

L'altro

Rivista quadrimestrale della SIFIP
Società Italiana per la Formazione in Psichiatria
Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria

Direttore
Francesco Valeriani

L'altro, in quanto altro, non esiste per me se non in quanto io mi sono aperto a lui.
G. Marcel



Anno XI, n. 3 Settembre- Dicembre 2008

Rivista scientifica della S.I.F.I.P.

Società italiana per la Formazione in
Psichiatria - Presidente: Francesco Valeriani
Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria
www.sifip.com

in collaborazione con

A.R.F.N. (Associazione Ricerca e Formazione Scienze
Neuropsicosociali) - Presidente: Salvatore Merra

S.I.D.E.P. (Società Italiana di Deontologia ed Etica in
Psichiatria) Presidente: Sergio Tartaglione

Periodico quadrimestrale di
Psicopatologia - Neuropsichiatria - Psicofarmacologia
Psicologia Clinica - Antropologia Culturale

Anno XI, n. 2 Maggio - Agosto 2008

Autorizzazione Trib. Roma n. 341 del 7/7/1998

ISSN 1127-0624

Direttore responsabile e Direttore scientifico

Francesco Valeriani

francesco.valeriani@libero.it

Comitato Scientifico

Eugenio Aguglia, Stefania Alfonsi, Gabriella Ba, Andrea
Balbi, Giuseppe Bertolini, Bruno Callieri, Maurizio De
Vanna, Massimo Di Giannantonio, Guido Di Sciascio,
Angelo Gallese, Luigi Janiri, Silvestro La Pia, Antonio Lo
Iacono, Giuseppe Meco, Claudio Mencacci, Marcello
Nardini, Mario Pinto, Giacomo Pirolli, Sandro Rodighiero,
Daniele Sadun, Sergio Tartaglione, Salvatore Varia

Sede Redazionale

Viale Marconi, 14 - 03100 Frosinone

Telefax: 0775 853309 - altroredazione@libero.it

Segreteria di Redazione

Alda Santalucia

santalucia.alda@libero.it

Comitato di redazione

Pasquale Antignani, Alessandra Ciaramella, Massimo Conte,
Alessandro De Santis, Giovanni Di Giovanni, Gaetano
Infantino, Ilaria Martino, Gioia Marzi, Salvatore Merra,
Michelangelo Pacella, Antonio Sciarretta, Angelo Torre

In copertina

Stampa Medioevale dell'Università di Heidelberg

All'interno

Immagini a cura di Giuseppe Bertolini

Stampa

Arti Grafiche Kolbe - Via Appia lato itri, 26/28

04022 Fondi (Lt)

Agenzia di promozione e pubblicità

ARESIS srl - Viale Marconi, 12 - 03100 Frosinone

aresissrl@libero.it

Tiratura 7.000 copie a distribuzione nazionale

© 2008 S.I.F.I.P. - Roma

Tutti i diritti sono riservati - Vietata la riproduzione,
anche parziale, senza autorizzazione dell'Editore.

Italia	Costo 1 num.	€ 8,00
	Costo 1 num. arretrato	€ 10,00
	Abbonamento annuale	€ 15,00

In questo numero

1

Editoriale di *Francesco Valeriani*

4

Prossime iniziative: Congresso Nazionale SIFIP

6

Vulnerabilità alla depressione

di *G. Stanghellini, A. Ambrosini, R. Ciglia*

11

**Comorbilità tra disturbi da uso di
sostanze e disturbi affettivi**

di *M. Di Nicola et al.*

17

**Disturbi del controllo degli impulsi e
nuove dimensioni cliniche: Hedonistic
Homeostatic Dysregulation (HHD)**

di *G. Valeriani, G. Meco*

23

**Un modello di assistenza domiciliare per
pazienti affetti da demenza di Alzheimer
probabile di grado lieve-moderato**

di *G. Carbone et al.*

29

**All'ombra di Ebe:
dall'Antichità Classica all'Illuminismo**

di *L. Bonuzzi*

36

**La metastasi urbana
ed il disagio esistenziale**

di *A. Scala*

44

Recensioni e Notizie

di *F. Valeriani*

COME ABBONARSI

Versamento su **c/c postale 35 76 500 7**

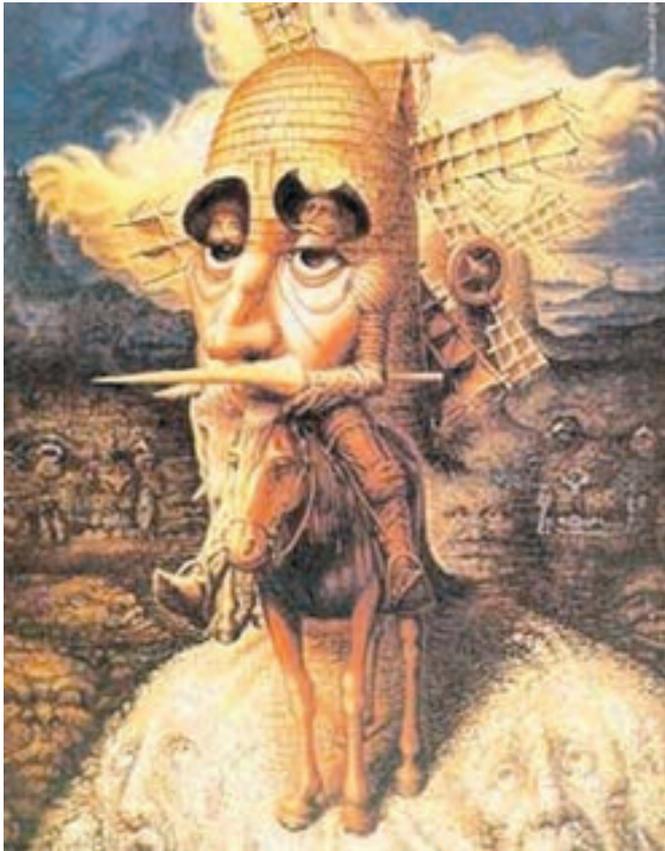
intestato a: SIFIP - Via dell'Umiltà, 49 - 00187 Roma

causale: Abbonamento annuale rivista L'altro

Per ulteriori **informazioni** rivolgersi alla segreteria di redazione:
Dott.ssa Alda Santalucia - e-mail: santalucia.alda@libero.it
fax: 0775 72 70 19 cell: 347 54 98 159

Editoriale

di Francesco Valeriani



Sapere tecnico ed ermeneutica: dove va la psichiatria?

Una società complessa ed individualizzata, come quella postmoderna, comporta nuovi ruoli e competenze dello psichiatra, che richiedono un aumento considerevole del suo back – ground formativo, nonché un rilancio dei suoi valori identitari e dei fondamenti etici. Può riuscirci una psichiatria che celebra ancora i suoi riti su palinsesti dei secoli passati e, peggio ancora, se ne compiace come se certi modelli fossero eterni ed onnipotenti? Può progredire la sua “scienza” solo attraverso la “scoperta” di nuove etichette nosologiche “santificate” dal DSM? Possono favorire la sua identità di ruolo e di competenze professionali le organizzazioni istituzionali e societarie attualmente esistenti? Dove risiedono i fondamenti dell’etica psichiatrica nell’odierno contesto sociale?

Tutte domande queste che ci siamo già poste in questi ultimi anni e che costituiscono principi di ispirazione del prossimo congresso nazionale della S.I.F.I.P. (Società Italiana per la Formazione in Psichiatria) dal titolo “Efficacia ed etica dei percorsi terapeutici in una società postmoderna”, realizzato congiuntamente all’A.R.F.N. (Associazione per la Ricerca e Formazione nelle Scienze Neu-

ropsicosociali), alla S.I.D.E.P. (Società Italiana per la Deontologia ed Etica in Psichiatria) ed alla FENASCOP (Federazione Nazionale Strutture Comunitarie Psicosocioterapeutiche). Esso avrà luogo a Castel di Sangro (AQ) nei giorni dal 1 al 6 marzo 2009 e prevede un programma molto denso di relazioni (riportato pag. 4 e 5). È il decimo appuntamento della S.I.F.I.P. in Abruzzo, dove iniziò l’“avventura” dei corsi residenziali di formazione nell’anno 2000. L’apprezzamento per i contenuti e per il “clima” amicale di questi eventi scientifici ci ha incoraggiato a proseguire per tutti questi anni, facendoci crescere la consapevolezza del valore della formazione continua e della necessità di spazi di libero e pubblico confronto sui temi più attuali ed impegnativi della nostra professione.

Queste esigenze sono però avvertite anche da altre figure professionali che operano nell’ambito della rete dei servizi psichiatrici. Ci riferiamo a psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, terapisti occupazionali, infermieri ed assistenti sociali, che parteciperanno ai lavori del prossimo congresso anche con simposi paralleli dedicati a loro specifiche problematiche.

Sarà una vivace “agorà” aperta al dialogo pluriprofessionale ed al confronto multicontestuale (fra operatori di diverse realtà organizzative, pubbliche e private), fondato sulla condivisione del valore delle differenze e delle utili contaminazioni culturali.

Lo stesso sapere psichiatrico nella sua complessità è per sua natura multidimensionale, non riduttivo, bensì aperto ad importanti prospettive neurobiologiche, ma altrettanto interessato ad infinite varietà della costituzione antropologica e psicosociale dell'uomo.

Naturalmente in una società che cambia, la stessa psichiatria, con le sue modalità organizzative, se non vuole restare obsoleta, non può non adeguarsi in termini epistemologici, clinici e culturali. Per tentare possibili risposte agli interrogativi postici, ci è utile continuare la riflessione sulla “condition postmoderne” di Lyotard, che considera i profondi cambiamenti intervenuti nel mondo scientifico e sociale, favoriti dal progresso tecnologico massmediatico e dalla fine delle “metanarrazioni”. Sono così definite quelle grandi sintesi filosofico-politiche che hanno costituito forme di legittimazione del pensiero e dell'agire, in termini di progresso ed emancipazione, sulla base di una teoria unificata della storia. Esse sono assimilabili ai miti: importanti non per la verità di ciò che raccontano, ma per l'ordine simbolico che istituiscono, tramite la loro inclusione nella vita comunitaria.

Se con “l'età di Gutenberg”, di cui ci parla McLuhan, si crearono le condizioni per costruire e trasmettere un'immagine unitaria e globale della storia umana, è altrettanto vero che con la diffusione delle tecnologie multimediali si è avuta una moltiplicazione dei centri di raccolta e di interpretazione degli avvenimenti. Pertanto la storia non è più un filo conduttore unitario, bensì una quantità di informazioni, di cronache, di televisori che abbiamo in casa, di molti televisori in una casa (“Filosofia al presente”, G. Vattimo) e di reti on-line a cui possono accedere tutti, con infiniti bisogni, ma senza più certezze ultime e verità stabili. La realtà dei piccoli bisogni individuali ha destituito il mondo dei grandi desideri. È un mondo in cui può essere evanescente la distinzione tra essere ed apparire, tra superficie e sostanza delle cose: tutto può essere apparenza e contemporaneamente tutto reale.

Se questo viene valutato anche nei riflessi psicopatologici individuali, è facile aspettarsi una crescen-

te multiformità e complessità della “domanda” assistenziale psichiatrica, che impone a sua volta una maggiore diversificazione ed innovazione delle risorse tecnico-operative. La psichiatria non può più legittimarsi nelle ideologie o nelle istituzioni che ne derivano. Deve confrontarsi con competenze e strategie assistenziali molto più complesse, ben radicate in un sapere scientifico e sociale al contempo, che, nel postmoderno, presuppone un consenso locale e temporaneo. La stessa scienza è oggi da intendere come un “sistema aperto”, volto alla proliferazione di idee e di punti di vista sempre nuovi ed efficaci in ambiti parziali. Essa si concretizza in una razionalità plurale a corto raggio, che mira a legittimazioni fluide, parziali e reversibili. Solo l'invenzione di nuove “mosse” del sapere, al di là di ogni paradigma vigente, può far espandere una disciplina scientifica.

Ciò che caratterizza una società postmoderna non è però solo la crescente molteplicità e specializzazione dei saperi coinvolti (compresa la loro massima comunicazione e trasmissione), ma anche la loro estrema frammentazione in una infinita varietà di “giochi linguistici” (concettualizzazione di Wittgenstein ripresa da Lyotard, che condivide la visione pragmatica dello sviluppo tecnico-scientifico). Essi esprimono “mondi parziali”, irriducibili l'uno all'altro.

La scienza appare così come una “Babele” formata da una quantità indefinita di linguaggi, retti da regole che valgono solo all'interno di ogni determinato sistema specialistico. Ogni specifico linguaggio tecnico-scientifico è quindi autoreferenziale e consiste in un processo volto al conseguimento di risultati utili, ovvero è regolato dal “principio di performatività”. Quest'ultimo però limita il sapere alla sua efficacia tecnica, al suo piano pratico-produttivo. Il positivismo dell'efficienza non favorisce l'espansione della scienza. Anche nelle discipline mediche il puro criterio tecnico dell'efficienza delle prestazioni può consolidare delle prassi operative ma non produrre la capacità di “raccontare” la natura mediante schemi nuovi, che rompono con le credenze del senso comune e con i saperi codificati. Questo modello di sistema aperto è per sua natura antimodello di qualsiasi sistema stabile. Fonda la sua produttività sulla “rottura del paradigma” e sull’“anarchismo metodologico”. L'invenzione di “controesempi” e la ricerca di nuovi ragionamenti fondati sul paradosso (paralogia) hanno consentito una nuova dimensione “creativa”

della scienza e delle sue più avanzate teorie costruite intorno al criterio della “complessità”.

In tutto questo discorso qual è la posizione attuale della psichiatria?

Ci appare ancora troppo spesso “sclerotizzata” intorno a modelli del passato, che non vengono reinterpretati, sviluppati od adattati ad una migliore comprensione dell’individuo – paziente ed ai nuovi contesti sociali con cui interagiscono i suoi disturbi. È desolante assistere ancora nei convegni “scientifici” a diatribe tra chi sostiene l’invidia del pene e chi invece pone al centro del mondo l’invidia del “grembo”, etc.

Il riduzionismo teorico, anche quando ben fondato, ha sempre in sé il germe del dogmatismo. Ma, peggio ancora, l’autoreferenzialità di modelli omnicomprensivi diventa spesso autoreferenzialità dell’operatore, che può perdere anche le sue capacità critiche nella stessa valutazione degli esiti dei trattamenti. Altrettanto può succedere per le forme organizzative “istituzionali” della psichiatria contemporanea. Se arroccate in se stesse, senza capacità di conoscenza approfondita della domanda e di risposte adeguate a bisogni terapeutico – assistenziali complessi, non assicurano più il loro mandato sociale. In questi termini anche servizi territoriali o risorse residenziali riabilitative potrebbero risultare obsoleti e superabili, come a suo tempo sono stati gli ospedali psichiatrici. Qualsiasi “istituzione” che si sganci dalla domanda reale e non affronti criticamente la valutazione dei suoi processi può restare una “roccaforte ideologica” ed essere una facile dimora identitaria per i suoi operatori. Pertanto una società ed una scienza “postmoderne” non possono non far bene alla psichiatria, disciplina medica che troppo spesso ha registrato l’anomalia di essere terreno di scontro ideologico ed ha assicurato rendite “di bandiera” con posizioni di potere nelle gerarchie ASL anche a soggetti scarsamente qualificati sul piano scientifico e clinico. Per ridare dignità ed autonomia alla psichiatria occorre rifonderla sulle competenze epistemiche, rilanciando il valore della formazione per consentire allo psichiatra la capacità di prendersi cura della sofferenza psichica individuale contestualizzandola nelle dinamiche sociali, conoscendo il limite delle risorse tecniche ed il valore inesauribile della relazione terapeutica. Se la sua formazione scientifica e clinica rinvia a saperi tecnici e linguaggi peculiari degli stessi, la sua cultura antropologica e sociale rimanda a saperi non

specifici ed a linguaggi plurimi che consentono l’oltrepassamento del sapere tecnico nella prassi ermeneutica. Questo aspetto distingue sostanzialmente la psichiatria dalle altre discipline mediche. La sua condizione è quella del “nomadismo teorico”, propria di un pensiero che si muove liberamente e trasversalmente in un territorio di conoscenze che si ibridano, contaminano ed intrecciano intorno all’uomo. La psichiatria, ponendosi in una prospettiva ermeneutica interculturale, è attenta ai molteplici contenuti del sapere contemporaneo e struttura una Koinè (lingua comune), che assume il senso come “trasmigrazione” da un contesto all’altro. Il senso non è nel denotare qualcosa di stabile, ma è nel movimento del comunicarsi tra un linguaggio e l’altro. Il vero senso dell’ermeneutica è la sua circolazione. È trasmissibile e comunicabile proprio in quanto non si fonda su un significato assoluto e trascendentale e riconosce l’insufficienza di modelli omnicomprensivi della mente. Con questa lingua comune, poliedrica e meticciasca, lo psichiatra può disporre di più rappresentazioni dell’uomo e meglio riuscire a conoscere dimensioni e meccanismi parziali della mente, anche nell’impossibilità di coglierla come un tutto. Gli stessi modelli omnicomprensivi (totalizzanti) del mentale sono delle ingenuità aspirazioni al “sublime”. Una razionalità plurale ed antitotalizzante corrisponde al modello kantiano ed alla teorizzazione della “critica della facoltà di Giudizio” in cui il “sublime” equivale ad espressione dell’impossibilità di rappresentare la realtà come un tutto, poiché questa trascende continuamente la rappresentazione.

Con questa consapevolezza del limite delle nostre rappresentazioni culturali (tanto in termini biologici, quanto psicosociali) disponiamo di una lingua comune su cui si fondano competenze epistemiche condivise. Da queste ultime deriva l’identità professionale e la capacità di mettersi in gioco nella relazione terapeutica anche senza protezioni istituzionali. Non è infatti l’appartenenza ad una istituzione a determinare l’identità del professionista, bensì l’identità professionale a condizionare l’appartenenza. Pertanto la psichiatria può essere più libera, più efficace e più eticamente fondata in una società postmoderna che, con i suoi diversi bisogni e linguaggi plurimi, alla fine di una concezione unitaria della storia, può continuare ad esprimere il meglio di sé come nell’immagine mitica di Orfeo che, smembrato, continua a cantare.

EFFICACIA ED ETICA DEI PERCORSI TERAPEUTICI IN UNA SOCIETÀ POSTMODERNA

Congresso Nazionale 1-6 Marzo 2009

Decennale dei corsi di formazione dell'Alto Sangro

Sport Village Hotel - Don Luis Hotel Castel di Sangro (AQ)



G. De Chirico "Orfeo italiano" - Museo Carlo Blaes, Aranciera di Villa Borghese, Roma

Provider

Società Italiana per la Formazione in Psichiatria (S.I.F.I.P.)

Sez. speciale S.I.P. - **Presidente: F. Valeriani**

Evento congiunto con

Dipartimento di Salute Mentale - L'Aquila

Direttore: V. Sconci

Società Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria (SIDEP)

Presidente: S. Tartaglione

Associazione Ricerca e Formazione Scienze Neuropsicosociali (ARFN)

Presidente: S. Merra

Federazione Nazionale Strutture Comunitarie Psicoterapeutiche (FENASCOP)

Presidente: G. Di Leo

Segreteria scientifica: **G. Di Sciascio - A. Sciarretta - S. Rullo - G. Infantino - A. Santalucia 347.5498159**

Segreteria organizzativa:



ARESIS s.r.l. V.le Marconi 14 - 03100 Frosinone

tel. 0775.855051 - fax. 0775.853309 - cell. 349.7017916 - aresissrl@libero.it

Programma scientifico

DOMENICA 1 MARZO 2009

Ore 10.00 Presentazione: *M.P. Legge, V. Sconci*
 Ore 10.30 Introduzione ai lavori: *F. Valeriani, S. Tartaglione, S. Merra, G. Di Leo*
 Ore 11.00 -14.00 **Simposio: La psichiatria ed i suoi luoghi**
 Management e politiche sanitarie nelle strutture residenziali
Chairmen: S. Merra - M. P. Legge
 Interventi: *G. Di Leo, S. Rullo, B. Pinkus, A. Narracci, N. Maone*

Ore 15.00 - 20.00: **La dialettica del postmoderno e la "cura"**
Chairmen: P. Bria - F. Saraceni
M. Casacchia Soggettività ed intersoggettività come dimensione esistenziale nella società postmoderna
M. Alessandrini La neuropsicoanalisi e l'etica del trattamento in psicoterapia
F. Valeriani Formazione ed etica dello psichiatra in una scienza postmoderna
N. Termino Forme della psicopatologia contemporanea: implicazioni per la psicoterapia
V. Volterra Etica e malpractice in psicoterapia
A. Tundo Integrazione tra farmaci e psicoterapia: implicazioni teoriche e pratiche
A. Ciaramella Problemi etici nelle urgenze ed emergenze psichiatriche
A. Scala La re-integrazione nel sociale: riabilitare il mondo

LUNEDÌ 2 MARZO 2009

Ore 8.30 - 14.00 **Simposio interattivo: La gestione integrata delle Demenze**
(supporto educativo LUNDBECK)
Chairmen: G. Carbone - S. Alfonsi
A. Mazzoli Modello organizzativo e gestionale dei servizi integrati del Centro demenze IHG
A. Laudisio Discussione interattiva di casi clinici: percorso diagnostico, strategie terapeutiche farmacologiche e non farmacologiche
F. Zazzera Gestione integrata del paziente demente: interventi su paziente, famiglia ed ambiente domestico
G. Busana L'intervento del fisioterapista per la riabilitazione neuromotoria del pz. demente: caso clinico
F. Cafariello L'intervento del Terapista Occupazionale nella riattivazione funzionale del pz demente
B. Marcelli La stimolazione multisensoriale del paziente demente: il ruolo della Maestra d'arte: caso clinico
B. Benet Interventi riabilitativi sul pz demente in semiresidenzialità: theatrical, tailoring and kitchen training
F. Cibelli Interventi riabilitativi sul pz demente assistito a domicilio: un "amico" per la famiglia e il paziente
L. Onorati La presa in carico del paziente affetto da demenza: nutrizione, idratazione, gestione della terapia farmacologica e delle ulcere da pressione
L. Forte L'efficacia della terapia occupazionale nel miglioramento della qualità di vita
P. Carozzo - C. De Bonis L'intervento dell'assistente sociale nella gestione delle problematiche della persona affetta da demenza e della sua famiglia

Ore 15.00 -20.00 **Il continuum impulsivo - compulsivo**
Chairmen: E. Aguglia - M. Piccione
M. De Vanna Recenti acquisizioni nella neurobiologia dell'impulsività, ossessività e compulsività
L. Janiri Psicopatologia e clinica dei disturbi del controllo degli impulsi
A. Sciarretta, G. Infantino Aspetti transnosografici del DOC
A. Fiorentini Pathological gambling
G. Meco I disturbi dello spettro impulsivo - compulsivo in Neurologia
S. Tartaglione La castità tra virtù e malattia: il caso del "disturbo da desiderio sessuale ipoattivo"
M. Conte Tecniche psicoterapeutiche: praticabilità e risultati

EVENTO PARALLELO (DON LUIS HOTEL)

h. 15.00 - 20.00: **Il valore della multiprofessionalità nel lavoro di comunità**
Progetti e percorsi terapeutico - riabilitativi
Chairmen: C. Saraceni - S. Rullo
G. Di Leo Diversità delle tipologie organizzative e specificità degli interventi nelle comunità terapeutiche
E. Strippoli La valutazione degli esiti nei processi terapeutico - riabilitativi
P. Tripepi Trattamento ambulatoriale e gestione degli interventi precoci di riabilitazione nella schizofrenia
N. Maone Metodologia e valutazione degli esiti nel lavoro di comunità
A. Narracci Ruoli e responsabilità delle varie figure professionali nelle strutture intermedie
C. Cirelli Il Nucleo di Valutazione nel Dipartimento di Salute Mentale
S. Sdoia Le psicoterapie nei percorsi riabilitativi: praticabilità, costi, benefici
M. Sturba L'approccio psicoeducazionale in psichiatria. Il metodo di potenziamento cognitivo

MARTEDÌ 3 MARZO 2009

Ore 8.30 - 13.00 **Simposio interattivo : Il Progetto benessere** *(supporto educativo LILLY)*
Chairmen: L. Carfagna - S. Zummo
 Interventi: *in corso di definizione*
 Ore 15.00 - 20.00 : **Disturbi d'ansia e spettro affettivo: continuità neurobiologica e clinica**
Chairmen: E. Di Fonzo - E. Sconci
F. Battaglia La coscienza fenomenica e la formazione dell'Io
C. Saraceni Il rigetto psicologico nei trapianti renali ed epatici
C. Saraceni - R. Calia Il rigetto psicologico nei trapianti renali ed epatici
M. Guazzelli Correlati neurobiologici della fobia sociale
R. Pollice Identificazione precoce e trattamento integrato delle "sindromi ansiose"
A. Bellomo Trattamenti a lungo termine dei disturbi d'ansia: dalle acquisizioni neurobiologiche alle evidenze cliniche
S. La Pia Neuroplasticità e decorso clinico nei disturbi dell'umore
T. De Marinis Dal panico alla disaffettività: un continuum psicopatologico

EVENTO PARALLELO (DON LUIS HOTEL)

Ore 15.00 - 20.00: **Professionalità e formazione nella rete dei servizi**
Chairmen: G. Di Leo - G. Infantino
B. Pinkus La psicoterapia istituzionale e gli interventi psicoterapeutici nel setting residenziale
A. M. Allegro Il lavoro di equipe all'interno delle strutture residenziali
S. de Cataldo Il ruolo della formazione nella definizione dei progetti terapeutici
S. Zipparrì Doppio setting e transfert multipli nella psicoterapia in contesti residenziali
P. Antignani La responsabilità professionale nelle strutture residenziali psichiatriche
S. Rullo I farmaci abilitanti e disabilitanti
L. Bernabei Quali tecniche per quali tecnici

MERCOLEDÌ 4 MARZO 2009

Ore 8.30 - 15.00 **Simposio Satellite: Problematiche emergenti nella cura della depressione**
(supporto educativo BOEHRINGER con crediti ECM riservati)
Chairmen: F. Veltro - S. Tartaglione
A. Rossi Cognitività e depressione
G. Di Sciascio Depressione e donna: implicazioni clinico terapeutiche
A. Sciarretta Rilevanza clinica della comorbidità nella terapia della depressione
F. Valeriani Il significato del delirio ipocondriaco nelle sindromi depressive
 Presentazione casi clinici con discussione
 Ore 15.00 - 17.00: **Alcool ed altre sostanze d'abuso: implicazioni psichiatriche e neurologiche**
Chairmen: G. Di Giovanni, A. Torre
M. Vitali Sindrome alcolica e salute mentale: implicazioni nosografiche e terapeutiche
M. Ceccanti Sindrome alcolica e implicazioni neurologiche: rilievi clinici e strategie terapeutiche
G. Di Petta Modello di approccio fenomenologico alla doppia diagnosi

Ore 17.00 - 20.00: **Appropriatezza dei percorsi terapeutico -riabilitativi nei disturbi psicotici e di personalità**
Chairmen: S. Moschetta, G. Barone
S. Varia Pazienti psicotici cronici in comunità a bassa intensità assistenziale: indagine sugli esiti
G. Di Sciascio Terapie farmacologiche in associazione nella schizofrenia: opportunità e controversie
R. Roncone Resistenza al trattamento: realtà clinica o artefatto?
V. Sconci Riabilitazione e inclusione sociale in un modello operativo complesso

GIOVEDÌ 5 MARZO 2009

Ore 8.30 - 13.30 **Simposio : La Neuromodulazione Chirurgica**
in collaborazione con Neuromed (Istituto Neurologico Mediterraneo) - IRCCS di Pozzilli (IS)
Chairmen: S. Tartaglione, F. Valeriani
Lettura magistrale di G. Cantore
 Nuove acquisizioni, attualità terapeutiche e prospettive della neuromodulazione
P. Romanelli La neuromodulazione chirurgica nel trattamento della depressione farmaco-refrattaria: stimolazione vagale e profonda
A. Branzi Stimolazione profonda nel trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi
A. Lavano Frontiere della neuromodulazione chirurgica: nuove indicazioni e nuovi target
S. Ferracuti Il consenso informato nel paziente psichiatrico sottoposto a neuromodulazione chirurgica

Ore 15.00 - 20.00 **Simposio Società Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria:**
Bioetica della cura in psichiatria
Chairmen: A. Fiori, S. Tartaglione
G. Buffardi Bioetica della cura e Forum Etico in Psichiatria
D. Sacchini Metodologia di analisi in bioetica clinica
M. Casacchia La valutazione di contesto come fattore prognostico tra etica e marginalità
M. Marchetti Le basi evoluzionistiche del senso morale: quali riflessi per la pratica psichiatrica?
A. Colotto L'etica e l'abuso: uno specchio che cattura
E. Pozzi Microfisica dell'impotenza
L. Ferrannini La legislazione italiana sui trattamenti senza consenso tra etica, evidenze ed esperienze
P. Gonzalo Miranda L.C. Bioetica e antropologia
F. Brancaleone Etica e psicoterapia

VENERDÌ 6 MARZO 2009

h. 09.00 - 12.00 : **Simposio interattivo sui disturbi della condotta alimentare**
Chairmen: S. Merra - A. De Santis
 Interventi: *G. Marzi, R. Alvarez Mullner, A. Alfano*
 h. 12.00 - 13.00 Conclusioni del congresso e verifica con questionario

INFORMAZIONI GENERALI

Modalità di iscrizione: L'iscrizione si effettua con trasmissione, mezzo fax (0775/853309), alla segreteria organizzativa "Aresis s.r.l.", allegando copia del bonifico bancario sul c/cn°182080 - Banca CARIGE, filiale di Frosinone, Cod. IBAN: IT201061751480500000182080

Quota di partecipazione: Euro 800 + IVA 20%.
La quota dà diritto a: iscrizione con ritiro del kit congressuale, attestato di partecipazione e rilascio crediti ECM, pensione completa in hotel* con arrivo nella mattinata del 01/03/2009 e partenza il 06/03/2009**

Agevolazioni: Per specializzandi e soci SIFIP - ARFN - SIDEF - SIPs in regola con le quote sociali è prevista l'iscrizione gratuita all'evento con agevolazioni sulle spese alberghiere, che potranno essere conteggiate anche per singole giornate.

