

## Ancora Steve Jobs

**editoriale** Steve Jobs è scomparso dalla circolazione mediatica. Tutti conoscono la sua avventura scritta e riscritta in tutti i modi, pubblicata e allegata ai quotidiani a puntate. *L'Instant book* su di lui in realtà era in preparazione da due anni e basato su una quarantina di interviste eseguite da Walter Isaacsson; venne pubblicato in anticipo per sfruttare commercialmente il decesso. Jobs avrebbe fatto lo stesso. Passata la turbolenza, oggi, si scorge appena, nell'angolo di qualche libreria, la sua foto sulla copertina di un libro ormai da tempo in saldo (a tra poco il film; d'altro canto non ne hanno fatto uno su Zuckerberg che con Facebook ha inciso meno nella recente storia tecnologica?).

Perché riparlare di Jobs? Per l'irritazione che ha causato quella sua frase ripresa da tutti come detta da un capo religioso (messianico lo era, oltre che scorbutico). "Stay hungry, stay fool", una citazione presa dal motto del *The Whole Earth Catalog*, una serie di pubblicazioni che dal 1968 per un certo periodo diffusero una cultura liberal e alternativa. Ma detta dal guru Mac, tutti a seguire quelle parole, prenderle come esempio e interpretarle. Sì, ha detto *hungry*, ma mica che voleva proprio dire 'affamato'? , era più avido di conoscenza, come dire 'curioso'. E poi quel *fool*, non era folle, no, è troppo semplice, intendeva sognatore. Invece, Jobs voleva proprio riferirsi ai crampi del suo stomaco e a qualche rotella fuori posto. La fame riguarda un periodo di cui l'autore si è spesso vantato. Erano i tempi dell'università quando per evitare di incidere sulla pensione (comportamento sicuramente sensibile) dei suoi due genitori adottivi, lasciò il Reed college (in seguito chiamerà il figlio con questo nome) e rimase senza soldi. Raccoglieva lattine per 5 cents l'una secondo l'uso dei senza casa americani, camminava per 10 km per un pasto caldo al tempio Hare Krishna. Pare che si aggirasse famelico per la città di Portland in Oregon e scroccasse cibo e divani su cui passare la notte a casa di amici. Per non pesare troppo su di loro, li alternava e questo richiedeva lunghi trasferimenti a piedi durante i quali pensava molto e gli venivano le idee migliori. Questa perlomeno è la sua versione ufficiale. Naturalmente a posteriori ricordava quei tempi come eroici. Magari, come tanti della sua età, non aveva voglia di studiare ma volle dare una certa nobiltà alla sua decisione. Rimase però come uditore per un anno e mezzo avvicinandosi nel frattempo alla controcultura sessantottina a base di LSD, altre sostanze, viaggio rituale in India e così via.

(continua a pagina 11)

## Una voce poco fa Esperienze soggettive insolite di tipo allucinatorio

Si dice "allucinazione" la percezione di un oggetto che altri non riescono a percepire: ad esempio, sentire una voce che parla, che si rivolge a noi, una voce che altri non riescono a sentire. Quello che caratterizza le allucinazioni è il forte senso di realtà della percezione, che contrasta con l'impossibilità da parte di un osservatore indipendente, sia esso un familiare, un medico o uno psicologo, di condividere l'esperienza del soggetto che riferisce l'allucinazione (Larøi et al., 2012).

Le allucinazioni sono spesso classificate sulla base dell'organo di senso interessato: si distinguono allucinazioni uditive – le più frequenti –, visive, olfattive, gustative, tattili, e complesse, quando più di un organo di senso sia interessato. Si tratta di esperienze che possono suscitare paura, e spesso spaventano coloro che le sperimentano per la prima volta. Disagio e preoccupazione riguardo all'esperienza sono comuni in chi sperimenta esperienze di tipo allucinatorio. Talvolta si tratta di sensazioni sfumate. C'è chi riferisce di avvertire la presenza di qualcuno che è morto da tempo, oppure di risvegliarsi dal sonno con la sensazione di fluttuare nell'aria e allontanarsi dal proprio corpo. C'è chi percepisce odori inesistenti e chi si sente toccare, sfiorare da



qualcuno che non si vede. In qualche caso c'è anche chi riferisce di vedere persone, cose o animali inesistenti.

Nel passato questo tipo di esperienze erano automaticamente considerate segno di malattia mentale, un atteggiamento che oggi sappiamo risultare da una distorsione, "l'illusione del clinico", la tendenza a generalizzare a un'intera categoria (la popolazione) le osservazioni che riguardano il campione di pazienti che si sta

trattando. In effetti, chi lamenta disturbi psicologici più spesso si sente porre domande riguardo ad allucinazioni: chi va dal medico per un mal di pancia è più difficile che venga valutato dal punto di vista psichiatrico. Alla fine erano gli psichiatri gli unici a ricevere rivelazioni su allucinazioni ed altre esperienze soggettive insolite, e questo ha condotto ad una sorta di circolo vizioso.

anche in  
questo  
numero:

appuntamenti .....4  
a proposito .....5  
con parole sue .....6

racconto .....8  
vocabolario .....10  
a domanda risponde .....11

**Disturbi mentali e allucinazioni: ma le possono sperimentare anche i sani**

Chi soffre di un disturbo psichiatrico ha una probabilità maggiore di sperimentare esperienze di tipo allucinatorio. Questa aumentata probabilità di avere esperienze soggettive insolite riguarda quasi tutti i disturbi di tipo psichiatrico: non solo le psicosi come la schizofrenia, ma anche i disturbi dell'umore, sia disturbo bipolare che depressione maggiore, e anche alcuni disturbi di personalità, come quello definito "borderline", e persino persone che soffrono di disturbi d'ansia possono, occasionalmente, vivere esperienze di tipo allucinatorio (Larøi et al., 2012).

Le ricerche epidemiologiche degli ultimi venti anni hanno rivelato che le esperienze di tipo allucinatorio sono relativamente diffuse nella popolazione generale. Negli Stati Uniti la prevalenza di esperienze allucinatorie nella popolazione generale è stata stimata pari al 10% tra i maschi e al 15% nel sesso femminile (Tien, 1991). In Nuova Zelanda, circa il 13% dei partecipanti all'indagine ammetteva di avere sperimentato episodi di tipo allucinatorio (Poulton et al., 2000). Altri studi hanno riportato che nella popolazione generale la prevalenza di chi ammette esperienze di tipo allucinatorio varia tra il 10% e il 25% della popolazione (Aleman et al., 2001; Young et al., 1986).

Nella letteratura specialistica si tende a raggruppare queste esperienze sotto la categoria delle *Psychotic-Like Experiences* (PLEs) – esperienze simil-psicotiche – ma si tratta di una forzatura. Per evitare questo non necessario alone stigmatizzante, il nostro gruppo di ricerca ha proposto di rimpiazzare il termine con l'espressione più ampia *Unusual Subjective Experiences*, esperienze soggettive insolite (Preti et al., 2013).

