

## Robin Williams

**editoriale** In occasione della morte per suicidio di Robin Williams, John F. Gottlieb, professore di Psichiatria presso la Feinberg School of Medicine, Northwestern University di Chicago, invia ai suoi amici, me incluso, le seguenti riflessioni:

“Come tutti, sono stato colpito dal recente suicidio di Robin Williams. Sono stato anche colpito dal costante riferimento alla ‘depressione’ piuttosto che al disturbo bipolare in quasi ogni articolo che ho letto sull’argomento. Leggendo attentamente, trovo accenni alle diagnosi passate e al trattamento del disturbo bipolare, ma la maggioranza delle descrizioni riguardano la depressione. Mi chiedo il perché. Pur esitando a impegnarmi in diagnosi a distanza, è praticamente impossibile evitare l’uso della parola ‘maniacale’ nel descrivere la natura del genio comico di Williams. Le parole che sono così spesso usate per descrivere le sue esibizioni (‘effervescente’, ‘irrefrenabile’) sono quelle stesse cui ricorriamo per definire la mania. È un vero e proprio testo sulla bipolarità: Robin Williams dovrebbe essere un poster sul disturbo bipolare, la faccia di questo disturbo per il pubblico. Mi chiedo se i gruppi coinvolti nella promozione della conoscenza e consapevolezza della bipolarità non debbano prendere spunto da questa recente tragedia per evidenziare non soltanto la depressione ma la vera malattia in questione, il disturbo bipolare. Qualcuno di voi ha avuto la mia stessa reazione?”

Risponde Judy Sturm, presidente di Sezione del gruppo di aiuto Depression and Bipolar Support Alliance di Chicago:

“Sì, sono perfettamente d’accordo. I suoi ‘su e giù’ sono classici. Non è necessario essere particolarmente vicini e intimi per fare una diagnosi, ma capisco la sua posizione professionale. Ad ogni modo, quale responsabile di un gruppo di supporto, posso permettermi il lusso di dire qualcosa. Spesso ai partecipanti faccio notare che si parla più facilmente della depressione che del disturbo bipolare: tutti capiscono la depressione, mentre la mania fa paura alla gente. Mi riconosco molto in Robin Williams... e me lo sono negata per un tempo molto lungo. Il balletto sulle

(continua a pagina 12)



## Diabete, un problema anche psicologico

Il diabete mellito è una malattia cronica correlata all’insulina, un ormone secreto dal pancreas, la cui carenza determina un’alterazione del metabolismo degli zuccheri. Si manifesta con valori elevati di glucosio nel sangue (iperglicemia) e nelle urine (glicosuria) e con sintomi rappresentati da polidipsia (sete intensa che porta il paziente a ingerire notevoli quantità di liquidi) e da poliuria (escrezione di un’eccessiva quantità di urine). Come tutte le malattie croniche, determina delle problematiche psicologiche, che possono essere insidiose a tutte le età, ma ancor di più in età adolescenziale, quando tende a presentarsi il diabete tipo 1 (DT1). Esistono numerosi dati in letteratura che attestano una significativa correlazione tra diabete e disturbi psichici.

### Disturbi alimentari e diabete



I disturbi del comportamento alimentare (DCA) più frequenti in adolescenza sono l’anoressia e la bulimia nervosa che stanno avendo un’incidenza sempre maggiore nella popolazione, specie in età

adolescenziale e nel sesso femminile. Tra i fattori che incidono maggiormente nell’insorgenza dei DCA ricoprono un ruolo cruciale l’ambiente familiare e quello socio-culturale. Sono disturbi in aumento nei paesi occidentali, probabilmente anche a causa del crescente risalto dato dai media al mito della bellezza, alle mode, al fitness e alle nuove diete. Questi condizionamenti trovano terreno fertile negli adolescenti, che vivono già una fase critica, caratterizzata da un’identità ancora in formazione e da molteplici conflitti riguardanti il proprio corpo.

Numerosi studi hanno suggerito che l’anoressia e la bulimia nervosa siano più comuni tra i soggetti diabetici che nel resto

anche  
in questo  
numero:

conferenza .....	4
appuntamenti .....	5
toccati dal fuoco .....	6-7
epistolari .....	8-10
recensione .....	10
con parole mie.....	11

della popolazione [1]. La prima descrizione di un'associazione fra DCA e diabete di tipo 1 venne pubblicata da Fairburn e Steel (1980), che riportarono tre casi di anoressia nervosa in giovani diabetiche con insorgenza dopo la diagnosi di diabete. In seguito sono stati pubblicati numerosi studi clinici e rassegne che concordano sul fatto che l'associazione DCA e DT1 è più frequente di quanto ci si potrebbe attendere casualmente [2,3].

Alcuni studi hanno valutato la prevalenza di anoressia nervosa e bulimia nervosa in ragazze con DT1 e in ragazze non diabetiche. Mentre la prevalenza dell'anoressia nervosa non si è rivelata diversa fra le adolescenti con la malattia e i controlli, quella della bulimia nervosa è risultata significativamente più elevata fra le diabetiche (1,73%) rispetto al gruppo di controllo (0,69%) [4].

Un altro studio ha evidenziato che l'8,8% delle diabetiche faceva frequentemente ricorso alla manipolazione e/o all'omissione delle dosi di insulina (*insulin purging*) e che le diabetiche con DCA, in particolare quelle che la praticavano, avevano valori di HbA1c (emoglobina glicata) maggiori rispetto a quelli riscontrati nelle altre diabetiche [5]. Dunque è stato riscontrato un peggior compenso metabolico in adolescenti con diabete e DCA. Alla base dell'insorgenza di questi disturbi nei soggetti con diabete di tipo 1 ci sono diversi fattori: innanzitutto, la restrizione dietetica cui vengono sottoposti sin dal momento della diagnosi, potrebbe facilitare la comparsa di comportamenti alimentari abnormi. Inoltre, il DT1, al suo esordio, si accompagna frequentemente a un evidente calo ponderale, mentre con l'inizio della terapia insulinica il peso perduto viene rapidamente recuperato. Tali oscillazioni ponderali, soprattutto quando si verificano in età adolescenziale, nella quale è molto spesso presente una caratteristica preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico, potrebbero concentrare l'attenzione della persona sulla forma corporea, favorendo la comparsa di un DCA. Infine, negli individui affetti da DT1 spesso si verificano irregolarità nello svuotamento gastrico, che potrebbero influire sulle sensazioni fisiologiche di fame e sazietà, contribuendo alla genesi di alterazioni del comportamento alimentare. In questi casi è di fondamentale importanza la collaborazione tra team diabetologico e psicologico. L'approccio maggiormente efficace è quello di tipo cognitivo-comportamentale, che mira alla ristrutturazione dei pensieri e alla gestione delle emozioni alla base del comportamento alimentare patologico per favorire quei cambiamenti che rappresentano le tappe fondamentali del processo terapeutico. Gli obiettivi principali della riabilitazione nutrizionale sono l'eliminazione dei comportamenti dietetici restrittivi e la rimodulazione del senso di fame e sazietà. È opportuno che i pazienti diabetici annotino in un diario il dosaggio dell'insulina, i livelli di glicemia, gli episodi di ipoglicemia e l'attività fisica svolta. Se è presente un DCA, è bene chiedere al paziente di trascrivere la propria alimentazione, con particolare accortezza verso le eventuali abbuffate e i comportamenti di compenso (vomito, utilizzo di purganti, diuretici, attività fisica strenua, *insulin purging*) e soprattutto i meccanismi cognitivi che contribuiscono a questi comportamenti. Al paziente viene chiesto di considerare gli effetti che il mantenimento del DCA potrebbe portare, come le gravi conseguenze fisiche dell'anoressia e bulimia. Lo psicologo potrebbe prescrivere uno schema di alimentazione regolare e chiedere al paziente di trascrivere i pensieri e le sensazioni che ha quando cerca di mangiare normalmente. Ciò potrebbe aiutarlo a valutare le prove a favore e contro ogni pensiero disadattivo e sottolineare come il suo modo di pensare possa influenzare negativamente i comportamenti alimentari.