N.B. Rimborso del 70% per annullamenti entro il 30/01/2009. Nessun rimborso dopo tale data.

INFORMAZIONI ECM - E' incorso l'accREDITAMENTO per 48 ore ECM riservate a medici psichiatri, neurologi e geriatri. Altre 6 ore con crediti ECM sono previste per il Simposio Satellite del mercoledì mattina. E' previsto infine l'accREDITAMENTO di 29 ore (lavori dei primi tre giorni) per professionalità non mediche: Psicologi, Educatori Professionali, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Infermieri e terapisti occupazionali

Giovanni Stanghellini*, Alessandra Ambrosini*, Raffaella Ciglia*

Vulnerabilità alla depressione

Riassunto

Il concetto di crescita appartiene ad un'epoca pre-tecnologica, in cui l'adolescenza era concepita come età di transizione con lo sguardo implicitamente volto al futuro. L'epoca della Tecnica sta oggi imponendo, pur nell'inconsapevolezza collettiva, un cambiamento radicale: nel modo di vivere il tempo, caratterizzato dall'enfasi del presente; nel modo di affrontare la vita, dove gli strumenti anticipano i progetti; nelle relazioni interpersonali spogliate del carattere di immediatezza.

La psicopatologia degli adolescenti, analizzata nelle esperienze del panico, dei disturbi alimentari e della noia cronica, rivela le ombre dell'odierno clima culturale, facendo emergere inadeguatezze nel controllo delle emozioni, nell'accettazione del corpo, nel colmare l'angoscia del vuoto.

Solo la creazione di nuove forme simboliche culturali, capaci di garantire un senso antropologico alla vita degli adolescenti, può rimotivare il desiderio della crescita. Esse precedono ogni tecnica psicoterapeutica e hanno a che fare con le categorie dell'entusiasmo, dell'accompagnamento da parte degli adulti, della responsabilità e del limite.

Summary

The growth concept belongs to a pre-technological's era, in which adolescence was conceived like a transition age with the look implicitly face to the future. The Technic's era is nowadays imposing, even if in a collective unconsciousness, a radical change: in the way to live the time, characterized by the present's emphasis; in the way to face the life, where instruments come before projects; in interpersonal relationships undressed from immediateness character.

The psychopathology of teenagers, analysed in panic's experiences, in alimentary disturbs and in chronic bore, reveals the shadows of today's cultural situation, making to emerge inadequacies in the control of emotions, in body's acceptation, to filling the empty's anguish.

Only the creation of new types of cultural symbols, able to assure an anthropologic sense to the life of teenagers, can motivate again the growth desire. They anticipate each type of psychotherapeutic technique and they concern the categories of enthusiasm, accompaniment by the adults, responsibility and limit.

Abstract

Sarà analizzata la configurazione antropologica vulne-

rabile alla depressione seguendo soprattutto il *typus melancholicus* di Hubertus Tellenbach. Sarà messo in evidenza come la potenzialità del dispiegamento di disturbi affettivi è inscritta nello stile di vita e nella struttura di valori di questa configurazione antropologica, in particolare modo nelle caratteristiche dell'*ordinatezza* e della *coscienziosità* descritte da Tellenbach e dell'*iper/eteronomia* e dell'*intolleranza all'ambiguità*, messe in luce da Alfred Kraus. Sarà inoltre discusso come l'irrigidimento della dialettica identitaria porti il *typus* a cercare di confermare se stesso come il medesimo, lo stesso del passato e come l'irruzione di un evento-alterità con la sua quota di novità sia vissuto come altamente rischioso e non padroneggiabile.

Parole chiave

Configurazione antropologica, dialettica identitaria, evento, disunione angosciosa, melanconia, *typus melancholicus*, vulnerabilità.

Abstract

The aim of this paper is to describe and to analyze the anthropological configuration vulnerable to major depression, following the description of the *typus melancholicus* made by Hubertus Tellenbach. It's going to be brought to light how the vulnerability trait constellation for the development of affective disorders is intrinsic in the *typus melancholicus* living style and his structure of values, and in particular in the characteristic of *orderliness* and *conscientiousness* described by Tellenbach, and of *hypernomia-heteronomia* and of *intolerance of ambiguity* described by Alfred Kraus. Furthermore, it's going to be discussed how the systematic effort made by the *typus melancholicus* to confirm himself as being-the-same, the same person of the past, is caused by the stiffening of the dialectic of identity; and how the irruption of the alterity-event, with its amount of novelty, is experienced as very risky and not quite manageable.

Key Words

Anthropological configuration, dialectic of identity, event, melancholy, *typus melancholicus*, vulnerability.

Dal concetto di temperamento al concetto di configurazione antropologica

Per formulare un discorso sulla vulnerabilità alla depressione è necessario considerare le strutture soggiacenti la persona, individuate nelle nozioni di temperamento e personalità.

I concetti di "personalità" e "temperamento" consento-

no di individuare la caratterizzazione fenotipica della vulnerabilità ai disturbi affettivi e la comprensione della loro patogenesi.

I vari modelli presenti in letteratura si sviluppano lungo un continuum che, partendo da profili prossimi alla sfera biologica, si snodano progressivamente verso costrutti di più ampio respiro antropologico passando attraverso la sfera cognitiva, emotiva e comportamentale e arrivando a considerare la posizione dell'uomo in quanto modo-di-essere-al-mondo.

Nel definire il rapporto tra i due concetti, Jaspers afferma che il temperamento è la struttura soggiacente alla personalità. Le varie definizioni di temperamento, infatti, ne mettono in luce la prossimità alla componente biologica della persona: temperamento come atmosfera interna (*internal weather*) in cui evolve la personalità (Allport, 1961), come insieme di caratteristiche semplici, non motivazionali e non cognitive (Rutter, 1987), come comportamento stabile e reazioni emotive che compaiono precocemente in parte influenzate dalla costituzione genetica (Kagan, 1994), come insieme di attitudini e abilità basate su percetti (*percept-based*) (Cloninger, 1994).

Rispetto al temperamento la personalità è un concetto più comprensivo, riferito a quell'insieme relativamente omogeneo di pensieri, costumi, valori e comportamenti che, nella loro integrazione, costituiscono il nucleo fondante il proprio essere e il proprio agire.

Jaspers definisce il carattere o la personalità¹ come "l'insieme individualmente caratteristico e vario dei rapporti comprensibili della vita psichica". Nel delineare il pensiero caratteriologico ne mette in luce l'intrinseca ambiguità: da una parte si propone come conoscenza nel tentativo di constatare *ciò che è così*, dall'altra diviene un appello alla libertà aprendosi alle possibilità dell'esistenza, a *ciò che può essere*.

Da un lato infatti il carattere si riferisce a un modo peculiare di essere, che esiste originariamente e non si modifica essenzialmente, dall'altro è anche *divenire ed essere divenuto*, è ciò che nel mondo si realizza attraverso le situazioni, le occasioni ed i compiti che gli vengono dati, è il *prodursi* dell'uomo nel tempo (Jaspers - 1913).

La caratterologia è rivolta allo speciale "essere così" (*Sosein*) dei singoli individui, al concatenarsi di qualità costanti e alle loro relazioni comprensibili. L'esistenza di un individuo non è afferrabile come carattere, sem-

mai appare attraverso di esso, che ne rappresenta una manifestazione empirica sempre aperta a nuove possibilità.

Anche Schneider (Schneider -1946) ridimensiona il determinismo di fattori disposizionali e rivendica il ruolo dell'autodeterminazione dell'individuo che possiede un certo margine di libertà per esercitare le proprie scelte. Inoltre esplicita la necessità di evitare improprie sovrapposizioni tra i concetti di varianti di personalità e disturbi di personalità. Per quanto concerne le varianti di personalità non è dato fare diagnosi, ma al più individuare tipi pregnanti. Per Schneider l'abnormità consiste nel prevalere di un determinato tratto di personalità, che di per sé non ha nulla di patologico, ma può riscontrarsi in misura maggiore o minore in tutto il genere umano. "Esistono tratti e tipi di personalità che, pur essendo varianti disposizionali, sono modificati dallo sviluppo, dalle oscillazioni del fondo (*Untergrund*) e dall'azione degli avvenimenti (*Erlebnisse*) in senso lato."² In quest'ottica una personalità con una data disposizione timica è un individuo con una potenzialità per il dispiegamento di determinati tratti di personalità. Nel caso della personalità depressiva è improprio ridurla a un "disturbo", in quanto incarna un vissuto espressione della condizione umana.

Rispetto al concetto di personalità, quello di "configurazione antropologica" consente di comprendere il ruolo che giocano i valori in quanto ordinatori dei significati della propria esistenza. Infatti nella loro dimensione assiologica i valori sono attitudini che concorrono a regolare le azioni significative della persona, sono articolati in concetti originatisi non dalla ragione ma dai sentimenti; sono organizzati secondo una costituzione ontologica, vale a dire un certo tipo di relazione che la persona intrattiene con se stessa, con gli altri e con il mondo. Date queste caratteristiche, i valori strutturano una visione del mondo che comporta assunzioni circa ciò che è giusto e ciò che è importante. Il costrutto di "configurazione antropologica" applicato alla psicopatologia mette in luce come nello stile di vita e nella struttura dei valori della persona sia già iscritto il germe del proprio scompensarsi (Stanghellini 1997).

La configurazione antropologica vulnerabile alla depressione: il *Typus Melancholicus*

Nel caso specifico della vulnerabilità alla depressione, il *Typus Melancholicus* (TM)³, così come descritto da

¹ Ne la "Psicopatologia generale" Jaspers non distingue concettualmente il "carattere" dalla "personalità". L'aspetto significativo è il tentativo di superare il riduzionismo biologico e proporre una visione più ampia dell'uomo.

² Schneider (1946) cit. in "La psicopatologia di Kurt Schneider" Huber G., Gross G. (Ed. Italiana a cura di Maggini C., Dalle Lucche R.)

³ La prima compiuta ed estesa descrizione della personalità premorbosa melanconica è stata tracciata dallo psichiatra tedesco Hubertus Tellenbach (1914-1994) nella sua monografia del 1961 "Me-

lancolia". Tellenbach sviluppa la teoria endo-cosmo-genetica ripercorrendo la psichiatria antica convinto che gli autori greci si sono concentrati sulle "forme essenziali della condizione umana" e, in particolare, sulla "forma essenziale dell'essere melanconico". L'endogeno è assimilabile per Tellenbach alla natura/physis dei greci, "L'Endon: è l'impronta conosciuta in anticipo della personalità, la sua struttura". In tale ottica l'Endogeno non è considerato solo in relazione alla sfera somatica o psichica, ma le comprende entrambe in una visione globale dell'Uomo nel suo rapporto con il Mondo.

Tellenbach, potrebbe essere inquadrato come un “assio-tipo”, in quanto nella struttura dei propri valori si trova inscritto il destino fenotipico della melancolia.

Nella struttura valoriale del TM il concetto di ciò che è giusto è parametrato rispetto ad un criterio esterno impersonale dettato dall'Altro generalizzato (Mead 1934). Prima facie lo stile di vita delle persone inquadrabili in questa configurazione sembrerebbe caratterizzato da ipernormalità, conformismo ed estremo adattamento alle norme sociali. Una rigida adesione alle regole e alle gerarchie sociali garantisce il mantenimento di un ordine prevedibile e gestibile nei rapporti interpersonali.

Le caratteristiche che emergono in primo piano come tipizzanti tale assetto di personalità sono la l'*ordinatezza* e *coscienziosità*.

L'*ordinatezza* è definita come una versione accentuata di ordine particolarmente evidente nel campo delle relazioni interpersonali. Il rassettare e mettere in ordine del TM passa attraverso il rapporto con il prossimo, si manifesta soprattutto nell'ambiente domestico e lavorativo ed è finalizzato al mantenimento dell'atmosfera circostante sgombra da possibili conflitti che potrebbero comportare sentimenti di colpevolezza. Il TM incarna il prototipo della sollecitudine; attraverso il suo modo di essere per gli altri egli riesce ad anticipare qualunque possibilità di rimanere in debito.

Emblematico a questo riguardo il vissuto espresso da una paziente: “Quando qualcuno mi aiuta io mi sento in colpa. Se qualcuno mi aiuta poi dovrebbe dimenticare di averlo fatto. Non voglio avere il pensiero di doverlo ringraziare”. La sua sola esistenza non può dare gioia ad alcuno, l'essere amati è un diritto che va acquisito. “Il melancolico non può accettare niente peggio dell'incondizionato [...] Egli infatti non conosce il puro e semplice esserci per gli altri senza prestarsi tangibilmente. Il suo dare è per lui troppo ovvio e senza un auto godimento riflesso” (Tellenbach - 1961).

La sua intersoggettività non prevede il piacere insito nello stare-insieme-agli-altri. Occupare un posto nello spazio fisico o relazionale è un diritto da conquistare e guadagnare con fatica e impegno in un regime di rigida meritocrazia. Non è contemplato uno scambio gratuito, scevro da obblighi di restituzione, il suo senso di “giustizia” lo costringe in un circolo di *do ut des* in cui il melancolico rischia sempre di rimanere indietro.

“Il pronunciato senso d'ordine è completato da un ulteriore tratto fondamentale: un'elevata pretesa, al di sopra della media, dalle proprie prestazioni.”⁴ Il melancolico vuole adempiere a molti compiti e tutto questo lo vuole regolarmente. La necessità di dover essere sempre all'altezza dei propositi fa sì che ciò che appare impossibile non venga mai perseguito. All'interno di questo *cliché* l'attività come tale è più importante del godimento di quanto si è raggiunto.

Il necessario ancoraggio al proprio ordine controllabile e prevedibile garantisce lo stato di benessere e difende dalle potenziali minacce del mondo circostante, quali l'infinito, il non tangibile, l'incontrollabile. Il rinchiudersi entro i confini dell'ordine è un modo per assegnarsi un posto, uno spazio delimitato e circoscritto all'interno del quale il melancolico sente di poter esercitare la propria 'autonomia'.

La *coscienziosità* si manifesta nella necessità di prevenire l'attribuzione e i sentimenti di colpa. Il comportamento del TM è motivato dalla ricerca dell'accettazione da parte dell'altro e non si basa su criteri personali, ma sulle aspettative sociali. Ogni gesto è un tributo dovuto all'esistenza, una necessità che metta al riparo da ogni possibile mancanza. La domanda che si nasconde dietro ogni azione del TM è: “Cosa sarebbe giusto fare in questa occasione? Cosa gli altri si aspettano che io faccia in questa situazione?”. Questo è il modo in cui egli tenta di tenere la coscienza meticolosamente pulita e al riparo da qualsiasi sentimento di colpa. È fondamentale non poter essere incolpato di alcunché. Per preservare l'armonia interiore ogni cosa deve occupare un posto dettato da un ordine prestabilito. Infatti la *coscienziosità* è espressione di un ordine interiore fondato su un rigorismo eccessivo, di una sensibilità molto accentuata nella gestione dei rapporti personali e materiali. L'idea che il *typus* ha del suo ordine non prevede eccezioni, in quanto non aperto ad un flessibile adattamento alla situazione. Dato che l'imprevisto presto o tardi calca le scene dell'esistenza, l'assoluta refrattarietà del *typus* a confrontarsi con quanto esula dai suoi schemi apre una delle più importanti falle di vulnerabilità. Infatti la composizione accurata di ogni elemento all'interno di questo ordine non garantisce l'agognata armonia, poiché la costrizione entro rigidi confini preclude la trascendenza necessaria per raggiungere equilibri più elevati. Al contrario, in un'esistenza aperta al possibile, la “coscienza sta sì in rapporto costante con ordini obbligati, ha però la sua libertà di superarli nella decisione personale” (Tellenbach - 1961).

È come se il *typus* avesse acquisito una volta per tutte un ordine impersonale, che esclude il margine di libertà necessario per gestire il rapporto con il mondo in maniera soggettiva.

In seguito Alfred Kraus, allievo di Tellenbach, individua altre due caratteristiche di tale configurazione antropologica focalizzando la propria attenzione sul modo di essere sociale di tali esistenze: *iper/eteronomia* e *intolleranza alla ambiguità*. Kraus analizza il TM alla luce della teoria dei ruoli sociali (Mead 1934) e pone l'accento sulla adesione incondizionata ai ruoli prestabiliti e condivisi socialmente.

Per inquadrare in modo tipico l'essere sociale del *typus*, Kraus si riferisce alla dialettica tra identità di ruolo-

⁴ Ibidem

identità egoica. L'identità di ruolo è quella che ognuno tende ad assumere sulla base della propria funzione sociale, l'identità egoica (Erikson) è l'autodeterminazione della personalità, ciò che l'uomo è al di là e in più della sua semplice e pura identificazione con il ruolo. L'identità egoica ci permette di prendere una distanza non solamente dallo sguardo delle attese di ruolo, ma, allo stesso modo, dalla identità trovata all'interno dei ruoli. Così nasce una relazione di tensione tra la persona e i suoi ruoli. La distanza dal ruolo è un'operazione necessaria, in quanto nella biografia umana è implicato un continuo cambiamento di ruoli, e permette di conservare l'articolazione di se stesso come persona e non come semplice agente dei propri ruoli. Questo fa sì che una persona possa preservare un senso di continuità della sua biografia, riconoscersi nonostante le trasformazioni e non divenire estranea a se stessa (Kraus 1987).

La dialettica tra identità di ruolo e identità egoica non è presente nel TM, il quale non è in grado di trascendere le regole socialmente stabilite dando vita ad una interpretazione soggettiva di se stesso, degli altri e del mondo. Il *typus* cerca continuamente la conferma esterna della propria identità attraverso un *modus operandi* che Kraus definisce iper/etero-nomia. L'*ipernomia* consiste in un adattamento eccessivamente rigido alla norma, dove l'aspetto eccessivo è dovuto all'applicazione indiscriminata e stereotipa delle regole sganciate dal contesto e dalla funzione che assumono in situazione. L'altra faccia di questa incapacità di monitorare le situazioni in modo autonomo e personale è costituita dall'*eteronomia*, una recettività esagerata della norma esterna, per cui ogni azione è sottesa da una motivazione impersonale, riferita a criteri socialmente condivisi.

La necessità di inquadrare se stessi all'interno di rigidi involucri identitari porta a tipizzare gli altri appiattendoli su prototipi che, essendo semplificazioni, non prevedono la compresenza di caratteristiche opposte rispetto ad uno stesso oggetto, persona o relazione. L'*intolleranza all'ambiguità* permette al TM di vivere soltanto situazioni sociali che confermino l'immagine prestabilita di se stesso e degli altri. Ciò compromette la capacità di intrattenere relazioni interpersonali autentiche e di contemplare situazioni che presuppongono il riconoscimento di una complessità emotiva. Il TM non riesce a cogliere l'individualità propria e degli altri (*idioagnosia*), poiché il tipo esemplare assorbe completamente le sue attenzioni. In questo modo la sua inter-soggettività è mutilata, in quanto privata delle implicazioni emotive relative al riconoscimento della propria e dell'altrui soggettività. Infatti, relazionandosi all'altro solo attraverso il *medium* del ruolo, il TM non risponde ai bisogni, ai desideri e ai sentimenti individuali, ma solo a quelli direttamente derivabili dall'identità sociale. Apparentemente il *typus* è estremamente attento agli altri, ne anticipa le necessità e si adopera alacramente per

soddisfarle, in realtà il suo slancio altruistico non è rivolto ad una persona in carne-e-ossa, ma è finalizzato a mantenere l'equilibrio sociale. La sua è un'empatia "impersonale", fondata sullo sforzo di sintonizzarsi con l'Altro in quanto attore sociale, che si muove seguendo percorsi e regole predeterminate.

Evento e identità nel *Typus Melancholicus*

All'interno di questa costellazione rigida di ruoli e di valori, gli eventi, se non rispondenti a caratterizzazioni prevedibili, rappresentano l'irruzione dell'alterità che minaccia il mantenimento dello *status quo*. L'imprevedibilità dell'evento apre al rischio di incrinare l'ordine del proprio mondo e di scompaginare la trama della propria storia. L'evento è accettato solo in quanto riproposizione di un contesto o di un rapporto io-mondo già sperimentato, che egli costituisce e in qualche modo anticipa: il *typus* cerca negli avvenimenti una ripetizione e una conferma della propria identità. Egli non tollera l'evento alterità, cioè l'avvenimento non corrispondente alla regola del già noto, poiché non vi coglie un'occasione per conoscere un altro aspetto di sé, ma solo una potenziale minaccia alla sua identità.

L'identità umana è frutto di una tensione dialettica (Ricoeur 1984) tra un nucleo invariante del proprio sé nel tempo (essere-lo-stesso) e la proiezione del proprio sé nell'evoluzione esistenziale (essere-se stesso), che prevede l'integrazione nel sé dell'altro-da-sé, quindi di nuove possibilità rispetto al *già stato*. Nel TM si assiste ad un irrigidimento della dialettica identitaria che si radicalizza al solo polo della staticità, limitata a confermare sé stesso come lo stesso, quale protagonista previsto di una narrazione già scritta.

L'arroccamento sulla medesimezza⁵ non è il risultato di una completa rinuncia al movimento dell'esistenza: costretto dalla vita alla non immobilità, si obbliga a ricalcare sentieri segnati, riproponendo se stesso esponenzialmente senza la possibilità di un addendo di novità.

Nell'andare incontro alle situazioni il *typus* ha preventivamente selezionato un ventaglio di possibilità che ripropongono l'eco di se stesso non come riattualizzazione storicamente contestualizzata di una identità in evoluzione, ma come replica di una identità cristallizzata refrattaria alla fisiologica metamorfosi dell'esistenza.

In questa cornice l'incontro con qualcosa di altro rispetto a quanto già sperimentato risulta essere un corpo estraneo non integrabile nella propria "storia di vita" (Binswanger 1928).

Quando il TM non riesce a bandire l'alterità come fonte di nullificazione, né ad escludere il tempo e la storia con il loro carico di novità e il loro significato di apertura verso altre identità, si trova a vivere uno stato di "disunione angosciosa" (*Verzweiflung*). Un'altra possibilità di essere svela l'inautenticità della propria condizione e pone le basi di una contraddizione insolubile e di uno

⁵ Ricoeur parla di *medesimezza* (*mêmeté*) a proposito dell'identità *idem*.

iato insanabile: “non può più decidersi (...) non può abituarsi più alla sua realtà, che nasce dalle sue possibilità”. Egli “non può trascendere questa situazione. Piuttosto si può dire che egli stesso ne è «trasceso»” (Tellenbach - 1961).

Si assiste a quella sproporzione antropologica, che rimanda alla disarticolazione del rapporto tra l'esperire e il comprendere così come descritta da Binswanger, in cui la situazione va oltre la possibilità del soggetto di utilizzarla. Il melanconico è in grado di gestire solo ciò che già conosce, in quanto vissuto in precedenza o deducibile a partire dai suoi schemi relativi all'ordine delle cose. Di fronte ad un evento che esula dai suoi sche-

mi egli si trova dibattuto nel dubbio, incapace di propendere per un'opzione piuttosto che per un'altra. Ogni esperienza nuova, infatti, presuppone una trasformazione del rapporto con il mondo e con se stessi, che il *typus* contempla solo entro i limiti artificiali e angusti di un circuito chiuso. Qualora si presenti una circostanza non riconducibile ai rapporti consolidati, stenta a riconoscersi come soggetto intenzionale e si trova dilaniato tra alternative impossibili.

*Dipartimento di Scienze Biomediche – Università “G. D'Annunzio” Chieti



BIBLIOGRAFIA

- Binswanger, (1928) L., *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- Cloninger, C.R., *Temperament and Personality*, in “Current Opinion in Neurobiology” 4(2), pp. 266-273.
- Erfurth, A. et al., *Studies on a German (Munster) version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: construction and validation of the brief TEMPS-M*, Journal of Affective Disorders 85 (2005) 53-69.
- Huber, G., Gross, G., *La psicopatologia di Kurt Schneider*, (a cura di) Maggini, C., Dalle Luche, R., Edizioni ETS, 2002.
- Jaspers, K., (1913) *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1959.
- Kraus, A., *Dynamique de rôle des maniaque-dépressifs*, Psychologie Médicale, 19, 3 p. 401-405, Paris, 1987.
- Kraus, A., *Methodological Problems with the Classification of Personality Disorder: the Significance of Existential Types*, in “Journal of Personality Disorders”, 5(1), pp.82-92.
- Kraus, A., *Do melancholics and manic-depressives have a personality disorder?*, Past, present and future of psychiatry, Volume I, World scientific, 1994.
- Kraus, A., *How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry?*. In Fulford, K.W.M., Sadler, J.Z., Morris, K., Stanghellini, G. (a cura di) *Nature and Narrative. International Perspectives in the Philosophy of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, pp.199-216.
- Mead, G.H. (1934) *Mind, Self, and Society*, University of Chicago Press, Chicago, 1965.
- Ricoeur, P., (1984) *Tempo e racconto*, Tr. It. Jaca Book, Milano, 1986.
- Ricoeur, P., (1990) *Sé come un altro*, Jaca Book, 1990.
- Schneider, K., (1946) *Psicopatologia Clinica*, Tr.it. Città Nuova, Roma, 1983.
- Stanghellini, G., *Antropologia della vulnerabilità*, Feltrinelli, 1997.
- Stanghellini, G., *Psicopatologia del senso comune*, Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Stanghellini, G., Bertelli, M., *Assessing the social behavior of unipolar depressives: the criteria for Typus Melancholicus*, Psychopathology, 39: 179-196, 2006.
- Stanghellini, G., Bertelli, M., Raballo, A., *Typus melancholicus: structure and the characteristics of the major unipolar depressive episode*, Journal of Affective Disorders, 2006.
- Stanghellini, G., Ballerini, M., *Values in Persons with Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, 2006 33(1):131-141.
- Tatossian, A., (1979) *La fenomenologia delle psicosi*, Tr. It. Fioriti Editore, Roma, 2003.
- Tellenbach, H., (1961) *Melanconia*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1975.

Marco Di Nicola*, Ilaria Ortolani*, Daniela Tedeschi*, Giovanni Martinotti*,
Marianna Mazza*, Luigi Janiri*

Comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi affettivi

Introduzione

La nozione di comorbidità trae origine dalla medicina somatica: secondo la definizione formulata da Feinstein (1970) può essere considerata “comorbile” un’entità clinica che insorge prima o durante il decorso di una condizione “indice” sotto studio (1).

In ambito psichiatrico è opportuno parlare di comorbidità nel caso in cui si riscontri l’associazione, in un medesimo soggetto, di più di un disturbo psichiatrico in un intervallo di tempo definito (2). Tale costrutto va inteso in senso fenomenologico e, pertanto, non implica rapporti di causazione.

Di conseguenza, il concetto di comorbidità in Psichiatria rimanda direttamente alla complessità dell’interazione tra sindromi psicopatologiche differenti ed alla difficoltà di isolare fenomeni, rintracciarne le origini e costruire significati in grado di spiegare manifestazioni tanto dissimili e plurideterminate.

Tale questione solleva una serie di interrogativi che riguardano l’indipendenza o la interdipendenza dei disturbi e la loro primarietà o secondarietà.

Inoltre, la coesistenza tra disturbi psichiatrici e condizioni di abuso/dipendenza da sostanze risulta ulteriormente complicata dalle proprietà farmacologiche delle stesse e dai possibili effetti indotti.

Ciò sottolinea la necessità di un inquadramento diagnostico rigoroso e l’opportunità di pensare ad un processo di cura integrato che consideri l’individuo nella sua globalità.

Nonostante la valutazione della comorbidità risenta di numerosi problemi metodologici cercheremo, nel presente lavoro, di metterne in luce alcuni aspetti significativi tra i quali la rilevanza epidemiologica, le ipotesi eziologiche e le opzioni terapeutiche.

Aspetti metodologici

La comorbidità tra Disturbi da Uso di Sostanze e Disturbi dell’Umore rappresenta un fenomeno di frequente osservazione e di riconosciuta evidenza clinica; tuttavia, nella sua valutazione, si riscontrano notevoli difficoltà metodologiche.

In primo luogo, la stima dei tassi di comorbidità risente della tipologia di popolazione esaminata (non clinica, istituzionalizzata non clinica, clinica ambulatoriale, clinica in trattamento residenziale).

In secondo luogo, le indagini epidemiologiche subiscono spesso l’influenza dei sistemi di classificazione uti-

lizzati che possono stabilire criteri più o meno restrittivi nell’attribuzione delle diagnosi aggiuntive.

Un altro fattore di confondimento è rappresentato dagli strumenti di valutazione diagnostica che possono variare dal colloquio clinico all’intervista strutturata fino all’impiego di questionari, ognuno con diversi livelli di attendibilità e validità.

Infine, un eventuale stato di intossicazione o i possibili effetti indotti dalla sostanza e le variazioni dell’asse timico in funzione della fase di malattia e/o della risposta al trattamento, possono influenzare la valutazione della comorbidità determinando l’attribuzione di maggiore o minore importanza all’uno o all’altro fenomeno (3).

Rilevanza epidemiologica

Nonostante le difficoltà metodologiche, diversi studi hanno indagato l’elevata correlazione tra Disturbi da Uso di Sostanze e disturbi della sfera affettiva.

In un ampio studio epidemiologico è stato evidenziato che il 70% circa degli alcol-dipendenti soddisfaceva i criteri per un altro disturbo psichiatrico e ben il 50% presentava, in concomitanza, una diagnosi di Depressione Maggiore o di Disturbo Bipolare (4). Questi dati sono stati solo parzialmente confermati dallo studio ECA (Epidemiological Catchment Area) condotto su oltre 20.000 partecipanti secondo cui il 32% dei soggetti esaminati con un disturbo affettivo in atto, presentava un Disturbo da Uso di Sostanze in comorbidità (5). Percentuali più elevate sono emerse dallo studio NCS (National Comorbidity Survey) (6).

Grant e collaboratori hanno successivamente rilevato che il 40% degli individui con un Disturbo da Uso di Alcol ed il 60% circa dei soggetti con un Disturbo da Uso di Sostanze in trattamento presentavano, in associazione, un disturbo affettivo (7).