In effetti, questi fenomeni sono troppo diffusi nella popolazione, per poter essere associati *sic et simpliciter* alla psicosi (Preti et al., 2012). Si potrebbe dire che chi sperimenta uno stress psicologico ha più probabilità di avvicinarsi a una dimensione inusuale della vita, sia perché trova rifugio e consolazione in queste esperienze non comuni, sia perché è più portato ad accettare la realtà di queste esperienze soggettive.

Alcune esperienze allucinatorie sono più frequenti di altre. Le allucinazioni ipnagogiche ed ipnopompiche, ad esempio, sono esperienze allucinatorie complesse che si manifestano durante la fase di addormentamento o al risveglio. All'improvviso si ha la sensazione di essere svegli, ma ci si sente intorpiditi, e ogni movimento pare impossibile, come se fossimo paralizzati. L'elemento maggiormente spaventoso di queste esperienze – che sono in realtà eventi di tipo onirico, stiamo sognando ma non ce ne rendiamo conto – è l'impressione che qualcuno o qualcosa sia presente nella stanza accanto a noi. Non vediamo questa "presenza", ma la percepiamo, solitamente in termini minacciosi. Si crede che questo genere di allucinazioni siano la base di fenomeni quale *l'incubus* – il demone che si impossessava dei dormienti descritto nella letteratura medioevale – come anche contribuiscano a spiegare i cosiddetti "rapimenti alieni". Quasi il 25% della popolazione generale riferisce esperienze allucinatorie di tipo ipnagogico (Ohayon, 2000).

**Esperienze soggettive insolite e psicosi**

La relazione delle esperienze soggettive insolite con la psicosi è complessa e ancora poco chiara. Negli studi di popolazione, la percentuale di chi riceve la diagnosi di psicosi tra chi riferiva *psychotic-like experiences* nel passato è dello 0,56%, di contro allo 0,16% in chi non ha mai riferito esperienze inusuali. Uno studio olandese riporta una probabilità di diagnosi di psicosi dopo 2 anni pari all'8% in chi aveva riferito *psychotic-like experiences* in associazione a intenso disagio psicologico (van Os et al., 2009). La maggioranza di chi riferisce esperienze soggettive inusuali non

sviluppa una psicosi.

Tuttavia, l'indagine di questo tipo di fenomeni può aiutare a comprendere meglio le vere psicosi. Si possono immaginare vantaggi selettivi associati ai geni che contribuiscono allo sviluppo delle esperienze soggettive insolite, legati forse alla creatività, vantaggi che si perdono quando a manifestarsi è invece la psicosi vera e propria. In alcuni studi condotti su gruppi di soggetti professionalmente impegnati in attività creative – scrittori, pittori, musicisti – abbiamo osservato che i creativi erano maggiormente disposti ad ammettere esperienze soggettive insolite rispetto al gruppo di controllo, ma non manifestavano particolari sintomi di disagio psicologico (Preti e Vellante, 2007; Vellante et al., 2011). Nei pazienti con diagnosi di psicosi, però, queste esperienze invariabilmente si accompagnano a un intenso disagio e preoccupazione, che non cessano se non al cessare della esperienza stessa (Sisti et al., 2013).

**Una conclusione aperta**

Studi condotti in campioni di bambini e adolescenti segnalano una relazione tra esperienze di tipo allucinatorio e la probabilità di ricevere, da adulti, una diagnosi di disturbo

mentale, anche minore (Kelleher et al., 2012). Sperimentare esperienze di tipo allucinatorio, insomma, e provare disagio a causa di queste esperienze, è un indicatore di rischio da non trascurare. È importante quindi prestare attenzione a questo genere di esperienze, senza spaventarsene: affidarsi ad uno specialista di fiducia può essere il primo passo per un controllo di "quello che non va". Non necessariamente le esperienze di tipo allucinatorio sono "quello che non va". Anzi, talora si presta attenzione alle "voci" perché queste dicono qualcosa che per noi è importante, nel bene e nel male. Come dice il proverbio, la lingua batte dove il dente duole. Bisogna occuparsi del dente, quindi, e lasciare la "lingua" che ci ha segnalato il problema al suo destino. ♥

Particolare di un'opera fotografica di Salvador Dalí

**Bibliografia**

Aleman A, Nieuwenstein MR, Bocker KBE, De Haan EHF (2001) *Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample*, *Pers Individ Dif*; 30:287-292.

Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M (2012) *Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies*, *Psychol Med*; 42:1857-1863.

Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Pfyfche DH, Hugdahl K, Johns LC, McCarthy-Jones S, Preti A, Raballo A, Slotema CW, Stéphane M, Waters F (2012) *The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and non-clinical groups: state-of-the-art overview and future directions*, *Schizophr Bull*; 38:724-33.

Ohayon MM (2000) *Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population*, *Psychiatry Res*; 97:153-164.

Poulton R, Caspi A, Moffitt T, Cannon M, Murray R, Harrington H (2000) *Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder*, *Arch Gen Psychiatry*; 57:1053-1058.

Preti A, Cella M, Raballo A (2012) *All that shines is not psychosis: a cautionary note on the assessment of psychotic symptoms in childhood and adolescence*, *Psychol Med* 2012; 42:1787-1788.

Preti A, Cella M, Raballo A, Vellante M (2013) *Psychotic-Like or Unusual Subjective Experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype*, *Psychiatry Res*; in corso di stampa.

Preti A, Vellante M (2007) *Creativity and psychopathology: Higher rates of psychosis-proneness and non-right handedness among creative artists compared to same-age and -gender peers*, *J Nerv Ment Dis*; 195:837-845.

Sisti D, Rocchi MBL, Siddi S, Mura T, Manca S, Preti A, Petretto DR (in corso di stampa) *Preoccupation and distress are relevant dimensions in delusional beliefs*. *Compr Psychiatry* in corso di stampa.

Tien A (1991) *Distribution of hallucination in the population*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 26:581-586.

van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L (2009) *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder*, *Psychol Med*; 39:179-195.

Vellante M, Zucca G, Preti A, Sisti D, Rocchi MBL, Akiskal KK, Akiskal HS (2011) *Creativity and affective temperaments in non-clinical professional artists: An empirical psychometric investigation*, *J Affect Dis*; 135:28-36.

Young HF, Bentall RP, Slade PD, Dewey ME (1986) *Disposition towards hallucination, gender and IQ scores*, *Pers Individ Dif*; 7:247-249.