## Depressione e diabete

Il primo a formulare l'ipotesi di una relazione tra umore e diabete fu il medico inglese Thomas Willis nel 1684 quando, osservando i propri pazienti, notò che coloro che soffrivano di "disturbi emotivi", come "l'angoscia" o la "tristezza", erano i più propensi a soffrire di disturbi metabolici come il diabete.

Alcuni studi hanno chiarito diversi punti: a) il diabete e la depressione spesso coesistono; b) la presenza di depressione aumenta il rischio di sviluppare il diabete; c) il diabete aumenta il rischio di una successiva depressione [6]. La depressione riveste un fattore di rischio per l'insorgenza del diabete e il suo trattamento può tradursi in una diminuzione del rischio di insorgenza di diabete.

Dall'analisi di numerose ricerche è emerso che tra i pazienti diabetici il tasso di comorbidità di sintomi depressivi sia almeno il doppio delle popolazioni non diabetiche esaminate. È emerso che il 15-20% (fino al 30%) di persone con DT1 presenti una sintomatologia depressiva e che quest'ultima è correlata ad un peggior controllo metabolico con livelli maggiori di HbA1c [7]. L'associazione di queste due condizioni è stata interpretata sia in senso somatopsichico (il diabete conduce alla depressione) che in senso psicosomatico (la depressione favorisce il diabete). La depressione è associata a importanti alterazioni fisiologiche in grado di aumentare la vulnerabilità al diabete di tipo 2 e/o allo sviluppo di complicanze sia del diabete di tipo 1 che di tipo 2 (quello che insorge in età adulta). Sebbene i meccanismi



fisiopatogenetici sottostanti siano ancora scarsamente conosciuti, la depressione è associata a numerose anomalie metaboliche che potrebbero contribuire alla resistenza all'insulina (periferica) e/o alla disfunzione delle cellule che producono insulina. Lo stress psichico si associa al rilascio di ormoni (catecolamine, glicocorticoidi, ormone della crescita, glucagone) cosiddetti contro-regolatori perché implicati in processi che contrastano l'azione ipoglicemizzante dell'insulina, incrementando i livelli ematici di glucosio. Gli effetti metabolici di questi ormoni sono in un equilibrio molto delicato con quelli mediati dall'insulina e dai fattori insulino-simili, in cui la variabile fisiologica critica è rappresentata dai livelli glicemici. Il livello ematico di glucosio deve, infatti, essere mantenuto al di sopra di valori minimi necessari per il funzionamento cerebrale e deve poter essere incrementato rapidamente per ottemperare a bisogni improvvisi di energia.

Dal momento che la depressione può essere associata all'insorgenza del diabete o avere effetti negativi su un diabete preesistente, il trattamento della depressione è importante almeno quanto la terapia stessa del diabete. Infatti, migliorando l'umore può essere stabilizzato anche il controllo glicemico.

## Ansia e diabete

L'ansia e lo stress provocati dalla malattia possono raggiungere livelli così elevati da ostacolare il raggiungimento di buoni valori glicemici e di un'autogestione adeguata. Uno studio che mirava a identificare la prevalenza dei sintomi dell'ansia e la loro associazione con la frequenza del monitoraggio del glucosio nel sangue e con il controllo glicemico negli adolescenti con DT1, ha trovato che il 17% del campione manifestava sintomi di ansia di tratto e che il 13% manifestava sintomi di ansia di stato [8]. È emerso che livelli più alti di ansia sono associati a un meno frequente monitoraggio del glucosio nel sangue e a un peggior controllo glicemico. Gli adolescenti ansiosi possono manifestare difficoltà di concentrazione, difficoltà nella risoluzione di problemi, scarsa attenzione e una memoria più labile. I sintomi dell'ansia, che impongono un più elevato carico cognitivo sull'adolescente diabetico, possono avere come conseguenza il dimenticare di adempiere ai compiti specifici del diabete, come il controllo dei livelli di glucosio nel sangue. Negli adolescenti con DT1, i sintomi somatici indotti dall'ansia (ad esempio, aumentata frequenza cardiaca, eccessiva sudorazione, vertigini), che assomigliano a quelli associati all'iperglicemia, creano difficoltà nel prendere decisioni sul trattamento. Ad esempio, un adolescente diabetico che avverte vertigini può pensare che siano dovute all'iperglicemia e poi, successivamente, controllare il suo livello di glucosio nel sangue. Nel caso di un livello glicemico regolare, potrebbe pensare a un falso allarme e, di conseguenza, la volta successiva che si presenteranno gli stessi sintomi, eviterà di verificare il livello di glucosio nel sangue. Questo potrebbe portare a minori controlli e, in definitiva, a un più scarso controllo glicemico.

Si raccomanda, quindi, una valida collaborazione tra il paziente, la sua famiglia, lo psicologo e il personale sanitario utilizzando un modello psicoeducativo allargato in modo da prevenire e cogliere sul nascere eventuali psicopatologie per potervi porre rimedio.

*Marco Pinna*  
psicologo

Centro Lucio Bini, Cagliari

## Bibliografia

- [1] Fairburn CG, Steel JM. *Anorexia nervosa in diabetes mellitus*. Br Med J 1980; 280:1167-8.
- [2] Young-Hyman DL, Davis CL. *Disordered eating behaviour in individuals with diabetes. Importance of context, evaluation, and classification*. Diabetes Care 2010; 31:683-9.
- [3] Roland OM, Bhanji B. *Anorexia nervosa occurring in patients with diabetes mellitus*. Postgrad Med J 1982; 258:354-6.
- [4] Mannucci E, Rotella F, Ricca V, Moretti S, Placidi GF, Rotella CM. *Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis*. J Endocrinol Invest 2005; 28:417-9.
- [5] Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. *Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study*. Br Med J 2006; 320: 1563-6.
- [6] Jonge P, Jordi A, Stein DJ, Kiejna A, Aguilar-Gaxiola S, Viana MC, et al. *Associations between DSM-IV mental disorders: a role for impulse control disorders and depression*. Diabetologia 2014; 57: 699-709.
- [7] Lustman PJ, Anderson RJ. *Depression and poor glycaemic control. A meta-analytic review of the literature*. Diabetes Care 2000; 23: 934-42.
- [8] Herzer M, Hood KK. *Anxiety symptoms in adolescents with type 1 Diabetes: Association with blood glucose monitoring and glycaemic control*. Journal of Pediatric Psychology 2010; 35(4): 415-425.



Lunedì 21 luglio, il Professor Lee S. Cohen ha tenuto all'Ospedale Sant'Andrea a Roma una lezione magistrale dal titolo: "Trattamento dei disturbi psichiatrici in gravidanza e nel postpartum: lezioni da due decenni di esperienza".