I tassi di comorbidità tra Disturbi da Uso di Sostanze e Disturbi dell’Umore sembrerebbero più elevati nel sesso femminile in cui tale associazione è risultata 6,4 volte più frequente che nel sesso maschile per quanto riguarda l’assunzione di sostanze psicoattive in generale (8) e solo lievemente maggiore per quanto concerne l’abuso e la dipendenza da alcol (39% vs 32%) (9).

Gli studi condotti su campioni di soggetti che hanno richiesto un trattamento hanno fornito percentuali di comorbidità estremamente variabili: tra gli alcol-dipendenti i tassi variano dal 15% al 67% (10); nei soggetti con dipendenza da cocaina tale prevalenza oscilla dal 33%

al 53% (11). Nei soggetti con dipendenza da oppiacei i tassi di prevalenza *lifetime* dei disturbi affettivi (principalmente di tipo depressivo) si collocano in un intervallo dal 16% al 75% (12).

Disturbi da Uso di Sostanze e Disturbi Depressivi

Secondo i dati derivati dallo studio ECA, tra i soggetti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore, il 17% presentava in associazione un Disturbo da Uso di Alcol ed il 18% un disturbo correlato all'assunzione di altre sostanze (5).

I dati riportati dal progetto ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) evidenziano un'associazione significativa tra depressione maggiore ed abuso (OR 2.6%; 95% CI 1.8-3.9) e dipendenza da alcol (OR 6.7%; 95% CI 3.1-14.3), con una maggiore prevalenza nel sesso maschile (13).

Uno studio condotto su dipendenti da oppioidi in trattamento sostitutivo con metadone ha rilevato che il 16% presentava una comorbilità *lifetime* per un Disturbo Depressivo Maggiore diagnosticato prevalentemente nel sesso femminile (12).

Disturbi da Uso di Sostanze e Disturbi Bipolari

I disturbi dello spettro bipolare, tra i disturbi di Asse I, presentano i più elevati tassi di comorbilità con i disturbi correlati a sostanze; tale prevalenza è stimata tra il 21% ed il 58% (14).

In base ai dati forniti dallo studio ECA, la prevalenza di comorbilità tra Disturbo Bipolare e Disturbo da Uso di Sostanze sarebbe stimabile attorno al 60.7%, tre volte superiore a quella riscontrata nei pazienti depressi. In particolare, il 46.2% dei soggetti presentava una concomitante diagnosi di abuso o dipendenza da alcol mentre il 40.7% aveva ricevuto una diagnosi di abuso o dipendenza da altre sostanze (9).

La probabilità che un paziente con Disturbo Bipolare presenti un Disturbo da Uso di Sostanze rispetto ad un soggetto sano è di 8:1; solamente il Disturbo Antisociale di Personalità presenta una comorbilità con i disturbi correlati a sostanze superiore ai disturbi dello spettro bipolare (5). In aggiunta, il Disturbo Bipolare di tipo I si associa più frequentemente, rispetto al tipo II, ad un Disturbo da Uso di Sostanze (61% vs 48%) (5).

In una recente rassegna sull'argomento, Brown e collaboratori hanno riportato percentuali di Disturbi correlati a sostanze in pazienti con Disturbo Bipolare che variano dal 14 al 65% rispetto a percentuali del 6-12% riscontrate nella popolazione generale (15), dato confermato anche dal lavoro condotto nello stesso anno da Cassidy e colleghi (16).

Rispetto alla condizione di mania, nell'ambito dello studio del National Institute of Mental Health (NIMH) Epidemiologic Catchment Area (ECA), Helzer e Pryzbeck hanno rilevato che i soggetti con tale diagnosi avevano una probabilità 6 volte più elevata di presentare un

Disturbo da Uso di Sostanze rispetto alla popolazione generale (17). Queste acquisizioni sono state in parte confermate dal National Comorbidity Survey (NCS): i dati riportati da tale indagine epidemiologica rilevano negli individui con mania una dipendenza da sostanze nei 12 mesi precedenti l'intervista 8,2 volte superiore rispetto alla popolazione generale; la probabilità che tali individui presentino una dipendenza da sostanze nell'arco della vita è 8,4 volte maggiore di quella stimata nella popolazione generale (6).

Altri studi hanno messo in evidenza che gli episodi maniacali con manifestazioni psicotiche ad esordio precoce sembrano essere più frequentemente associate all'uso di sostanze ed al sesso maschile (18).

Modelli di relazione causale

Nel 1981 Edwards e collaboratori hanno proposto che tra disturbi psichiatrici ed uso di sostanze possano intercorrere tre diversi tipi di associazione (19):

1. i disturbi mentali possono indurre l'assunzione di sostanze;
2. i disturbi mentali conseguono all'uso di sostanze;
3. tra disturbi mentali ed uso di sostanze esiste soltanto un'associazione casuale.

Successivamente altri autori hanno formulato modelli teorici più articolati al fine di descrivere le possibili relazioni causali in grado di spiegare la comorbilità (20, 21).

Per quanto concerne la relazione tra Disturbi da Uso di Sostanze e disturbi affettivi, alcuni paradigmi hanno focalizzato l'attenzione sulla continua interazione tra fattori di tipo biologico e condizioni psicosociali. Secondo tale modello una personalità maggiormente "vulnerabile" sul piano biologico e psicologico, a causa dell'influenza di particolari fattori sociali o situazioni ambientali, potrebbe manifestare sintomi depressivi e cominciare ad assumere le sostanze come tentativo di "automedicazione" (22). L'abuso di alcol e/o di sostanze però, col tempo, tende a peggiorare il decorso della sintomatologia depressiva instaurando così un circolo vizioso.

Adottando un punto di vista più propriamente psicologico, potremmo individuare nella "perdita dell'oggetto" o nell'assenza di una "base sicura", così come il teorico evolutivo Bowlby le intendeva, il substrato di una vulnerabilità a sviluppare disturbi affettivi. In questa prospettiva, un attaccamento di tipo insicuro o una mancata sintonizzazione con il *care giver* potrebbero inficiare la capacità del bambino di "mentalizzare" (23) e regolarizzare gli stati emotivi propri e altrui con un conseguente importante deficit empatico e relazioni alterate sé-altro.

L'uso della sostanza potrebbe assolvere differenti funzioni in base alle difficoltà sviluppate dal soggetto: ridurre i livelli di ansia ed angoscia non elaborabili, riempire il vuoto depressivo, attenuare i vissuti di tristezza, contrastare l'anedonia, ricercare emozioni "forti". Ov-

viamente, non tutti i casi di comorbidità con i disturbi affettivi possono essere spiegati in tale ottica: alcuni studi ad esempio, riportano l'assunzione di cocaina in fasi di eccitamento maniacale (24), occorrenza che sembra contrapporsi a quanto detto finora.

Nonostante il tentativo di alcuni modelli teorici di integrare conoscenze diverse, resta difficile ad oggi individuare le comuni basi eziologiche di fenomeni tanto complessi.

La popolazione dei "soggetti comorbili", così numerosa ed eterogenea, potrebbe necessitare non di un solo paradigma di spiegazione bensì di una pluralità di modelli che, letti in una prospettiva sinottica, rendano visibili i diversi aspetti e le molteplici implicazioni che presenta.

Implicazioni cliniche

Per quanto concerne la gravità del decorso clinico, riflessioni derivate dalla pratica clinica e dalla ricerca scientifica hanno evidenziato che i pazienti con disturbi dello spettro bipolare e concomitante abuso di sostanze, presentano tendenzialmente quadri psicopatologici più severi caratterizzati da una più rapida ciclicità, da una maggiore prevalenza di disforia e di stati misti, oltre ad un'età di insorgenza più precoce (25, 26).

Salloum e collaboratori, in uno studio condotto su 256 pazienti in fase di eccitamento maniacale acuto che abusavano di alcol, hanno riportato una maggiore rilevanza delle manifestazioni maniacali con un incremento della labilità dell'umore, dell'impulsività e della pericolosità sociale rispetto a pazienti bipolari non abusatori nella stessa fase di malattia (27). Anche la frequenza delle ospedalizzazioni risulta essere maggiore nei pazienti con "doppia diagnosi" (28), così come il rischio di suicidio. Potash e collaboratori in uno studio condotto su 337 soggetti con diagnosi di Disturbo Bipolare e comorbile abuso di alcol hanno riscontrato una probabilità di condotte suicidarie significativamente più elevata rispetto ai pazienti con Disturbo Bipolare e potus inattivo (29).



Opzioni terapeutiche

Il trattamento dei pazienti con "doppia diagnosi" presenta una serie di problematiche legate da un lato alla complessità sintomatologica e, dall'altro, alla gravità dei quadri clinici ed alla tendenza ad un'evoluzione prognostica negativa.

Un'ulteriore difficoltà risiede frequentemente nella rigida suddivisione dei *setting* terapeutici che contribuiscono a rendere i processi di cura frammentati e discontinui.

Dal punto di vista teorico, gli approcci terapeutici possono essere distinti in sequenziali, paralleli ed integrati (30). In caso di trattamento sequenziale i due disturbi vengono curati separatamente ed in sequenza mentre in un trattamento parallelo il paziente segue entrambe le terapie in contemporanea ma distintamente.

I trattamenti integrati prevedono, infine, che il processo di cura affronti contemporaneamente le problematiche proprie di ciascun disturbo tentando però di strutturare un unico percorso terapeutico.

Per motivazioni differenti i servizi di cura scelgono di attuare una tipologia di trattamento piuttosto che un'altra. Accade spesso, ad esempio, che l'uso di sostanze venga considerato un problema secondario nei servizi psichiatrici (31), mentre nei servizi per le tossicodipendenze può verificarsi che la sintomatologia riferita da un paziente sia attribuita esclusivamente agli effetti indotti dalla sostanza d'abuso.

Sebbene gli approcci di tipo sequenziale e parallelo siano ancora utilizzati, negli ultimi anni sono aumentate le evidenze a favore di un trattamento integrato in cui è prevista l'associazione di protocolli farmacologici ed interventi psicosociali, con terapie individuali o di gruppo. Diversi studi hanno mostrato che gli approcci integrati condotti su pazienti con "doppia diagnosi" riducono effettivamente il rischio di ospedalizzazione e contribuiscono a migliorare la qualità della vita (32). Altri lavori hanno sottolineato la necessità di protrarre tali trattamenti a medio-lungo termine (da 18 mesi a 4 anni)

per ottenere miglioramenti significativi in entrambi i disturbi (33).

Nonostante alcuni degli studi condotti in questo campo abbiano incluso pazienti con disturbo bipolare, la maggioranza dei pazienti reclutati presentava disturbi della sfera psicotica (schizofrenia o disturbi schizoaffettivi) (30): tale evidenza non consente, pertanto, una generalizzazione dei risultati.

Trattamento dei Disturbi Correlati a Sostanze in comorbidità con i disturbi depressivi

Disturbi da Uso di Alcol. Tra gli studi in doppio cieco e controllati con placebo che hanno valutato l'efficacia dei trattamenti farmacologici, l'impiego degli antidepressivi triciclici imipramina e desipramina ha determinato una

sensibile riduzione dei sintomi depressivi, con un miglioramento non significativo degli indicatori relativi all'abuso alcolico nel caso della desipramina (34-36).

Tra gli SSRI appare controversa l'efficacia della sertralina in termini di riduzione degli indici correlati al *potus* (37), mentre la fluoxetina ha evidenziato un miglioramento significativo sia della sintomatologia depressiva sia del consumo alcolico (38).

Risultati contrastanti sono stati ottenuti anche con l'antidepressivo atipico nefazodone (39, 40).

Oltre agli antidepressivi sono stati indagati altri farmaci per il trattamento di pazienti alcol-dipendenti depressi: il litio confrontato con il placebo non ha riportato differenze significative negli indicatori di esito sia della depressione che del *potus*; l'impiego del naltrexone in uno studio pilota ha determinato una riduzione del consumo alcolico e del *craving*, ma nessuna differenza nei punteggi dei reattivi psicometrici per la depressione (37).

In letteratura viene citato un solo studio di valutazione di un trattamento psicosociale in pazienti con Disturbi da Uso di Alcol in comorbilità con disturbi depressivi: Brown e colleghi hanno riscontrato per questi pazienti una maggiore efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale sia sulla sintomatologia depressiva sia sul *potus* rispetto ad un trattamento standard per l'alcol in associazione a tecniche di rilassamento e controllo (41).

Disturbi da Uso di Sostanze. Per quanto concerne il trattamento farmacologico di dipendenti da oppioidi in terapia di mantenimento con metadone con comorbilità per disturbi depressivi, in due studi che hanno valutato l'impiego degli SSRI sertralina e fluoxetina non sono state riscontrate differenze significative rispetto ai gruppi di controllo con placebo (42, 43), mentre Nunes e collaboratori hanno osservato una remissione significativa della sintomatologia depressiva ed una riduzione del consumo di sostanze in seguito alla somministrazione di imipramina (44).

In uno studio in doppio cieco e controllato con placebo Schmitz e collaboratori hanno valutato l'efficacia della fluoxetina in associazione alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento di dipendenti dalla cocaina con un disturbo depressivo maggiore in comorbilità: non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi sia per quanto riguarda la sintomatologia depressiva che per il consumo della sostanza (45).

In uno studio pilota non comparativo è stato segnalato un miglioramento dei sintomi depressivi ed un effetto positivo sul consumo di cocaina in 12 pazienti trattati con venlafaxina (46).

Riguardo ai trattamenti psicosociali, è stato condotto un solo studio non comparativo che ha mostrato l'efficacia di un intervento integrato in termini di riduzione del consumo di sostanze e dei punteggi delle scale di valutazione della depressione (47).

Trattamento dei Disturbi Correlati a Sostanze in comor-

bilità con i disturbi bipolari

Disturbi da Uso di Alcol. Nell'ambito dei trattamenti farmacologici, in uno studio in doppio cieco e controllato con placebo su pazienti con Disturbo Bipolare I in comorbilità con Disturbi da Uso di Alcol ed in terapia con il litio, l'associazione con l'acido valproico si è rivelata efficace nel ridurre gli indicatori del consumo alcolico mentre non ha prodotto variazioni significative della sintomatologia psichiatrica (48).

Recentemente in uno studio condotto in aperto è stata riportata una maggiore efficacia dell'oxcarbazepina a più alti dosaggi in pazienti con alcol-dipendenza in comorbilità con disturbi di Asse I e prevalentemente dello spettro bipolare (49).

Studi controllati dovranno, inoltre, confermare i risultati preliminari che suggeriscono il possibile impiego dell'aripiprazolo per la prevenzione delle ricadute e per il *craving* nei pazienti con "doppia diagnosi" (50).

Disturbi da Uso di Sostanze. Risultati controversi sono stati ottenuti in seguito al trattamento con litio in monoterapia di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare e comorbile disturbo correlato a sostanze (51, 52).

Goldberg e collaboratori attraverso un'analisi retrospettiva condotta su 204 pazienti ricoverati per diagnosi di Disturbo Bipolare I e storia di abuso di sostanze, hanno riportato che la somministrazione di un anticonvulsivante in associazione al litio, risulta maggiormente predittiva di una remissione sintomatologica rispetto alla somministrazione di litio in monoterapia (53).

In due studi non comparativi l'acido valproico e l'aripiprazolo hanno determinato un miglioramento della sintomatologia depressiva e maniacale: solamente il valproato però ha inciso positivamente in termini di riduzione del consumo della sostanza (54, 55).

Un recente *trial* in aperto ha proposto l'impiego della lamotrigina in pazienti con disturbo bipolare e dipendenza da cocaina, riportando un miglioramento significativo delle dimensioni psicopatologiche e del *craving* per la sostanza, in assenza di una riduzione del consumo (56).

Brady e collaboratori hanno indagato l'efficacia della carbamazepina nel trattamento di dipendenti da cocaina distinti in due gruppi in funzione della presenza o meno di una comorbilità per un disturbo affettivo (in circa la metà dei casi relativo allo spettro bipolare). L'analisi delle urine ha rilevato una riduzione dell'uso della sostanza sensibilmente maggiore nel gruppo con "doppia diagnosi" (57).

Per quanto riguarda i trattamenti psicosociali, risultano ancora insufficienti le evidenze scientifiche a favore di una maggiore efficacia degli interventi integrati (37).

Conclusioni

La comorbilità tra Disturbi da Uso di Sostanze e disturbi affettivi rappresenta un fenomeno di frequente osser-

vazione e di notevole rilevanza clinica.

Nonostante le difficoltà metodologiche che si incontrano nell'inquadramento diagnostico e nella valutazione di tali pazienti, numerosi studi hanno rilevato tassi di comorbidità molto elevati; in particolare, i disturbi bipolari risultano essere le patologie di Asse I maggiormente associate ai disturbi correlati a sostanze.

Sono stati proposti diversi modelli teorici nel tentativo di descrivere le possibili relazioni causali fra i due disturbi: tuttavia, risulta difficile individuare le basi eziologiche condivise da quadri psicopatologici tanto articolati.

Nonostante siano frequentemente utilizzati trattamenti di tipo sequenziale e parallelo, cresce sempre di più l'attenzione verso quelli integrati, più completi ma certamente più complessi da tradurre in atto e, anche per questo motivo, ancora scarsamente valutati attraverso studi controllati.

L'esperienza in campo farmacologico derivata dalla ricerca scientifica e dalla pratica clinica ha evidenziato la

possibilità di sfruttare gli effetti sul tono dell'umore di alcune molecole in termini di riduzione del consumo di sostanze, del *craving* e di prevenzione delle ricadute, oltre all'opportunità di integrare i protocolli farmacologici con trattamenti psicosociali.

Tuttavia sarà necessario condurre studi controllati in doppio cieco incrementando la numerosità e l'omogeneità dei campioni per giungere a risultati maggiormente consistenti.

Appare comunque importante sottolineare che le condizioni di comorbidità necessitano di una gestione terapeutica personalizzata, in cui le diverse fasi e componenti del trattamento siano concepite all'interno di un progetto unitario.

Day Hospital di Psichiatria Clinica e Farmacodipendenze

Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma



BIBLIOGRAFIA

- (1) Feinstein, A.R. *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. J Chronic Dis 1970; 23: 455-468.
- (2) Burke, J. *Scope of the problem*. Available at: www.rxdiversion.com/scop.htm. Accessed January 7, 2004.
- (3) Bryant K.J., et al. *Reliability of dual diagnosis: substance dependence and psychiatric disorders*. J Nerv Ment Dis 1992; 180: 251-257.
- (4) Weissman, M.M., Myers, G.K., Harding, P.S. *Prevalence and Psychiatric Heterogeneity of Alcoholism in United States Urban Community*. J Stud Alcohol 1980; Jul 41(7): 672-681.
- (5) Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. JAMA 1990; 264: 2511-2518.
- (6) Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C. *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence*. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 313-321.
- (7) Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., et al. *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on*
- (8) Tohen, M., Zarate, C.A. JR, Zarate, S.B., et al. *The McLearn Harvard First-Episode Mania Project: pharmacologic treatment and outcome*. Psychiatric Annals 1996; 26: s444-s448.
- (9) Keck, P.E. JR, McElroy, S.L., Strakowsky, S.M., et al. *Outcome and comorbidity in first-compared with multiple-episode mania*. J Nerv Ment Dis 1995; 183: 320-324.
- (10) Brown, M.E., Anton, R.E., Malcom, R., Ballenger, J.C. *Alcohol detoxification and withdrawal seizures clinical support for a kindling hypothesis*. Biol Psychiatry 1988; 23: 507-514.
- (11) Sonne, S.C., Brady, K.T. *Substance abuse and bipolar comorbidity*. Psychiatr Clin North Am sep 1999; 22(3): 609-627
- (12) Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W. Jr, Bigelow, G.E. *Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers*. Arch Gen Psychiatry 1997 Jan; 54(1): 71-80.
- (13) ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators. *Sampling and methods of the European study of epidemiology of mental disorders (ESEMED) project*. Acta Psych Scand 2004; 109(Suppl. 420): 8-20.
- (14) Brady, K.T., Lydiard, R.B. *Bipolar affective disorder and substance abuse*. J Clin Psychopharmacol 1992; (suppl. 12): 17s-22s.
- (15) Brown, E.S., Suppes, T., Adinoff, B., Thomas, N.R. *Drug abuse and bipolar disorder: Comorbidity or misdiagnosis?* J Affect Disord 2001; 65: 105-115.
- (16) Cassidy, F., Ahearn, E.P., Carroll, B.J. *Substance abuse in bipolar disorder*. Bipolar Disord 2001; 3: 181-188.
- (17) Helzer, J.E., Pryzbeck, T.R. *The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment*. J Stud Alcohol 1988; 49: 219-224.
- (18) Carlson, G.A., Bromet, F.J., Sievers. *Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania*. Feb 2000; 157(2): 213-219.
- (19) Edwards, G. et al. *Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems*; Bull World H Organization 1981; 39 (2): 225-242.

- (20) Wittchen, H.U. *Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders*. Br J Psychiatry 1996; 168(Suppl. 30): 9-16.
- (21) Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A. *Dual diagnosis: a review of etiological theories*. Addict Behav 1998; 23:717-734.
- (22) Kantizian, E.J. *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. Am J Psychiatry 1985; 142: 1259-1264.
- (23) Fonagy, P., Target, M. *Attaccamento e funzione riflessiva. Il loro ruolo nell'organizzazione del sé*. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- (24) Weiss, R.D., Mirin, S.M. *Substance abuse as an attempt at self-medication*. Psychiatric Medicine 1986; 3: 357-367.
- (25) Keller, M.B., Lavori, P.W., Coryell, W., Andreasen, N.C., Endicott, J., Clayton, P.J., et al. *Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness*. JAMA 1986; 255: 3138-3142.
- (26) Dalton, E.J., Cate-Carter, T.D., Mundo, E., Parikh, S.V., Kennedy, J.L. *Suicide risk in bipolar patients: The role of comorbid substance use disorders*. Bipolar Disord 2003; 5: 58-61.
- (27) Salloum, I.M., Cornelius, J.R., Mezzich, J.E., Kirisci, L. *Impact of concurrent alcohol misuse on symptom presentation of acute mania at initial evaluation*. Bipolar Disord 2002; 4: 418-421.
- (28) Cassidy, F., Ahearn, E.P., Carroll, B.J. *Substance abuse in bipolar disorder*. Bipolar Disord 2001; 3: 181-188.
- (29) Potash, J.B., Kane, H.S., Chiu, Y., Simpson, S.G., MacKinnon, D.F., McInnis, M.G., et al. *Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: Clinical and familial relationships*. Am J Psychiatry 2000; 157: 2048-2050.
- (30) Levin, F.R., Hennessy, G. *Bipolar Disorder and Substance Abuse*. Biol Psychiatry 2004; 56: 738-748.
- (31) Weiss, R.D., Greenfield, S.F., Najavitis, L.M., Soto, J.A., Wyrner, D., Tohen, M., et al. *Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder*. J Clin Psychiatry 1998; 59: 172-174.
- (32) Hellerstein, D.J., Meehan, B. *Outpatient group therapy for schizophrenic substance abusers*. Am J Psychiatry 1987; 144: 1337-1339.
- (33) Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A. *Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness*. Psychiatr Serv 1995; 46: 248-251.
- (34) McGrath, P.J., Nunes, E.V., Stewart, J.W., Goldman, D., Agosti, V., Ocepek-Welikson, K., et al. *Imipramine treatment of alcoholics with primary depression: a placebo-controlled clinical trial*. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 232-240.
- (35) Nunes, E.V., McGrath, P.J., Quitkin, F.M., Stewart, J.P., Harrison, W., Tricamo, R.N., Ocepek-Welikson, K. *Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression*. Am J Psychiatry 1993; 150: 963-965.
- (36) Mason, B.J., Kocsis, J.H., Ritvo, E.C., Cutler, R.B. *A double-blind, placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression*. JAMA 1996; 275: 761-767.
- (37) Tiet, Q.Q., Mausbach, B. *Treatments for patients with dual diagnosis: a review*. Alcohol Clin Exp Res 2007; 31(4): 513-536.
- (38) Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Ehler, J.G., Jarrett, P.J., Cornelius, M.D., Perel, J.M., et al. *Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial*. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 700-705.
- (39) Roy-Byrne, P.P., Pages, K.P., Russo, J.E., Jaffe, C., Blume, A.W., Kingsley, E. et al. *Nefazodone treatment of major depression in alcohol-dependent patients: a double-blind, placebo-controlled trial*. J Clin Psychopharmacol 2000; 20:129-136.
- (40) Hernandez-Avila, C.A., Modesto-Lowe, V., Feinn, R., Kranzler, H.R. *Nefazodone treatment of comorbid alcohol dependence and major depression*. Alcohol Clin Exp Res 2004; 28: 433-440.
- (41) Brown, R.A., Evans, D.M., Miller, I.W., Burgess, E.S., Mueller, T.I. *Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism*. J Consult Clin Psychol 1997; 65: 715-726.
- (42) Carpenter, K.M., Brooks, A.C., Vosburg, S.K., Nunes, E.V. *The effect of sertraline and environmental context on treating depression and illicit substance use among methadone maintained opiate dependent patients: a controlled clinical trial*. Drug Alcohol Depend 2004; 74: 123-134.
- (43) Petrakis, I.L., Carroll, K.M., Niche, C., Gordon, L., Kosten, T., Rounsaville, B. *Fluoxetine treatment of depressive disorders in methadone-maintained opioid addicts*. Drug Alcohol Depend 1998; 50: 221-226.
- (44) Nunes, E.V., Quitkin, F.M., Donovan, S.J., Deliyannides, D., Ocepek-Welikson, K., Koenig, T., et al. *Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. A placebo-controlled trial*. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 153-160.
- (45) Schmitz, J.M., Averill, P., Scotts, A.L., Moeller, F.G., Rhoades, H.M., Grabowski, J. *Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depression disorder*. Drug Alcohol Depend 2001; 63: 207-214.
- (46) McDowell, D.M., Levin, F.R., Seracini, A.M., Nunes, E.V. *Venlafaxine treatment of cocaine abusers with depressive disorders*. Am J Drug and Alcohol Abuse 2000; 26: 25-31.
- (47) Charney, D.A., Paraherakis, A.M., Gill, K.J. *Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders*. J Clin Psychiatry 2001; 62: 672-677.
- (48) Salloum, I.M., Cornelius, J.R., Daley, D.C., Kirisci, L., Himmelhoch, J.M., Thase, M.E. *Efficacy of Valproate maintenance in patients with Bipolar disorder and alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study*. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 37-45.
- (49) Martinotti, G., Romanelli, R., Di Nicola, M., Reina, D., Mazza, M., Janiri, L. *Oxcarbazepine at high dosage for the treatment alcohol dependence*. Am J Addiction 2007; 16: 1-2.
- (50) Janiri, L., Martinotti, G., Di Nicola, M. *Aripiprazole for relapse prevention and craving in alcohol-dependent subjects: results from a pilot study*. J Clin Psychopharmacol 2007; 5: 519-520.
- (51) Geller, B., Cooper, T.B., Sun, K., Zimmerman, B., Frazier, J., Williams, M., Heath, J. *Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency*. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1998; 37: 171-178.
- (52) Nunes, E.V., McGrath, P.J., Wager, S., Quitkin, F.M. *Lithium treatment for cocaine abusers with bipolar spectrum disorders*. Am J Psychiatry 1990; 147: 655-657.
- (53) Goldberg, J.F., Garno, J.L., Leon, A.C., Koesis, J.H., Portera, L. *A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder*. 1999; Nov 60(11): 733-740.
- (54) Brady, K.T., Sonne, S.C., Anton, R., Ballenger, J.C. *Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study*. J Clin Psychiatry 1995; 56: 118-121.
- (55) Brown, E.S., Jeffress, J., Liggin, J.D.M., Garza, M., Beard, L. *Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to Aripiprazole*. J Clin Psychiatry 2005; 66: 756-760.
- (56) Brown, E.S., Nejtcek, V.A., Perantie, D.C., Orsulak, P.J., Bobadilla, L. *Lamotrigine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence*. J Clin Psychiatry 2003; 64:197-201.
- (57) Brady, K.T., Sonne, S.C., Malcolm, R.J., Randall, C.L., Simpson, K., Dansky, B.S., et al. *Carbamazepine in the treatment of cocaine dependence: Subtyping by affective disorder*. Exp Clin Psychopharmacol 2002; 10: 276-285.

Disturbi del controllo degli impulsi e nuove dimensioni cliniche: Hedonistic Homeostatic Dysregulation (HHD)

Recenti acquisizioni derivate dall'impiego di farmaci e sostanze d'abuso hanno aperto nuovi scenari clinici e neurobiologici, specialmente nell'ambito dei Disturbi del Controllo degli Impulsi (DCI). La categoria diagnostica del DSM-IV ad essi dedicata è una categoria "residua". Definita infatti come "non altrove classificata", include il disturbo esplosivo intermittente, la cleptomania, la piromania, il gioco d'azzardo patologico, la tricotillomania e il disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato (NAS). Le caratteristiche comuni a tutti questi disturbi sono:

- 1 - Incapacità di resistere ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un atto pregiudizievole per sé o per gli altri;
- 2 - Un crescente senso di tensione o attivazione prima di commettere l'atto;
- 3 - Un senso di piacere, gratificazione o release al momento di commetterlo o subito dopo. Solo successivamente possono comparire autoriprovazione o senso di colpa.

Queste caratteristiche differenziano sostanzialmente i DCI dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Premessa Storica

Nel XIX secolo Pinel ed Esquirol introdussero il concetto di "impulso istintivo" e il termine di "monomania istintiva".

Originariamente le monomanie comprendevano l'alcolismo, la piromania e casi di omicidio seriale.

La cleptomania, la piromania, il gioco d'azzardo patologico e la tricotillomania non erano inclusi come disturbi mentali né nel DSM-I (American Psychiatric Association 1952), né nel DSM-II (A.P.A. 1968).

Nel 1980 la cleptomania, la piromania e il gioco d'azzardo patologico vennero aggiunti alla nomenclatura ufficiale nel DSM-III (A.P.A. 1980) insieme a due nuovi disturbi: il disturbo esplosivo intermittente e il disturbo esplosivo isolato.

