sembrano meno realizzabili, ma che forse internamente non abbiamo poi tanta voglia di vederli diventare realtà. Un tema del momento riguarda proprio l'impossibilità di lamentarci per qualcosa di molto serio che interromperebbe la nostra consapevolezza della voglia di sognare. E non penso solo a malattie o problemi nostri ma anche a quelli delle persone che amiamo.

A. Mi hai messo kappao. È vero, mi lamento perché non ho problemi più seri. Ma ogni tanto, lamentarsi non guasta. 🍷



## Raffiche d'ansia

La si può paragonare a una piovra, che pian piano avanza con i suoi tentacoli. Inizialmente è come se dalla superficie vada verso la profondità ma, in realtà, solo dopo ci si accorge che il meccanismo è assolutamente opposto.

Parlo, o meglio cerco di parlare, di quello che da un normale meccanismo fisiologico di difesa del nostro organismo che si attiva di fronte a situazioni di pericolo o situazioni a noi sconosciute diventa pian piano un qualcosa che disturba la nostra vita e talvolta ci impedisce di fare anche la cosa più banale.

Non voglio farvi una lezione perché non ho le competenze tecniche per farlo; purtroppo non sono un medico e tanto meno uno psichiatra. Dico purtroppo, perché la piovra sfrutta anche le insoddisfazioni e gli errori di un individuo. Sbagliare è umano e dagli sbagli è vero che bisogna imparare, ma talvolta alcuni tratti del proprio carattere piuttosto che aiutarti ad andare avanti ti si rivoltano contro in maniera tale che la piovra, L'ANSIA, prende il sopravvento.

Vorrei parlare dell'ansia dal mio punto di vista nella speranza di dare un aiuto, a chi non la conoscesse, per poterla prevenire, anche se sicuramente il tema è ben più complesso perché determinato da un insieme di fattori ambientali e genetici. Inoltre essendo ognuno di noi, fortunatamente, diverso da ogni altro, non possiamo dire in generale come si comporti l'ansia con ciascun individuo.

Penso sia un problema di grande attualità e abbastanza diffuso e temo che, con lo stile di vita sempre più frenetico che caratterizza il nostro modo di vivere, stia divenendo un disturbo sempre più comune. Ritengo però che l'ansia sia sempre esistita e come ho già affermato è diventata un normale strumento di difesa anche per un motivo evolutivo. Oggi magari se ne parla con più trasparenza, vi sono meno tabù rispetto a qualche decennio fa. Però quando si soffre d'ansia ci si sente soli, come se gli altri non avessero o non potessero avere il tuo stesso problema, mentre poi leggendo le statistiche (chissà, non voglio scrivere idiozie) magari ne soffre un 70% della popolazione.

Immaginate un ragazzo solare, pieno di energia, con tanta voglia di fare, con la curiosità di scoprire il mondo e di scoprire cose nuove, in grado di interagire con un certo carisma con le persone, in grado di dare consigli agli altri, di spronarli, ché nella vita bisogna appassionarsi alle cose che si fanno. Sereno, soddisfatto delle proprie scelte, del percorso accademico intrapreso, sicuro di sé e di quello che pensa di voler fare. Nonostante ciò, qualcosa già "bolle in pentola", perché è vero: il primo attacco d'ansia mi venne alle sei del mattino mentre dormivo. Pensai che era un qualcosa di sporadico e di ingiustificato. Tutte le altre volte in cui attacchi di panico mi son arrivati, sembra che giungano improvvisamente, ma poi,

riflettendoci, capisci che quello è solo uno sfogo di un qualcosa che nel tempo si è accumulato: malumori, rancori, divergenze (soprattutto con i familiari), scelte prese perché condizionato da ciò che mi stava attorno, da modi di pensare, di vivere e di interpretare la realtà che mi erano stati inculcati da persone appartenenti a generazioni completamente diverse dalla mia e pertanto incompatibili con i miei modi di pensare, ovviamente diversi. Il cambio generazionale è quindi importante e può essere anche traumatico. Soprattutto negli ultimi 50 anni c'è stato un radicale cambiamento delle nostre vite rispetto a quelle dei nostri genitori.