Il Prof. Cohen è il direttore del Centro per la salute mentale della donna al Massachusetts General Hospital di Boston, un'unità clinica e di ricerca che da vent'anni si dedica in particolare alla patologia psichiatrica durante le fasi riproduttive femminili. Le diverse fasi che caratterizzano il ciclo riproduttivo della donna coincidono infatti con periodi di rischio aumentato per lo sviluppo di sintomi psichiatrici: gravidanza, periodo post-partum, menopausa e il ciclo mestruale con la sindrome premenstruale.

Questo incontro è stato organizzato dal Centro per la Prevenzione del disagio psichico della donna dell'Ospedale Sant'Andrea diretto dalla Prof.ssa Gloria Angeletti e coordinato dalla Dott.ssa Alexia Koukopoulos.

Durante la conferenza, il Prof. Cohen ha evidenziato l'importanza del trattamento delle patologie psichiatriche durante il periodo perinatale, la necessità che questi trattamenti siano personalizzati e che tutte le decisioni vengano prese dalla donna e dal compagno valutando i costi e i benefici delle diverse opzioni. In particolare, quando si tratta di farmaci e di patologia psichiatrica materna bisogna valutare gli eventuali rischi di una terapia farmacologica rispetto ai rischi della patologia psichiatrica non trattata.

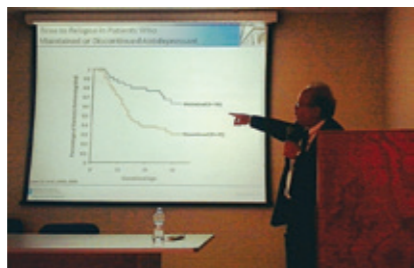
La prevenzione dei disturbi psichiatrici perinatali nelle donne rappresenta, secondo la letteratura internazionale, una componente fondamentale nella sanità pubblica per i sostanziali benefici sulla salute della popolazione generale.

La depressione post-partum, in particolare, è un disturbo dell'umore che colpisce il 15-20% delle donne nel primo periodo dopo la nascita di un bambino. Le prime quattro settimane post-partum sono il periodo di maggior incidenza ma il rischio di insorgenza permane fino al primo anno dopo il parto. Questo rende la depressione post-partum il disturbo postnatale più frequente statisticamente. Nonostante questi allarmanti numeri, questa patologia risulta essere quella meno diagnosticata, più frequentemente male interpretata e meno trattata.

Lo spettro dei sintomi depressivi nel periodo perinatale è molto ampio, tanto che fino all'85% delle donne presentano il cosiddetto "baby blues" nei giorni immediatamente successivi al parto, con tristezza immotivata, facilità al pianto, labilità emotiva, ansia e irritabilità; questi sintomi non influiscono sulle capacità della madre e regrediscono spontaneamente nell'arco di una o due settimane. Non si tratta di un vero e proprio disturbo psichiatrico ma piuttosto di una fisiologica esperienza emotiva legata al parto.

Nel 15-20% delle donne si manifestano invece sintomi più importanti e duraturi e che necessitano di trattamento. La depressione post-partum si presenta solitamente con: flessione del tono dell'umore o umore disforico, ansia, senso di colpa e di incapacità, astenia, apatia, diminuzione della concentrazione, disturbi del sonno e dell'appetito, ideazione suicida. Nonostante il periodo perinatale sia fortemente medicalizzato nelle società occidentali e sia il periodo nella vita della donna in cui si hanno contatti più frequenti con strutture sanitarie, questi sintomi vengono raramente identificati correttamente e per tempo. Lo

## Trattamento dei disturbi psichiatrici in gravidanza e nel postpartum



Prof. Lee S. Cohen

stigma sociale legato a questo disturbo è ancora largamente presente e rende la donna e i suoi familiari reticenti a cercare aiuto in questa fase e ad accettare la presenza di sintomi negativi quando l'aspettativa generale è di un periodo massima felicità. Il personale sanitario con cui la donna viene in contatto, seppure di formazione diversificata (ostetrici, ginecologi, infermieri, pediatri, medici di base) è raramente sensibile e adeguatamente preparato all'identificazione di queste patologie. I sintomi non vengono indagati di routine o vengono facilmente interpretati come facenti parte della normale transizione alla maternità. La maggior parte delle donne affette da depressione post-partum non riceve trattamento adeguato e/o una diagnosi tempestiva, il che rappresenta un dato di drammatica rilevanza in quanto la diagnosi precoce rappresenta il fattore più influente sulla durata e sulla prognosi di questa sindrome.

La psicosi post-partum, invece, rappresenta il disturbo postnatale più grave e più raro (1-2 su 1000 donne) e necessita di cure e ricovero immediati. La psicosi post-partum ha un esordio acuto e drammatico, solitamente entro la prima settimana dopo il parto, nella maggior parte dei casi costituisce un episodio del disturbo bipolare e si manifesta come un eccitamento maniaco

a insorgenza rapida. I sintomi includono agitazione, irritabilità, insonnia, umore instabile, comportamento disorganizzato, confusione, sintomi psicotici come deliri e allucinazioni spesso incentrati sul bambino. In questa popolazione è significativo il rischio di suicidio e infanticidio.

La causa dei disturbi post-partum sembra essere multifattoriale, dove le cause biologiche, psicologiche e i cambiamenti nello stile di vita hanno un ruolo fondamentale. Tra i fattori implicati ci sono: gli imponenti cambiamenti ormonali immediatamente successivi all'espulsione della placenta, la riduzione dell'estrogeno, del progesterone, della serotonina e degli ormoni tiroidei, la vulnerabilità specifica della donna ai cambiamenti ormonali, l'anamnesi psichiatrica personale e familiare. Sono anche

rilevanti nella sua eziologia l'esperienza e le eventuali terapie per la gravidanza, la presenza di sintomi in gravidanza, la rete di supporto presente, recenti eventi di vita stressanti e la qualità della relazione con il partner.

Oltre alla sofferenza personale delle madri, i disturbi post-partum possono avere conseguenze più insidiose e durature. Possono emergere: disturbi della relazione madre-neonato, interruzione precoce o assenza dell'allattamento, disturbi nello sviluppo emotivo e cognitivo del bambino, aumento del rischio per i neonati di sviluppo di disturbi del comportamento e dell'umore, difficoltà nelle funzioni genitoriali, nella coppia e nella famiglia.

La diagnosi e l'intervento precoce sono fondamentali nell'alleviare la sofferenza e nel diminuire la durata di questa debilitante condizione, e possono diminuire significativamente il rischio di effetti potenzialmente dannosi sui bambini e sulle famiglie coinvolte.

Per intervenire tempestivamente è necessario individuare precocemente le madri a rischio per lo sviluppo di queste sindromi potenzialmente gravi. L'obiettivo ideale è quello di identificare le donne a rischio già durante la gravidanza. È necessario identificare nelle gestanti i fattori di rischio e i fattori predittivi conosciuti che aumentano le possibilità di sviluppare la patologia. Se questo avviene, è possibile prevenirne l'insorgenza o intervenire prima che il disturbo sia conclamato.