Seguivano altre variazioni tassonomiche ed esperienze cliniche, tra le quali il rilievo di casi di comorbilità tra DCI e DOC, che può rendere più difficoltosa la correlazione dei singoli comportamenti a diverse entità nosologiche. A tal fine restano fondamentali le seguenti differenze psicopatologiche tra la dimensione dell'impulsività e quella della compulsività:

l'impulsività è generalmente di tipo egosintonico, ovvero appartiene alla sfera dell'Io. Il soggetto ricerca

l'esperienza perché lo gratifica, con riflessione scarsa o assente. Invece la compulsione è di tipo egodistonico, in quanto il soggetto non la percepisce come una sua elaborazione e non riesce a motivarla, anche se comunque si sente costretto a realizzarla.

È inoltre riscontrata, in studi neurobiologici, una correlazione tra ridotta quantità di acido 5-idrossiindolacetico (5-HIAA) nel liquor ed impulsività (fin dalle ricerche di Virkunen del 1989).

D'altra parte gli stessi farmaci antidepressivi, specialmente quelli con capacità di bloccare selettivamente il reuptake della serotonina, dimostrano efficacia nel trattamento di questi disturbi (Mc Elroy et al. 1991).

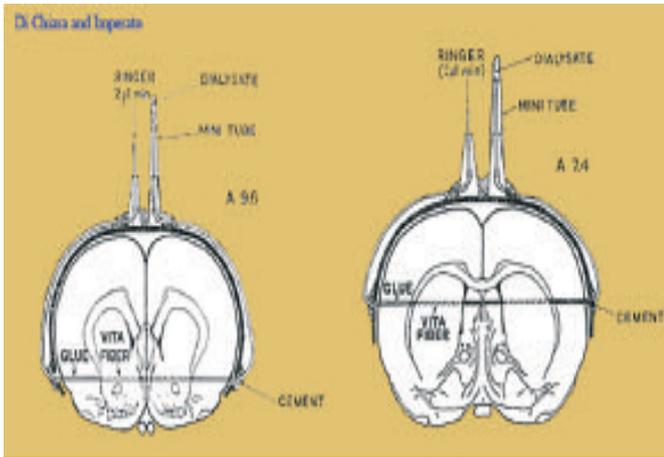
Le osservazioni relative al sistema serotoninergico non hanno comunque dimostrato significative differenze nelle diverse categorie nosologiche sopra descritte. Ne sono derivate implicazioni farmacologiche, con l'uso degli SSRI, abbastanza omogenee. Ulteriori ricerche su altri sistemi neurotrasmettitoriali hanno però riproposto sostanziali differenze neurobiologiche, oltre che cliniche.

Neurobiologia della gratificazione

È da tempo noto (Efron et al., 1967) come, indipendentemente dal meccanismo d'azione specifico, tutte le condotte d'abuso condividano un effetto biologico, la gratificazione, che è in comune anche con fenomeni biologici fondamentali per la sopravvivenza delle specie, quali l'alimentazione, la riproduzione e l'allevamento della progenie. Su questa base è stata avanzata l'ipotesi che i circuiti cerebrali che mediano le gratificazioni naturali possano essere un sito d'azione preferenziale delle sostanze d'abuso.

Il più importante e noto tra i circuiti di gratificazione cerebrale è rappresentato dai neuroni dopaminergici mesocorticolimbici (Di Chiara G. et al., 1988) con origine nell'area ventrale tegmentale (VTA) a proiezione corticale (aree prefrontali) e sottocorticale (nucleo accumbens).

Con l'applicazione della metodica di microdialisi intracerebrale in vivo viene dimostrato che sostanze d'abuso appartenenti a diverse classi farmacologiche (psicostimolanti, oppiacei, nicotina, etanolo) sono in grado di stimolare preferenzialmente la neurotrasmissione dopaminergica nel nucleo accumbens rispetto all'altro primario sito di proiezione dopaminergica sottocorticale, il nucleo caudato-putamen.



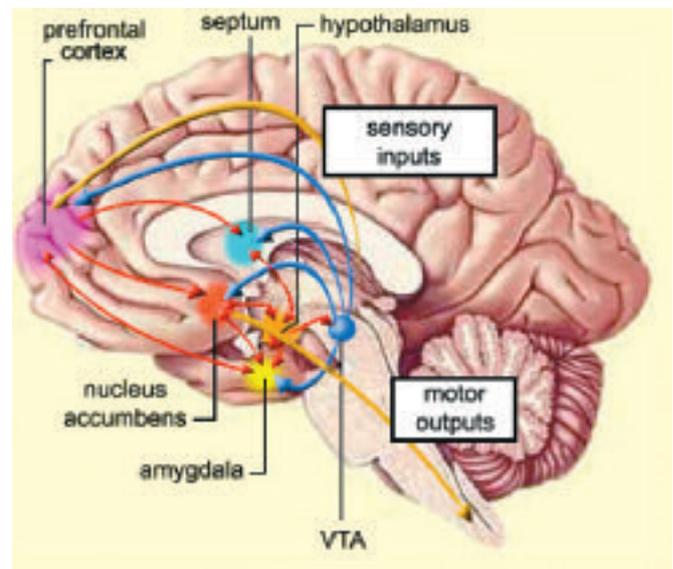
La ricerca neurofarmacologica sperimentale sulle tossicodipendenze ha così aperto la strada per la misurazione, con metodiche cromatografiche, delle concentrazioni extracellulari di neurotrasmettitori in aree cerebrali specifiche in animali liberi di muoversi durante l'esperimento, consentendo così la correlazione tra parametri biochimici e comportamentali. I ricercatori si sono posti anche il problema di distinguere gli effetti prettamente gratificanti delle sostanze d'abuso rispetto a quelli legati alla stimolazione motoria, dal momento che studi lesionali avevano evidenziato che entrambe le componenti sono mediate a livello sottocorticale dal tono dopaminergico nel nucleo accumbens (Alheid G., Heimer L., 1988).

La distinzione di questa dicotomia di effetti della neurotrasmissione dopaminergica mesolimbica ha iniziato ad essere delineata a seguito di una serie di pubblicazioni nel periodo 1988-1992 da parte del gruppo di Heimer. In questi lavori sono state poste le basi istologiche per la suddivisione funzionale del nucleo accumbens in due sottoporzioni, rispettivamente identificate come *shell* (conchiglia) e *core* (corpo centrale).

Oltre alla distinzione anatomica, questi studi hanno dimostrato, sulla base delle connessioni delle due sottoporzioni del nucleo accumbens, che il *core* rappresenta la porzione più ventrale del corpo striato, con connessioni dirette al pallido ventrale e un ruolo nell'avvio del movimento, mentre la *shell* è la porzione più rostrale di un complesso sistema nucleare, chiamato amigdala estesa, localizzato nella parte più mediale e ventrale del cervello. D'altra parte, tenuto conto che nei mammiferi ciascun emisfero cerebrale si è sviluppato in direzione ventro-dorsale e medio-laterale, la loro localizzazione ventro-mediale tradisce la precoce origine nel corso dell'evoluzione. L'amigdala estesa comprende, oltre alla stessa *shell* del nucleo accumbens, anche il nucleo centrale dell'amigdala, il nucleo del letto della stria terminale e la substantia innominata: tali aree sono interconnesse da una parte con centri del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) localizzati nel tronco encefalico e centri ipotalamici (con funzioni di integrazione neurovegetativa), dall'altra con aree sottocorticali (pallido ventrale) che, per l'intermezzo del talamo, proiettano ad aree cor-

ticali pre-frontali medio-ventrali (corteccia orbito-frontale, pre- limbica e infra-limbica), importanti per la valutazione ed utilizzazione ai fini esecutivi del valore edonico ed incentivo-motivazionale degli stimoli.

È noto come varie sostanze d'abuso (psicostimolanti, oppiacei, nicotina e cannabinoidi) agiscano prevalentemente nella *shell* del nucleo accumbens. La stimolazione della neurotrasmissione dopaminergica nella stessa area è però un effetto comune anche a gratificanti naturali (come il cibo), oltre che a sostanze d'abuso. È da rilevare inoltre come le due componenti strutturali del nucleo accumbens abbiano correlati funzionali nelle differenti azioni della dopamina mesolimbica sul comportamento motivato. Infatti la stimolazione dopaminergica nella *shell* produrrebbe effetti legati all'apprendimento associativo dello stimolo gratificante, mentre la stimolazione dopaminergica nel *core* sarebbe legata al comportamento motorio di approccio allo stimolo stesso (Di Chiara G, Tanda G, Bassareo V, Pontieri F E, Acquas E, 1999).



Esistono, tuttavia, delle chiare differenze nella risposta neurochimica all'esposizione di gratificanti naturali rispetto alle droghe d'abuso, che permettono di definire il fenomeno dipendenza come una *patologia della gratificazione*. A questo proposito l'aspetto più importante emerso negli ultimi anni è inerente alla possibilità che l'esposizione ripetuta a sostanze d'abuso, ma non a gratificanti naturali, sia in grado di modificare l'**omeostasi del sistema dopaminergico mesolimbico**. In altre parole, è stato dimostrato che l'esposizione per lungo tempo a cannabinoidi, così come ad altre sostanze d'abuso, comporti una disregolazione del sistema dopaminergico mesolimbico, che va incontro a segni neurochimici di 'astinenza', intesa come una riduzione del tono basale, quando la sostanza viene sospesa o bloccata farmacologicamente da antagonisti. Pertanto è possibile ipotizzare che nell'organismo dipendente si instauri una nuova omeostasi dopaminergica dipendente dalla presenza della sostanza d'abuso e che ciò comporti una 'sintoma-

tologia' neurochimica alla base della crisi di astinenza, così come del comportamento di ricerca della droga stessa. Nel complesso, quindi, la ricerca neurofarmacologica ha posto recentemente le basi neurobiologiche della dipendenza come meccanismo di adattamento farmaco-indotto su un sistema cerebrale fisiologicamente utilizzato per la gratificazione da stimoli naturali.

DCI e farmaci dopaminergici: il caso dell' Hedonistic Homeostatic dysregulation (HHD)

Recenti osservazioni hanno evidenziato significative interazioni tra DCI e farmaci dopaminergici, come nel caso dello studio di cui ci siamo occupati, che ha coinvolto 200 pazienti con malattia di Parkinson (MP) presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università Sapienza di Roma. La ricerca ha comportato l'utilizzo di un questionario di screening per il rilevamento di dati demografici (età, sesso, livello di scolarità, stato civile) e clinici (durata MP, Hohen & Yahr Score, UPDRS III, caratteristiche della terapia farmacologica, presenza di discinesie, presenza di DCI precedenti all'insorgere della MP.)

Ai pazienti sono state poi somministrate le seguenti scale: *Impulsive Sensation Seeking (ISS)*; *Mini Mental State Examination (MMSE)*; *Geriatric Depression Scale (GDS)*; *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*; *National Opinion Research Center, DSM Screen for Gambling Problems (NODS)*; *Mania Rating Scale (MRS)*; *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*; *Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)*; *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*; *Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)*.

Si fa notare che, per quanto riguarda l'indagine sull'ipersessualità e lo shopping compulsivo, in letteratura non sono presenti strumenti standardizzati ad hoc. È stato possibile utilizzare però questionari basati sui criteri proposti da McElroy (1991, 1994) per lo shopping compulsivo e da Voon (2006) per l'ipersessualità.

In merito invece all'indagine sul gambling patologico, lo strumento universalmente più usato è il SOGS (Lesieur 1987,1993), un test di screening che può essere somministrato come tale o come intervista articolata, validato in Italia da C.Guerreschi e S. Gander (2002).

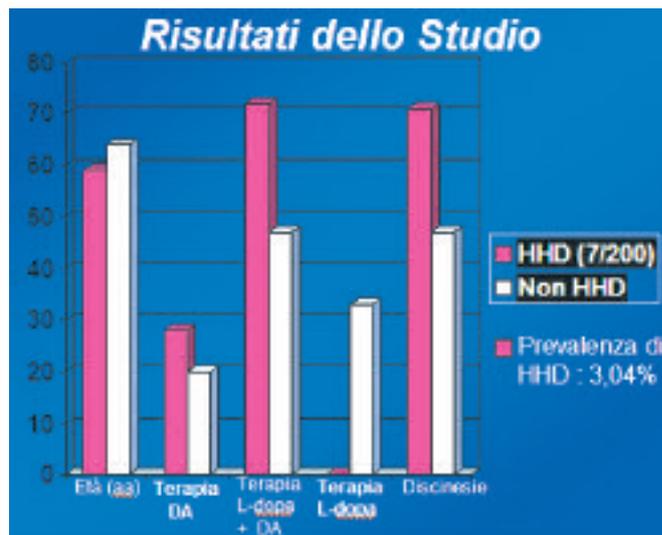
Un punteggio cut-off di 5 o più items positivi indica che il soggetto è un probabile giocatore patologico. Punteggi di 3-4 individuano un giocatore problematico, mentre punteggi di 1-2 un giocatore "sociale".

Tale strumento, l'unico presente in lingua italiana, è stato criticato per la sua specificità non ottimale in campioni di popolazione nei quali la prevalenza dei giocatori patologici è bassa, con il rischio di false positività.

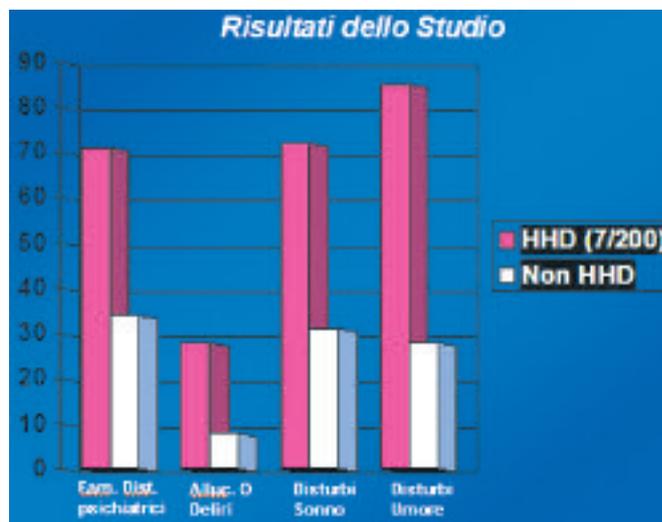
Pertanto è stato recentemente proposto il NODS (Hodgins,2004), che si basa sul rilevamento della presenza di almeno 5 fra i sintomi proposti dal DSM-IV. Si è quindi ritenuto utile per il nostro studio somministrare sia il SOGS, sia una versione tradotta del NODS, con l'obiettivo di una sua validazione in lingua italiana.

Risultati dello studio

Tab. 1



Tab. 2



Come si evince dagli istogrammi riportati (Tab. 1 e 2), sono stati identificati sette pazienti (prevalenza pari al 3,04%) come affetti da HHD, sindrome diagnosticata in base ai seguenti criteri:

- 1-risposta terapeutica documentata alla Levodopa
- 2- bisogno di incrementare le dosi rispetto a quelle normalmente richieste
- 3-disturbi del controllo degli impulsi, associati o meno a disturbi dell'umore, alterazioni della percezione del proprio stato, walkabouts o punding.

I casi rilevati sono risultati in prevalenza di sesso maschile (5 casi su 7) con durata della malattia inferiore rispetto ai casi non-HHD.

È risultata inoltre maggiore la familiarità per disturbi psichiatrici.

In due dei sette casi con HHD si sono rilevati anche disturbi psicotici (allucinazioni o deliri).

Cinque su sette hanno mostrato gravi discinesie.

In sei casi su sette sono stati riscontrati disturbi del-

l'umore, per lo più di tipo ipomaniacale (in cinque casi su sei). Da notare che non sono risultati nell'anamnesi degli stessi soggetti pregressi episodi di ipomania, né di mania.

Cinque pazienti su sette hanno presentato inoltre disturbi del sonno, consistenti in *vivid dreams* e disturbi del comportamento nella fase di movimenti oculari rapidi (RBD). Due di questi pazienti avevano colpito involontariamente il coniuge durante il sonno e si erano alzati bruscamente, cadendo dal letto.

In merito alla terapia assunta (in dosi maggiori rispetto a quelle terapeutiche) si segnala che cinque pazienti affetti da HHD assumevano dopamino-agonisti in associazione alla levodopa, mentre solo due erano in monoterapia con dopamino-agonista (pramipexolo).

Sono risultati inoltre associati nei sette pazienti con HHD i seguenti disturbi psicocomportamentali:

Gambling	Shopping patologico	Ipersessualità	Punding	Alimentazione compulsiva	Abuso alcool
A		A			
	B				
C				C	
D		D			D
			E		
	F			F	
G					G

Tab.3

N.B.: Ogni lettera alfabetica indica ciascuno dei sette casi con HHD. I casi indicati con A, C, D, E, G sono di genere maschile; B, F sono di genere femminile.

La prevalenza di *gambling* patologico (GAP) è risultata molto elevata (quattro casi su sette con HHD, ovvero il 2% del campione esaminato) mentre lo 0.25 è segnalato nei controlli non affetti da MP (secondo dati nazionali di Avanzi, Baratti et al, 2006).

Su tale base la condizione di MP in trattamento con dopaminergici potrebbe essere considerata predittore significativo del rischio della persona di sviluppare un comportamento di *Pathological gambling*.

Da segnalare inoltre che i casi con GAP risultavano abusare di L-Dopa e di dopaminoagonisti non ergolinici (maggiore attività sui D3), in particolare pramipexolo.

Altra osservazione ha riguardato la prevalenza di *gambling* e *shopping* patologico in soggetti con insorgenza della malattia in età più giovanile.

Negli stessi si è evidenziata anche più frequente assunzione di alcool e familiarità per malattie psichiatriche (in particolare disturbi dell'umore e disturbi ossessivo-compulsivi).

Riguardo al sesso, invece, lo *shopping* patologico ha interessato il genere femminile, mentre sono stati solo maschili i casi di ipersessualità rilevati nello studio.

La LEDD (dose giornaliera di Levodopa) più alta è stata riscontrata nei casi di ipersessualità e di *punding*.

Maggiore durata della malattia ed età più avanzata è

stata rilevata nel caso con *punding*. È comprensibile come questo corrisponda ad una più grave compromissione delle aree corticali frontali.

Impulsività e farmaci

Nello studio eseguito sono stati valutati anche i casi non affetti da HHD, in particolare per la valutazione della dimensione dell'impulsività.

Per tale scopo lo strumento riportato in letteratura come il più affidabile è la *Barratt Impulsivity Scale- 11* (BIS-11). Valore di cut-off di questa scala è 44. È interessante notare non solo come il punteggio dei 7 pazienti con HHD sia significativamente più elevato rispetto al valore soglia (media punteggi 50,4), ma come valori lievemente superiori al cut-off siano riscontrabili anche nel gruppo di pazienti con MP in trattamento dopaminergico (DRT) che non rispondono ai criteri per HHD.

Analizzando i risultati dei pazienti non HHD, infatti, si è riscontrato un punteggio medio di 46. Questi dati correlano con tratti di personalità "*novelty seeking*". Con tale termine ci si riferisce a caratteristiche comportamentali di tendenziale ricerca del rischio e di emozioni nuove, con polarizzazione ideativa verso esperienze estreme, ad elevato impatto emozionale.

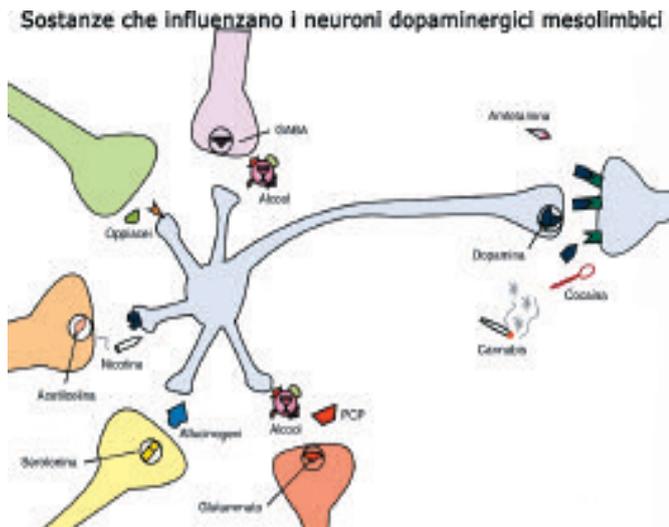
Abbiamo confrontato i tratti di personalità "*novelty seeking*" con i livelli di dose "equivalente" dopaminergica giornaliera assunta (=LEDD), utilizzando la seguente formula: 100mg di L- Dopa = 1mg di pergolide = 1mg di cabergolina = 1mg di pramipexolo = 5mg di ropinirolo. A riguardo il nostro studio non ha evidenziato associazioni significative con i livelli posologici dei farmaci dopaminergici, né con la durata della terapia. Pertanto i tratti *novelty seeking*, pur essendo influenzati dalla terapia, non risultano dose-dipendenti.

È interessante rilevare inoltre come la tipologia delle alterazioni affettive e comportamentali della HHD sia simile a quella determinata da altri psicostimolanti, con particolare somiglianza a quella indotta da cannabinoidi e da cocaina, che coinvolgono gli stessi circuiti neurali. Peraltro esiste ampia letteratura relativa alla correlazione tra disturbi bipolari ed abuso di sostanze.

Se un tempo si pensava che gli psicostimolanti fossero utilizzati per combattere la depressione, oggi si è propensi a ritenere che le stesse sostanze vengano utilizzate invece proprio per continuare a mantenere uno stato di eccitamento, che ovviamente per il soggetto ha un'azione gratificante. Spesso, in ambito clinico, è difficile poter stabilire se lo stato di ipomaniacalità sia una conseguenza dell'uso di una sostanza o se sia proprio la fase ipomaniacale che ne determini un maggiore utilizzo.

In merito si distingue la cosiddetta "parte solare" (*sunny side*) dell'ipomania, che per certi aspetti non si configura come una patologia e non è legata all'abuso di sostanze, rispetto a quella, più pericolosa, che è invece la cosiddetta "parte oscura" (*dark side*) dell'ipomania, in cui c'è una stimolazione impulsiva, incontrollata, sia verso l'attività sessuale (il piacere), sia verso il consu-

mo di sostanze di abuso legali o illegali.



Le più importanti droghe “aggiuntive” stimolano il rilascio di dopamina nei circuiti ventro-striatali (“reward circuit”) e dorso-striatali.

Il substrato anatomico sono le proiezioni mesolimbiche al nucleo accumbens, dove la cocaina blocca il reuptake presinaptico delle catecolamine e l'amfetamina promuove il release delle catecolamine stesse.

Conclusioni dello Studio

La prevalenza di HHD nel campione esaminato è risultata pari a circa il 3.04%, dimostrando un'ampia comorbidità con disturbi dell'umore e disturbi comportamentali del controllo degli impulsi.

Essa è correlata ad elevata assunzione di dopaminoagonisti, specialmente non ergolinici, associati alla levodopa nella formulazione a rapido assorbimento, oppure ad apomorfina iniettiva.

Alterazioni psicopatologiche significative sono state riscontrate nelle scale di valutazione per disturbi ipomaniacali (cinque casi su sette con HHD). *In merito a questo disturbo (HHD) si potrebbe ipotizzare tanto un meccanismo patogenetico (in termini di slatentizzazione) nei confronti di uno stato di eccitamento manifforme, quanto un fenomeno di addiction*, nel senso che questi soggetti, utilizzando farmaci in condizioni di abuso, apprendono che possono mantenere più a lungo questa condizione gratificante di ipereccitabilità. Come in altri stati di dipendenza si presenta un quadro acuto ed una fase residuale, che modifica la sensibilità di questi soggetti al piacere e che può sviluppare anche una “sindrome ipoforica”. Questa è caratterizzata da disforia e da estrema sensibilità al dolore, incapacità a portare a termine compiti anche semplici, difficoltà a provare piacere anche in presenza di stimoli adeguati. Tali caratteristiche sono abbastanza simili a quelle che Akiskal nel 1997 ha descritto come residuo depressivo e quindi fuorvianti nella diagnosi di disturbo dell'umore in un soggetto abusatore di sostanze. L'ipotesi della *self-medication* è la più antica: secondo tale ipotesi gli effetti

psicotropi delle sostanze di abuso interagiscono con disturbi psichici e stati di sofferenza emotiva in modo da renderle compulsivamente necessarie per individui suscettibili (Khantzian, 1985). Tuttavia i cosiddetti tossicodipendenti autoterapici (cioè quelli con sofferenza psichica preesistente alla dipendenza) non costituiscono la maggioranza.

Inoltre molti pazienti continuano (come nel caso dell'HHD) nell'abuso anche quando il quadro sintomatologico peggiora (avendo gravi discinesie parkinsoniane). Peraltro, con forti analogie, in condizioni di abuso di alcool, cannabis, cocaina ed altri psicostimolanti, è documentata la loro maggiore assunzione in fase espansiva, che peggiora e cronicizza la sintomatologia ipomaniacale. Secondo l'ipotesi della *self-selection* gli effetti delle droghe potrebbero dipendere sia dalle proprietà intrinseche delle stesse, sia dalla reattività di coloro che le assumono. In realtà gli effetti sono definiti dalla coppia sostanza-individuo: alcuni soggetti diverranno dipendenti dagli effetti piacevoli di una sostanza, mentre altri non lo diverranno per un differente substrato di personalità.

Il profilo di personalità caratteristico dei pazienti con HHD (che peraltro correla con lo spettro bipolare, i DCI e le condotte sociopatiche, tra cui sono comprese le condotte d'abuso) è rappresentato principalmente dalla dimensione *novelty seeking*.

In merito al rapporto tra l'uso delle sostanze e il *sensation-seeking behaviour* sono molto interessanti anche studi di genetica che suggeriscono l'ipotesi di un'anormalità nel meccanismo di reward. Sono state identificate associazioni tra questi disturbi comportamentali e geni dei recettori dopaminici D1, D2, D3 e D4. Il fatto che ciascuno di questi geni abbia un suo effetto specifico depone per una trasmissione ereditaria poligenica di predisposizione (già documentata per il gioco patologico). Il quadro dipinto dai genetisti raggruppa alcolismo, deficit di attenzione, iperattività, narcisismo, disordini della personalità, ciclotimia, disturbi bipolari e tendenza al suicidio.

Comuni substrati genetici sono stati riscontrati (in particolare l'allele del DRD1 Dd) nell'arco dei comportamenti comprendenti il gambling patologico, lo shopping patologico, abuso di sostanze ed iperfagia compulsiva (Comings).

Si potrebbe sostenere l'ipotesi di un *continuum sindromico, a comune patogenesi biologica, caratterizzata da una disregolazione di circuiti mesolimbici e mesocorticali dopaminergici, con fattori predisponenti genetici e loro slatentizzazione in corso di DRT, come nel caso dei pazienti oggetto dello studio riportato*.

In particolare la disregolazione riguarda il sistema dell'autogratificazione con molte analogie rispetto ai meccanismi implicati nell'assunzione di ben note sostanze di abuso.

Un ruolo significativo è svolto dal nucleo *accumbens* e dalle vie dopaminergiche mesolimbiche nei meccanismi del rinforzo o del piacere, dalle cui disfunzioni, secondo

diversi meccanismi e modalità, dipendono tanto comportamenti anedonici, quanto quelli impulsivi e di *addiction*.

Peraltro nella MP si rileva spesso diminuzione significativa della concentrazione liquorale di 5-HIAA, che notoriamente si riscontra nei disturbi del controllo degli impulsi.

Ciò è indicativo di una ridotta sintesi di 5-HT specialmente nel rafe mediano, che Hornykiewicz attribuisce ad un processo di regolazione secondario alla deplezione di dopamina. Inoltre l'aumento del tono dopaminergico indotto dal farmaco (con particolare stimolazione dei D3) non risolve il problema del controllo degli impulsi, ma lo aggrava ulteriormente attraverso meccanismi di maggiore disinibizione comportamentale, specialmente in soggetti più vulnerabili nei sistemi di reward. Più specificatamente, un eccessivo rilascio di dopamina nel nucleus accumbens, specie se associato a deficit del lobo frontale, facilita la comparsa tanto di disturbi impulsivi, quanto compulsivi.

Pertanto in questi pazienti si registra una complessa e disarmonica compromissione neurotrasmettitoriale e recettoriale, che coinvolge non solo sistemi dopaminergici ma anche sistemi serotoninergici e noradrenergici. Questi ultimi peraltro mediano funzioni cognitive inerenti a nuove stimolazioni.

È comunque significativa, nei pazienti di nostra osservazione per HHD, la responsabilità dell'aumentata stimolazione farmacologica dei recettori D3 localizzati nel sistema limbico (Dodd, Archives Neurology, 2005). La relativa integrità di alcuni circuiti dopaminergici, che diventano "sovradosati" in L-dopa (Gotham et al, 1988; Swainson et al, 2000; Cools et al, 2001, 2003), può essere considerata il substrato patogenetico dell'HHD e delle sue comorbilità.

In conclusione, dallo studio effettuato emergono utili suggerimenti per la più corretta gestione delle terapie dopaminergiche, con particolare riguardo ai possibili disturbi psichici correlati. Tra questi le più recenti acquisizioni psicopatologiche documentano l'importanza dell'HHD con le varie entità nosologiche associate. Un adeguato monitoraggio andrebbe sempre assicurato, specialmente nei confronti dei pazienti che mostrano tendenza all'abuso farmacologico e che presentano altri fattori di vulnerabilità. Particolare attenzione andrebbe sempre assicurata ai casi con più giovane età all'esordio della MP, più alti punteggi alla scala ISS, familiarità positiva per alcolismo e disturbi psichiatrici.

La comparsa di HHD implica non solo la necessità di riduzione controllata della DRT, ma anche di ulteriori trattamenti farmacologici integrati (neurolettici atipici, stabilizzanti dell'umore, etc.) nella personalizzazione degli interventi terapeutici, psicosociali e riabilitativi.