Antonio Preti  
Centro di Psichiatria di Consulenza e Psicosomatica,  
Università di Cagliari



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

B.go Santo Spirito 3 – 00193 RM

Tel. 06.68352411 - 06.68802626 - Fax. 06.68806712

E-mail: [segreteria@smorrl.it](mailto:segreteria@smorrl.it) - Sito web: [www.smorrl.it](http://www.smorrl.it)

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA ANNO 2012

## SEMEIOTICA IN CLINICA PSICHIATRICA

10 Ottobre – 21 Novembre 2012

Responsabile dell'evento: Dott. Michele Raja

Sede: Complesso Monumentale S. Spirito in Saxia – Roma

CREDITI ECM: 26

IL CORSO HA UNA DURATA DI 20 ORE ED E' APERTO A 10 PSICOLOGI E 10 MEDICI. L'AMMISSIONE AL CORSO AVVERRA' SULLA BASE DELL'ORDINE CRONOLOGICO DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE. AI FINI DELLE ISCRIZIONI SI DOVRA':

- PRESENTARE DOMANDA REDATTA SU APPOSITO MODELLO, DISPONIBILE PRESSO LA SEGRETERIA O SCARICABILE DALLA PAGINA "INFORMAZIONE SUI CORSI" DEL SITO WEB WWW.SMORRL.IT;
  - CONSEGNARE LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI EURO 200,00 - ESEGUITO SU MODULO DI C.C.P. N. 82947003, INTESTATO ALLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA;
  - ESIBIRE LA TESSERA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROFESSIONALE.
- ALLA FINE DEL CORSO VERRA' EFFETTUATO UN ESAME FINALE PER VERIFICARE IL GRADO DI APPRENDIMENTO DEI PARTECIPANTI LA FREQUENZA AL CORSO E' OBBLIGATORIA ED E' CONCESSA SOLO SE IN REGOLA CON I PAGAMENTI.

### PROGRAMMA

<p><b>10 ott. 2012</b> <b>LA DIAGNOSI IN PSICHIATRIA: PROBLEMI EPISTEMOLOGICI E METODOLOGICI</b> <b>Dott. M. Raja</b></p> <p>14.30 - 15.30 Il prerequisite dell'attendibilit</p> <p>15.30 - 16.30 La validit delle diagnosi psichiatriche</p> <p>17.00 – 18.00 La gerarchia delle diagnosi</p> <p>18.00 – 19.00 Classificazione categoriale e dimensionale</p>	<p><b>31 ott. 2012</b> <b>I SINTOMI PSICOTICI</b> <b>Dott. M. Raja</b></p> <p>14.30 – 19.00 Le allucinazioni. I deliri. La disorganizzazione concettuale. La dimensione distacco dalla realt Casi clinici</p>
<p><b>24 ott. 2012</b> <b>LA VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE PSICHIATRICO: METODO E STRUMENTI</b> <b>Dott. M. Raja</b></p> <p>14.30 - 15.30 Obiettivi della valutazione diagnostica psichiatrica</p> <p>15.30 - 16.30 Tecniche della valutazione diagnostica psichiatrica</p> <p>17.00 – 18.00 L'utilizzo delle scale di valutazione: BPRS, PANSS</p> <p>18.00 – 19.00 L'utilizzo delle scale di valutazione: SAPS, SANS, BRMSS, MMSE, GAF</p>	<p><b>14 nov. 2012</b> <b>I SINTOMI DELL'UMORE</b> <b>Dott. M. Raja</b></p> <p>14.30 – 19.00 La tristezza. L'agitazione. L'ostinazione, la rabbia e l'ostilit Il sonno Casi clinici</p>
	<p><b>21 nov. 2012</b> <b>I SINTOMI DI ANSIA</b> <b>Dott. M. Raja</b></p> <p>14.30 – 19.00 Il panico. Le ossessioni e le compulsioni. L'ipocondria. L'ansia generalizzata Casi clinici</p> <p>Esame finale</p>

IL PRESIDENTE: PROF. B. CONDORELLI

## Allucinazioni? Possibili anche nei "sani"

Ansia e depressione, possono colpire chiunque: questo lo sanno quasi tutti. Meno noto è che ci sono persone normali che, più o meno raramente, possono manifestare sintomi quali allucinazioni uditive e convincimenti deliranti, classicamente associati a problemi psichiatrici "maggiori". Talvolta si tratta di sensazioni sfumate, altre volte di eventi indistinguibili dalla realtà quotidiana. Scambiare i propri pensieri per eventi reali della vita, oppure sentire la voce di qualcuno che in quel momento non è presente. C'è poi chi riferisce di avvertire la presenza di qualcuno che è morto da tempo, oppure di risvegliarsi dal sonno con la sensazione di fluttuare nell'aria e allontanarsi dal proprio corpo. C'è chi percepisce odori inesistenti e chi si sente toccare, sfiorare da qualcuno che non si vede. In qualche caso c'è anche chi riferisce di vedere persone, cose o animali inesistenti. Ce n'è abbastanza per spaventare chiunque. Anche se in altri contesti culturali a queste esperienze vengono attribuiti significati mistici o spirituali, in particolare nelle aree dove forte è stata l'influenza di culture sciamaniche. Gli psichiatri le chiamano *Psychotic-Like Experiences* (esperienze simil-psicotiche), o sintomi psicotici subclinici.

Secondo uno studio di revisione, recentemente pubblicato sulla rivista *Psychological Medicine*, da due ricercatori irlandesi, Ian Keller e Mary Cannon del Department of Psychiatry del Beaumont Hospital di Dublino, questi fenomeni, oltre che tra le persone affette da veri disturbi psicotici, sarebbero rilevabili nel 5-8 per cento della popolazione cosiddetta "sana". Un tasso che negli adolescenti sarebbe ancora più alto, con buona pace di chi pensa che questo tipo di fenomeni psichici siano incompatibili con uno stato di salute mentale. L'argomento richiede cautela e i ricercatori hanno iniziato a distinguere fenomeni che sono eterogenei. Secondo un gruppo di ricercatori italiani, guidati da Antonio Preti, del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Cagliari, che ha appena pubblicato un articolo sulla rivista *Psychiatry Research*, il termine *psychotic-like experiences* sarebbe fuorviante, in quanto contiene il termine 'psicosi'. "Per evitare questo non necessario alone stigmatizzante suggeriremmo di rimpiazzare il termine con l'espressione più ampia 'esperienze soggettive insolite'", dicono i ricercatori nel loro articolo. Spiegando poi che questi fenomeni sono troppo diffusi nella popolazione sana per poter essere associati alla psicosi. "Si potrebbe dire – continuano – che chi sperimenta uno stress psicologico ha più probabilità di avvicinarsi a una dimensione inusuale della vita, sia perché trova rifugio e consolazione in queste esperienze non comuni, sia perché è più portato ad accettare la realtà di queste esperienze soggettive". Esisterebbe anche un profilo psicologico maggiormente predisposto a

queste esperienze insolite, individuato dai ricercatori con il termine lo "schizotipo felice", un soggetto che ha frequenti e significative *psychotic-like experiences*, ma che non mostra né disturbi psichici veri e propri, né reazioni di stress a queste sue inusuali esperienze. La relazione tra queste esperienze soggettive insolite e la psicosi è complessa. "Negli studi di popolazione, la percentuale di chi riceve la diagnosi di psicosi tra chi riferiva *psychotic-like experiences* nel passato è dello 0,56%, contro lo 0,16% di chi non ha mai riferito esperienze inusuali", afferma Antonio Preti. E aggiunge: "Uno studio olandese riporta una probabilità di diagnosi di psicosi, a due anni dal manifestarsi di *psychotic-like experiences*, pari all'8% in coloro che avevano riferito questo tipo di esperienze in associazione a intenso disagio psicologico. La maggioranza di chi riferisce esperienze soggettive inusuali, però, non sviluppa una psicosi. In passato, le persone che riferivano allo psichiatra esperienze di tipo allucinatorio – continua Preti – ricevevano quasi automaticamente una diagnosi di grave disturbo mentale, un atteggiamento che oggi si sta lentamente modificando. Intendiamoci però: anche oggi chi va dal medico a lamentarsi di sentire 'voci' nella testa di solito sta male".