Alexia Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

Centro per la Prevenzione del Disagio Psicologico della Donna  
Ospedale Sant'Andrea, Roma

## Programma

### mercoledì 8 ottobre

- Introduzione al corso – P. Girardi
- Principi generali di farmacoterapia psichiatrica. La crisi del modello farmacologico – G. Perugi
- Antipsicotici: cenni di farmacologia e farmacoterapia. Indicazioni e Linee Guida nel trattamento della Schizofrenia e dei disturbi Psicotici. Indicatori di efficacia nella pratica clinica – A. De Bartolomeis

### giovedì 9 ottobre

- Gli antipsicotici nei disturbi dell'umore. indicazioni, efficacia, specificità e impiego clinico – R. Brugnoli
- Possibilità di impiego degli antipsicotici nei Disturbi d'Ansia e nel Disturbo Ossessivo Compulsivo – G. Maina
- Indicazioni e controindicazioni degli antipsicotici long acting – R. Brugnoli
- Antipsicotici: effetti collaterali metabolici, endocrini e cardiovascolari – G. Di Sciascio
- Antipsicotici: effetti collaterali Neurocomportamentali e Discinesie Tardive – G. Di Sciascio
- Vecchie e nuove terapie dei Disturbi d'Ansia: vantaggi e limiti di nuovi e vecchi antidepressivi – G. Maina
- Farmacoterapia del DOC, delle forme resistenti e della comorbidità – G. Maina
- Benzodiazepine: cenni di farmacologia, uso, abuso e trattamento della dipendenza da sedativi – G. Perugi

### venerdì 10 ottobre

- Lito: cenni di farmacologia, indicazioni da linee guida e sottoutilizzazione nella pratica clinica – G. Perugi
- La gestione degli effetti collaterali sistemici e neurocomportamentali del litio – R. Brugnoli

### RESPONSABILE DEL CORSO:

Paolo Girardi, Università di Roma "Sapienza"

### COORDINATORI:

Roberto Brugnoli, Università di Roma "Sapienza"

Giulio Perugi, Università di Pisa

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

Lorenzo Mazzarini, Università di Roma "Sapienza"

Cristina Toni, Istituto di Scienze del Comportamento De Lisio, Pisa

Il corso è motivato dalla crescente consapevolezza della necessità di una informazione indipendente, completa, aggiornata e applicabile alla pratica clinica quotidiana sull'impiego appropriato della farmacoterapia nella gestione a breve e a lungo termine dei disturbi mentali. Il continuo evolvere delle conoscenze sulle indicazioni e sugli effetti collaterali dei "vecchi" e "nuovi" farmaci, così come la disponibilità di un numero crescente di molecole psicoattive, rende sempre più necessario un aggiornamento continuo e il confronto con esperti di settori specifici.

Troppo spesso, infatti, i trattamenti farmacologici sono utilizzati sulla base di conoscenze mediate da fonti interessate o basate su

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:

Lorenzo Mazzarini • Tel. 328 6908775 – dott.mazzarini@gmail.com  
Cristina Toni • Tel. 348 8512021 – cristina.toni@psico-educazione.it

## CORSO PRATICO DI FARMACOTERAPIA PSICHIATRICA

### Adulto, età evolutiva, anziano, doppia diagnosi

Roma, 8-11 ottobre, 3-6 dicembre 2014  
"Oly Hotel"  
Via Santuario Regina degli Apostoli, 36

- Antiepilettici: cenni di farmacologia, e impiego nei Disturbi dello Spettro Bipolare – G. Perugi
- Antiepilettici: effetti collaterali sistemici e neurocomportamentali, uso in gravidanza – G. Perugi
- Disturbi del movimento e catatonìa: aspetti clinici e farmacoterapia – G. Perugi
- La Terapia Elettroconvulsivante – P. Medda

### sabato 11 ottobre

- Gli Antidepressivi: cenni di farmacologia, indicazioni da linee guida e indicatori di efficacia nella pratica clinica – P. Girardi
- Nuove prospettive nella terapia della depressione – P. Girardi
- Antidepressivi: effetti collaterali sistemici e neurocomportamentali – P. Girardi
- Uso degli antidepressivi nel Disturbo Bipolare: appropriatezza di impiego – G. Perugi
- Discussione di casi clinici proposti dalla faculty e dai discenti.



## appuntamento

### mercoledì 3 dicembre

- Farmacoterapia dei disturbi dell'umore e d'ansia nell'età evolutiva – G. Masi
- Farmacoterapia dei disturbi dello spettro autistico e dell'ADHD – A. Zuddas
- Interventi non farmacologici nei disturbi dello spettro autistico e nell'ADHD – S. Vicari

### giovedì 4 dicembre

- Il suicidio e la gestione del rischio suicidario: i limiti del trattamento farmacologico – M. Pompili
- Farmacoterapia in gravidanza e allattamento – A. Koukopoulos
- Le interazioni tra farmaci in psichiatria – C. Toni
- Farmacoterapia psichiatrica nel paziente anziano – C. Vampini
- Terapia farmacologica dei disturbi cognitivi nella Malattia di Alzheimer – P. Mecocci

### venerdì 5 dicembre

- Farmacoterapia dei disturbi da uso di Alcol e di Sostanze e della doppia diagnosi – I. Maremmani
- Terapia farmacologica dei disturbi di personalità – G. Sani
- Diagnosi e terapia della ciclotimia: tra temperamento e malattia – G. Perugi

### sabato 6 dicembre

- Sindrome iatrogena (sindrome maligna da neurolettici, sindrome serotoninergica, sindrome da sospensione di serotoninergici, ecc.) – R. Brugnoli
- Rischio di suicidio e disturbo bipolare – L. Tondo
- Sospensione e switch delle terapie farmacologiche – R. Brugnoli, G. Perugi

un'evidenza molto distante dalle reali condizioni di cura e non applicabile al tipo di pazienti e ai tempi abituali di trattamento, propri della realtà clinica nella quale vengono ad operare giornalmente medici e specialisti. In particolare, risultano deficitarie le nozioni relative alla farmacoterapia dei disturbi mentali propri delle età estreme della vita e dei pazienti con disturbi da uso di sostanze, realtà quest'ultima in costante e continuo aumento, soprattutto nelle fasce di età giovanili.

Infine, nonostante i progressi effettuati nella farmacoterapia di molti disturbi mentali, alcuni seri problemi connessi soprattutto all'impiego a lungo termine dei trattamenti farmacologici rimangono ancora oggi non risolti. Se è possibile, infatti, trattare con successo o ridurre la durata e l'intensità di molte condizioni acute, la farmacoterapia presenta ancora alcuni limiti di efficacia profilattica e può essere gravata da effetti collaterali a lungo termine importanti che richiedono capacità gestionali specifiche.

Si rende quindi necessario, da parte dello Specialista Psichiatra, affinare le capacità di riconoscere e gestire situazioni complesse o resistenti agli approcci terapeutici standard. A questo scopo può risultare di grande utilità lo scambio di informazioni con esperti del settore, confrontandosi direttamente sui casi clinici più complessi.

## toccati dal fuoco

Il disturbo bipolare, come si sa, può influire positivamente sulla creatività. Non a caso, molte persone con questo disturbo sono diventate famose utilizzando la forza di convincere, l'elevata autostima, l'ipertrofia del proprio io e i tratti narcisistici per apparire in pubblico ed essere riconosciuti. Sebbene siano rari quelli che hanno raggiunto un alto livello di successo (probabilmente in ragione del basso numero di persone bipolari della popolazione), è più frequente incontrare qualcuno con

oscillazioni di umore fra le persone di successo rispetto al resto della popolazione. Il tema è stato affrontato da Kay Redfield Jamison nel suo libro *Toccati dal Fuoco*.