Una pentola a pressione che rimane "tranquilla" sino al raggiungimento della temperatura ideale; poi improvvisamente il vapore al suo interno inizia a sfiatare dalla valvola del coperchio: metaforicamente l'ansia è questo. D'improvviso il normale meccanismo fisiologico inizia a funzionare in maniera disfunzionale. L'ansia – dal mio punto di vista intendo l'ansia disturbatrice (potrei utilizzare anche l'aggettivo patologica) – è vista quindi come un problema, ma in realtà è semplicemente la reazione a una serie di problemi che non son stati affrontati nella maniera adeguata e si sono impilati l'uno sopra l'altro.

Un altro aspetto importante è rendersene conto, dire a se stessi che c'è qualcosa che non va. Arrivare a capire che si ha bisogno di un aiuto esterno è stata la cosa più complessa. Cerchi di dare una giustificazione a ogni attacco d'ansia o di panico: "Ah sì, va bene, sono in ansia perché devo dare un esame difficile, sono in ansia perché non ne posso più, voglio terminare l'università presto e rendermi autonomo, sono in ansia perché non trovo il lavoro che vorrei a due mesi dalla laurea". Tutte quelle che erano le tue aspettative non si realizzano e allora entri nel panico perché non eri consapevole che potesse accadere.

Ed ecco che ho scritto un altro termine a cui dedicare un altro pezzo: la consapevolezza. Essere consapevoli è un arma a doppio taglio: ti permette di avere una visione ampia della realtà attorno a te, ma se non è quella che vorresti, ti può portare molta sofferenza. Essere consapevoli di soffrire d'ansia da una parte è positivo perché ti permette di curare e lavorare su te stesso per essere migliore, ma contemporaneamente ti porta ad avere paura della tua stessa persona. E poi penso che ci son persone ansiose che non essendo consapevoli di esserlo magari vivono una vita "tranquilla". Quindi mi chiedo se essere consapevoli sia un qualcosa di positivo o di negativo; non penso ci sia risposta certa a questa domanda.

Inizi a curarti e il panico da una parte diminuisce, ma poi entri in ansia perché stai prendendo degli psicofarmaci e, devo ammetterlo, c'è ancora molto scetticismo nei confronti di questa branca della medicina. Avere il colesterolo alto, soffrire di malattie cardiovascolari, anch'esse sempre più diffuse e sempre legate a uno stile di vita sempre più sedentario e a una scorretta alimentazione è socialmente accettato, così come è normale andare dal cardiologo piuttosto che dal diabetologo, ma avere problemi psicologici e psichiatrici no! Non se ne può parlare, sei visto come un pazzo che va dallo strizzacervelli. Naturalmente anche in questo caso non si può generalizzare tanto, perché io parlo in base alla mia esperienza che è circoscritta al luogo in cui vivo e quindi a tutta una serie di pregiudizi che possono essere tipici solo esclusivamente del mio paese; spero che in altre parti del mondo ci sia una maggiore flessibilità e apertura mentale, una sensibilizzazione verso questo tipo di problematiche e confido nei rimedi della medicina farmacologia e della psicoterapia nonostante la complessità dei loro percorsi. Concludo scrivendo che, seppur i farmaci sono efficaci e la stessa psicoterapia è d'aiuto, quello che fa la differenza siamo noi: sono la nostra voglia di vincere il problema, la nostra determinazione, la forza di volontà che è dentro di noi che ci aiutano veramente tanto. ♥

## La vita a testa in giù salvata dal litio

Donna, anni 41. I primi vent'anni della mia vita sono trascorsi senza che mi accorgessi dei danni che in futuro mi avrebbero portato. Quarto anno di medicina con media del 29 e poi... down. L'interruttore della luce si spegne.

Due anni rannicchiata in una poltrona, con sfondamento della stessa. Leggo, leggo... e poi scopro l'America: PROZAC. Me lo autoprescrivo e sento di voler vivere. Passerò veri anni di up e down, facendo abuso di alcol e trasformandomi in una fantastica "cattiva" ragazza. Bella, magra, alta, bionda, simpatica, ecc... Sì, cattiva! Io che sono sempre stata la figlia, ragazza, studentessa modello.

Entro nel tunnel dell'anoressia/bulimia: e non ne uscirò mai. Chiamo la mia vita "la vita a testa in giù". Non so se si mangi "tutto" per riempire la voragine che è dentro di noi o si mangi per vomitare l'orrore che si ha verso il nostro mondo. I supermercati dal canto loro ringraziano sentitamente.

Mi sposo. Ho due figli che ora hanno 10 e 5 anni. Mi separo, pur amando ancora moltissimo mio marito: il mio male mi impedisce di dare serenità a qualcun altro ma scelgo di rendere sereni i miei figli.