Riconoscere l'esistenza delle *psychotic-like experiences* può comunque rappresentare anche una via per comprendere meglio le vere psicosi. Finora è rimasto oscuro come mai questi gravi disturbi psichici continuino a esistere nella popolazione generale anche se rappresentano uno svantaggio dal punto di vista dell'evoluzione, gravati come sono da un maggiore rischio di mortalità prematura e da una ridotta probabilità di contrarre matrimonio e di avere figli, e quindi trasmettere alle generazioni future gli ipotetici fattori di rischio genetici del disturbo. ▼

Daniilo Di Diodoro  
dal Corriere della Sera, 9 settembre 2012

### Una domanda di "Areteaus" al Prof. Antonio Preti

*Esistono differenze nelle esperienze allucinatorie tra chi ha e chi non ha ricevuto una diagnosi psichiatrica? In altre parole, si possono distinguere le allucinazioni 'normali' da quelle 'psicotiche'?*

**Le esperienze** di tipo allucinatorio riferite da chi non ha una diagnosi psichiatrica tendono più spesso ad avere un contenuto positivo (consigli, incoraggiamento, ecc.); le voci sono spesso attribuite a entità spirituali (angeli custodi, spiriti di defunti, guide di altre dimensioni). I pazienti che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica, invece, riferiscono molto più spesso di sentirsi minacciati dalle voci e di essere disturbati dalle loro esperienze, di essere incapaci di farle smettere o di controllarle; in quanto affetti da altri sintomi oltre alle esperienze allucinatorie, i pazienti tendono ad attribuire le voci a entità materiali, come i servizi segreti, individui dotati di poteri telepatici, organizzazioni criminali o persone del vicinato animate da cattive intenzioni. Al di là di queste differenze, le esperienze tendono a essere simili, sebbene con un diverso impatto: disagio e preoccupazione sono segnali cui prestare attenzione, e suggeriscono l'opportunità di una visita specialistica. ▼



Areteus fu un medico greco che esercitò nella Roma del I secolo d.C. A lui si deve la prima descrizione della celiachia e l'invenzione del termine diabete. Scrisse un trattato generale sulle malattie diviso in otto libri (*Delle Cause, Dei Segni, E Della Cura Delle Malattie Acute E Croniche*), due intitolati *De causis et signis acutorum morborum*, due *De causis et signis diuturnorum morborum*, due *De curatione acutorum morborum* e due *De curatione diuturnorum morborum*. Tale trattato è una tra le più autorevoli opere dell'antichità, vantando particolare accuratezza dei dettagli e della disamina dei sintomi. Areteo utilizzava terapie semplici e sagaci. Somministrava liberamente purganti, non lesinava narcotici e non era particolarmente contrario al salasso. Di lui si può dire che fu ben poco attaccato a una particolare opinione e il suo insieme di osservazioni e trattamenti delle malattie costituì un'ottima base per la conoscenza medica del periodo successivo. Il suo contributo alla psichiatria è stato decisivo per aver ipotizzato per primo che la "melanconia costituisce l'inizio della mania e ne è parte integrante... lo sviluppo della mania rappresenta un peggioramento della melanconia piuttosto che il passaggio a una patologia differente".

Di seguito riportiamo dall'edizione inglese *The Extant Works of Areteus. The Cappadocian*, 1856 (1990), i capitoli V e VI sulla melanconia e sulla follia tradotti da Leonardo Tondo.

### Capitolo V – Sulla melanconia

La bile nera se compare nelle malattie acute delle parti superiori del corpo è molto pericolosa, ma anche se si sposta verso il basso non è esente da pericoli. Però nelle malattie croniche, se si sposta verso il basso, può causare dissenteria e dolore al fegato. Nelle donne serve come purga invece delle mestruazioni, purché non siano in una altrimenti condizione pericolosa. Ma se la bile va verso l'alto, stomaco e diaframma, si forma melanconia, perché produce flatulenza ed eruttazioni di natura fetida e di pesce, e invia rombi di vento verso il basso, disturbando la comprensione. Per questo motivo, in altri tempi, sono state chiamate melanconiche le persone flatulente. Eppure, in alcuni di questi casi non c'è né flatulenza, né bile nera, ma soltanto rabbia e dolore semplice, abbattimento e tristezza della mente, e questi sono stati chiamati melanconici, perché i termini bile e rabbia sono sinonimi, e allo stesso modo di nero e furioso. Per questo Omero è un'autorità quando dice:

*Poi si alzò diritto a parlare  
Il capo Atrida, che tenne un largo impero sotto il suo dominio  
Era contrariato e addolorato; il suo possente cuore si gonfiò  
nel suo petto buio  
Con rabbia, e dai suoi occhi scoppiò fuoco come un fulmine.*

I melanconici diventano così quando sono sopraffatti da questo male. Si tratta di una bassezza di spirito da una fantasia unica, senza febbre, e mi sembra che la melanconia sia l'inizio e una parte di mania. Per coloro che sono folli, la comprensione si trasforma a volte in rabbia e a volte in gioia, ma nei malinconici soltanto in dolore e scontento. Coloro che sono folli sono così per la maggior parte della vita, diventando stupidi e facendo cose terribili e vergognose, ma coloro che sono colpiti da melanconia non sono colpiti da una

# Areteaus

## Melanconia e mania nella Roma antica



forma particolare, ma diventano sospettosi di avvelenamento o fuggono nel deserto a causa della misantropia, oppure diventano superstiziosi o contraggono un odio per la vita. Dopo ciò, in qualsiasi momento, interviene un rilassamento, nella maggior parte dei casi sopravviene ilarità, ma queste persone impazziscono.

Vorrei adesso spiegare come e da quali parti del corpo origina la maggior parte di questi sintomi. Se la causa sta nelle regioni ipocondriache, si raccoglie attorno al diaframma e la bile si sposta verso l'alto oppure verso il basso in casi di melanconia. Ma se colpisce anche la testa, da simpatia e irritabilità anomala cambia in riso e gioia per la maggior parte della loro vita, e i melanconici diventano folli più per un aumento della malattia che per un cambiamento di umore.

La secchezza è la causa di entrambi. Uomini adulti, pertanto, sono oggetto di mania e di malinconia, ma lo sono anche persone di età inferiore. Le donne sono più colpite da mania rispetto agli uomini. Per quanto riguarda l'età, quelli verso la maturità e quelli effettivamente nel fiore della vita. Le stagioni dell'estate e dell'autunno generano i disturbi e la primavera può portare a una crisi.

Le sembianze caratteristiche, quindi, non sono oscure visto che i pazienti sono ottusi, abbattuti o irragionevolmente torpidi, senza alcuna causa evidente: tale è l'inizio di melanconia. E diventano anche scontenti, scoraggiati, insonni, iniziando da un sonno disturbato.