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica - Università Sapienza, Roma

**Dipartimento di Scienze Neurologiche - Università Sapienza, Roma

BIBLIOGRAFIA

- Alheid G, Heimer L, Neuroscience 27: 1-39, 1988
- Di Chiara G, Imperato A: Proc Natl Acad Sci 85: 5274-5278, USA 1988
- Dodd ML, Klos KJ, et al.: Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson Disease. Archives of Neurology, 62, 1377-1381, 2005
- Drapier D, Drapier S, Sauleau P et al: Pathological gambling secondary to dopaminergic therapy in Parkinson's disease. Psychiatry Research 144: 241-244, 2006
- Faber R J, O'Guinn T C: Compulsive Consumption and Credit Abuse. Journal of Consumer Policy, 11 (1): 97-109, 1988
- Fibiger HC: The neurobiological substrates of depression in Parkinson's disease: An hypothesis. Can. J. Neurol. Sci. 11 (Supplement 1): 105-107, 1984
- Galpern W, Stacy M: Management of impulse control disorders in Parkinson's disease. Curr Treat Options Neurol 9: 189-197, 2007
- Giovannoni G, O'Sullivan JD, Turner K et al: Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. J Neurol Neurosurg Psychiatry 68: 423-428, (2000)
- Glaser G, Clark C, Freundlich B et al.: A controlled investigation of current and premorbid personality: characteristics of Parkinson's disease patients. Mov Disord 1995
- Grosset KA, Macphee G, Pal G et al.: Problematic gambling on dopamine agonists: not such a rarity. Mov. Disord 21: 2206-2208, 2006
- Hodgins DC: Using the NORC DSM Screen for Gambling Problems as an outcome measure for pathological gambling: psychometric evaluation. Addictive Behaviors, 29 (8), 1685-1690, 2004
- Hollander E, Buchalter A J et al.: Pathological Gambling, The Psychiatric Clinics of North America, 23 /3: 629-642
- Hornikiewicz O, Kish SJ: Biochemical pathophysiology of Parkinson's disease. In Advances in Neurology, Yahr MD, New York, Raven Press, 45, 19, 1986
- Iamamura A, Uitti RJ, Wszolek ZK: Dopamine agonist therapy for Parkinson disease and pathological gambling. Parkinsonism Relat Disord 12: 506-508, 2006
- Kafka MP, Coleman E.: Serotonin and paraphilias: the convergence of mood, impulse, and compulsive disorders. J Clin Psychopharmacol 11: 223-224, 1991
- Klos KJ, Bower JH, Josephs KA et al.: Pathological hypersexuality predominantly linked adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy. Parkinsonism Relat Disord 11: 381-386, 2005
- Koob G F, Trends Pharmacol Sci 13: 177-184, 1992
- Lejoyeux M, Tassain V, et al.: Study of Compulsive Buying in Depressed Patients. J of Clinical Psychiatry, 58: 169-173, 1997
- Lesieur HR, Blume SB, The South Oaks Gambling Screen (the SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. American Journal of Psychiatry, 144, 1184-1188, 1987
- Mai J, et al.: Antidepressant effect of pramipexole, a novel dopamine receptor agonist. J Neural Transm, 104: 525-533, 1997
- Martin WE, Young WI, Anderson VE: Parkinson's disease: a genetic study. Brain 96: 495-506, 1973
- McElroy SL, Keck PE, Phillips KA: Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 56 (4): 14-26, 1995
- Meco G, Alessandri A, Giustini P, Bonifati V: Risperidone in levodopa induced psychosis in advanced Parkinson's disease: an open-label, long-term study. Mov Disord, 12 (4): 610-2, 1997
- Miyasaki JM, Al Hassan K, Lang AE, Voon V: Punding prevalence in Parkinson's disease. Mov Disord 21: 524-529, 2007
- Molina JA, Sainz-Artiga MJ et al.: Pathologic gambling in Parkinson's disease: a behavioral manifestation of pharmacologic treatment? Mov Disord 15: 869-872, 2000
- Mouren P, Poinso Y et al: La personnalité du parkinsonien. Approche clinique et psychométrique. Ann. Med-Psycol 141: 153-167, 1983
- Pezzella FR, Hedonistic homeostatic dysregulation in Parkinson's disease: a short screening questionnaire. 2003
- Pezzella FR, Colosimo C, Vanacore N et al: Prevalence and clinical features of hedonistic homeostatic dysregulation in Parkinson's disease. Mov Disord 20: 77-81, 2005
- Pontieri F E, Conti G, et al., Neuropsychopharmacology 21: 773-776, 1999
- Quinn N, Critchley P, Marsden CD: Young onset Parkinson's disease. Mov Disord 2 (2): 73-91, 1987
- Roy A, De Jong J et al.: Extroversion in pathological gamblers correlates with indexes of noradrenergic function. Archives of General Psychiatry, 679- 681, 1989
- Sporn J, Ghaemi SN, Sambur MR, et al.: Pramipexole augmentation in the treatment of unipolar and bipolar depression: a retrospective chart review. Ann Clin Psych 12: 137-40, 2000
- Virkkunen M, De Jng J, Bartko J, et al.: Psychobiological concomitants of History of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. Arch Gen Psychiatry 46: 604-606, 1989
- Voon V, Hassan K, Zurowski M et al: Prospective prevalence of pathologic gambling and medication association in Parkinson disease. Neurology 66: 1750-1752, 2006
- Voon V, Hassan K, Zurowski M et al.: Prevalence of repetitive and reward-seeking behaviours in Parkinson's disease. Neurology 67: 1254-1257. 2006
- Voon V, Thomsen T, Miyasaki JM et al.: Factors associated with dopaminergic drug-related pathological gambling in Parkinson disease. Arch Neurol 64: 212-216, 2007
- Weintraub et al: Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. Archives of Neurology, 63, 99-973, 2006

Gabriele Carbone*, Francesca Barreca*, Giovanni Mancini**, Giovanni Pauletti**, Veronica Salvi**, Nicola Vanacore***, Carla Salvitti****, Fiorella Ubaldi****, Luigi Sinibaldi**

Un modello di assistenza domiciliare per pazienti affetti da demenza di Alzheimer probabile di grado lieve-moderato

Introduzione

Sul territorio del 2° Distretto Sanitario della ASL RM-D, che raccoglie una popolazione di 205-300 persone (RSPA 2004) con una prevalenza di ultra65enni pari al 19% circa, è stato attivato nel mese di giugno 2006 un servizio di Assistenza domiciliare.

Partendo da questi dati di popolazione e sapendo che circa il 6,5% degli ultra65enni è affetto da demenza¹, si può stimare che in tutto nel territorio della ASL RMD i pazienti colpiti da questa malattia dovrebbero essere pari a circa 6.913 e di questi tra i 3.327 e 3.992 sarebbero affetti da malattia di Alzheimer.

In particolare tra i Distretti Sanitari della stessa ASL il maggior numero di cittadini colpiti dalla malattia di Alzheimer sarebbero residenti nel 2° (1.024-1.229) e nel 4° (1079-1294) Distretto Sanitario su cui insiste una popolazione più anziana rispetto agli altri distretti della stessa ASL.

Negli stessi Distretti si stima un aumento di malati affetti da malattia di Alzheimer nell'ordine di circa 200-250 nuovi casi per anno.

Questo servizio è stato affidato alla IHG che ha già acquisito una specifica competenza nel settore per avere attivato una rete di servizi socio-assistenziali orientati all'area delle demenze con particolare riguardo alla malattia di Alzheimer per la presa in carico dei pazienti e dei loro familiari⁽²⁾.

La rete assistenziale costituita dalla IHG sul territorio della ASL RM-G con sede in Guidonia è accreditata con il SSR, sviluppa progetti finalizzati a garantire la continuità degli interventi raccordando domiciliarità, semiresidenzialità e degenza attraverso percorsi assistenziali individuati dalla Unità Valutativa Congiunta (UVC), formata da personale sanitario del CAD Aziendale della ASL RM-G e personale della IHG, poi realizzati dall'équipe multidisciplinare della stessa IHG.

La rete è composta da tre unità di degenza (per un totale di 60 posti letto) un Centro Diurno che può accogliere fino a 58 pazienti ed un servizio di 65 posti di assistenza domiciliare per i residenti della RM-G.

Nel 2005 il Centro Demenze di Guidonia è stato menzionato nell'ambito del premio all'eccellenza dall'Agenzia della Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio.

Il servizio di assistenza domiciliare attivato sul territorio della ASL RM-D è rivolto ai pazienti residenti nel 2° Distretto Sanitario, avrà la durata di un anno e prevede la presa in carico di un massimo di 16 pazienti ogni tre mesi.

Organizzazione del servizio

Lo staff che la IHG dedica a questo servizio è formato da un neurologo, dall'équipe riabilitativa che è composta da psicologa, fisioterapista, terapeuta occupazionale, assistente sociale e dal personale di assistenza di cui fanno parte infermieri ed operatori tecnici dell'assistenza (OTA). Ad ogni paziente vengono assicurati tre accessi settimanali per complessive 19 ore circa di assistenza e di riattivazione funzionale ed è previsto anche l'intervento psicologico sul caregiver. In particolare questo servizio si rivolge a pazienti con compromissione cognitiva di grado lieve-moderato e con disturbi comportamentali che non necessitano di ricovero.

Procedure per la presa in carico dei pazienti nei servizi

La procedura operativa per la presa in carico dei pazienti è stata concordata tra la Azienda USL RM-D, la UVA del G. B.Grassi e la IHG.

Tale procedura prevede che:

- la UVA del G.B. Grassi rediga una prima lista di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer probabile, in base a criteri clinici, individuando comunque pazienti che presentino una gravità di malattia lieve o moderata e con un MMSE non inferiore a 10/30, che affida al CAD del 2° Distretto Sanitario;
- il CAD del 2° Distretto Sanitario programmi le visite domiciliari che effettuerà con l'IHG;
- il CAD congiuntamente all'IHG valuta se ci sono le condizioni socio assistenziali per la presa in carico dei pazienti segnalati dalla UVA del G. B. Grassi;
- la IHG, per i pazienti ritenuti idonei, redige un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e lo sottopone alla valutazione dell'UVA del G.B. Grassi;
- la IHG, ottenuta l'approvazione dei PAI dall'UVA del G. B. Grassi, dà inizio al periodo di assistenza e lo comunica al CAD.

Procedure cliniche

L'approccio al paziente che dovrà essere assistito segue una metodologia standardizzata:

1. il paziente viene visitato dal sanitario che ne raccoglie la storia clinica con l'aiuto del caregiver;
2. l'équipe multiprofessionale esegue l'*assessment* multidimensionale, comprendente la valutazione delle condizioni cognitive-comportamentali, funzionali-motorie, ambientali e sociali; dal caregiver viene valutato il carico assistenziale ed il grado di stress;
3. vengono quindi individuati obiettivi assistenziali e di riattivazione funzionale, condivisi con l'UVA del G.

B. Grassi e poi verificati in riunioni di équipe effettuate con cadenza mensile;

Il giorno precedente la fine del periodo di presa in carico viene eseguita una valutazione del paziente, per documentare le modificazioni avvenute durante il periodo di assistenza.

Durante il periodo di presa in carico vengono anche forniti al caregiver strumenti per poter poi proseguire nella cura del proprio caro.

Gli strumenti di valutazione multidimensionale normalmente adottati nei tre servizi sono:

Mini-Mental State Examination (MMSE) (3), Neuro Psychiatric Inventory (NPI) (4), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) (5), Basal Activities of Daily Living (BADL) (6), Scala di Tinetti (7), Indice di Barthel (Barthel Index) (8), Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (9), Caregiver Burden Inventory (CBI) (10), Caregiver Strain Index (CSI) (11).

I dati della Valutazione Multidimensionale vengono poi informatizzati attraverso il software Sistema Atl@nte (12-13), che permette di monitorare i cambiamenti subiti dai soggetti valutati e di disporre in tempo reale della loro situazione complessiva, data la velocità di aggiornamento dell'informazione. Questo software, viene utilizzato anche per la gestione dei Piani Assistenziali Individualizzati, permettendo di rilevare i cambiamenti intervenuti sull'utente in seguito all'attività svolta dall'équipe multi-professionale. Le principali funzioni del software usate sono:

1. Gestione dei dati anagrafici completi dei pazienti.
2. Raccolta, mantenendo la storicità del dato, di tutti i test di valutazione effettuati dal servizio.
3. Rielaborazione dei dati raccolti a qualsiasi data tramite l'individuazione di profili.
4. Macro analisi dei dati raccolti tramite criteri di ricerca personalizzabili.
5. Generazione automatica di report di sintesi e statistiche utili per analisi di tipo strategico e decisionale.
6. Rilevazione delle attività degli operatori per ciascun utente (determinazione carichi e rendiconti attività).

Interventi svolti in assistenza domiciliare

Interventi sul paziente con compromissione cognitiva lieve -media

Le attività svolte a domicilio mirano a stimolare i pazienti al mantenimento delle risorse funzionali residue e con particolare riguardo le attività della vita quotidiana, al miglioramento dei disturbi del comportamento ed alla valorizzazione delle capacità affettive e cognitive residue.

Tecniche correntemente utilizzate:

1. **Memory training** (14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-39): consente di stimolare la memoria procedurale motoria, sensoriale (visiva, tattile) e cognitiva attraverso il coinvolgimento del paziente nelle attività strumentali e di base della vita quotidiana (preparazione del caffè, vestirsi, lavarsi i denti, utilizzare il

telefono, proiezione di un "vecchio" film (per stimolare l'attenzione, le capacità ipotetico-deduttive ed il suo commento per favorire il mantenimento delle capacità di analisi e le abilità linguistiche).

2. **Orientamento alla realtà** (R.O.T.) (27-28-29-30-31-32) per: stimolare i pazienti a "riorientarsi" rispetto a sé, alla propria storia e all'ambiente circostante, tramite stimolazioni multimodali (verbali, visive, scritte, musicali).
3. **Terapia occupazionale** (33-34-38): per potenziare le abilità cognitive e funzionali residue, nonché favorire la socializzazione tramite l'introduzione di varie attività ed occupazioni (domestiche, ludiche): decupage, ricamo, lavoro a maglia, ritaglio di forme, colore, disegno e giochi a carte (quando il paziente riesce ancora a farlo).
4. **Terapia di reminiscenza** (32-41): per favorire la rievocazione degli eventi passati (anche usando album di foto) e delle esperienze personali positive, per migliorare il tono dell'umore e ridurre l'isolamento.
5. **Terapia di validazione** (35-36-37): per conoscere la visione della realtà del paziente (attraverso la verbalizzazione di sentimenti e di emozioni) e immedesimarsi nel suo mondo per condividerlo, per permettere il recupero dell'autostima accanto alla percezione di essere accettato.
6. **"Riabilitazione" motoria** (38): l'attività fisica riduce la frequenza dei disturbi comportamentali, migliora il ritmo sonno-veglia, stimola l'appetito, permette di conservare le abilità motorie.
7. **Milieu Therapy** (39-40-41): modificare/modulare il contesto in cui vive il paziente (l'atmosfera sociale ed affettiva) per renderlo compatibile con le sue capacità funzionali. Al tempo stesso si modificano le aspettative delle persone che si prendono cura del paziente.
8. **Musicoterapia** (42-43-44-45-46-47): come **stimolazione cognitiva** (ascolto di brani familiari), come **rilassamento**, per **favorire la socializzazione** e come mezzo **per veicolare informazioni non verbali** (la cui comprensione è conservata anche nelle fasi più avanzate della demenza) ad esempio per segnalare l'ora del pranzo, e, alla sera, per favorire l'addormentamento.
9. **Psicoterapia di sostegno** (48-49): per controllare i disturbi dell'umore reattivi alla consapevolezza di malattia (sentimenti di vergogna, la paura di diventare un peso, ecc.).

Interventi sulla famiglia (50-51-52-53)

1. **Counselling familiare** per prevenire o trattare gli scompensi delle dinamiche intrafamiliari e le eventuali conseguenze psichiche.
2. **Psicoeducazionali** per:
 - informare la famiglia e il caregiver sulle effettive abilità del paziente;
 - istruire sulle strategie da adottare; fornire uno sostegno psicologico al caregiver (gruppi di auto-aiuto).

Interventi sull'ambiente domestico (54-55)

Sono finalizzati a renderlo più sicuro per:

1. **facilitare il mantenimento di autonomie** compensando le disabilità ed i disturbi della memoria e dell'orientamento (segnali scritti, calendari, fotografia personale sulla porta della stanza da letto, colori ben contrastati);
2. **ridurre i disturbi comportamentali**, che possono derivare dall'ambiente domestico (stimolazioni sensoriali ridotte o ridondanti).

Formazione del personale

Per applicare le singole scale di *assessment* e per acquisire una sensibilità nell'uso degli strumenti di valutazione multidimensionale, sono stati svolti specifici corsi di formazione rivolti a tutto il personale che opera all'interno del Centro Demenze della IHG.

Attraverso il software Sistema Atl@nte viene informatizzata la raccolta dei dati clinici e delle scale di valutazione per cui ogni operatore può accedere alle informazioni clinico assistenziali relativamente alle proprie competenze professionali.

Durante il periodo di assistenza domiciliare gli OTA e gli infermieri vengono periodicamente sostenuti e supervisionati nelle loro attività di assistenza e di riattivazione funzionale dai componenti dell'equipe multiprofessionale.

Caratteristiche demografiche e cliniche del campione dei primi 22 pazienti assistiti presso il proprio domicilio

I 22 pazienti (12 femmine, 10 maschi) che sono stati arruolati consecutivamente da giugno 2006 avevano ricevuto una diagnosi di Malattia di Alzheimer probabile nel Centro UVA del G. B. Grassi con una compromissione cognitiva di grado lieve moderato.

Solo per un paziente è stata riferita la presenza di un Malattia di Alzheimer in famiglia (sorella). L'età media è di $78,4 \pm 6,5$ anni (range 65-89), con scolarità media di $7,8 \pm 3,7$ anni. 13 pazienti vivono con il coniuge, 5 pazienti (22,7%) vivono con la badante, 4 sono vedovi e vivono con congiunti (2 con la figlia, 1 con la sorella, 1 con la nipote).

Il numero medio dei componenti del nucleo familiare è di 3 ± 2 .

L'età media del caregiver principale è di $65 \pm 16,1$ anni, l'86% sono femmine.

Il 100% dei pazienti sono soggetti di diritto e godono di pensione; il 41% gode di indennità di accompagnamento, il 45% ha presentato domanda e l'11% non percepisce

questo beneficio.

Per valutare l'influenza delle comorbilità sulle attività funzionali è stata utilizzata la CIRS a 13 items (Indice di severità medio= $1,26 \pm 0,2$; indice di comorbilità medio = $1,78 \pm 1,2$).

I pazienti all'inizio del periodo di assistenza sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale per valutare le risorse funzionali residue i disturbi comportamentali e lo stato cognitivo.

I caregivers sono stati anch'essi valutati per evidenziare il carico assistenziale e lo stato emotivo.

In relazione ai risultati della valutazione multidimensionale sono stati prodotti progetti assistenziali individualizzati che prevedevano attività dirette a raggiungere specifici obiettivi socio-assistenziali (riattivazione funzionale per migliorare i disturbi comportamentali, stimolazione delle funzioni cognitive per mantenere/migliorare gli aspetti funzionali con particolare riguardo alle attività della vita quotidiana) e di sostegno per il caregiver.

Nel periodo di assistenza, tutti i pazienti sono stati sottoposti alle tecniche di riattivazione già descritte; tutti gli interventi di riattivazione, personalizzati in base all'esito della valutazione multidimensionale, sono stati effettuati in modo da stabilire una routine nelle attività riabilitative che si inserisse nel modo più naturale possibile alle abitudini dei pazienti, rendendo comunque uniformi i tempi e la sequenza degli interventi riabilitativi. Nella tabella 1, sono schematizzati gli interventi riabilitativi effettuati su i 22 pazienti nei tre mesi di assistenza con frequenza di tre volte a settimana a giorni alterni; ogni accesso domiciliare aveva la durata di sei ore.

Tutti i pazienti ed i caregivers hanno ricevuto sostegno psicologico e consulenza per le pratiche relative all'ottenimento dei benefici di legge; lo psicologo e l'assi-

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
8-9	Igiene - Vestizione ROT gastronomica Reminiscenza		Igiene - Vestizione ROT gastronomica Reminiscenza		Igiene - Vestizione ROT gastronomica Reminiscenza	
9-10	ROT		ROT		ROT	
10-11	Attività motoria esterna e socializzazione		Attività motoria esterna e socializzazione		Attività motoria esterna e socializzazione	
11-12	T. Occupazionale T. validazione		Milieu Therapy T. validazione		Film/Album foto T. validazione	
12-13	Musicoterapia ROT gastronomica		Musicoterapia ROT gastronomica		Musicoterapia ROT gastronomica	

Tabella 1

stente sociale hanno effettuato tutti gli interventi con accessi domiciliari a cadenza settimanale.

La terapeuta occupazionale ha fornito consulenze domiciliari per l'eventuale ottenimento di ausili e per mettere in sicurezza l'ambiente domestico.

Al termine del periodo di assistenza di 90 giorni, i pazienti ed i caregivers sono stati rivalutati.

In questo lavoro verranno descritti gli outcome raggiunti sui 22 pazienti che sono stati assistiti a domicilio per circa 19 ore settimanali (a giorni alterni) per 12 settimane consecutive.

Nella tabella 2 sono elencate le caratteristiche dei pazienti all'ingresso e dopo 12 settimane.

Nella tabella 3 vengono confrontati in dettaglio lo spettro dei disturbi comportamentali nel periodo di assistenza.

Nella tabella 4 sono riportati i valori iniziali e finali delle attività esplorate con il Barthel Index.

Caratteristiche dei 31 pazienti	Media (SD) Iniziale	Media (SD) alla 12 ^a settimana	Range
Età (65-89)	78,4 (6,5)		
Età femmine	80,5(5,8)		
Età maschi	75,9 (6,7)		
Scolarità	7,8 (3,7)		
M.M. S.E.	20,9 (4,6)	22,7(4,7)	21-26 = deterioramento cognitivo lieve; 11-20 = deterioramento cognitivo moderato; -8-10 = deterioramento cognitivo grave.
CIRS indice di severità	1,3 (0,2)	1,3 (0,2)	0 = assente; 1-4 = moderata; 5 = grave.
CIRS indice di comorbidità	2,0 (1,2)	2,0 (1,2)	0 = assente; 1-4 = moderata; 5 = grave.
Neuropsychiatric Inventory	41,5(26,6)	26,6(14,6)	0-144 = sintomatologia disturbi comportamentali
Barthel index	75,5 (24,2)	87,3 (20,3)	0 - 24 = dipendenza completa; 25 - 49 = dipendenza grave; 50 - 74 = dipendenza moderata; 75 - 90 = dipendenza lieve; 91 - 99 = quasi autosufficienza; 100 = autosufficienza.
BADL	4,3 (1,9)	4,3 (1,7)	0-6 = numero attività conservate
TINETTI	19,7 (7,2)	22,9 (6,7)	< 19 = elevato rischio di cadute
Caregiver Burden Inventory	42,4 (18,2)	33,3 (15,0)	0-32 = lieve; 33-64 = moderato; 65-96 = grave.
Caregiver Stress Index	7,0 (2,7)	6,4 (2,2)	0-4 = lieve; 5-8 = medio; 9-12 = gravi.

Tabella 2

NPI dei 22 pazienti	Intensità x frequenza (range: 0-12)**		Pazienti (%) con disturbi comportamentali	
	Media iniziale	Media alla 12 ^a settimana	Inizio assistenza (%)	12 ^a settimana (%)
Deliri	1,6	2,5	40,9	40,9
Allucinazioni	1,4	0,9	31,8	18,2
Agitazione	3,2	2,7	59,1	59,1
Depressione /disforia	5,1	2,8	72,7	54,5
Ansia	5,1	3,0	77,3	59,1
Euforia/esaltazione	0,8	0,2	9,1	0,0
Apatia/indifferenza	6,6	5,0	86,4	68,2
Disinibizione	1,7	0,5	36,4	22,7
Irritabilità	4,9	4,0	73,3	73,3
Attività motoria	3,9	1,9	40,9	36,4
Sonno	3,9	1,6	54,5	27,3
Appetito	3,3	2,3	54,5	36,4

Tabella 3

** 0 Assente; 1-4 Disturbo comportamentale lieve; 5-8 Disturbo comportamentale moderato; 9-12 Disturbo comportamentale severo

Nella tabella 5 sono riportati i valori iniziali e finali delle componenti che determinano il carico assistenziale del caregiver.

Nella tabella 6 si mette a confronto il numero dei farmaci ad azione sul sistema nervoso alla prima e all'ultima

valutazione.

Nella tabella 7 sono riportati i valori, espressi in percentuale, iniziali e dopo 12 settimane, delle risposte esatte alle domande di orientamento, temporale, spaziale, personale ed ambientale previsti dalla R.O.T.

Discussione

Il confronto dei risultati dei test somministrati al momento dell'ingresso nel servizio e alla 12a settimana di assistenza ha mostrato un miglioramento sia sul piano cognitivo che comportamentale e nelle autonomie. Anche sui caregivers si sono avuti una riduzione del carico assistenziale ed un miglioramento dello stato emotivo.

Il grado di severità e la comorbilità sistemiche, valutate con il CIRS, si mantengono stabili alla 12a settimana così come la relativa terapia farmacologica.

I dati ottenuti alla scala Barthel mettono in evidenza un miglioramento dei deficit funzionali nelle attività della vita quotidiana che non vengono evidenziati dalla BADL verosimilmente per la minore sensibilità di questo strumento.

I disturbi comportamentali risultano globalmente ridotti.

Valutando i singoli items della NPI, si evidenzia un netto miglioramento della depressione e dell'ansia; un sensibile miglioramento si apprezza anche per l'apatia.

L'attività motoria afinalistica si riduce ed i disturbi neurovegetativi (sono

e appetito) risultano essere migliorati. La scala di Tinetti mostra un miglioramento delle funzioni motorie che non sembra essere dovuta a modifiche della terapia con neurolettici, che rimane sostanzialmente invariata, ma piuttosto sembrerebbe una diretta conseguenza della riattivazione motoria effettuata durante il periodo di assistenza.

Infine anche i risultati ottenuti con la ROT, come già dimostrato in precedenti lavori della letteratura (15), mostrano un progressivo miglioramento delle attività cognitive stimolate.

Anche sui caregivers si sono avuti una riduzione del carico assistenziale (CBI) ed un miglioramento dello stato emotivo come evidenziato dal CSI.

I caregivers, chiamati a compilare un questionario sulla qualità dei servizi ricevuti, hanno espresso giudizi glo-

balmente positivi, apprezzando sia la competenza dell'equipe multiprofessionale che l'approccio empatico degli operatori.

Conclusioni

Una assistenza domiciliare per i pazienti affetti da malattia di Alzheimer così organizzata e che preveda interventi di riattivazione personalizzati sembra mostrarsi efficace nel migliorare il punteggio al MMSE.

Funzioni esplorate con il Barthel Index	Valori Medi (SD) iniziali	Valori Medi (SD) finali	Range
Alimentazione	8,0 (2,6)	9,1 (1,8)	0-10
Bagno	2,7 (1,9)	3,9 (1,1)	0-5
Igiene	3,5 (1,6)	4,4 (1,0)	0-5
Abbigliamento	6,0 (3,7)	8,7 (2,5)	0-10
Continenza intestinale	7,9 (3,3)	9,5 (1,8)	0-10
Continenza Urina	8,0 (2,7)	8,8 (2,3)	0-10
Uso gabinetto	7,6 (3,0)	9,2 (2,4)	0-10
Trasferimento letto carrozzina	14,3 (2,6)	14,3 (2,9)	0-15
Deambulazione	10,4 (4,5)	11,7 (4,2)	0-15
Scale	6,7 (3,8)	8,0 (3,2)	0-10

Tabella 4

Caregiver Burden Inventory	Media (SD) iniziale	Media (SD) alla 12 ^a settimana
Carico obiettivo	14,5 (5,7)	14,6 (6,5)
Carico psicologico	12,5 (6,3)	9,5 (6,9)
Carico fisico	9,2 (5,9)	6,4 (5,0)
Carico sociale	4,4 (4,5)	1,3 (3,7)
Carico emotivo	2,2 (3,7)	1,4 (3,1)

Tabella 5

Anche i disturbi comportamentali risentono positivamente degli interventi assistenziali e ciò si ripercuote sia sulla qualità di vita del paziente che del caregiver, come viene rilevato dal miglioramento di alcuni degli items del CBI.

Questi dati sembrano suggerire l'utilità dell'assistenza domiciliare nelle fasi lievi e moderate della malattia di Alzheimer.

In queste fasi della malattia le maggiori riserve cognitive, se stimolate adeguatamente, potrebbero infatti facilitare il recupero o il miglioramento di alcune attività della vita quotidiana e di conseguenza ridurre il carico assistenziale del caregiver.

Il coinvolgimento del caregiver nel percorso assistenziale faciliterebbe poi la gestione dei disturbi comportamentali con l'ovvia conseguenza di una maggiore capacità a gestirli.

Un nostro precedente studio(1), su un gruppo di pazienti affetti da malattia di Alzheimer probabile di grado moderato – grave assistiti a domicilio per 52 settimane, aveva evidenziato che anche nelle fasi di malattia con minore riserve funzionali interventi di riattivazione e di informazione – formazione per i familiari permettono di:

1. mantenere stabili, per un lungo periodo, le abilità residue;
2. ridurre i disturbi comportamentali;

3. ridurre il carico assistenziale del caregiver;

4. allontanare il ricorso alla istituzionalizzazione.

Sia in questo lavoro che in quasi tutti gli studi che mirano a valutare gli effetti di interventi assistenziali su pazienti e caregivers, soffrono della assenza di un "vero" gruppo di controllo.

Se, infatti, da una parte è quasi scontato che un intervento assistenziale, soprattutto se forte e qualificato, permette di ottenere risultati positivi, la mancanza di un gruppo di controllo non permette di dire se si tratta di un effetto specifico o placebo.

Crediamo quindi che sia necessario stimolare ulteriori studi in questa direzione per meglio comprendere la reale ricaduta di questi interventi assistenziali.