Questa lista\*, più esemplificativa che esaustiva, include anche persone decedute, la cui diagnosi è basata sulla testimonianza dei loro scritti e dei racconti di chi stava loro vicino. Le biografie di alcuni dei personaggi citati sono state già presentate nelle pagine di precedenti numeri di *Areteus News*.

\* Tratta da: [en.wikipedia.org](http://en.wikipedia.org)

# Creativi famosi con disturbo bipolare

### George Gordon, Lord Byron

poeta, scrittore e avventuriero inglese.

### Kurt Cobain

musicista americano, morto suicida a 27 anni. Sua cugina, Beverly Cobain, infermiera professionale, autrice del libro *When Nothing Matters Anymore: A Survival Guide for Depressed Teens*, in un'intervista ha detto: "A Kurt era stato diagnosticato già da bambino un disturbo dell'attenzione (ADD), più tardi un disturbo bipolare. Come Kurt certo sapeva, la malattia bipolare può essere molto difficile da trattare, e una corretta diagnosi è pertanto cruciale. Purtroppo per Kurt, anche l'osservanza del giusto trattamento è un fattore critico."

### Patricia Cornwell

scrittrice americana di romanzi gialli.

### Richard Dreyfuss

attore americano. Ha vinto l'Oscar nel 1978 per il film *Goodbye amore mio*.

### Edward Elgar

compositore inglese. Molte sue opere, come le *Variazioni Enigma* e le *Marce Pomp and Circumstance*, ebbero grande successo di pubblico.

### Carrie Fisher

attrice e scrittrice americana.

### Connie Francis

cantante americana. Partecipò anche al Festival di Sanremo nel 1965 e nel 1967.

### Paul Gascoigne

calciatore inglese. Il suo secondo libro, pubblicato quest'anno, parla della sua terapia per: alcolismo, disturbi alimentari, disturbo ossessivo-compulsivo e, inoltre, disturbo bipolare.

### Mel Gibson

attore, regista, produttore cinematografico americano.

### Linda Hamilton

attrice americana. Star dei film di *Terminator*.

### Ernest Hemingway

scrittore americano. Vinse il Premio Nobel per la letteratura nel 1954. Morì suicida a 62 anni.

### Jesse Jackson, Jr.

politico americano e scrittore, figlio del pioniere dei diritti civili, reverendo Jesse Jackson Sr.

### Patrick J. Kennedy

politico americano, figlio di Ted Kennedy. Si è espresso apertamente a proposito della sua diagnosi di disturbo bipolare.

### Otto Klemperer

direttore d'orchestra e compositore tedesco.

### Vivien Leigh

attrice teatrale e cinematografica inglese. Due Oscar, uno dei quali per il suo ruolo come Scarlett O'Hara in *Via col vento*.

### Marilyn Monroe

attrice americana. Morì, probabilmente suicida, all'età di 36 anni.

### Edvard Munch

artista norvegese. Famosa la sua opera *L'Urlo*.

### Friedrich Nietzsche

filosofo tedesco.

### Florence Nightingale

infermiera inglese, considerata la fondatrice della moderna assistenza infermieristica.

### Kim Novak

attrice americana. Magistralmente diretta da Hitchcock in *La donna che visse due volte*.

### Sinéad O'Connor

musicista irlandese. Ha svelato la sua diagnosi in un'intervista al *Guardian* del 2010.

### Fernando Pessoa

poeta portoghese.

### Edgar Allan Poe

poeta e scrittore americano.

### Jackson Pollock

artista americano. È considerato uno dei maggiori rappresentanti dell'*Action painting*.

### Axl Rose

leader della band Guns N' Roses, ha detto: "Mi ricoverai in clinica, pensando che il mio umore sarebbe migliorato. L'unica cosa che feci fu riempire un questionario con 500 caselle. Di punto in bianco mi ritrovai con la diagnosi di maniaco-depressivo."

### John Ruskin

critico d'arte dell'era vittoriana, mecenate, disegnatore, acquarellista e filantropo.

### Robert Schumann

compositore tedesco.

### Nina Simone

cantante americana. Interprete jazz, fu anche un'attivista per i diritti civili.

### Frank Sinatra

cantante e attore americano. "Essendo un maniaco-depressivo a 18 carati, e avendo vissuto una vita con violenti contrasti emotivi, ho una capacità spiccatissima di provare tanto tristezza che euforia."

### Britney Spears

cantante e ballerina americana, denominata "Principessa del pop".

### Vincent van Gogh

artista olandese. Morì suicida all'età di 37 anni.

### Robin Williams

attore e comico americano. Lo ricordiamo nell'editoriale di questo numero.

### Amy Winehouse

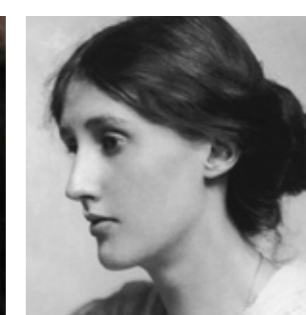
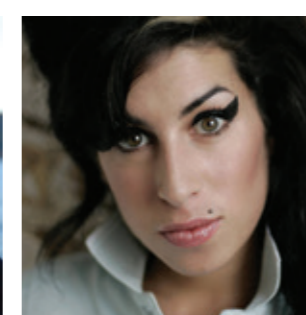
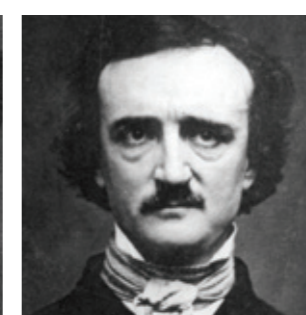
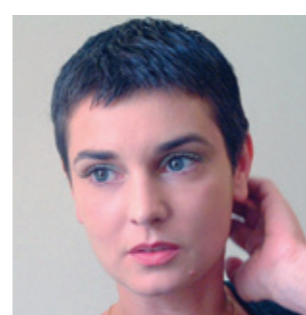
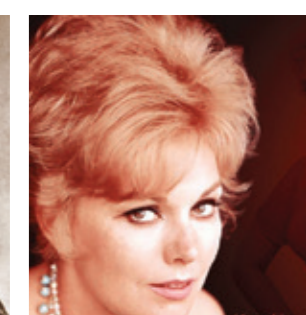
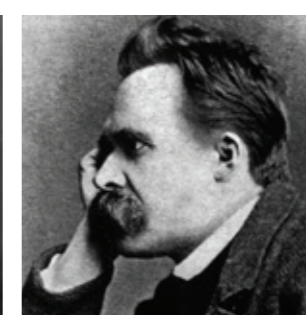
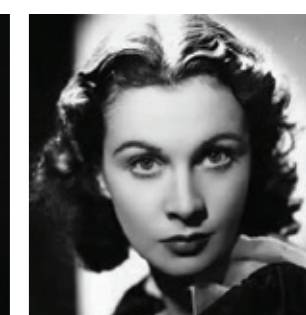
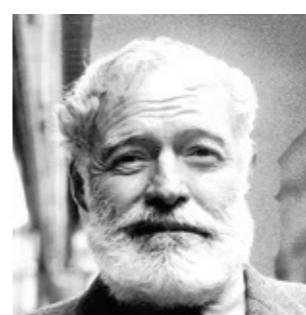
cantautrice inglese. È morta di overdose all'età di 28 anni.