Irragionevoli paure li prendono; se il disturbo tende ad aumentare, quando i loro sogni diventano veri, terrificanti e chiari: da svegli, hanno un'avversione per qualunque cosa, come se un diavolo apparisse d'improvviso nelle loro visioni nel sonno. Essi sono soggetti a cambiare idea facilmente, a diventare bassi, meschini, illiberali, e nel giro di poco tempo, forse, semplici, stravaganti, munifici, non per una qualche virtù dell'anima, ma per la mutevolezza della malattia. Ma se la malattia diventa più grave, compaiono odio, evitamento di luoghi di ritrovo, lamenti vani; si lamentano della vita e desiderano morire. In molti, la comprensione porta a insensibilità e fatuità e diventano ignoranti di tutte le cose, si dimenticano di se stessi e vivono la vita di animali inferiori. Le abitudini del corpo diventano anche alterate; il colore cambia in verde scuro, se la bile non passa verso il basso, ma è diffusa con il sangue sull'intero sistema. Diventano davvero voraci, ma emaciati, perché il sonno non rinforza gli arti sia per quello che hanno mangiato o bevuto, ma la vigilanza li spinge verso l'esterno. Pertanto le viscere si seccano e non scaricano nulla; o se lo fanno, le deiezioni sono secche, rotonde, e con un fluido nero e bilioso in cui galleggiano; le urine sono scarse, acide, tinte di bile. Essi sono flatulenti sulla regione ipocondriaca; le eruttazioni fetide, virulente, come salamoia dal sale e, talvolta, un liquido acre, misto a bile galleggia nello stomaco. Il polso è spesso piccolo, torpido, debole, denso, come quello provocato dal freddo.

Si racconta la storia di una certa persona con una malattia incurabile che si innamorò di una ragazza, e quando i medici non potevano più portare alcun sollievo, l'amore lo guarì. Ma credo che in origine fosse innamorato e poi si sentisse abbattuto e senza spirito per non essere riuscito a conquistare la ragazza, e alla gente comune sembrava melanconico. Egli allora non sapeva che era l'amore, ma quando disse alla ragazza del suo amore, il suo abbattimento cessò e la sua passione e il dolore dissiparono, e con gioia si svegliò dalla sua bassezza di spirito e recuperò la comprensione, essendo stato l'amore il suo medico.

### Capitolo VI – Sulla follia

I modi della mania sono infiniti come specie, ma uno solo come genere. Infatti, complessivamente, si tratta di un disturbo cronico della mente senza febbre perché se la febbre venisse in qualsiasi momento non dovrebbe la sua particolarità alla mania, ma a qualche altro incidente. Così il vino infiamma fino al delirio in stato di ebbrezza e alcuni cibi, come mandragora e iosciamo, inducono follia: ma queste malattie non vengono mai chiamate mania, perché nascono da una causa temporanea, rapidamente diminuiscono, mentre la follia ha qualcosa di più stabile in sé. Per questa mania non c'è somiglianza nel rimbambimento che è la calamità della vecchiaia, perché questo è un torpore dei sensi, un blocco delle facoltà cognitive e intellettuali a causa della freddezza del sistema. Ma la mania è causata da qualcosa di caldo e secco ed è tumultuosa nei suoi atti. E, in effetti, la perdita di capacità intellettive che inizia con la vecchiaia non è mai intermittente, ma accompagna il paziente fino alla morte, mentre lo è la mania che cessa del tutto con le cure. E vi può essere un intervallo imperfetto se nella mania avviene quando il male non è completamente guarito dalla medicina o se è collegato con la temperatura della stagione. Perché in alcune persone che sembravano liberate dal dolore, o la primavera o qualche errore nella dieta o qualche passione ardente incidentale può portare a una ricaduta.

Quelli soggetti alla malattia, sono di natura appassionata, irritabile, di abitudini attive, di un carattere facile, gioioso, puerile. Al contrario coloro la cui disposizione si inclina verso la condizione opposta, la melanconia, ma sono già stati in uno stato maniacale sono lenti, tristi, lenti a imparare ma pazienti nel lavoro e quando vengono a sapere qualcosa, presto la dimenticano. Ma in quei periodi della vita a cui sono associati molto calore e sangue le persone sono più disposte alla mania, ovvero coloro che sono nella fase della pubertà, i giovani, coloro che posseggono un generale vigore. Ma quelli in cui il calore è acceso dalla bile nera e la cui costituzione è incline al secco, più facilmente passano in uno stato di melanconia. La dieta che dispone a questo stato è associata a voracità, smodata quantità di cibo, ubriachezza, lussuria e desideri venerei. Anche le donne a volte diventano affette da mania per mancanza di purificazione del sistema quando l'utero ha raggiunto la maturità, mentre le altre non cadono facilmente nella mania, ma se lo fanno, i loro casi sono difficili da gestire. Queste sono le cause, e suscitano la malattia anche se può essere fermata con una evacuazione di sangue o bile o sudore.

Quando la follia è gioiosa, è associata a ridere, giocare, danzare notte e giorno e, talvolta, andare apertamente al mercato incoronati, come se si fosse vincitori in qualche gara di abilità. Questa forma è inoffensiva per quelli che stanno intorno. Altri hanno follia con rabbia, e questi a volte si stracciano le vesti e uccidono i loro custodi e portano le loro mani violente contro se stessi. Questa forma disperata di malattia non è senza pericolo per le persone intorno. Ma i modi sono infiniti in chi è ingegnoso o docile; astronomi autodidatti, filosofi spontanei, poesia che viene veramente dalle muse, perché la docilità ha i suoi buoni vantaggi anche nelle malattie. Negli ignoranti, gli impieghi comuni sono il trasporto di carichi e il lavoro dell'argilla; possono essere artigiani o muratori. Si danno anche a fantasie straordinarie, perché si ha paura della caduta delle oliere... e un altro non beve, credendosi un mattone, e temendo di sciogliersi nel liquido.

Si racconta la storia di un certo falegname, un bravo artigiano che quando era al lavoro in una casa misurava, tagliava, piallava, batteva, regolava il legno e portava a termine correttamente il suo compito; assumeva operai e li retribuiva adeguatamente. Proprio sul posto in cui svolgeva il lavoro era in possesso di tutta la sua razionalità, ma se in qualsiasi momento si recava al mercato, alle terme o altrove per qualsiasi altro impegno, deposti i suoi attrezzi, emetteva un gemito e se ne andava via scrollando le spalle. Quando usciva dalla vista dei domestici, o si allontanava dal lavoro e dal posto in cui lo eseguiva, diventava completamente folle, tornando poi rapidamente a recuperare la ragione; questo come esempio di connessione tra il luogo e la razionalità.

La causa della malattia è situata nella testa e nella regione ipocondriaca, a volte iniziando da entrambe le regioni, con l'una che dà ordini all'altra. Nella mania e nella melanconia, la causa principale è situata nelle viscere, mentre nella frenite è nella testa e nei sensi. Poiché in queste malattie i sensi sono alterati, in modo che vedono le cose non presenti come se fossero presenti; gli oggetti che non appaiono agli altri si manifestano a loro e le persone che sono pazze possono vedere come gli altri, ma non hanno un corretto giudizio di ciò che hanno visto.