*Centro Demenze, Unità Valutativa Alzheimer, Italian Hospital Group, Guidonia, Roma

**Unità Valutativa Alzheimer, Unità Operativa di Neurologia, Ospedale G.B. Grassi, Ostia, Roma

***Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore Sanità, Roma

****Centro di Assistenza Domiciliare, 2° Distretto, ASL Roma D, Roma

Farmaci attivi sul Sistema Nervoso	Totale pazienti in trattamento	Molecole utilizzate	Range (mg/die)	Dosaggio medio (mg/die)	
				Baseline	12 ^a
Antipsicotici					
Atipici	6				
Risperidone		2	0,5-2,25	1,08+/-0,55	1,23+/-0,32
Quetiapina		3	50-150	112,5+/-62,9	125+/-45,01
Clozapina		1	25	25+/-0	25+/-0
Tipici	2				
Promazina		2	40	40+/-0	40+/-0
Antidepressivi	10				
Trazodone		9	50-150	83,3+/-30,6	83,3+/-30,6
Escitalopram		1	10	10+/-0	10+/-0
Inibitori Acetilcolinesterasi	22				
Donepezil		12	5-10	10+/-0	10+/-0
Rivastigmina		6	6-12	9,6+/-3,29	9,6+/-3,29
Galantamina		4	8-16	13,33+/-4,13	13,33+/-4,13

Tabella 6

Orientamento	Percentuale di risposte esatte alla Reality Orientation Therapy.		
	1° Mese	2° Mese	3° Mese
Temporale	60%	67%	69%
Personale	65%	74%	80%
Spaziale	66%	77%	78%
Ambientale	94%	97%	97%

Tabella 7

BIBLIOGRAFIA

- Barreca F., Zelano G., Mei D., Rinaldi A., Limoncelli L., Carrozzo P., Mazzoli A., Carbone G.: Un modello di rete socio-assistenziale integrata per le demenze: evidenze dopo 1 anno di assistenza domiciliare continuativa a 31 pazienti affetti da malattia di Alzheimer probabile di grado moderato-grave. *Demenze*, 2007 (1): 11-19.
- The Italian Longitudinal Study on Aging. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26:995-1002.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of outpatients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Cummings JL Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
- Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. *Progress in the development of the index of ADL*. *Gerontol* 1970;10:20-30.
- Tinetti ME. *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients*. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-26.
- Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel index*. *Maryland State Med J* 1965;14:61-5.
- Shah S., Vanclay F., Cooper B.: *Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*. *J.Clin.Epidemiol* 1989; 8:703
- Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J.Am. Geriatr. Soc.* 1995; 43:130-137
- Novak M, Guest C. *Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory*. *Gerontologist* 1989;29:798- 803.
- Robinson B.C. Validation of a caregiver strain index. *J. Gerontology*. 1983; 38: 344-348
- Bressan A., Borin M., "Sistema Atlante e tecnologia XML: Le fondamenta della programmazione territoriale", 48° Congresso Nazionale SIGG, *Comunicazione e poster Volume LI - Numero S5 - Ed. Pacini.*
- Basso D., Trevisan N., Nardi G., Casotto F., Badon V., Berto R., Giarizzo G., Margarine L., Valcaneant R., Bugio R., Leoci V., Informatizzazione Cartella S.Va.M.A. (in Atl@nte): rilevazione dei carichi infermieristici, *Giornale di Gerontologia*, Ottobre 2002, Volume L, Num. S-5, pag. 37 - Ed. Pacini.
- Backman L. Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurol. Scand* 1992;39(Suppl 1):84-9.
- Cahn-Weiner D.A., Mallory P.F., rebok G.W., Ott B.R. Results of memory of randomised placebo-controlled study of memory training for mildly impaired Alzheimer's disease patients. *Appl Neuropsychol* 2003; 10 (4): 215-223
- Clare,L. (1999). Memory rehabilitation in early Alzheimer's disease. *Journal of Dementia Care* 7(6), 33-38. ISSN: 0144-686X
- Clare L., Wilson,B.A., Carter,G., Hodges,J.R., Adams,M. Long-term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia. *Neuropsychological Rehabilitation* 2001 ; 11 (3/4) : 477-494
- Clare L., Wilson, B. A., Carter G., Roth I., Hodges, J.R. (2003). Cognitive rehabilitation as a component of early intervention in dementia: a single case study. *Aging and Mental Health*. 2003; 7(1): 15-21.
- Clare, L., Wilson, B. A., Breen, K., Hodges, J. R. Errorless learning of face-name associations in early Alzheimer's disease. *Neurocase*. 1999; 5: 37-46.
- Clare, L., Woods, R.T., Moniz-Cook, E.D., Orrell, M. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia (Cochrane review) *The Cochrane Library*. 2003, John Wiley & Sons Ltd.
- Hirono N., Mori E., Ikejiri Y., Imamura T., Shimomura T., Ikeda M., et al. Procedural memory in patients with mild Alzheimer's disease. *Dement.Geriatr.Cogn.Disord.*; 1997; 8 (4) :210-216.
- Josephsson S., Backman L., Borell L., Bernspang B., Nygard L., Ronnberg L. Supporting everyday activities in dementia: an intervention study. *Int.J.Geriatr.Psychiatr.* 1993; 8:395-400.
- Spector A, Orrell M. Can reality be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychol Rehabil* 2001;11:377-97.
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davis S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;183:248-54.
- Zanetti O, Binetti G, Magni E, Rozzini L, Bianchetti A, Trabucchi M. Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: impact of a training programme. *Acta Neurol Scand* 1997;95:152-157.
- Zanetti O., Zanieri G., Di Giovanni G., De Vrses L.P., Pessini A., Mettieri T., Trabucchi M. Effectiveness of Procedural Memory Stimulation in Mild Alzheimer's Disease Patients: A Controlled Study. *Neuropsychol Rehabil* 2001; 11: 263-272.
- Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality Orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist* 2000;4:206-12.
- Spector A, Orrel M, Davies S, Woods B. Reality Orientation for dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: Wiley e Sons, Ltd. issue 2, 2004.
- Taulbee L.R. (1984). Reality orientation and clinical practice. In Burnside I.(Ed). *Working with the elderly: group Process and Techniques*. Monterey, Calif, Wadsworth Health Sciences Division, pp177-186.
- Zanetti O, Frisoni G. B., De Leo D, Dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality Orientation Therapy in Alzheimer's disease: useful or not? A controlled study. *Alz Dis Assoc Dis* 1995;9:132-8.
- Onder G., Zanetti O., Giacobini E., Frisoni G.B., Bartorelli L., Carbone G., Lambertucci P., Silveri M.C. and Bernabei R. Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2005,187, 450-455.
- Baines S, Saxby P, Ehler K : Reality orientation and reminiscence therapy A controlled cross-over study of elderly confused people *British Journal of Psychiatry* 1987, 151, 222-31
- Bach D, Bach M, Bohmer F, Fruhwald T, Grile B. Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age Ageing* 1995;24:222-6.
- Szekais B. (1991). Treatment approaches for patients with dementing illness. In Kiernat J.M.: *Occupational Therapy and the Older Adult*. A clinical manual. AN Aspen Publication, Maryland, pp.192-219.
- Feil N. (1992). *Validation. The Feil Method*. Cleveland: Edward Feil Productions.
- Neal M, Briggs M. Validation therapy for dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Chichester, UK; John Wiley & Sons, Ltd.
- Toseland R.W., Diehl M., Freeman K., Manzanares T., Naleppa M., McCallion P. (1997). The impact of Validation Group Therapy on Nursing Home residents with dementia. *J.Appl.Gerontol*.16:31-50.
- Skolaski-Pellitteri T. Environmental intervention for demented person. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 1984; 3:55-59.
- Ermini-Fünfschilling D, Meier D. Memory training: an important constituent of milieu therapy in senile dementia. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie [Journal of Gerontology and Geriatrics]* 1995;28:190-194.
- Szeikas B. (1985). Using the milieu: treatment-environment consistency. *The Gerontologist*, 25:15-18.
- Lowenthal R.I., Marrazzo R.A.(1990): Milestoning: evoking memories for resocialization through group reminiscence. *The Gerontologist* 1990; 30:269-272.
- Brotson, M., Koger, S., & Pickett-Cooper, P. (1997). Music and dementia: A review of literature. *Journal of Music Therapy*, 34(4), 204-245.
- Koger, S.M., Chapin, K. & Brotson, M. (1999). Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *The Journal of Music Therapy*, 36(1), 2-15.
- Koger SM, Chapin K, Brotson M. Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *J Music Ther* 1999;36(1):2-15.
- Koger, S. M., & Brotson, M. Music therapy for dementia symptoms. *The Cochrane Library* (Oxford), 4,1-22, 2001.
- Lou, M.F. The use of music to decrease agitated behavior of the demented elderly: The state of the science. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2001; 15 (2): 165-73
- Raglio A., Ubezio M.C., Puerari F., Giannotti M., Bellelli G., Trabucchi M., Villani D. The effectiveness of the music therapy treatment for patients with moderate-severe dementia. *G GERONTOL* 2006;54:164-169
- De Felice F.: *Il trattamento psicologico delle demenze*, Franco Angeli, Milano, 2002
- Florenzano F. *Psicoterapia della demenza - EdUP Edizioni*, Roma 1997
- Tompson E., Dolh W.: The burden of families coping with the mentally: an invisible crisis. *Fam.Relations* 1:397,1982.
- Zanetti O.: La gestione del paziente anziano in famiglia. In: Rozzini R., Trabucchi M. (Ed.), *Il Tempo e la Mente. Aspetti diagnostici, terapeutici ed assistenziali dell'invecchiamento cerebrale*. Bionews, Milano, 1991 a, Vol.II, pp.53-75.
- Mittelman MS, et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* 1993;33:730-740.
- Mohide EA, et al. A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:446-454.
- Jones M. Gentlecare changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way. *Moyra Jones Resources LTD* 1998.
- Skolaski-Pellitteri T. Environmental intervention for demented person. *Physical and Occupational therapy in Geriatrics*. 1984, 3:55-59

All'ombra di Ebe: dall'Antichità Classica all'Illuminismo (Continuità e dissolvenze di una convenzione diagnostica)

Riassunto

Il concetto di crescita appartiene ad un'epoca pre-tecnologica, in cui l'adolescenza era concepita come età di transizione con lo sguardo implicitamente volto al futuro. L'epoca della Tecnica sta oggi imponendo, pur nell'inconsapevolezza collettiva, un cambiamento radicale: nel modo di vivere il tempo, caratterizzato dall'enfasi del presente; nel modo di affrontare la vita, dove gli strumenti anticipano i progetti; nelle relazioni interpersonali spogliate del carattere di immediatezza.

La psicopatologia degli adolescenti, analizzata nelle esperienze del panico, dei disturbi alimentari e della noia cronica, rivela le ombre dell'odierno clima culturale, facendo emergere inadeguatezze nel controllo delle emozioni, nell'accettazione del corpo, nel colmare l'angoscia del vuoto.

Solo la creazione di nuove forme simboliche culturali, capaci di garantire un senso antropologico alla vita degli adolescenti, può rimotivare il desiderio della crescita. Esse precedono ogni tecnica psicoterapeutica e hanno a che fare con le categorie dell'entusiasmo, dell'accompagnamento da parte degli adulti, della responsabilità e del limite.

Summary

The growth concept belongs to a pre-technological's era, in which adolescence was conceived like a transition age with the look implicitly face to the future. The Technic's era is nowadays imposing, even if in a collective unconsciousness, a radical change: in the way to live the time, characterized by the present's emphasis; in the way to face the life, where instruments come before projects; in interpersonal relationships undressed from immediateness character.

The psychopathology of teenagers, analysed in panic's experiences, in alimentary disturbs and in chronic bore, reveals the shadows of today's cultural situation, making to emerge inadequacies in the control of emotions, in body's acceptance, to filling the empty's anguish.

Only the creation of new types of cultural symbols, able to assure an anthropologic sense to the life of teenagers, can motivate again the growth desire. They anticipate each type of psychotherapeutic technique and they concern the categories of enthusiasm, accompaniment by the adults, responsibility and limit.

Lungo l'Ottocento prendono corpo due motivi, estranei fra loro, destinati ad influenzare profondamente sia lo sviluppo che l'organizzazione del sapere in medicina: si tratta, da una parte, dei radicali perfezionamenti tecnici che interessano il microscopio e, dall'altra, delle rinnovate prospettive con cui si guarda alle età della vita.

Si deve ad Amici un'articolata serie di miglioramenti tecnici che resero possibile un deciso balzo in avanti della microscopia ottica che, grazie al contemporaneo sviluppo delle tecniche di colorazione e all'avvento della fotografia, rinnovò la ricerca biologica coinvolgendo la stessa medicina mentale. Si aggiunga la felice influenza esercitata dall'industria Zeiss che, nell'Europa centrale, favorì l'elaborazione e la diffusione di apparecchi ottici tecnicamente precisi e raffinati. L'impiego del microscopio allargò le conoscenze del sistema nervoso centrale illuminando il substrato morfologico di molti disturbi fra i quali la demenza pre-senile grazie alle ricerche di Alzheimer, Kraepelin etc.; ma, per quanto concerne le psicosi, la microscopia, pur senza nulla togliere al valore metodologico di questo indirizzo di ricerca, deluse a lungo le aspettative come si può cogliere dalla lettura del trattato di neuropatologia di Peters intorno alla metà del '900.

Negli anni in cui l'uso del microscopio s'impone senza riserve, un altro fattore di natura squisitamente sociologica fa sentire la propria influenza nella medicina ottocentesca: l'interesse attento per la pubertà. Una novità, in certo qual modo, che si annuncia fin dal '700. Nella cultura medica della tradizione la continuità fra l'infanzia e l'età adulta, al di là di quei riti di passaggio che hanno valore religioso o sociologico, non conosce, infatti, precise cesure, mentre le difficoltà di questo inquieto periodo hanno uno spessore relativamente sostenibile in un mondo, eminentemente agricolo, dove la vita della famiglia e quella del lavoro per lo più coincidono. Ma con l'avvento ottocentesco della leva obbligatoria e con il riferimento alla disciplina militare quale modello pedagogico ideale – un modello tanto caldeggiato dal Bonaparte (Ariès) – la tolleranza viene meno e quel momento che precede l'età adulta diventa oggetto di osservazione dettagliata non solo nel contesto della scuola e dell'esercito ma anche nella routine del lavoro quotidiano dove l'industrializzazione, estranea alla consonanza fra lavoro e famiglia tipica della operosità agricola, slatentizza l'affiorare di ogni difficoltà.

La psichiatria nella seconda metà dell'Ottocento deve,

insomma, misurarsi con le stimolanti possibilità conoscitive offerte dal microscopio e nel contempo deve tener conto dell'importanza che ormai compete all'adolescenza, all'età di Ebe. Tanto più che, in seguito alle ricerche oggettive in merito alla demenza paralitica, un nuovo clima aveva investito la psichiatria invitando a rivedere la nosografia del passato. Ma mentre Bernhard von Gudden e Franz Nissl sono ricurvi sui loro microscopi nel tentativo di elaborare una concreta ed oggettiva psichiatria anatomica, altri studiosi come Karl Kahlbaum ed Ewald Hecker guardano invece alle difficoltà dell'adolescenza e parlano di ebefrenia (Leibbrand e Wettley; Shorter). Il quadro clinico della ebefrenia, identificato da Kahlbaum, fu quanto prima puntualmente illustrato da Hecker dopo aver lavorato per qualche tempo nell'istituto privato di Görlitz, diretto dallo stesso Kahlbaum. L'ebefrenia, caratterizzata dall'esordio alla fine della pubertà e dal decorso verso la demenza, viene intesa come l'espressione morbosa del conflitto emozionale che sostanzia il rinnovamento adolescenziale dell'io, la maturazione della personalità, con le ben note difficoltà di questo tempo della vita che il linguaggio corrente, nei paesi di lingua tedesca, designa come 'età del pesce fritto' (Backfischalter), per dire delle giovinette, e come età sgarbata (Flegeljahre), per parlare degli adolescenti; l'ebefrenia, in altre parole, sarebbe l'espressione di un conflitto irrisolto che lascia come sedimento una sorta di rigidità, di difetto nella capacità di concentrazione tanto da erodere la continuità dei pensieri e la corretta costruzione del discorso mentre affiorano bizzarrie, espressioni gergali stereotipate e tratti di arroganza destinati al naufragio nel vuoto personologico; né manca qualche disturbo della sfera sessuale. Le argomentazioni di Hecker hanno squisito carattere di analisi psicologica, mentre sfugge ad ogni evidenza il substrato biologico che sottende i disturbi in parola. La diagnosi di ebefrenia, in ogni modo, influenza profondamente la nosografia psichiatrica allora corrente; e lo stesso Kahlbaum ne ridefinisce quanto prima i confini parlando di eboidofrenia per quei casi che, meno gravi, non esitano in demenza.

L'ebefrenia, in particolare, diventa un momento nodale del modello nosografico di Emil Kraepelin che fa cenno a questa diagnosi fin dalla elaborazione del *Compendio* che precede i fondamentali trattati dove si parla di demenza precoce. Kraepelin, allievo di Wundt, caldeggia lo studio della psicologia e valorizza l'analisi "di quel parallelismo tra mutamenti psichici e corporei, di cui la conoscenza intima può ben considerarsi come il problema fondamentale delle ricerche psicologiche e psichiatriche". Studiando la pubertà, un periodo caratterizzato da "profonde modificazioni fisico-psichiche", ne registra le asperità comportamentali ed il contemporaneo, indistinto affiorare della sessualità con la pulsione alla masturbazione. Un'età esposta al rischio dell'ebefrenia che è sostanziata dalla superficialità emozionale, dall'eccentricità e dal "rapido passaggio in debolezza men-

tale incurabile". Kraepelin, come ricorda nelle *Memorie*, si avvicina con progressivo interesse a questo quadro morboso che nel *Trattato* – si cita la VII edizione – viene inteso come una forma della dementia praecox, accanto a quella catatonica ed a quella paranoide: "tre gruppi principali, che sono tuttavia collegati l'uno all'altro da passaggi così gradualmente che non si può parlare di discontinuità". Kraepelin, in tema di ebefrenia, ribadisce l'importanza dell'esordio giovanile e registra la singolare ottusità del contegno che la connota e nel contempo ricorda che Daraszkievicz ne ha ampliato i confini tanto da comprendervi anche quelle forme che sfociano in ottundimento profondo. Ma per quanto l'ebefrenia sia stata ritenuta la "follia dell'adolescenza", secondo Kraepelin, non può essere intesa come una fissazione dello sviluppo psichico alla fase puberale in quanto il possibile traguardo demenziale impedisce che si possa parlare di un semplice arresto della capacità intellettuale ma sia invece inevitabile parlare di una vera e propria regressione. Ed ancora, Kraepelin osserva che non è possibile istituire una relazione necessaria con l'età dello sviluppo in quanto il disturbo può affiorare anche in altri momenti della vita. Nel pensiero di Kraepelin i confini dell'ebefrenia sono, insomma, quanto mai sfumati; tanto più che rientra fra i gruppi della dementia praecox, un quadro clinico assai vasto per il quale - così scrive - "non esiste alcun segno decisivo per la diagnosi".

Nonostante la tendenziale inafferrabilità dei confini, non solo in merito al profilo sindromico ma anche in merito al percorso ed al traguardo del disturbo, di ebefrenia si parlerà a lungo sia in Germania che altrove. Bleuler, tuttavia, rileva quanto prima che il nome di ebefrenia, con l'estensione che è andata creandosi intorno al concetto in parola, non è adeguato e che l'ebefrenia è diventata una sorta di "piattaforma in cui si sistemano le forme che non sono inquadrabili" negli altri gruppi delle schizofrenie; schizofrenia è il riferimento semantico e concettuale con cui Bleuler ha sostituito quello kraepeliniano di dementia praecox accentuandone e radicalizzandone le prospettive psicologiche. Rigorose, in tema di ebefrenia, anche le osservazioni di Kurt Schneider per il quale si può parlare di schizofrenia semplice, catatonica e paranoide mentre l'ebefrenia altro non è che "una denominazione che si riferisce ad una data *età della vita*" – la pubertà – che può plasmare patoplasticamente una forma semplice quando, appunto, "insorge nella giovinezza". L'ebefrenia va ormai dissolvendosi e nel glossario dell'Associazione Psichiatrica Americana – si cita l'edizione del 1980 – si preferisce parlare di schizofrenia disorganizzata. Nello stesso *DSM-IV-TR* si parla di schizofrenia disorganizzata ricordando che il concetto di ebefrenia, ancora presente in altri sistemi di classificazione, ha valore storico.

Osservando la parabola dell'ebefrenia fra '800 e '900, al di là della mutevolezza ed instabilità dei confini, si possono peraltro cogliere alcune aree tematiche associa-

te fra loro con relativa stabilità: l'età puberale dell'esordio, la sessualità impulsiva, che dell'adolescenza è tipica, ed infine l'ottusità che può essere sfumata o profonda, come nella demenza, o limitarsi alla permanenza di quei "tratti insulsi ed infantili della pubertà" che, per usare le parole di Jaspers, connotano la personalità ebefrenica.

L'ebefrenia, in breve, configura un riferimento diagnostico che compare e scompare nella psichiatria specialistica contemporanea ed osservandone i principali tratti, tanto comuni quanto poco connotanti, diventa spontaneo interrogarsi in merito all'apprezzamento dei tratti in parola – l'intreccio fra pubertà ed ottusità, innanzi tutto – nella cultura, non solo medica, del passato. Tanto più che 'Ebe' ed 'hebes' sono parole che, palesemente evocate dall'ebefrenia, appartengono al passato, alla tradizione classica. Nonostante l'assonanza, tuttavia, 'Ebe' ed 'hebes' hanno una storia differente: Ebe è parola greca, hebes invece è parola latina, di verosimile origine etrusca (Si ringrazia per il suggerimento Marcello Bondardo).

Ebe è la dea della pubertà e Tanzi, fra gli autori italiani, lo ricorda esplicitamente. Figlia di Zeus e di Era, Ebe era la copia virginale della propria madre che la portò in matrimonio ad Eracle (Esiodo) del cui equilibrio emozionale ed affettivo si può francamente dubitare, almeno per quanto si riferisce ai trascorsi terreni della sua vita. Metafora di giovinezza, Ebe, nel linguaggio comune, alludeva ai genitali come si può cogliere in un verso delle *Nuvole* (976) di Aristofane quando ricorda quei tempi andati in cui i giovani alzandosi da terra dopo essere stati seduti sulla sabbia cancellavano l'impronta della propria 'ebe' per non turbare gli spasimanti. Era, in altre

parole, opportuno non lasciare traccia alcuna della propria 'ebe', della propria sessualità. Nel mondo antico, del resto, non si può riconoscere ad Ebe una grande fortuna iconografica per quanto Pausania riferisca di averne ammirato una statua d'oro e d'avorio, opera di Naucide. Ed ancor oggi, se si deve immaginare la figura di Ebe, il pensiero corre, piuttosto che a qualche testimonianza del passato, alle opere di Antonio Canova con le sue inquietanti figure giovanili, dal piede instabile e dal volto impenetrabile ad ogni rimando espressivo, con tanto di coppa e di anfora destinate al nettare: una bevanda che attraversa la morte (Lazzeroni). In breve, il contesto di Ebe, con il suo vuoto mimico, è vagamente compromesso con la follia, data la vicinanza di Eracle, ed è atmosfericamente intonato da una sessualità tanto evidente quanto poco orientata.

Mentre Ebe è parola greca, ebete deriva dal latino 'hebeo' (Forcellini etc.) ed allude propriamente allo stato di un coltello la cui lama sia ottusa, smussata, spuntata; ma lo si dice anche di chi è rallentato nelle percezioni sensoriali, privo di acume, stupido o lento di mente e d'ingegno. Ed infine, ebete è stato definito anche chi non sa cogliere i propri errori o è ottuso nel proprio cuore. L'aggettivo ebete, in sintesi, designa una condizione di perdita, di impoverimento, soprattutto intellettuale ma anche percettivo ed affettivo.

La mitologia e la linguistica invitano a pensare che quei disturbi che sono stati etichettati dalla nosografia contemporanea come ebefrenia abbiano una lunga storia. Ma se si guarda al primo modello scientifico della medicina occidentale, al modello ippocratico, la ricerca delle analogie e delle corrispondenze diventa quanto mai problematica. Gli è che Kraepelin, al quale si deve

il più complesso elaborato diagnostico che comprende l'ebefrenia, ne parla collocandola in un contesto dottrinale che postula il parallelismo fra psiche e soma, fra mente ed encefalo; nell'umoralismo originario, invece, non vi è tanto un parallelismo quanto una identità fra l'ambito psichico e quello somatico; l'umoralismo, infatti, è un modello ilozoista. Un po' diversa, rispetto ad oggi, è anche la prospettiva con cui si guarda alle età della vita, così come traspare dal *Corpus* ippocratico che racchiude i testi fondamentali e fondanti dell'umoralismo. Nel *Corpus* non si dà esplicito e dettagliato rilievo, come nella medicina ottocentesca, alle trasformazioni psicologiche e somatiche di un momento assai critico come quello della pubertà ma piuttosto il passaggio dall'infanzia all'età adulta viene inteso come una fase della vita in cui si riduce la prevalenza della componente acquosa dell'organismo che è propria dell'infanzia mentre si fa sentire l'influsso del fuoco (*Il regime*); con linguaggio anacronistico, ricorrendo alle formule del sapere contempora-





neo, si potrebbe dire che la componente acquosa si riduce mentre si accelera il metabolismo. E pure la sessualità, che nella psichiatria ottocentesca intona un sintomo di qualche rilievo come la masturbazione impulsiva, ha un significato differente nell'ippocratismo dove i possibili disturbi di origine sessuale altro non esprimono che il disagio che consegue al mancato esercizio della funzione in parola. Al di là di tante sfumate differenze, è possibile, d'altra parte, registrare palesi consonanze fra alcuni tratti psichici dell'ebefrenia, così come è stata delineata nella letteratura psichiatrica contemporanea, e quelli attribuiti allo squilibrio umorale indotto dalla prevalenza del flegma, l'umore acquoso. Per l'Autore ippocratico "il cervello è l'interprete della coscienza" ma quando diventa "innaturalmente umido" ondeggia, per così dire, e governa senza stabilità alcuna le sensazioni: può allora affiorare la pazzia. L'alterazione del cervello, puntualizza Ippocrate, può essere indotta "dal flegma e dalla bile" ma mentre "chi è impazzito a causa del flegma resta tranquillo", chi è invece disturbato dalla bile diventa inquieto. Quando infine, a causa del flegma, il cervello si raffredda e si condensa in modo abnorme "ne consegue anche la perdita della memoria". In altre parole, viene descritta una pazzia ancorata all'assetto flemmatico proprio dell'età infantile e caratterizzata da una sintomatologia sostanzialmente negativa, tradita dall'allusione alla tranquillità, che può addirittura aggravarsi con la perdita della memoria (*Male sacro*). Si tratta di un decorso abbastanza vicino a quello della

ebefrenia; il paziente descritto da Ippocrate, commenta Giuseppe Roccatagliata, è una sorta di bambino scialbo e superficiale come l'ebefrenico. Accanto alle analogie fra il sapere umorale e quello contemporaneo vanno, d'altra parte, rilevate innegabili differenze come quelle, a cui si è fatto cenno, che rimandano ad un differente apprezzamento della sessualità. Nel dottrinale ippocratico la sessualità è estranea a quelle argomentazioni eminentemente psicologiche ed etiche che, dopo i secoli cristiani, conferiscono la propria tonalità ad ogni espressione erotica; per Ippocrate, infatti, l'esercizio della sessualità altro non è che una pratica funzionale al mantenimento dell'equilibrio umorale e pertanto, analizzandone il rapporto con le eccedenze di umore acquoso, si limita a commentare: "Coitus morbis ex pituita commodus".

Nel pensiero degli Antichi è, innanzi tutto, un disturbo del flegma che sottende in maniera elettiva il contesto archeologico di quelle aree tematiche che in Kahlbaum ed Hecker, ma anche in Kraepelin, convergono nel configurare

gli aspetti più tipici dell'ebefrenia: l'appiattimento intellettuale ed emozionale (l'ottusità) e la possibile perdita della memoria dovuti ad un disturbo che ha il proprio esordio alla pubertà. Ma nella medicina classica la possibile insorgenza di questi disturbi non viene attribuita ad una esclusiva eccedenza dell'umore acquoso come si può cogliere analizzando il vasto capitolo della malinconia, una diagnosi psichiatrica quanto mai significativa della nosografia umorale. Nella medicina umorale, del resto, la malinconia, dovuta all'azione della bile nera, non allude ad una esclusiva flessione dell'umore ma comprende molteplici disturbi, dalle dispercezioni all'appiattimento della personalità, che oggi rientrano anche in altri disegni sindromici come quelli della serie schizofrenica. Areteo, ad esempio, nota che la pubertà espone al rischio della malinconia ed osserva poi che i malinconici possono cadere "in tale languore e fatuità, che ignari di ogni cosa e immemori persino di sé medesimi, menano vita somigliante alle bestie". Si tratta di un bozzetto certamente aspecifico ma che può ben calzare anche per quei pazienti di cui si sono occupati Hecker e Kraepelin parlando di ebefrenia.

In questo caleidoscopico rimescolamento di sintomi e di interpretazioni patogenetiche, che ora interessano il flegma ed ora la bile nera, non è facile orientarsi e lo stesso linguaggio, con la libertà che gli è propria, non costituisce un riferimento monolitico. E pur tuttavia la riflessione sul linguaggio è di qualche utilità conoscitiva: parole come fatuo, folle, idiota, imbecille, stolto e

vesano (Ferrio), assai frequenti nella letteratura psichiatrica del passato, per quanto dotate di un significato proprio, hanno tutte qualche sfumatura che rimanda all'ebetuto svelando l'importanza di questo tratto psicopatologico.

In sintesi, l'ermeneutica umorale, ora interessando il flegma ed ora la bile nera, si rivela quanto mai dinamica e flessibile ma proprio questa grande plasticità rende arduo il confronto con il sapere contemporaneo. L'umoralismo, in ogni modo, costituisce il più fortunato modello della tradizione medica occidentale anche se lungo tanti secoli di vitalità dottrinale e clinica deve misurarsi con molteplici fattori di rinnovamento che plasmano, trasformano e rivitalizzano l'originario sapere ippocratico. L'umoralismo, in brevi parole, costituisce il fondamentale modello dottrinale sia della medicina classica che di quella medioevale anche se durante il Medio Evo deve convivere ed armonizzarsi con l'antropologia cristiana dove l'anima, ormai disincarnata, è al centro di esplicite argomentazioni etiche. Lungo il Medio Evo, tuttavia, le conoscenze mediche del passato sopravvivono nei classici testi di Galeno e di Plinio ma anche nella sintesi assai stringata del *Regimen Sanitatis Salerni* dove sono descritti i principali temperamenti fra cui quello flemmatico dove si insiste sul "sensus hebes" che, ripetuto ben due volte, ne costituisce il tratto più tipico. L'ebetè è, evidentemente, una figura umana che trascende la precarietà dei protocolli diagnostici.