### Virginia Woolf

scrittrice inglese. Suicida all'età di 59 anni.

### Catherine Zeta-Jones

attrice americana. Ha un disturbo bipolare tipo II.



# Sabina Spielrein, il suo carteggio con Jung e Freud

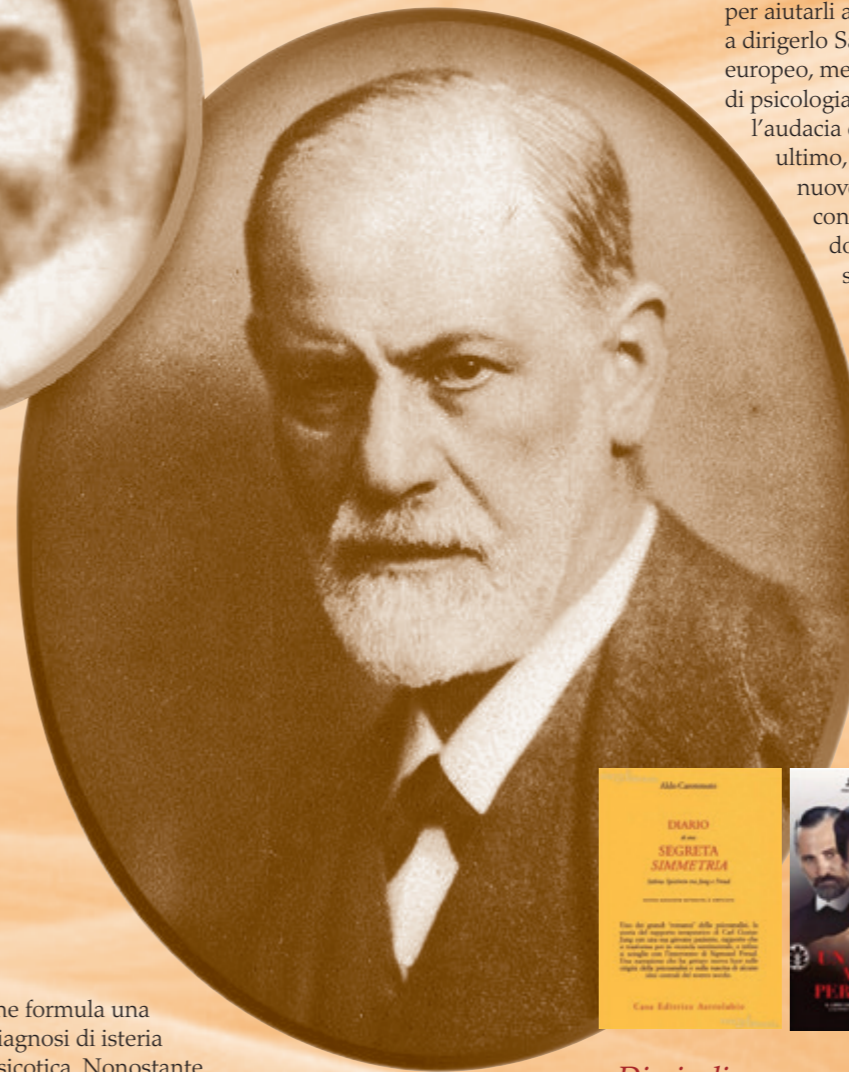
Un'occasione della psicanalisi per studiare se stessa

"Quando morirò, voglio essere sepolta sotto una quercia, e voglio che qualcuno scriva: Anche lei era un essere umano."



La storia di Sabina Spielrein è un viaggio nei meandri del complesso mondo femminile, in quella terra sconosciuta dove ha vissuto la sua Anima.

Nel 1977 Aldo Carotenuto (Napoli, 1933 – Roma, 2005), psicoanalista junghiano docente di Teoria della personalità presso l'Università 'La Sapienza' di Roma, entra, per puro caso, in possesso di una serie di documenti da lungo tempo dimenticati nei seminterrati di un vecchio edificio che era stato la sede dell'Istituto di Psicologia di Ginevra.



Le carte, che erano appartenute alla dottoressa Sabina Spielrein, comprendevano numerose lettere di Sigmund Freud e di Carl Gustav Jung ed erano indirizzate alla stessa Spielrein. Il ritrovamento genera una vera rivoluzione nella ricostruzione della storia della psicoanalisi. La loro pubblicazione in un'opera dal titolo *Diario di una segreta simmetria* mette in luce la grande influenza che Sabina esercitò sulla vita e sul pensiero di Jung, il ruolo da lei svolto nel rafforzare il rapporto fra i due maestri e successivamente nel determinare il loro allontanamento. I fatti, che risultano evidenti anche dal ritrovamento del Diario della donna, e il contributo che ella diede allo sviluppo della psicoanalisi sia freudiana che junghiana, fanno di lei uno dei pionieri degli studi psicoanalitici. Nel libro di Carotenuto si fa, per la prima volta, esplicito riferimento a una possibile relazione sentimentale tra Sabina e Jung e all'elaborazione del principio freudiano di pulsione di morte. Lo stesso Freud, nel 1920, cita esplicitamente la Spielrein: "...buona parte di questi concetti è stata anticipata da Sabina Spielrein in un suo erudito e interessante lavoro...".

Sabina (Rostov sul Don, 1885 – Rostov, 1942) nasce in una ricca famiglia ebrea vissuta sotto la reggenza dell'ultimo dei Romanov, lo zar Nicola II.

Logorata da frequenti crisi depressive, a soli diciannove anni viene ricoverata nell'Ospedale psichiatrico Burgholzli di Zurigo e affidata alle cure del giovane medico Carl Gustav Jung

che formula una diagnosi di isteria psicotica. Nonostante i metodi ancora rozzi della camicia di forza e delle docce ghiacciate, le urla senza senso che si diffondono alte fra le grigie mura dei manicomi, la mancanza di rispetto per la persona del malato, Jung si avvicina a Sabina con dolcezza, entra nei suoi incubi con la parola sempre pacata e la serena disponibilità all'ascolto, la calma, la rassicura, raggiunge le pieghe nascoste dell'Anima di lei liberandone gli aspetti più inconsci, e progressivamente la porta alla riappropriazione del senso di sé.

Uscita dall'ospedale, affascinata dai metodi e dalla persona di lui, si laurea in medicina con una tesi sulla schizofrenia, si specializza in psichiatria e viene eletta membro della Società di Psicoanalisi di Vienna. Nel 1912, sposa il medico russo Pavel Sheftl dal quale ha due figlie e, attratta dalle idee rivoluzionarie di Lenin, ritorna in Russia.

Negli anni Venti, Vera Fedorovna Schmidt (1889 – 1937), figura di spicco del movimento psicoanalitico russo, in virtù delle trasformazioni sociali e politiche che fanno seguito alla Rivoluzione d'Ottobre, dà vita a un esperimento educativo d'avanguardia che intreccia il pensiero marxista con quello

freudiano, di cui è profonda conoscitrice. Vera ricerca nuove prospettive nella formazione della prima infanzia e fonda l'Asilo Bianco, dal colore delle pareti e dei mobili, il cui obiettivo primario è quello di far crescere i bambini in assoluta libertà per aiutarli a diventare uomini veramente liberi. Viene chiamata a dirigerlo Sabina Spielrein salita alla ribalta nel panorama europeo, membro della Società Psicoanalitica russa, e docente di psicologia infantile nella Università Statale di Mosca. Ma l'audacia del progetto dà luogo a ripetuti controlli e da ultimo, nel '24 con la morte di Lenin, per decisione del nuovo Governo Sovietico l'Asilo è costretto a chiudere con l'accusa di praticare principi educativi contrari alla dottrina del Partito (lo stesso Stalin aveva iscritto sotto falso nome, il proprio figlio Vasilij). Nonostante l'appoggio di Freud all'applicazione educativa della sua teoria, la forte connotazione marxista allarma la stessa International Psychoanalytical Association il cui intento era quello di accreditare la scientificità della dottrina. La dittatura, infatti, nega alla psicoanalisi la dignità di scienza.