Se, dunque, la malattia è grande, il carattere diventa mutevole, i sensi sono acuti, compare sospettosità, irritabilità senza alcuna causa e irragionevole scoraggiamento quando la malattia tende alla tristezza, ma quando passa alla gioia, si è di ottimo umore, eppure di solito è presente insonnia, entrambi portano a modificazioni al volto, mal di testa, oppure pesantezza della testa, udito molto accentuato, ma molta lentezza nel giudizio, o in alcuni casi ci sono rumori nelle orecchie o squilli come quelli di trombe

e altri strumenti. Ma se la malattia continua ad aumentare, si verificano flatulenza, nausea, voracità e avidità nel prendere cibo, perché è presente molta vigilanza e questa stimola la gola. Eppure non sono emaciati come persone in malattia (la pinguedine è piuttosto la condizione dei melanconici) e sono un po' pallidi. Ma se uno dei visceri entra in uno stato di infiammazione che ottunde l'appetito e la digestione, allora gli occhi sono cavi, non funzionano; davanti agli occhi si formano immagini di un colore azzurro o scuro in chi cade nella melanconia, ma di un colore più rosso, quando passano alla mania, con colore viola da fantasma, in molti casi perfino come se lampeggiasse fuoco e il terrore li prende come da un fulmine. In altri casi, gli occhi sono rossi e iniettati di sangue.

Al culmine della malattia hanno sogni impuri e il desiderio irresistibile di lussuria, senza vergogna e ritegno per il rapporto sessuale e tendono alla rabbia come conseguenza di ammonizioni o restrizioni, diventando del tutto pazzi. Quando sono colpiti con la follia in varie forme, alcuni corrono a lungo senza controllo, e non sapendo come, tornano di nuovo allo stesso punto; alcuni, dopo un lungo periodo di tempo, tornano dai loro parenti, altri emettono forti ruggiti, lamentandosi come se avessero subito rapina o violenza. Alcuni abbandonano la comunità per andare nel deserto, vivere da soli.

Se raggiungono un'attenuazione del male, diventano torpidi, noiosi e tristi perché consapevoli della malattia e sono rattristati a causa della loro calamità.

### Un'altra specie di mania

Alcuni tagliano i loro arti a seguito di una fantasia sacra, come se in tal modo potessero propiziare divinità particolari. Questa è una follia solamente di un momento, perché per il resto sono sani di mente. Essi sono svegliati dal flauto, dall'allegria, dal bere o dalle ammonizioni di chi li circonda. Questa follia è di origine divina e se rinsaviscono, sono allegri e senza preoccupazioni, come fossero iniziati alla divinità, ma tuttavia sono pallidi e attenuati e rimangono a lungo deboli per i dolori delle ferite. ♣



## Le stagioni di Alda

Alda aveva nove anni quando in una chiassosa serata di carnevale, mentre le maschere facevano festa, suo padre moriva.

Fermo nella memoria lo collocò nel mito dove non c'è critica né obiettività e cominciò ad aspettarlo. Ma non tornò. Tutte le volte che ripensava a quei pochi anni felici vissuti col padre e rivedeva la bella casa sul viale, aveva la sensazione di non essersi mai allontanata. Era come se fosse rimasta là, in quelle stanze senza tempo, ad aspettare la sua vita.

Dovette invece affrontare da subito le sue giornate, in lotta con se stessa, con le proprie insicurezze e le proprie paure.

A diciotto anni, mentre le compagne presero a frequentare l'università, per lei si apriva il mondo del lavoro. La volontà di farcela, tuttavia, anche per aiutare sua madre, fu forte e così ogni giorno, trovato posto negli scomodi sedili di legno di un vecchio treno con il quale raggiungeva il posto di lavoro e dove il vento umido dell'alba soffiava indisturbato, Alda studiava. Le sue giornate furono dure e si abituò presto a non aspettare aiuto da nessuno, al contrario, per un singolare gioco del destino, fu lei, la più debole, ad essere presente con coloro che avevano bisogno di sostegno. Non perse mai la coscienza del dolore. La guerra, la violenza, la solitudine, l'ingiustizia, la povertà, il pregiudizio cattivo e ignorante la toccavano nel profondo. Non poteva stare a guardare. I lunghi giorni del dopoguerra erano ormai chiusi per sempre e la vita di milioni di giovani veniva sconvolta. Alda venne investita da un'onda forte e piena. I privilegi di quella società, vissuta come ingiusta e autoritaria, le procuravano sofferenza e, giovanissima, si impegnò nel sociale.

Aveva ereditato da suo padre il piacere, che conservò nonostante le amarezze, di offrire e ricevere un sorriso, un gesto di amicizia, un abbraccio non richiesto. Si lasciò attraversare dai sentimenti e conobbe l'amore e insieme la delusione.

Nel tempo lasciato libero dal lavoro, Alda vinse la sua battaglia e si laureò in filosofia. Intanto i giorni si sovrapposero ai giorni, fece nuovi incontri, nuovi studi, nuovi impegni, ma non le riuscì mai di chiedere aiuto o vivere l'amicizia, per aprire a se stessa strade che avrebbero reso la sua vita più facile e gratificante.

L'essere stata orfana e sempre sola divenne una sorta di non-diritto e fu felice soltanto di ciò che riuscì a realizzare con le sue sole forze.

Andò avanti nel lavoro – sua madre era morta da un pezzo – con più sicurezza ma con sempre maggiore fatica finché un giorno il suo corpo si piegò e di lì a breve conobbe gli ospedali e il tormento. Gli stessi medici per aiutarla a sopportare il dolore che andava facendosi ogni giorno più forte, la convinsero che non avrebbe potuto farcela senza l'aiuto di uno psichiatra: *Lui ti darà dei farmaci che renderanno il male più accettabile e soprattutto saprà ascoltarti e restituirti fiducia e sicurezza...* Si abbandonò all'illusione e, al di là delle speranze tradite e della non più giovane età, finì per credere che quel consiglio avrebbe portato finalmente momenti sereni.

Scelse un giovane psichiatra di cui aveva molto sentito parlare e del quale aveva letto, con vero interesse, alcuni scritti.

Il pomeriggio dell'appuntamento fu catturata dall'ansia. Quello studioso la intimidiva. Quando venne il suo turno si fece coraggio e si presentò, ma fu accolta con freddezza ed ebbe netta l'impressione di essere tollerata per dovere professionale. Rimase profondamente ferita, non ascoltò quasi nulla di quanto egli domandava e rispose a caso, aspettando il momento in cui sarebbe stata il più lontano possibile da quel medico e da quel luogo.

Uscì convinta di aver esaurito l'esperienza. Ma ritornò. Era come se qualcuno o qualcosa che non capiva la spingesse. Cominciò a soffrire e divenne ogni volta più triste sforzandosi di mascherare il suo stato d'animo, finché una sera percepì la parola "depressione".

– Dottore...

– Mi dica.

– No, niente, – e non parlò.

La tristezza – avrebbe voluto dirgli – non è depressione, è solo dolore. Lei sa che cosa sia l'angoscia, quella che arriva da molto lontano, riemerge e riporta in superficie ferite rimaste aperte?