Uccido me e lui. Tocco il fondo: cedo. Cedo a cosa? Cedo a chi in tanti anni ha fatto in modo che adesso sia qui a scrivere: qualcuno che ha sempre lasciato a me la scelta di curarmi o di dannarmi. Non giudicava ma aveva già capito. Da vent'anni.

Il caro e vecchio Litio... l'orrendo farmaco che avrebbe fatto di me una donna cannone. Tanti personaggi famosi trattati con lo stesso: tutti grandi d'età e senza nessuna attinenza con la mia persona. Non c'era di meglio? Qualcosa di nuovo?... dentro di me ultima ratio: o questo o morte.

Dopo vent'anni, con qualche iniziale "taratura", sono "diventata Io". Sottolineo "diventata", perché "ritornata" presupporrebbe una condizione iniziale normale. Non potrei datare l'inizio della stortura nella mia vita.

Come il professore, con mio apprezzamento, sottolinea sempre, dovrò convivere con la pazza che è in me. È una pazza che però lavora, si occupa dei figli, ha una discreta vita sociale e ogni tanto riesce a provare emozioni. È una pazza "stabilizzata". I temuti effetti collaterali non ci sono stati ma credo ne sarebbe proprio valsa la pena.

Il Litio mi ha salvato la vita. ♥



(Post RM et al. *Differential clinical characteristics, medication usage, and treatment response of bipolar disorder in the US versus the Netherlands and Germany*. Int Clin Psychopharm 2011; 26: 96-106) in cui l'ipotesi è stata rafforzata, se non dimostrata. In uno studio precedente, lo stesso gruppo aveva evidenziato una più elevata probabilità che negli Stati Uniti il disturbo bipolare iniziasse in età precoce, avesse una familiarità più frequente per disturbo dell'umore e maggiore probabilità di abusi fisici o sessuali (anche questi possibilmente legati a un disturbo da parte di chi abusava).

La ricerca attuale, invece, confronta una popolazione statunitense con una europea e sostiene che alcune variabili di maggiore gravità del disturbo sono più frequenti oltreoceano: concomitanza con disturbi d'ansia e da abuso di alcol o droghe; traumi fisici o sessuali giovanili; maggiore probabilità di disturbi dell'umore nella famiglia, più episodi di malattia, una più giovane età di inizio e, infine, una più difficile risposta ai trattamenti. Soltanto l'inabilità al lavoro era più presente in Europa, forse influenzata dalla minore mobilità occupazionale nel vecchio continente. Inoltre, dalle nostre parti i sali di litio per stabilizzare l'umore si userebbero di più e con un beneficio maggiore che al di là dell'Atlantico, mentre accade il contrario per gli altri stabilizzanti dell'umore, 'avidamente' sostenuti dalle case farmaceutiche. Ugualmente più usati in USA sono alcuni farmaci sedativi (antipsicotici di seconda generazione) molto più costosi di quelli tradizionali (vale lo stesso commento precedente sull'interesse delle multinazionali farmaceutiche).

Gli autori concludono che le differenze, come si diceva, possono essere spiegate pensando che gli emigrati nel nuovo mondo abbiano portato con sé (nel loro DNA) una maggiore tendenza al rischio, alla competizione e alla ricerca di novità (tratti tradizionalmente attribuiti ai nostri cugini nordamericani ma anche comuni nei disturbi bipolari), tutte caratteristiche che in forma non patologica aiutano verso il successo, ma che se troppo presenti in una popolazione favoriscono un'espressione più significativa (patologica) nelle generazioni successive.

A tutto questo dovrebbe essere aggiunto (gli autori ne fanno accenno) che l'accesso alle cure è molto più problematico negli Stati Uniti dove circa il 15% della popolazione non ha

un'assicurazione per malattia e ripetuti episodi psichiatrici fanno rischiare di perdere quella che si ha. Un problema che Obama ha cercato di risolvere ma che si scontra con lo sfrenato individualismo nordamericano, forse anche quello sostenuto da qualche gene 'bipolare' di fondo. 🍷

Leonardo Tondo  
da *Mente e Cervello*  
ottobre 2011



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 Calari, 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 Aretæus Onlus e del Centro Lucio Bini

### direttore responsabile

Leonardo Tondo

### coordinamento scientifico

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

### amministrazione

Elisabetta Migoni

### progetto grafico

Joseph Paul 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