La famiglia di Sabina viene duramente repressa, i suoi fratelli deportati e giustiziati.

Intanto l'esercito nazista occupa Rostov. Durante una retata, Sabina con le figlie – il marito è già morto – si rifugia nella Sinagoga ebraica dove viene uccisa. È il 1942.

Le ricerche sulla seconda parte della vita di Sabina, hanno trovato una svolta quando Roberto Faenza, regista del film *Prendimi l'anima* (2002), rintraccia il figlio di Vera Schmidt, ultimo sopravvissuto dell'Asilo Bianco. Il film viene accolto da critica e pubblico come una storia d'amore piuttosto che – come era nell'intenzione del regista – un processo di transfert fra paziente e analista.

**Diario di una segreta simmetria è uno dei grandi 'romanzi' della psicoanalisi, che narra la storia del rapporto terapeutico di Carl Gustav Jung con la sua giovane paziente Sabina Spielrein, rapporto che si trasforma poi in vicenda sentimentale, e infine si scioglie con l'intervento di Sigmund Freud. Una narrazione che ha gettato nuova luce sulle origini della psicoanalisi e sulla nascita di alcune idee centrali del nostro secolo.**

"Non ci può essere cura senza amore – afferma Jung nel film di Faenza – ...i casi clinici contengono sempre un elemento d'amore...".

Il loro rapporto intellettuale e affettivo, in realtà, non si spezza neppure in punto di morte. Al momento della fucilazione di Sabina, lo psichiatra prova un'intensa emozione che egli chiamerà in seguito sinestesia.

– Lei crede nelle premonizioni dottore?

– Se ci credo! ne sono convinto: ho scritto la mia tesi di dottorato sui cosiddetti "fenomeni occulti".

Il film è ispirato al *Diario di una segreta simmetria* uno dei grandi 'romanzi' della psicoanalisi, che narra la storia del rapporto terapeutico di Carl Gustav Jung con una sua giovane paziente, rapporto che si trasforma poi in vicenda sentimentale, e infine si scioglie con l'intervento di Sigmund Freud. Una narrazione che ha gettato nuova luce sulle origini della psicoanalisi e sulla nascita di

alcune idee centrali del nostro secolo. Il libro continua a suscitare – nonostante il passare del tempo – grande interesse negli ambienti più diversi, da quelli scientifici al mondo dello spettacolo. Una vicenda rimasta segreta fino al ritrovamento dei documenti sepolti e in seguito ricostruita con rigore scientifico, senza niente concedere allo sdolcinato o al pruriginoso, all'interno di un triangolo i cui vertici simmetrici sono costituiti da Freud, Jung e Spielrein. Tradotto in diverse lingue, ha suscitato una notevole risonanza anche a livello internazionale. Un 'romanzo' di transfert e controtransfert tra terapia e attrazione sentimentale.

Nel 1993 esce il libro *Un metodo molto pericoloso* di John Kerr, psicologo clinico formato presso la New York University. "Non è una storia d'amore" scrive Kerr, "...il fantasma che divora tutti i protagonisti non è una creatura ma una teoria, un modo di ascoltare...".

È il modo nuovo di curare il paziente attraverso l'ascolto e la parola.

"Tanta messe di opere – scrive Carotenuto nella Prefazione a John Kerr – è potuta nascere in quanto le tematiche che la storia presenta sono ricche di significati simbolici che vanno oltre la vicenda narrata e che sollecitano l'approfondimento da parte di quanti si interrogano sul destino delle passioni e sul loro potente influsso nel determinare non solo le storie individuali, ma la storia di un pensiero, le sue luci, le sue ombre, l'evoluzione di un movimento".

Il taglio del libro di Kerr è storico-ricostruttivo giacché la psicoanalisi – sostiene Kerr – continua a mostrare un

irragionevole disinteresse per la sua stessa storia.

Dalla trasposizione del libro in immagini, nasce il film *A dangerous method* (2011). La vicenda storica acquista uno spessore e un interesse ancora oggi attuali grazie al regista canadese David Cronenberg (Toronto, 1943) che non delude mai quando affronta gli aspetti più oscuri e profondi dell'anima. Attento alla complessità dell'essere umano, ai sentimenti, alle pulsioni che lo muovono ad agire, parte dalla stessa prospettiva sulla quale si era già cimentata la macchina da presa di Faenza, ma allarga l'analisi indagando all'interno del rapporto, sempre più difficile tra Freud e Jung. Una giovane donna riempie lo schermo urlando mentre viene accompagnata all'Ospedale di Zurigo. È questa la prima indimenticabile scena del film. Il regista inizia subito ad analizzarne la fragilità lavorando sulle cause del disagio che cominciano a venir fuori appena Jung scava nell'anima tormentata di Sabina.

Del tutto sconosciuta, Sabina viene oggi letta e studiata non soltanto perché elemento di unione e nel contempo disgregazione del rapporto Freud-Jung ma perché è oggi noto che della psicoanalisi non è stata soltanto musa ispiratrice, oggetto passivo di cura e di innamoramento, ma studiosa e saggista originale, testimone lucida e consapevole della frattura fra la scuola di Vienna e quella di Zurigo, tra i valori ebraici e quelli cristiani.

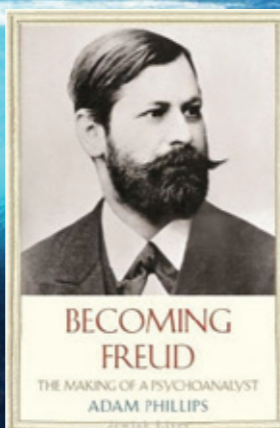
Il bel film di Cronenberg spinge anche noi a interrogarci sulle origini dinamiche del nostro sentire, sulle nostre pulsioni ma soprattutto sulle nostre insicurezze e sui nostri desideri segreti che troppo spesso – con malcelato pudore – confessiamo soltanto a noi stessi.

Paola De Gioannis

## Freud, il farsi della psicanalisi

Sigmund Freud nacque nel 1856, si laureò in medicina nel 1882 e tre anni dopo si recò a Parigi a studiare con Jean-Martin Charcot, che si interessava di isteria e ipnosi. Successivamente si stabilì a Vienna specializzandosi nel trattamento di disturbi psicologici e, seguendo le indicazioni di un suo collega, Josef Breuer, iniziò una terapia basata sul racconto libero da parte dei pazienti dei loro ricordi precoci. Riteneva che molti disturbi originassero da esperienze traumatiche infantili rimaste inaccessibili alla coscienza e immagazzinate nell'inconscio. Una volta che queste venivano riportate alla luce, il disturbo nevrotico poteva migliorare.