*La tristezza – avrebbe voluto dirgli – non è depressione, è solo dolore. Lei sa che cosa sia l'angoscia, quella che arriva da molto lontano, riemerge e riporta in superficie ferite rimaste aperte? lei sa che cosa si prova a sentirsi tollerati? a ritenere ogni volta di non avere il diritto, quel diritto che riguarda soltanto i più forti?*

Era l'ultimo dei suoi fallimenti, ancora una volta doveva farsi accettare e ancora una volta doveva fare i conti con il suo non-diritto. È difficile, molto difficile liberarsi della propria storia.

Alda non ricordò più come avvenne, ma quella sera, come per incanto, il loro rapporto si sciolse. Lei, nel corso tormentato della sua vita, aveva saputo tenere lontane certe pulsioni, anche quando erano apparse come consolatorie e risolutive e tuttavia quella sera rivendicò con sdegno la sua libertà.

– La mia vita è soltanto mia e quello che lei condanna è un gesto di libertà. Chi ha il diritto di impedirmi di andar via quando ho deciso di farlo?

– Comprendo, Alda, la tua rivendicazione di libertà, ma rifletti, la nostra vita è soltanto un frammento, perché andarsene prima del tempo?

Per la prima volta Alda percepì l'accento sereno della sua voce come mai le era accaduto prima.

– La morte è una certezza per tutti, – le diceva – perché togliere giorni alla vita già così breve e privare noi stessi di un

pezzo, seppure limitato di tempo, nel quale ancora tante sono le cose che possiamo conoscere, le emozioni e i sentimenti che possiamo ancora provare?

Quelle parole così piene di verità fecero il miracolo. Fu come se davanti a lei ci fosse un uomo diverso e comprese tutta la responsabilità di cui era investito, comprese che era capace, dimenticando se stesso, di cogliere la fragilità di coloro che si affidavano a lui, senza mai giudicare.

Una sera d'inverno, era già buio, fu aggredita da un dolore che non aveva mai provato. Fu come se il suo corpo si stesse spezzando. Era sola, si sdraiò sul letto. Come era suo solito, non volle telefonare. *Sono ancora tutti al lavoro... adesso passa.*

Pioveva, osservò le gocce che si rincorrevano

sul vetro e lasciò scorrere le ore, poi sentì una stanchezza che arrivava da molto lontano e si rese conto che non avrebbe potuto sopportarla. Alda scivolò dolcemente nella morte. Era l'ora in cui si spegne la luna.

Il dolore era sparito, si sentì avvolgere da una profonda serenità che piano piano divenne amore. *Dove sono?* Si guardò attorno. Era una spiaggia bianchissima dello stesso colore dell'acqua che, tranquilla, lambiva la riva e mandava bagliori d'argento. Sollevò lo sguardo, una cupola blu trapuntata da luci infinite non rifletteva i suoi colori sull'acqua. Erano due distinte realtà.

In lontananza riuscì a scorgere un'ombra che veniva verso di lei. Notò che i suoi passi non lasciavano alcuna impronta. Solo quando le fu accanto lo riconobbe.

– Papà, sei tu?

– Sì, Alda, ti aspettavo, vedi quanto è bello qui! – l'attirò a sé e la strinse forte.

– Sì, papà, è bellissimo. Dimmi, mi lascerai ancora?

– No, Alda, vieni, adesso viaggiamo insieme...

– Che cosa sono queste luci, – chiese indicando la volta celeste – sono forse stelle?

– No, sono altri mondi... Sono felice che tu sia arrivata soltanto adesso e abbia fatto esperienza del mondo che hai appena lasciato, fino a che il tuo corpo ha potuto. Ti sarà utile per meglio comprendere. Questa è una dimensione diversa e approfondirai nuovi aspetti. Sono stato io a farti incontrare il giovane medico, ero certo che avrebbe saputo farti capire quanto è importante non andarsene prima del tempo. Ora tu sei più ricca. Ogni dimensione dell'esserci ha la sua realtà da scoprire, non escluso il dolore. Andiamo, ti

insegno a conoscere meglio lo spazio e ad usare in diversi modi il tempo.

La prese per mano.

Alda si fuse con le stagioni di coloro che aveva amato e, leggera ed evanescente come i sogni, prese ad accompagnarli nel tempo, perché aveva imparato presto il misterioso modo di governarlo. ♡

Paola De Gioannis



## umore / affetto / mood

**umore, nome maschile:**

1. sostanza liquida; 2. carattere, indole, temperamento, disposizione d'animo, inclinazione, tendenza.

Dal latino *humor* o *umor*, derivato dal verbo (*h*)*umere*, "essere umido".

L'uso figurato del termine, con significato di "indole", "carattere di una persona o anche "disposizione d'animo", "atteggiamento soggettivo", ha radici nella dottrina medica degli umori attribuita a Ippocrate (5°-4° sec. a. C.) che individua nell'organismo umano la presenza di quattro fluidi organici: sangue, bile gialla, bile nera e flegma. La loro perfetta mescolanza (o temperanza, dal latino *temperantia*, verbo *temperare*: mescolare nella giusta misura) e una equilibrata interazione con il caldo, il freddo, il secco e l'umido, nonché con le stagioni, sono alla base della salute dell'individuo, mentre la prevalenza eccessiva di uno sull'altro dà origine alla malattia. Dal vario mescolarsi di questi fondamentali umori si generano i diversi temperamenti: sanguigno, collerico, malinconico e flemmatico.



**affetto, nome maschile:**

Sentimento particolarmente intenso, che trae energia dagli istinti, e s'acuisce sotto l'impulso di cause atte a commuovere l'animo (ira, sdegno, amore, pietà, ecc.). Dal *Vocabolario della lingua italiana Treccani*.

Dal latino *affectus*, derivato dal verbo *afficere*, "toccare", "commuovere lo spirito", "impressionare" e per estensione "attaccare", "rendere infermo".

Da qui l'uso in psichiatria del termine "disturbo affettivo" come sinonimo di disturbo dell'umore.

**mood, nome:**

Umore, stato mentale, disposizione d'animo, carattere, stile, ecc. Termine inglese che deriva dall'antico inglese *mōd* "mente", "spirito", "coraggio", a sua volta derivante dal protogermanico *modaz*. Forme di altre lingue germaniche con simile provenienza sono l'antico alto tedesco *muot* (tedesco *Mut* "valore", "coraggio", "umore") e l'antico norvegese *mōthr* con significato di "collera".