Con l'età moderna l'interesse per le figure marginali o problematiche che circolano nel mondo della vita si coglie anche al di fuori della clinica e la follia diventa una questione culturale e sociale che affascina letterati e saggisti quali Ariosto, Erasmo o Tomaso Garzoni da Bagnacavallo autore di opere come *Il Teatro de' varij e diversi Cervelli Mondani*, *La Sinagoga de gli Ignoranti*, *L'Hospitale de' pazzi incurabili* dove, pur dichiarando di non aver alcun intendimento clinico, propone un vasto repertorio di figure compromesse con l'abnorme psichico senza dimenticare i "pazzi smemorati, o dementi", gli "stupidi, persi" o i "pazzi scemi" accomunati dalla trasversale ottusità.

Mentre nell'età dell'Umanesimo e del Rinascimento la follia diventa una questione di palese interesse sociale che va ben oltre la clinica, le continue ed incalzanti scoperte anatomiche falsificano progressivamente ed irrimediabilmente l'umoralismo e fanno dell'uomo, dopo la scoperta della circolazione del sangue, una macchina idraulica con la fatale dissolvenza di quella solidarietà fra vissuto ed assetto umorale che sostanzialmente il pensiero ippocratico e galenico. In questo clima, profondamente meccanicista, Malpighi teorizza che "il medico deve curare non le facoltà dell'anima operante" ma semplicemente riparare la macchina di cui l'anima si serve. La psicologia e la psicopatologia sono poste fra parentesi. Autori quali Thomas Willis e Baglivi condividono il punto di vista malpighiano gettando le basi per la moderna ricerca neurofisiologica ma, abbandonando

la psicologia e la psicopatologia, operano senza portare alcun vantaggioso contributo, commenta Zilboorg, ad una reale "comprensione della infermità mentale".

Lungo il '700, tuttavia, in seguito alle scoperte neurofisiologiche di Haller la medicina mentale si rinnova ulteriormente e alla fine del secolo, in un clima fortemente influenzato dal sensismo, inizia l'età della psichiatria specialistica dove le conoscenze sono raccolte osservando, forse per la prima volta in maniera sistematica, quei pazienti che sono oggetto di prolungata assistenza ospedaliera. In opere come quelle di Chiarugi e di Pinel – le prime voci della psichiatria specialistica – il sapere del passato viene effettivamente presentato in una nuova luce. Si tratta di saggi dal differente fondamento dottrinale in quanto Chiarugi (Bonuzzi) è ancorato all'antropologia muratoriana ed è segnatamente attento agli aspetti empirici dell'assistenza, mentre Pinel (Swain) è innanzi tutto un teorico influenzato in maniera profonda della lezione sensista che allora circolava nella cultura francese. In ogni modo, non manca qualche elemento comune ad entrambi: sia Chiarugi che Pinel prestano, infatti, attenzione al rapporto che corre fra le età della vita e il possibile esordio di alcuni disturbi psichici, tentandone una classificazione il più esauriente possibile. Ed al proposito non stupisce l'interesse, tipicamente illuminista, per l'infanzia e per la pubertà in un tempo in cui era forte e diffusa la convinzione che la storia, con vigore giovanile, si incamminasse verso nuovi sentieri compiendo proprio allora i primi passi.

In questo clima dalle vibranti e giovanili pulsioni al rinnovamento, quelle aree tematiche che nella nosografia kraepeliniana convergono nel dare forma all'ebefrenia, valorizzando la pubertà, nell'opera di Chiarugi sono affrontate e discusse nel capitolo riservato all'amenza. L'amenza, "figlia di uno sconcerto gravissimo della fantasia", consiste in uno stato di apatia dovuto ad un disturbo dell'intelletto e della volontà con perdita del tono emotivo e nei casi più gravi può raggiungere quello stato – ricorda Chiarugi – designato come "Stupidità". Il disturbo, dove va valutata con cautela la possibilità di una "funesta ereditaria disposizione", sarebbe dovuto a quelle cause che, inducendo "un grado notevole di durezza, o di lassità", modificano la consistenza dell'encefalo ostacolando il regolare scorrimento del fluido nervoso. E più oltre scrive: "L'Età diversa dell'Uomo rende la fibra in generale diversamente tenace, e resistente: E siccome i Ragazzi mostrano una specie di Fatuità nelle loro azioni per non avere il di loro Cervello acquistate sufficienti nozioni da ragionare; così i Vecchi cadono in una vera Amenza ordinariamente per cagione della perdita della Memoria, e per l'inerzia della Fantasia dependente dall'indurimento della fibra del loro Cervello ... Effetti consimili sono prodotti ... dalla diuturna Mania, o Melancolia, dalla Crapula spesso ripetuta, e dai forti, e diuturni insulti Epilettici; e per questo alle predette malattie succedono le Amenze". L'amenza descritta da Chiarugi ha confini decisamente vasti che comprendono

forme di deficit intellettivo e di deterioramento organico ma anche l'esito di veri e propri disturbi mentali; un esito che in quest'ultimo caso può essere inteso come una sorta di severo e progressivo impoverimento che in qualche modo ricorda il processo kraepeliniano. E pure il cenno alla fatuità adolescenziale richiama il mondo dell'ebefrenia.

Anche Pinel si occupa del rapporto che si può istituire fra le età della vita ed il decorso dei principali disturbi psichici. Osserva Pinel nella *Nosografia filosofica* che le malattie mentali – l'ipocondria, la mania e la melancolia – affiorano per lo più alla pubertà o dopo questo momento. Nel *Trattato sulla mania*, elaborata una tabella statistica sull'età dei ricoverati nel momento dell'accoglienza a Bicêtre, ribadisce poi che l'esordio della "mania indotta da cause morali" non si verifica prima della pubertà. La pubertà, come dimostra l'analisi statistica, viene intesa da Pinel come un vero e proprio crinale per la storia dei disturbi mentali. Si tratta però di un'osservazione per lo meno generica. Pinel, del resto, è un teorico ed un ideologo e non tanto un cultore di psicopatologia clinica. Piuttosto che all'evoluzione delle malattie mentali vere e proprie Pinel, come traspare dalla sua appassionata partecipazione al dibattito sul ragazzo selvaggio del Aveyron, è attento al deficit intellettivo che colpisce l'infanzia e l'adolescenza o al deterioramento che può subentrare ad una severa storia di attacchi epilettici.

La presente rapida e frammentaria carrellata intorno all'ebefrenia, le cui tracce balenano e scompaiono come in un fiume carsico lungo la storia della psicopatologia, pone tanti quesiti di ordine metodologico sulla legittimità, e sui limiti, di ogni confronto fra situazioni cliniche, apparentemente simili, che affiorano in contesti culturali fra loro lontani quando non solo cambiano i modelli di sapere ma si trasforma anche l'interesse per lo stesso disturbo il cui spessore dipende da molteplici fattori personali e sociali. Per venire all'ebefrenia questa instabilità sintattica nell'organizzazione del discorso – se si passa l'espressione - si avverte in maniera palese osservando gli elementi caratteristici che permettono di ordinarne il profilo: si tratta di riflettere sul tempo dell'esordio, sulla sintomatologia e sul traguardo demenziale che, nell'insieme, costituiscono i punti nodali dell'ebefrenia.

La pubertà, chiave di volta fra l'infanzia e la prima giovinezza è un tempo della vita a cui la medicina riserva qualche attenzione fin dall'esordio dell'ippocratismo ma solo nel '700 e nel secolo successivo diventa oggetto di un'osservazione puntigliosa che dà forte rilievo alla maturazione sessuale. Si pensi a Pinel che, commentando la situazione del ragazzo selvaggio dell'Aveyron, si preoccupa per quando alla pubertà si svilupperanno gli organi sessuali con la violenza dei desideri che si manifesta in questa occasione. Alla pubertà, un tempo essenziale per poter parlare di ebefrenia, non è, tuttavia, riservata la stessa continuativa attenzione lungo i

secoli che corrono da Ippocrate a Kraepelin; in altre parole la storia della pubertà non costituisce, per la instabilità dell'interesse che a questo fenomeno viene riservato, una traccia sicura per seguire le orme della ebefrenia nei mutevoli contesti della medicina occidentale.

Anche la sessualità, che della pubertà costituisce un aspetto tanto significativo, è oggetto di interpretazioni quanto mai mosse. Nel pensiero di Chiarugi "la Crapula spesso ripetuta" così come "l'eccesso dei piaceri di Venere" hanno una palese incisività etiopatogenetica nell'induzione dell'amenza dove sembrano confluire, accanto ad altri disturbi, anche quegli esiti di deterioramento che ricordano la demenza ebefrenica. Ma in Kraepelin la masturbazione impulsiva, espressione sessuale tipica di una pubertà problematica, non è tanto una causa quanto piuttosto un sintomo dell'ebefrenia. Nell'umoralismo ippocratico, dove la pratica sessuale è funzionale all'equilibrio degli umori, il suo esercizio viene invece inteso come un provvedimento terapeutico. In breve, lungo la medicina occidentale l'interesse per l'età di Ebe è instabile mentre la valutazione della sessualità è vagamente contraddittoria.

Problematico è anche il riferimento all'ottusità, all'hebetudo. L'hebetudo – un tratto altamente connotante dell'ebefrenia – è sostanziata da toni e sfumature che la rendono piuttosto inafferrabile in quanto riguarda non solo gli aspetti intellettivi ma anche quelli affettivi della vita psichica pregiudicando con questa complessità ogni tentativo di precisione descrittiva.

Ovviamente diverse sono poi le interpretazioni etiopatogenetiche di disturbi analoghi – o, se si preferisce, apparentemente simili – quando questi disturbi vengono interpretati facendo riferimento a differenti modelli neurofisiologici, coinvolgendo ora gli umori ed ora lo scorrimento del fluido nerveo.

E pur tuttavia l'hebetudo, con l'impoverimento personale che può progredire fino al traguardo demenziale, sfida il tempo e si pone come il nucleo ricorrente di teorie differenti che ora valorizzano ed ora trascurano l'età puberale, l'età di Ebe, con tutti i problemi, innanzi tutto sessuali, che connotano questo inquieto tempo della vita.

La storia, in vero un po' acrobatica, dell'ebefrenia invita a pensare che con le stesse note possono essere elaborate melodie vagamente simili, accomunabili dal basso profilo della musica; o, se si preferisce, si può dire che con le stesse tessere si possono costruire sbiaditi mosaici dai contorni assai poco netti dove dominano il grigio e la povertà del contenuto.

In medicina si può fare la storia dei segni ma in psicopatologia, dove i segni patognomonici non hanno diritto d'asilo, bisogna accontentarsi di guardare ai sintomi, elementi dolenti di una sintassi sindromica che si rivela estranea ad ogni stabilità.

* *Docente di Storia ed indirizzi della psicoterapia, COIRAG – Istituto di Padova*



BIBLIOGRAFIA

1. Alzheimer A., Fischer O., Bonfiglio F., Kraepelin E., Perusini G., *The early story of alzheimer's disease*, a cura di Bick K. – Amaducci L. – Pegen G., Padova, Liviana Press, 1987.
2. *A psychiatric glossary*, a cura di American Psychiatric Association, Washington, 1980, p. 47.
3. Areteo di Cappadocia, *Delle cause, dei segni e della cura delle malattie acute e croniche*, trad. Puccinotti F., Livorno, Bertani Antonelli e c., 1843, p. 28-29.
4. Ariès Ph., *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna*, trad. Garin M., Bari, Laterza, 1968, p. 24-31, 306-309.
5. Bleuler E., *Trattato di psichiatria*, a cura di Bleuler M., trad. Mainoldi C., Milano, Feltrinelli, 1967, p. 471.
6. Bonuzzi L., *Brevi note introduttive al pensiero e all'opera di Vincenzo Chiarugi*, in Chiarugi V., *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico. Con una centuria di osservazioni*, a cura di Andreoli V. e Bonuzzi L., Roma, CIC, 1991, p. XXI.
7. Celso A. C., *Della medicina*, lib. III cap. XVIII, trad. Del Lungo A., Firenze, Sansoni, 1985, p. 156.
8. Chiarugi V., *Della pazzia in genere e in specie etc.*, cit., p. 224-227.
9. Esiodo, *Catalogo delle donne*, 106.
10. Ferrio L., *La fortuna di un vocabolo: alienato*, in *Scritti in onore del prof. A. Pazzini in occasione del XXX anno di laurea*, Torino, Minerva Medica, 1954, p. 119.
11. Forcellini Ae., Furlanetto J., De Vit V., *Hebeo*, in *Totius latinitatis lexicon*, Prato, 1865, III, p. 271.
12. Garrabé J., *Storia della schizofrenia*, a cura di Alessandrini M., Roma, Edizioni Scientifiche Magi, 2001.
13. Garzoni da Bagnacavallo T., *Il theatro de' varij e diversi Cervelli Mondani*, in *Opere*, Venezia, Maglietti, 1605, p.15.
14. Garzoni da Bagnacavallo T., *L'Hospitale de' Pazzi incurabili*, in *Opere*, cit., p. 30, 35, 39.
15. Gliozzi M., *Amici, Giovanni Battista*, in *Scienziati e tecnologi dalle origini al 1875*, Milano, Mondadori, 1875, I, p. 41.
16. Hecker E., *Die Hebephrenie*, «Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin – Herausgegeben von Rudolf Virchow», 52 (1871), p. 394-429.
17. Hildegard von Bingen, *Heilkunde*, a cura di Schipperges H., Salzburg, Otto Müller, 1957, p. 220.
18. Hippocratis *De morbis popularibus*, lib. VI, sec. V, in *Opera*, a cura di Marinelli J., Venezia, Valgriso, 1575, fo. 145 r.
19. Ippocrate, *Il regime*, I, 33, in *Opere*, a cura di Vegetti M., Torino, UTET, 1976, p. 302-3303.
20. Ippocrate, *Male sacro*, 5, 17, 18, 20, in *Opere*, cit., p. 302, 311-314.
21. Jaspers K., *Psicopatologia generale*, trad. Priori R., Roma, Il pensiero scientifico, 1964, p. 482.
22. Kraepelin E., *Compendio di psichiatria*, trad. Brugia R., Milano, Vallardi, 1886, p. 13, 16, 47-48.
23. Kraepelin E., *Memorie*, a cura di Kantzas G. e P., Pisa, ETS, 1989, p. 23, 40, 70, 89.
24. Kraepelin E., *Dementia praecox*, a cura di Kantzas G. e P., Pisa, ETS, 1989, p. 56, 61, 100, 138, 226, 23
25. Lazzeroni R., *Il bere e il mito dell'immortalità fra India e Grecia*, in *Storie del vino*, a cura di Scarpi P., Milano, Diapress, 1991, p. 29.
26. Leibbrand W., Wettley A., *Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie*, Freiburg / München, Verlag Karl Alber, 1961, p. 562-565.
27. Malpighi M., *Sugli studi dei medici moderni*, in *Opere scelte*, a cura di Belloni L., Torino, UTET, 1967, p. 516.
28. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, a cura di Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R., Milano, Masson, 2001, p. 343.
29. Mazzocca D., *Ebe*, in *Antonio Canova*, Venezia, Marsilio, 1992, p. 270.
30. Pausania, *Guida della Grecia*, II, 17, *La Corinzia e l'Argolide*, a cura di Musti D., e Torelli M., Vicenza, Mondadori, 1986, p. 107.
31. Peters G., *Patologia del sistema nervoso*, a cura di Curri S., Firenze, Sansoni, 1955, p. 227 e seg.
32. Pinel Ph., *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris, Crapelet, an VI, II, p. 10,
33. Pinel Ph., *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie*, Paris, Richard Caille et Ravier, an IX, p. 107-109.
34. Pinel Ph., *Relazione presentata alla società degli Osservatori dell'Uomo sul ragazzo noto sotto il nome di selvaggio dell'Aveyron*, in *Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron, Pedagogia e psichiatria nei testi di I. Itard, Ph. Pinel e dell'Anonimo della Décade*, a cura di Moravia S., Bari, Laterza, 1972, p. 160, 162.
35. *Regimen Sanitatis Salerni*, LXXXVIII, in *Medicina medievale*, a cura di Firpo L., Torino, UTET, 1971, p. 125.
36. Roccatagliata G., *Considerazioni sulla dementia praecox nel suo cammino attraverso i secoli*, Pisa, ETS, 1991, p. 19.
37. Schneider K., *Psicopatologia clinica*, trad. Callieri B., Firenze, Sansoni, 1966, p. 65.
38. Shorter E., *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al prozac*, a cura di Mencacci C., Milano, Masson, 2000, p. 100-101.
39. Swain G., *Le sujet de la folie – naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977.
40. Tanzi E., *Trattato delle malattie mentali*, Milano Società Editrice Libreria, 1905, p. 584.
41. Zilboorg G., Henry G. W., *Storia della psichiatria*, trad. Edwards M., Milano, Feltrinelli, 1963, p. 231.

A. Scala*

La metastasi urbana ed il disagio esistenziale

All'inizio del terzo millennio che ne è della profezia di Mumford: le nostre città, trasformate da polis a metropoli, diventeranno megalopoli e per ultimo necropoli? (fig. 1).

È una realtà che oltre due miliardi e mezzo di uomini hanno scelto la metropoli per vivere; per di più una massa di diseredati abbandona le campagne premendo alle porte della città nella speranza di trovare una vita migliore; in realtà trova soltanto emarginazione e disperazione. E tuttavia la conferenza mondiale dell'ONU ad Istanbul (giugno 96) ha sancito per la prima volta che la casa è un diritto umano irrinunciabile.

Abbiamo tutti diritto ad una casa, ad una dimora, ma dove?

Come ricorda Luc Thorè l'uomo è fatto per la città a condizione che la città sia fatta per l'uomo. Ma le città di oggi sono a misura d'uomo?

E qui nasce il primo problema: sul piano dell'estensione geometrica quale è la giusta misura di una città ideale?

La risposta è difficile se mettiamo a confronto 2 tesi contrastanti: 1) la prima (Thorè) afferma: "la piccola città e non la grande dà origine ad un conformismo prolisso, maligno ed autoevirante. La metropoli invece è un ambiente culturale straordinariamente ricco ed eccitante, ove le possibilità educative sono numerose grazie alla varietà delle situazioni, degli incontri e delle istituzioni culturali"; 2) la seconda è la tesi dell'antropologo Eibl-Eibesfeldt che sostiene che l'uomo è fatto per il piccolo gruppo, per la tribù in cui tutti si conoscono e nella quale si è svolta la maggior parte della sua evoluzione. È inadatto invece alla convivenza anonima imposta dalla società urbana del ventesimo secolo.

Fig.1



Fig. 2

L'uomo diventa dunque estraneo ed ostile quando si trova a vivere in un grande agglomerato e da questo punto di vista la metropoli è generatrice di violenza. (G.M.Pace recensendo J: Eibl-Eibesfeldt in Repubblica del 1/2/94).

Grande o piccola che sia è certo che la città è in crisi quale luogo dell'abitare. Tale crisi viene di solito attribuita alla civiltà industriale che ha compor-



tato “un aumento della mobilità urbana a favore della produttività, ma a scapito delle relazioni socializzanti, nonché all’instaurarsi di processi che non favoriscono il coesistere armonico di cose e persone, anzi sembrano assecondare una frantumazione disorientante della società e dello spazio di vita” (Riboldazzi in: Paesaggio urbano 2/96, recensendo il saggio di Consonni).

Negli ultimi decenni, parallelamente alla crisi della città, si è sviluppato lo studio della psicologia ambientale.

Uno dei filoni di ricerca della psicologia ambientale è lo studio dei rapporti tra struttura dello spazio e comportamento umano. Lo spazio viene studiato sia sul piano quantitativo (vedi ad es. spazio e comportamento aggressivo (fig. 2) , o il concetto di “sovraccarico ambientale”), sia sul piano qualitativo. “Con lo spazio abbiamo un rapporto di tipo affettivo, lo spazio è parte di noi stessi, lo spazio in quanto luogo contiene le radici emotive, affettive, e comunque mentali degli esseri umani” (Scuri).

In altri termini il vissuto spaziale è una componente essenziale delle nostre radici, la nostra stessa identità personale è anche identità spaziale, se è vero che spazio, tempo e relazione sono i tre parametri fondamentali della nostra “presenza al mondo”, e che essere, avere, appartenere sono le tre dimensioni fondamentali con cui questa presenza si realizza.

Ora la dimensione dell’appartenere ha una indubbia connotazione spaziale: noi apparteniamo ad un luogo che è il punto di riferimento delle nostre radici culturali, antropologiche, simboliche, linguistiche (fig. 3) e così via. Questa appartenenza non solo ha luogo nel senso della dipendenza, dei legami che ci legano al territorio fonte delle nostre radici, ma anche in un senso attivo di dare la propria impronta, di esercitare la propria creatività, di appropriarci dello spazio non nella dimensione del possesso ma in quella di lasciare tracce significative della propria presenza. È il concetto di “spazio appropriabile” di H. Lefebvre. Si realizza questa “appropriazione” dello spazio, nel senso di dare la propria impronta, nella città di oggi, o il cittadino si sente fuori posto in un ambiente che non sente legato alle proprie tradizioni e privo di ogni carattere di

leggibilità? Come ricorda Dorfles basta avventurarsi nelle nostre periferie per rendersi conto della quasi totale assenza di ogni “semantizzazione urbana”. (fig. 4 e 5).

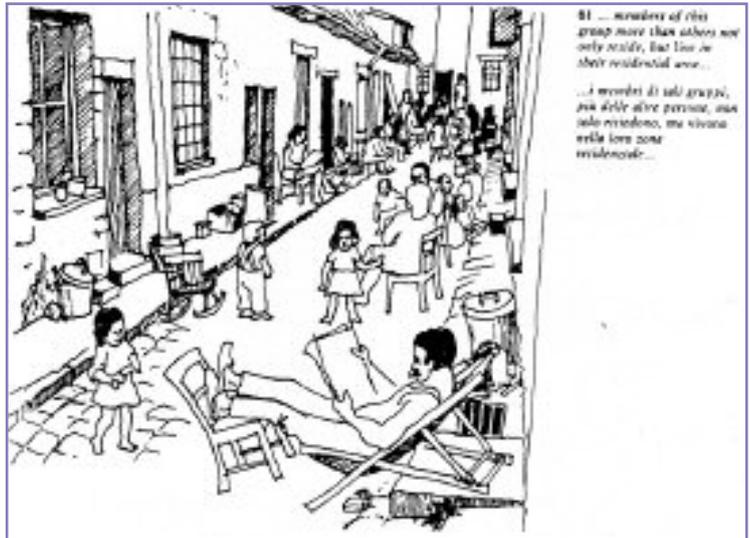


Fig. 3



Fig. 4

Periferia e tumore

- Tra l'immagine della periferia urbana e quella del tumore – afferma K. Lorenz – esistono evidenti analogie; nelle zone devastate dal tumore o dalla tecnologia moderna il quadro è dominato da un esiguo numero di strutture estremamente semplificate. Ai margini dei centri urbani di tutti i paesi civilizzati sorgono centinaia di migliaia di abitazioni di massa che si distinguono fra loro solo per i loro numeri civici; esse infatti non meritano il nome di casa dal momento che tutto al più si tratta di batterie di stalle per “uomini di lavoro” chiamati così proprio per analogia con i cosiddetti “animali da lavoro”.
- L'allevamento di galline livornesi in batterie viene giustamente considerato una tortura per gli animali ed una vergogna della nostra civiltà. L'applicazione dei metodi analoghi all'uomo è invece considerata del tutto lecita, anche se proprio l'uomo sopporta meno di tutti questo trattamento che è disumano nel vero senso della parola.

Fig.5

In queste condizioni viene meno ogni possibilità di “*memorizzazione affettiva*” da cui dipende il legame tra l’uomo e la città. Uno spazio emozionalmente vuoto è uno spazio esistenzialmente vuoto, cioè è lo spazio di chi non esiste (Cargnello). Siamo dunque in presenza di una città “*afasica*”, che non permette cioè il radicamento e l’appropriazione emotiva dello spazio (la “*memorizzazione affettiva*”), che non riesce più a comunicare ed a trasmettere messaggi, che non facilita la comunicazione e la vita comunitaria ma costringe all’anonimato, alla solitudine (la “*folla solitaria*” di Riesman), che viene meno a quella che Meyer considera la quintessenza della città, ossia la comunicazione umana. Da questo punto di vista ha ragione Mumford: le nostre città non sono più comunità ma mucchi di uomini. In effetti la periferia urbana è non-città. In particolare il prevalere di un impianto urbanistico di tipo lineare sulla tradizionale pianta circolare delle vecchie città ha eliminato il “centro”, cosicché è venuta meno quella che Lefebvre considera la caratteristica principale del “diritto alla città”, ossia “*il diritto alla centralità*”, il centro cioè quale luogo principale di scambi e di incontri.

La mercificazione e la dilatazione dello spazio urbano ha fatto sì che si perdesse quel luogo, il centro della città appunto (fig. 6 e 7), che aveva la capacità di rappresentare simbolicamente la vita della città. Uno spazio privo di valori simbolici è anche uno spazio estraneo, che non realizza il sentimento di “*appartenenza*” e quindi determina molto spesso fenomeni di rifiuto e di vandalismo. In definitiva ci sembra che vada recuperato il ruolo simbolico del “centro” nell’impianto urbanistico dei nuovi quartieri, così come a scala urbana va rivalutato il ruolo simbolico del centro storico, da intendersi quale “*mediatore simbolico*”, quale quartiere necessario alla vita emotiva ed affettiva della città.

In sintesi: in primo luogo va sottolineata la superficialità dell’uomo metropolitano, nel senso proprio del “*vivere in superficie*”: schiacciato come è dalla velocità, dalla mobilità, dalle attrattive dei bisogni e dei consumi l’uomo non ha più la capacità di “*dimorare*” nel senso heideggeriano del termine (“*Abitare è la proprietà essenziale dell’esistenza*” afferma Heidegger). Ma dimorare in un luogo significa anche coglierne i significati profondi, vivere in sintonia con i valori, i miti, la memoria che esso esprime, far proprie le radici emotive ed affettive dei luoghi stessi.

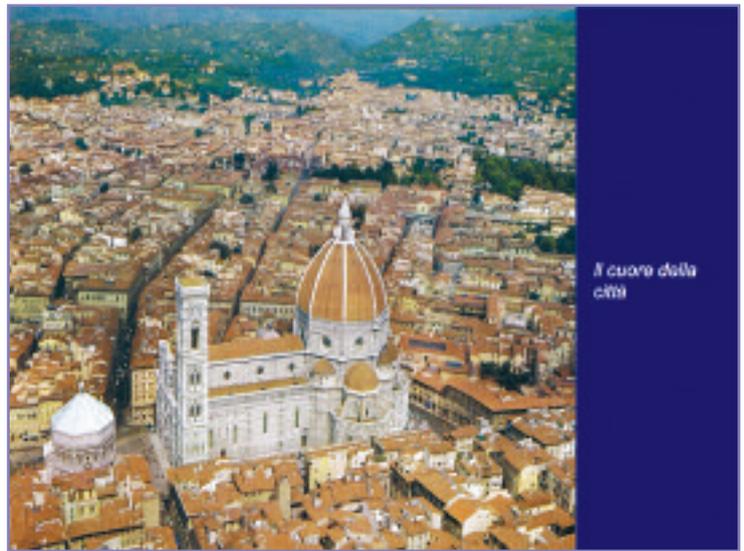


Fig.6

“Il problema dell’abitazione – afferma Salvatore Veca – non può credersi risolto con il semplice avere una casa. La questione è *sentirsi a casa*, avere una residenza emotiva per il proprio sé, fare in modo che la domanda di riconoscimento e autoriconoscimento non resti inevasa, come succede in certe periferie urbane o nelle favelas”. (intervista a IL MATTINO 11.1.2007).

Interessante ci sembra a questo proposito citare quanto afferma G. Della Pergola (Testimonianze n.357, luglio sett. 93, recensendo il saggio di F. La Cecla : “*Mente locale: per un’antropologia dell’abitare*”, Eleutheria, Milano, 1993): “Per ognuno di noi è stato necessario un lungo tempo perchè un certo luogo, tra i molti possibili, potesse diventare quello “*eletto*”.

A lungo abbiamo dovuto abitare un certo luogo perchè quel posto diventasse “*dimora*”. Un sorta di conoscenza specializzata, specifica, reiterata, a lungo consolidata s’è dovuta sviluppare perchè la dimora potesse diventare l’origine della nostra prospettiva conoscitiva del mondo. Gettare via quell’origine in nome di compatibilità funzionali e territoriali è quindi perdita di memoria e di conoscenza. Il disagio della civiltà tecnologica ha un suo costo. Quell’intrigo che congiunge la lingua ai luoghi, alla loro percezione (visiva, mnemonica, olfattiva, linguistica...) è parte stessa della nostra identità: il punto misterioso che congiunge in noi la storia e l’autobiografia; l’essere e il suo necessario correlato sociale”..

Dicevamo in precedenza della difficoltà di realizzare il sentimento di appartenenza nelle città odierne diventate “*sempre più uffici di smistamento di appalti e di beni finanziari alle imprese*”, “*città de-*

gli oggetti al posto della città delle opere, dove tutto è merce, dove tutto è scambio”.

“La città - prosegue P. Barcellona - diventa *agglomerato urbano*. L'intronizzazione della merce e della logica del consumo sfrenato ha ormai istituito il primato del desiderio senza confini: il rapporto con l' "altro" è stato abolito” (fig.8).