In un suo recente libro (*Becoming Freud, The Making of a Psychoanalyst*, Yale University Press, 2014) Adam Phillips, uno degli autori più impegnati nell'analisi del movimento analitico, scrive: "Tra le molte cose che il lavoro di Freud ha cambiato c'è il modo di guardare ai fatti della vita... ha mostrato come e perché li seppelliamo e, attraverso la psicanalisi, ha insegnato la procedura per riportarli in superficie descrivendoli in modo diverso". Freud era sbalordito dalle storie inventate per descrivere le esperienze infantili: "Siamo talmente ingegnosi nel non conoscere noi stessi che conoscerci è diventato il problema più che la soluzione". L'attenzione verso l'inconscio



fu la scoperta più significativa di Freud e soprattutto il fatto che conduciamo una vita divisa tra una parte razionale con cui vogliamo crescere e una parte emotiva che invece vorrebbe trattenerci in un mondo protetto e infantile. Infatti, la parte più difficile da 'curare' – secondo

Freud – era proprio il desiderio, inconscio, di non essere curati, tanto che la più grande speranza nel trattamento dovrebbe essere una riconciliazione fra le due parti, obiettivo certamente non di poco conto. Freud completò la sua teoria psicanalitica dal 1906 al 1906, tutti i suoi scritti successivi furono irrilevanti, secondo Phillips. Il libro è una biografia non di Freud e la psicanalisi, ma del suo scopritore, identificato con la psicanalisi.

Leonardo Tondo

Adattato da: V. Gornick, *The Interpretation of Freud*, 'Becoming Freud', Adam Phillips, "New York Times Sunday Book Review", 10 agosto 2014.

So che mi mentirai, cosa non so è come lo farai. E sono dannatamente curioso di scoprirlo.

Un'altra cosa che so è che probabilmente non ti avrò mai completamente, anzi sicuramente non ti potrò mai avere del Tutto. Ma so che potrai esserci se non mi comporterò troppo male con te.

Io so anche che mi hai già mentito.

So che non mi hai creduto e tu sai che io non ho creduto a te. Ma va bene così.

Tutto e subito non spetta a nessuno mai.

Un'altra cosa che so è che non so cosa ne sarà di noi. Ma voglio scoprirlo.

Sì, voglio avere una parte attiva in questa recita.

Un'altra cosa che non so è chi sei, ma del resto so veramente poco chi o che cosa sono io.

Quindi non biasimo proprio nulla.

Una cosa che so è che moriremo tutti e quindi, forse, è meglio godersi questo momento, dato che la vita è fatta di un'unione infinitesimale di tanti piccoli ed enormi momenti.

E l'importante è ascoltarsi ed essere se stessi sempre quando si può!

Non voglio pensare a cosa è sbagliato secondo i poliziotti dell'amore- Cristina. Non vedo il motivo di etichettare ogni cosa- Cristina.

E alla fine... continuò la sua ricerca sicuro soltanto di ciò che non voleva o Vicky o Cristina.

Perché questo è un bel periodo, ma dentro me so bene che è ancora niente rispetto a ciò che verrà. Ora c'è confusione in me e io adoro la confusione poiché è il segno che arriverà qualcosa di migliore. Del resto è da un po' di tempo che cerco di abbandonare le antiche convinzioni. In particolare la convinzione di sapere chi sono. Io non so chi sono. Io sono. Io non so chi voglio essere. Io esisto. Io ho un'idea di chi sono stato. In sostanza non so più chi voglio essere, dico cose sul mio futuro in cui credono gli altri.

E ho pure tanta voglia di litigare, ma a questa è bene mettere un freno probabilmente.

Perché alla fine so che ora come ora ho bisogno di te per riscoprire il vero me del quale ho bisogno per conoscere la vera te.

Riccardo Zanda



Il gruppo di ricerca della Bipolar Unit di Solentuna collegato al Karolinska University Hospital, Stoccolma, atteso prossimamente, il 17 ottobre, al Centro Lucio Bini di Roma per un confronto di esperienze tra colleghi

- uomini da sinistra: Mikael Tiger MD, Carl Emil Kihlberg psicologo, Hans Peter Mofors MD e direttore
- donne da sinistra: Eva Kopp psicologa, Susanne Wilhelmsson segretaria, Anna Mademyr MD, Anneli Andersson infermiera, Linda Martinik MD e Naomi Forsberg infermiera

## editoriale (dalla prima pagina)

cause e l'effetto del suo suicidio – anche da parte dei media – dimostra quanto siamo ancora lontani. Sì, dovrebbe esserci una ENORME discussione che non sia incentrata soltanto sulla depressione suicidaria ma sulla realtà della sua vera diagnosi. So per esperienza personale che un episodio maniacale di alcune settimane può tradursi in una depressione di mesi."

Jim Phelps, uno psicoeducatore, le ha risposto:

"Hai tradotto in parole i miei esatti pensieri. Meglio di quanto avrei mai potuto fare io. Pensavo cose del tipo: 'c'è qualcosa di sbagliato qui', 'questa è una follia e, qualsiasi cosa sia, è sbagliata', 'che cosa non capisco qui?', 'perché la bipolarità non è parte della storia?' Tu invece hai inchiodato il concetto. Lui era una pietra miliare; sarebbe bello sapere cosa stiamo toccando, ciò che ognuno di noi tocca, veramente."

Gli risponde Judy:

"Fa piacere sentire qualcosa in merito da parte della non-così-silenziosa maggioranza, di quelli con un insight da dentro. Sembra che adesso stiamo ricomponendo l'argomento con un'altra carta: la sua diagnosi di Parkinson. Un altro elemento per allontanarsi dal punto reale con cui Robin Williams ha avuto a che fare in tutta la sua vita adulta. Mi sorprende che la moglie a famiglia lo abbiano svelato. Perché? Probabilmente per tenere lontani i tabloid. Sono sicura, là fuori c'è qualcuno che sta scrivendo o ha scritto un saggio importante, uno studio o una tesi sul disturbo bipolare diagnosticato come depressione per lungo tempo. Il mio gruppo di aiuto accoglie sempre più persone con disturbo bipolare che erano state trattate come depressione. Dubito che Robin Williams fosse parte di questo gruppo ma in ogni caso esiste la propensione a fare diagnosi di depressione. Ricordiamolo per il suo meraviglioso curriculum ma anche per la sua sofferenza con il disturbo bipolare. Sarebbe stato il primo a dire pane al pane se non fosse stato per un'eccessiva presenza di stigma."

Leonardo Tondo

## ERRATA CORRIGE

Per uno spiacevole errore, nel numero precedente sono state omesse le righe di testo con i nomi degli autori di due contributi:

- Giuseppe Fazzari, *La Terapia Elettroconvulsivante: Informazioni per l'utente*
- Paola De Gioannis, *Luigi Pirandello a Marta Abba: Lettere alla Musa.*

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

## ARETÆUS news

Rivista ufficiale di Aretæus Onlus e del Centro Lucio Bini

*direttore responsabile*

Leonardo Tondo

*coordinamento scientifico*

Daniela Reginaldi, Alexia Koukopoulos  
Gabriele Sani, Gino Serra

*segreteria Centro Lucio Bini (Cagliari)*

Elisabetta Migoni

*progetto grafico*

Joseph Akeley

*design e redazione*

Gretel Hohenegger

*stampa*

Arti Grafiche Pisano (Cagliari)  
info@artigrafichepisano.it

*Autorizzazione Tribunale di Cagliari*

n. 12/05 del 07/04/05

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

*Roma*

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

*Cagliari*

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