## Sull'uso del litio standard rispetto a quello a rilascio prolungato

**1 C'è qualcuno che conosce uno schema di paragone tra il litio a rilascio immediato e quello prolungato? \***

**Primo intervento:**

*Il litio, essendo uno ione, è dipendente per la sua escrezione solamente dall'escrezione. Anche se la preparazione mostra un assorbimento incompleto, l'emivita effettiva sarà la stessa per qualsiasi preparazione. Alcuni sostengono che le preparazioni a lento rilascio hanno più probabilmente un assorbimento incompleto nella parte superiore del tratto gastrointestinale, dove avviene la maggior parte o tutto l'assorbimento, e quindi se rimangono nell'intestino fino a*

**Secondo intervento:**

*Questo mi giunge nuovo! Sapevo che affinché i livelli litio cerebrali diminuiscano occorre un tempo superiore e che quando i livelli hanno raggiunto uno stato di equilibrio non vi è più differenza. I livelli cerebrali, tuttavia, rimangono più alti con variazioni individuali e in varie parti del cervello. Anche l'età è importante e si è a conoscenza di effetti collaterali negli anziani in associazione con bassi o medi livelli plasmatici.*

**2 "Aretaeus" ha chiesto a Ross J. Baldessarini, professore di Psicofarmacologia alla Harvard Medical School, cosa pensa dell'eventuale vantaggio del litio a rilascio prolungato rispetto a quello a rilascio immediato. La sua risposta:**

*Si tratta di una vecchia storia. Attualmente sappiamo che il controllo del livello di litio nel sangue è statisticamente sufficiente per guidare il dosaggio sicuro. Il problema è che l'associazione importante è la correlazione tra livelli e risultato clinico e non i valori assoluti*



*raggiungere il tratto finale, possono più facilmente causare diarrea. Tuttavia, la questione più importante è che l'emivita plasmatica è del tutto irrilevante se non siamo sicuri della sua relazione con il tempo di dimezzamento nel tessuto cerebrale (che è molto probabilmente molto più lungo) e, più in particolare, con la relativa concentrazione intracellulare (quasi sicuramente più elevata) e con il tempo di dimezzamento. Dal momento che tali dati solo ora iniziano a emergere da studi appropriati, permane uno stato di incertezza su questo tema. Tuttavia, sembra che l'emivita di eliminazione dal cervello sia molto più lenta del plasma e che i livelli plasmatici riflettano poco quelli cerebrali e che il rapporto tra i due cambi con l'età.*

*coinvolti. Un tempo (1970) era abbastanza di moda il livello di litio nei globuli rossi perché considerato più simile a quello nel tessuto cerebrale. Attualmente, soprattutto basandoci sulle moderne tecniche di indagine (anche all'ospedale McLean), sappiamo che i livelli cerebrali salgono e scendono un po' più lentamente che nel plasma, sono abbastanza uniformi tra le regioni del cervello e di solito leggermente inferiori rispetto a quelli nel sangue (circa la metà). Il punto di vista clinico-statistico è quello di trovare un valore affidabile clinicamente (prelievo ottenuto in momenti di ascesa e caduta giornaliera del livello, con minima varianza) e che possa correlarsi adeguatamente con l'effetto clinico e la sicurezza. Una concentrazione di 0,6-0,7 mEq/L di plasma a 12 ore dopo una ultima dose della giornata è uno standard che non è stato ancora migliorato dal 1960.*

\*Domanda e risposte provengono dalla mailing list [psycho-pharm@PSYCOM.NET](mailto:psycho-pharm@PSYCOM.NET)

Domanda: quanti di quelli che hanno fatto scelte simili, ne sono poi così contenti? Tutta la sua fortuna gli piombò addosso per caso. Intanto, con l'incontro nel 1976 con il meno imprenditoriale, ma più tecnologicamente dotato, compagno di liceo Stephen Wozniak, detto Il mago di Woz (la vera mente dell'invenzione del nuovo computer e quello che mise insieme il primo e il secondo Apple), la cui madre, peraltro, fu quella che segnalò ai due ragazzi un sistema per telefonare gratuitamente (e illegalmente). Con la vendita di queste scatole da appoggiare al microfono, i due misero insieme seimila dollari con cui iniziarono la loro attività che passò di successo in successo fino ai recenti iPod, iPhone (1-5), iPad. Soltanto dal 1977 al 1981, le vendite passarono da due milioni di dollari a seicento. Un'ascesa mai vista. Wozniak lasciò Apple nel 1987 e non rimase in buoni rapporti con il suo più famoso ex-amico. A pensare male, è possibile che gli screzi siano stati causati dal narcisismo di Jobs.

Per tornare a fame e follia, il messaggio venne declamato con tanto di toga, invece della tradizionale divisa: jeans e maglia nera. È paradossale che in una delle più prestigiose istituzioni americane si possa consigliare di non perseguire necessariamente l'obiettivo di un'istruzione universitaria, questo contro tutte le statistiche americane (da noi è un'altra storia) che rivelano come la probabilità di trovare lavoro prima della laurea breve sono infinitamente inferiori rispetto a una persona che l'abbia conseguita. Steve Jobs sarà stato anche un genio, quello che – come è stato scritto su un famoso tweet – ha toccato il brutto mondo della tecnologia e lo ha fatto diventare bello, ma il famoso motto è andato bene per lui perché aiutato da una serie di circostanze favorevoli. Il 99.99999% di quelli che hanno seguito quel consiglio (anche senza conoscerlo) sono finiti sotto un ponte. Una formula *post hoc* dopo aver raggiunto il successo è facile, ma troppo spesso fallimentare. Si fa presto a prendere il personaggio di super successo che ha lasciato un patrimonio da 8 miliardi di dollari e dire come è diventato tale. Se si volesse una risposta seria, si dovrebbero prendere tutti quelli che hanno abbandonato gli studi, affamati o curiosi, folli o sognatori e vedere quanti di loro sono arrivati a un successo anche straordinariamente più modesto.

Il suo vero punto di forza era un altro e, quello sì, dovrebbe essere seguito. Steve Jobs era uno che capiva la gente al volo, che sapeva quello che voleva lui e ciò che volevano gli altri tanto da fargli dire: "Non spetta al consumatore sapere quello che vuole". Inoltre, sapeva scegliere la migliore gente possibile che riusciva a spronare e incoraggiare, criticare e, se necessario, umiliare. Altra ricetta che dovrebbe essere tenuta presente da genitori e insegnanti e che sanno bene gli imprenditori grandi e piccoli che abbiano interesse a mandare avanti un'azienda, per il vantaggio di tutti. Inoltre, l'alchimia Apple è stata costruita sull'ossessiva insistenza sui dettagli più minuscoli, la testardaggine, la tenacia e la pazienza. Si dice che nel corso di un anno gettò via due prototipi di iPhone prima di approvare quello definitivo (per il momento). Sono questi i suoi tratti cui c'è da credere, altro che fame o curiosità e follia. Ma si sa, tutte le volte che si elogia la follia (almeno Erasmo lo faceva con ironia) si levano scudi a favore della libera espressione e contro la psichiatria. E tutti applaudono (l'articolo è stato scritto su un Apple PowerBook). 🍷

Leonardo Tondo  
da Liberal, dicembre 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

Arti Grafiche Pisano srl - Cagliari  
www.artigrafichepisano.it

### Autorizzazione Tribunale di Cagliari

n. 12/05 del 07/04/05

Potete mettervi in contatto con noi per commenti,  
suggerimenti, lettere o altri contributi:

### Roma

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

### Cagliari

Via Cavalcanti 28 · 09128 · tel. (+39) 070 486624 · fax (+39) 070 496354

centrobini@aol.com · www.centrobini.it