Fig. 7



Fig. 8

Il primo grande problema della città di oggi è dunque quello della perdita dell'identità. Una città trasformata in un agglomerato urbano in continua espansione, una città che si trasforma in una sterminata periferia. Viene meno la leggibilità, la percezione dei luoghi, la visibilità è ridotta al visibile, si coglie cioè tutto al più la forma (quando essa non è unicamente amorfa e ripetitiva) ma non l'anima, *il genius loci*.

Ecco la città labirinto, senza neanche il filo di

Arianna, dove le strade non portano in nessun luogo, a differenze delle arterie delle città del secolo scorso che partivano ed arrivavano al cuore della città. Qui si allaccia il problema delle periferie, degradate a luoghi incompleti, senza vita per molte ore della giornata, con specializzazioni funzionali imposte e per ciò stesso inautentiche.

La salute della città, come quella del corpo - ricordava U. Galimberti (Repubblica 14/3/96)- sta nel giusto equilibrio delle pluralità dei centri organici.

Non possiamo ridurre le nostre città a sterminate periferie senza più un centro storico, nè possiamo limitarci a vitalizzare ed abbellire i centri storici, abbandonando le periferie ad uno squallore inesorabile. In diverse città - ricorda G. Fofi (Repubblica 9/9/95)- abbiamo un centro senza anima ed una periferia senza anima. Il centro si riempie solo nel week end ed ha il solo ruolo simbolico di ospitare le banche, mentre dovrebbe essere capace di consentire momenti di socialità. La vera periferia - continua Fofi - è solo quella che sa far germogliare le differenze umane. “Amo Napoli anche nei suoi quartieri distrutti e magari violenti, ma che hanno una propria storia e soprattutto che ospitano una pluralità di ceti sociali: i mezzi ricchi, i mezzi poveri, i poveri assoluti...Dove invece, come per esempio a Scampia, viene deportata un'umanità dello stesso ceto, c'è solo autodistruzione. Non più differenze, non più contraddizione nè curiosità dell'altro. Quindi non più confronto. Ecco la vera periferia, nel senso peggiore del termine: quella dove regna l'omogeneità, il ghetto di gente tutta uguale. E questo vale anche per le periferie dei ricchi, per le Milanofiori e le Milanodue, per quei quartieri americani raccontati dal cinema degli anni cinquanta e sessanta abitati da impiegati tutti uguali, tutti bianchi, tutti con la mogliettina e il garage”.

In altre parole le nostre città (centro e periferia) vanno trasformandosi in una serie di ambienti che Marc Augè definisce *non-luoghi*. I luoghi, secondo Augè, sono quelli della memoria, antropologicamente considerati come costruttori di identità, di relazioni, di storia. I non-luoghi sono i luoghi di transito, le tangenziali, le autostrade, le stazioni, le sale di attesa degli aeroporti, i supermercati, gli ospedali, i grandi alberghi. “la ripetizione sembra dominare questi spazi della surmodernità, spazi dove la solitudine si trasforma in monotonia e vi si in-

sedia l'angoscia dell'abbandono" (M. Belpoliti, L'Indice dei libri, giugno 1994).

Concludendo ci sembra che i problemi dell'identità dei luoghi e del senso di appartenenza rappresentino quelli di maggior rilievo nel rapporto tra l'uomo e la città, e sono oggetto di acceso dibattito fra gli studiosi.

La Carta di Megaride

Non a caso la Carta di Megaride 94, sottoscritta da architetti, urbanisti e studiosi di tutto il mondo, riportante i principi fondatori della città della pace e della scienza, della città cablata del XXI secolo, si sofferma sul problema delle operazioni di recupero e di ri-funzionalizzazione orientate al riuso dell'esistente e al ripristino del valore semantico dei luoghi.

Il principio VIII° ad es. esamina il problema della *sicurezza*.

"L'assenza di sicurezza delle nostre città deriva anche dalla mancanza di riferimenti significativi e, quindi, dalla impossibilità di riconoscersi in luoghi privi di identità. La carenza di Architettura e di spazi urbani qualificati, che caratterizza molte delle città nuove, implica paesaggi urbani uniformi, privi di quei significanti di cui gli uomini necessitano per potersi orientare. Orientarsi in uno spazio urbano equivale a ritrovare in un luogo messaggi evocatori di esperienze già vissute, magari altrove; equivale a riconoscere i segni che le architetture evocano ed a riconoscersi negli spazi che esse compongono. Orientarsi in un luogo urbano significa che quel luogo ha un'identità, riconoscersi in esso significa che quel luogo emana valori semantici. La città deve essere la rappresentazione scenica della cultura e della società".

Il principio IX° infine ricorda che la Nuova Architettura deve produrre manufatti capaci di andare oltre la mera efficienza funzionale. Essa deve contribuire a realizzare una città bella che soddisfi non solo le esigenze materiali, ma che rifletta il mondo interiore dei suoi abitanti.

Come si vede siamo ad un punto critico. Come dice Morin "la complessità dei problemi di questo mondo ci disarmo. Perciò dobbiamo riarmarci intellettualmente imparando a pensare la complessità. La riforma di pensiero è un problema chiave, antropologico e storico. Nella storia dell'umanità le responsabilità del pensiero e della cultura non sono mai stati così enormi". In una condizione di "agonia planetaria" dove il "mito dello sviluppo" ha

prodotto la "nuova barbarie" dobbiamo aprire gli occhi e renderci conto che la Terra ("Terra-Patria" è il titolo del libro di E. Morin) è in pericolo: il nemico è in noi stessi, non solo nei nostri egocentrismi ed etnocentrismi, ma nel nostro modo di pensare. La riforma di pensiero propugnata da Morin è quella che genererà un pensiero del contesto (ricercare sempre la relazione di inseparabilità e di inter-retroazione tra ogni fenomeno e il suo contesto e di ogni contesto con il contesto planetario: dobbiamo pensare in termini planetari) ed un pensiero del complesso (un pensiero che colleghi ciò che è disgiunto e compartimentato, che rispetti l'eterogeneità pur riconoscendo l'unità, che cerchi di discernere le interdipendenze, vale a dire anche la necessità di un pensiero multidimensionale ed ologrammatico). (E. Morin, Il Mattino, 18/11/95).

Ora dobbiamo chiederci: la città moderna accetta il pensiero del contesto ed il pensiero del complesso o non è piuttosto basata sulle separazioni, sulle segregazioni, sulle parcellizzazioni dell'esistenza e delle funzioni? Da che cosa o da quali caratteristiche il viaggiatore o il turista riuscirebbero a percepire il carattere unitario di quel luogo, il *genius loci*?

In conclusione credo che non possiamo non accogliere l'invito profetico di E. Balducci: "La città delle contrapposizioni è finita, occorre abbattere le barriere, quelle urbanistiche e quelle culturali, e le due cose vanno insieme più di quanto non sembri. L'umanità del domani lo esige, non parlo dell'imperativo etico che pure è un rispettabile imperativo, ma in nome dell'imperativo biologico, cioè della logica di sopravvivenza. E quando l'imperativo etico arriva a coincidere con l'imperativo biologico o c'è una svolta nell'uomo oppure muore".

È stato detto che oltre che di pietre e di mattoni le città sono fatte di persone e sentimenti (J.A. Juncà Ubierna, Paesaggio urbano n.2 /96), e ciò deve portarci a riscoprire l'essenza della città e cioè *l'abitare insieme*, ossia un abitare nutrito di socialità, che crei una rete continua di spazi di relazione.

L'esempio tipico che la città storica ci ha consegnato è la *piazza*; forma archetipa e antropologica della civiltà occidentale, luogo per guardare ed essere visti, ponte fra terra e cielo, spazio che coinvolge quei rapporti verticali e orizzontali che - come ricorda Consonni - Carlo Cattaneo mette in stretta relazione alla loro propensione socializzante. L'obbiettivo -continua Consonni - è quello di ripristinare una *spazialità porosa e permeabile* così che la città torni ad essere "femmina, gentile, ospi-

tale” (Riboldazzi), (Fig. 9, 10, 11).

La Psicopatologia non può non essere d'accordo; *la città-grembo*, l'oikos-utero dovrà di nuovo contenere e dare un senso alle nostre angosce ed ai nostri sogni (fig. 12).



Fig.9



Fig.10

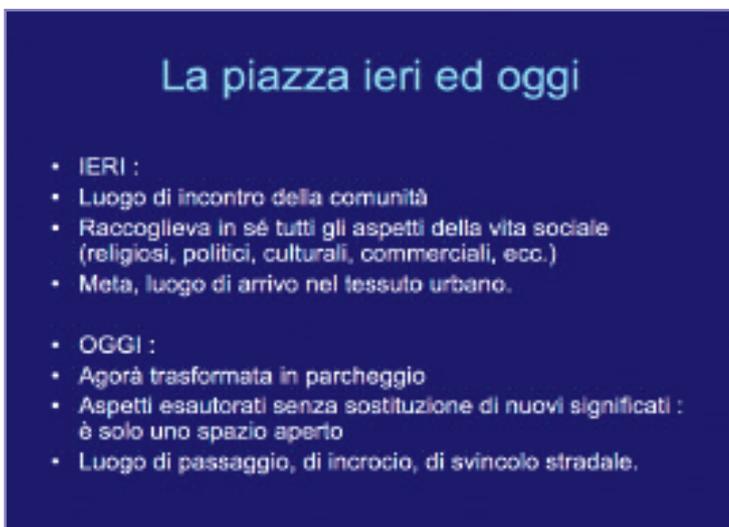


Fig. 11



Fig. 12

La crisi della modernità

In definitiva crediamo che sia risultato sufficientemente chiaro che tra l'uomo e la città vi siano dei legami profondi e delle significative analogie.

Non potrebbe essere diversamente: sono entrambi organismi viventi. Sia per l'uomo che per la città valgono i parametri fondamentali della Presenza: Spazio, Tempo e Relazione.

Sì anche la relazione se è vero che l'uomo più che Esserci è un Essere-con, se è vero che la città è "una comunità di uomini con interessi comuni che comunicano tra di loro"(Weber). Che anzi qui potremmo rintracciare uno dei motivi principali della crisi dell'urbanistica moderna: la dissociazione, come ricorda Amalia Signorelli, tra i tecnici per i quali la città è *spazio delle funzioni*, ed i cittadini per i quali la città è *spazio delle relazioni*.

Le analogie tra l'uomo e la città sono rintracciabili in campi diversi. Un esempio è quello della salute e della malattia.

Sul piano della salute analogie possiamo riscontrare ad es. tra la schizofrenia dell'uomo e la schizofrenia della città. Che cosa è la malattia schizofrenica per l'uomo se non la frantumazione, la dissociazione dell'individuo, la perdita dell'identità e dell'appartenenza, la incapacità di stare al mondo con dignità ed adeguatezza esistenziale?

Ebbene la città di oggi non è forse ugualmente frantumata, dispersa, priva di una sua identità che la renda leggibile e riconoscibile, priva dell'antica dignità e specificità che per secoli l'ha contraddistinta?

La città di oggi, l'immensa megalopoli, non ha più confini precisi ma va diluendosi in una sconfinata ed amorfa periferia; anche la schizofrenia è in primo luogo il dilatarsi prima e la perdita poi dei confini dell'io, di un io che non ha la capacità di contenere una Realtà sempre più tumultuosa e confusa. Potremmo continuare a lungo con le analogie tra le due schizofrenie, ma ciascuno di noi potrà aggiungere una tessera nel mosaico. Certo è che l'attuale "periferizzazione" delle nostre città ha obnubilato l'identità della città ed il suo rapporto con la storia, la tradizione, i miti. Essa è troppo spesso un agglomerato di "non-luoghi" (Marc Augé) più che un luogo costruttore di identità, di relazioni, di storia. In un clima siffatto di agonia dell'uomo e dei suoi luoghi di vita domina sovrana la violenza delle cose. "Le cose -meglio dovremmo dire le merci in quanto ad esse si accede attraverso il denaro - prendono il posto degli uomini, anche essi ridotti a cose. La valorizzazione del mondo delle cose è direttamente proporzionale alla svalorizzazione del mondo degli uomini. La dignità e centralità dell'uomo, l'essenza dell'umanesimo, è gravemente minacciata" (G. Marotta, *IL MATTINO* 18/8/95). Tuttavia da vari segni premonitori possiamo dire che siamo forse alle soglie di un nuovo umanesimo, alla riscoperta del senso dell'umano.

La Modernità è in crisi perché sono in crisi i suoi miti: il mito dell'onnipotenza della scienza, il mito del progresso, il mito dell'universalismo della cultura. A proposito di quest'ultimo dobbiamo convenire con S. Latouche che "l'occidentalizzazione del mondo", lungi dall'essere la tappa finale della civilizzazione dei popoli della terra, costituisce oggi la più grande minaccia alla sopravvivenza della civiltà, nella misura in cui il termine civiltà ha finito con il coincidere unicamente col termine mercato.

Ed ecco affacciarsi agli occhi dell'uomo contemporaneo quella che gli psicopatologi chiamano la sindrome della fine: l'assenza della speranza, la mancanza del progetto, la sottrazione del futuro. Ne è testimone il grande disagio esistenziale del mondo giovanile.

L'ecologia della diversità

L'esperienza dei limiti mette d'ora in poi un freno alle aspettative dell'uomo prometeico sulle magnifiche e progressive sorti dell'uomo (il mito del Progresso). Dopo "I limiti dello sviluppo", titolo del rapporto del Club di Roma, oggi parliamo di "sviluppo dei limiti", ossia di uno sviluppo capace di

sviluppare anche limiti, da considerare non ostacoli o barriere ma risorse (vedi il discorso di G. Ruffolo). Il limite come risorsa è il capovolgimento dei sogni dell'homo faber, ed ha un grande valore simbolico. Ci avvicina al discorso dell'etica della responsabilità verso la natura (ecologia), e dell'etica della solidarietà verso gli uomini, cioè alla propugnata coscienza planetaria.

"Pensiero ecologizzato e pensiero complesso - afferma Mauro Ceruti in un saggio dal titolo: "Il pluriverso delle culture del pianeta" (Testimonianze n. 392, marzo-aprile 97) - finiscono per identificarsi e per mostrare la via di accesso ad una nuova etica della nostra condotta verso il pianeta, un'etica della solidarietà che corrisponde al nucleo sapienziale e spirituale dell'aspirazione alla civiltà planetaria. E più avanti conclude: "In questa *ecologia delle culture* e in questa pratica di condivisione e coevoluzione delle tradizioni terrestri troviamo il messaggio più radicale e fecondo della nascente consapevolezza planetaria: un messaggio che non è più solo di tolleranza delle diversità ma di coinvolgimento di ciascuna diversità nel pluriverso delle culture del pianeta. È in questa *ecologia della diversità*, in questa *eco-sofia* inedita, l'aspirazione più profonda di una civiltà planetaria intesa come ideale di convivenza e di unità nella proliferazione di culture, di tradizioni, di storie".

In una siffatta *ecosofia* quale sarà il ruolo della metropoli del futuro? La metropoli è stata per tradizione il crocevia delle razze, il luogo di incontro e di amalgama di popolazioni di origine diversa. Sotto questo aspetto non dovrebbe essere difficile far proprio il discorso di Ceruti: le città non devono essere luogo di scontri tra gruppi etnici e di sopraffazione di un gruppo sugli altri. "Occorre elaborare un pensiero che si fondi non già sulla riduzione delle differenze culturali, quanto sulla loro messa in relazione e sulla loro reciproca coevoluzione". In altri termini occorre passare dalla tolleranza alla coevoluzione delle diversità: *la coscienza planetaria come unitas multiplex culturale*. "È necessario che unità e diversità non siano più concetti separati e conflittuali ma i due poli con cui si costruisce una medesima entità". Ecco "le nuove regole di convivenza che non sommergono le diverse identità, ma che nemmeno le tengono isolate le une dalle altre".

Imparare ad abitare

Alla luce di queste considerazioni e tornando lì da dove siamo partiti quale saranno i rapporti tra l'uo-

mo planetario e la città del futuro?

Abbiamo ricordato il pensiero di Heidegger: Abitare è la proprietà essenziale dell'esistenza. Abitare, non "vivere in": il detenuto ad es. vive in carcere ma non abita il carcere. "La vera crisi dell'abitazione - abbiamo citato da Heidegger - risiede nel fatto che i mortali sono sempre alla ricerca dell'essenza della abitazione e che devono prima di tutto imparare ad abitare".

Che vuoi dire imparare ad abitare?

In primo luogo *abitare se stessi*. Quante volte si cambia luogo di residenza per fuggire da se stessi più che da luoghi inospitali (vedi la recensione di L. Forte al romanzo di A. Mitgutsch "Straniera ovunque", recensione dal titolo : Sarai straniera ovunque se non abiti te stessa. Tuttolibri- La Stampa. 29/8/96).

In secondo luogo abitare si identifica con Essere con, come a dire con *abitare gli altri*. In principio era la relazione, secondo la felice espressione di Sergio Moravia. Ed allora non occorre un 'montaggio sociale' pilotato (imposto) dall'Alto, ma il cittadino deve naturaliter essere disponibile all'incontro in un rapporto paritario senza pregiudizi.

In terzo luogo *abitare la natura* con tutto quello che ciò comporta in termini di rispetto dei luoghi, di rapporto con il paesaggio e con le risorse naturali.

In quarto luogo *abitare la complessità*, sentirsi cioè non membri di una tribù ristretta ed in lotta con le altre, ma accettare le appartenenze multiple fino a sentire che la nostra patria è il mondo (la Terra-Patria di Morin).

Ovviamente anche le città dovranno essere multiple, dovranno cioè permettere l'identità ed il senso di appartenenza dei propri abitanti, dovranno favorire le appartenenze multiple, dovranno consentire l'incontro ed il dialogo.

Non l'uniformità all'infinito di sterminate periferie ma la molteplicità di luoghi, ciascuno con la propria fisionomia unica e riconoscibile, affinché molteplicità ed individualità possano coesistere e fecondare la vita.

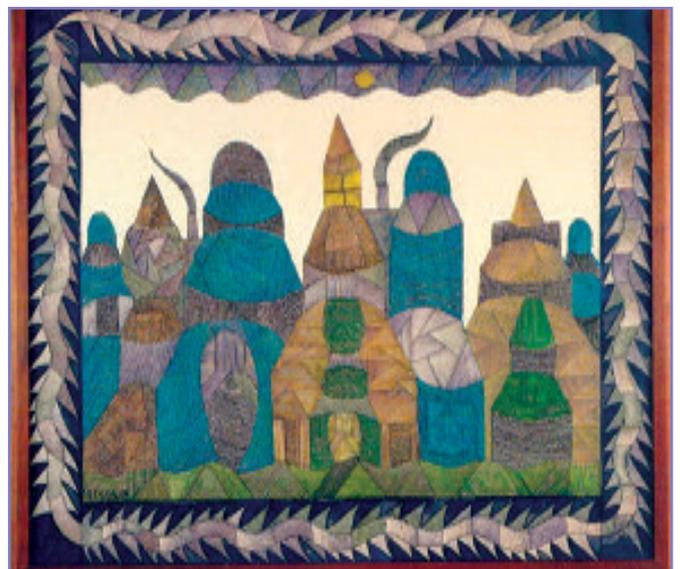
In definitiva quale è la Qualità di vita in una città che ha fatto dell'ipertrofia e del "successo" urbanistico la sua bandiera con inevitabili conseguenze sull'identità spaziale dell'uomo, considerato che lo spazio vissuto è parte integrante della nostra identità? Il "successo" di una città ha soltanto una dimensione quantitativa a tutto scapito della qualità? Negli ultimi decenni la Psicopatologia, e la Psicologia ambientale in particolare, ha affrontato il pro-

blema dello spazio vissuto anche da un punto di vista dell'architettura e dell'urbanistica e per ultimo si è affacciato sul palcoscenico della vita un movimento culturale che ha preso il nome di *geografia emozionale*, movimento da considerarsi come una risposta all'architettura globalizzata, staccata dai luoghi e dalla storia.

Un ritorno alle sensazioni, alle emozioni, alla memoria storica nel tentativo di creare un intreccio indissolubile tra i luoghi dell'anima e l'anima dei luoghi : la città ha un posto nel nostro cuore.

A tale proposito ci sembra fondante il pensiero di Paul Sivadon : "Se gli psichiatri vogliono favorire la costruzione di personalità ben ordinate, armoniose, solide ed attraenti, dovranno rivolgersi a coloro che hanno il compito di organizzare il quadro spaziale del comportamento umano. Se il comportamento dell'uomo risponde in parte allo spazio di cui egli dispone, quest'ultimo deve essere concepito in funzione dei suoi bisogni complessi. L'architettura è senza dubbio la più antica disciplina umana. Le scienze umane, e particolarmente la psicologia, datano da pochi decenni. Non è dunque da meravigliarsi che gli psicologi abbiano tardato un poco a rivolgersi agli aspetti topografici del comportamento umano, e che gli architetti hanno esitato a mettere in discussione una tradizione millenaria e i loro ragionamenti solidamente impostati sul calcolo e su un senso artistico sperimentato, per confrontarli con i dati balbettanti di una disciplina ancora in fasce. Ma io credo alla virtù degli inizi. Oggi, forse, la congiunzione delle due discipline diventa reale, oggi nasce una quinta dimensione dello spazio : il suo significato"

*Docente di Riabilitazione Psicosociale
II Università di Napoli*



Recensioni e Notizie



P. F. Peloso

“La guerra dentro”

Edizioni Ombre Corte

Settembre 2008

Questo libro sulla psichiatria italiana tra fascismo e resistenza è un viaggio a ritroso in quella memoria storica che è necessario conservare alla base della nostra identità collettiva, anche con tutte le

colpe di cui purificarci, al fine di non riproporre errori del passato ed evitare facili compiacenze con qualsiasi potere. Sono particolarmente analizzati in quest'opera, molto ricca di documenti e citazioni, i rapporti tra gli psichiatri del “ventennio” ed il potere. Ne deriva tutta una composita nomenclatura di piccoli uomini ubbidienti e conformisti, altri comuni ignavi chiusi nei loro laboratori. Ma fa piacere scoprire nelle pagine di Peloso anche personaggi come Ottorino Balduzzi, Lippi Francesconi, Carlo Angela, Arnaldo Pieraccini e Mario Tobino, grande protagonista della resistenza divenuto, pochi anni dopo, uno degli scrittori più letti in Italia con “Le libere donne di Magliano” (1953) ed “Il clandestino” (1962). Questo libro ci fa conoscere, in modo ricco e chiaro, situazioni, persone, momenti tragici ed esemplari della nostra storia, in cui psichiatri e malati di mente possono condividere sorti di esclusione se contrapposti a ideologie e regimi totalitari.

La storia narrata da Paolo Peloso ha anche il merito di informarci su quel popolo di esclusi da tutti, i malati di mente, “incarcerati” tre volte: dentro il manicomio, dentro il regime e dentro la guerra. Quest'ultima è vista con gli occhi e nei corpi dei ricoverati, decimati anche dalla scarsità di cibo e dal gelo dell'inverno, spesso trasferiti qua e là su mezzi di fortuna sotto i bombardamenti (con ben sedici ospedali psichiatrici attraversati dal fronte). La tragedia nazionale accomuna malati e psichiatri ebrei: per le famigerate leggi razziali a Torino sono costretti a lasciare l'ospedale Anselmo Sacerdote, Isidoro Imber,

Guido Treves, Alfredo Jachia e Luisa Levi (la prima donna psichiatra italiana, sorella del famoso scrittore Carlo). Altro pregio dell'opera è quello di ripercorrere anche la storia della Società Italiana di Psichiatria, che assunse tale denominazione nel 1930 a seguito di referendum tra i membri della Società Freniatrica Italiana. Sono gli anni in cui il suo presidente Arturo Donaggio, succeduto al grande Morselli, esprimeva piena soddisfazione per il sostegno del governo fascista concludendo la sua orazione, all'apertura del congresso SIP di Siena del 1933, con l'auspicio: “vogliamo essere soldati di questa Italia rinnovata dal Duce, da Lui ricondotta alle più alte tradizioni; da Lui guidata, con passo fermo e sicuro, verso le vie dell'avvenire”. Sono gli anni in cui si cambia anche la denominazione del manicomio in “ospedale psichiatrico” e D'Ormea esprime la preoccupazione che “il mutamento di nome non rappresenti solo una nuova etichetta di antica merce”. Storie di servilismi nei confronti del potere e di trasformismi verbali che probabilmente devono farci pensare ancora oggi! Dobbiamo riflettere anche sull'esempio di nobile coraggio e grande valore morale e civile di chi, all'epoca ritenuto “perdente”, seppe opporsi, come lo psichiatra Paolo Pini (cinque volte in carcere per la sua attività antifascista). Altri nomi, altre storie rappresentano un vanto per la psichiatria anche di quegli anni bui. Bene ha fatto Peloso a ricordarci, tra gli altri, Carlo Lorenzo Cazzullo (attuale presidente onorario della SIP) impegnato nella clandestinità (con compiti di coordinamento del CNL medici milanese) ad aiutare perseguitati politici e razziali. Come non ricordare poi anche Giovanni Mercurio, catturato durante l'attività partigiana e morto in campo di concentramento, l'organizzazione “Otto” e l'ambiente neuropsichiatrico genovese con tanti nomi che oggi ancora ricordiamo come maestri di psichiatria. Sarebbe piacevole continuare queste notazioni, ma toglieremo al lettore il gusto di apprenderle direttamente dal libro del collega Paolo Peloso, molto ricco di dati, pieno di fascinazioni storiche e di cultura di vita.

F. Valeriani

Cinema e psichiatria, normalità e follia nella società contemporanea

La rassegna si è tenuta a L'Aquila, organizzata con grande impegno e competenza da Vittorio Sconci, direttore del DSM del capoluogo abruzzese. Le numerose manifestazioni (proiezioni, mostre, dibattiti, premiazioni) hanno coinvolto la popolazione ed in particolare molti studenti per un intero mese (dal 5 novembre al 5 dicembre 2008).

L'evento si è concluso con un incontro – dibattito con la città sull'assistenza psichiatrica a 30 anni dalla legge 180. Si è condivisa la necessità che la psichiatria, sempre attenta alle dinamiche trasformative della società, continui ad essere aperta alle istanze antropologiche ed alla cultura dell'integrazione istituzionale e culturale. Eventi come questi ci fanno apprezzare capacità e fede ideale di operatori della salute mentale.

Francesco Valeriani

Norme Editoriali

La rivista *L'altro* accoglie contributi originali di psicologia e cultura, psicopatologia, psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologia clinica, psichiatria dei servizi, psicofarmacologia, riabilitazione psichiatrica.

I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista e conformi alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca. La rivista pubblica, inoltre, brevi recensioni, lettere al direttore, avvisi di iniziative editoriali, congressuali e scientifiche; tutti i libri ricevuti vengono segnalati.

L'accettazione del lavoro è subordinata alla decisione di esperti e la redazione si riserva il diritto di richiedere modifiche del testo ed eventuali chiarimenti.

Le bozze di stampa corrette dovranno essere restituite alla Redazione nel più breve tempo possibile.

Estratti: non sono previsti estratti dei contributi contenuti nella rivista, ma è possibile su richiesta anticipata la fornitura di un numero di copie della rivista il cui costo resta a carico degli Autori. Si avverte che il numero delle copie richiesto deve essere comunicato all'Editore (SIFIP) prima della stampa del numero stesso della rivista.

Norme per la composizione e la consegna dell'articolo

I contributi devono essere al massimo di sette cartelle dattiloscritte (corpo 11 - interlinea automatico) su formato Word, comprensive di eventuali tabelle ed immagini. Queste ultime possibilmente in formato JPG a parte.

I lavori dovranno pervenire in redazione all'indirizzo e-mail: **altroredazione@libero.it**.

Eventuali plichi con supporti magnetici (cd) possono essere inviati direttamente alla sede di stampa: **Arti Grafiche Kolbe - via Appia lato Itri, 26/28 - 04022 FONDI (LT)**.

L'autore deve accompagnare il lavoro indicando il proprio recapito postale e telefonico, fax ed e-mail.

Il **testo** deve essere consegnato completo in ogni sua parte con il titolo del lavoro, il nome e cognome per esteso dell'Autore, con l'indicazione del numero di pagina provvisorio corrispondente al testo stampato, nonché, se presenti, le note, le tabelle, i grafici, i diagrammi, le illustrazioni con le relative didascalie, il riferimento all'interno del testo e la bibliografia. Infine dovrà essere aggiunta una breve scheda biografica dell'Autore.

Le **pagine** devono essere numerate progressivamente.

I **titoli** e i **sottotitoli** devono presentarsi in modo che si distingua nettamente la loro importanza e la loro reciproca relazione.

Le **tabelle** e le **illustrazioni** (grafici, diagrammi, figure) devono avere un proprio ordine progressivo (es. tabella 1, tabella 2, ecc.; grafico 1, grafico 2, ecc.). Il punto del testo a cui si riferiscono ne recherà semplicemente il richiamo (es. tabella 1, ec.).

Le **note**, contraddistinte da numerazione araba progressiva, saranno poste alla fine del testo, dopo la bibliografia; invece, quelle relative a una tabella (grafico, diagramma, figura) devono restare vicino alla tabella stessa.

Le **citazioni** tratte da altre opere vanno incluse tra caporali ("..."), parole e frasi di particolare significato all'interno dell'articolo vanno incluse tra virgolette doppie in apice ("...") ed eventuali altre parole, ecc., vanno poste all'interno di virgolette singole in apice ('...').

Estratto della norma UNI/10168 per la redazione della bibliografia e la citazione bibliografica

- Caratteri e segni ortografici che caratterizzano il riferimento bibliografico

Autore: in tondo. Se appaiono più di tre autori, la citazione sarà abbreviata, indicando il cognome e il nome abbreviato, esprimendolo con l'iniziale puntata, del primo autore, o dei primi due o tre autori, seguiti da "et al." ("et alii", ed altri; es. 2).

Curatore: in tondo. Il cognome e il nome abbreviato del primo, o degli altri curatori, devono essere seguiti dalla dicitura: "(a cura di)" (es. 6).

Opera: in corsivo, sia che si tratti di un libro o di un capitolo, come di un articolo o di un contributo di un volume collettivo; nella citazione di opere comprendenti più volumi si compone in corsivo sia il titolo generale, sia il titolo del volume eventualmente citato.

Titolo di un volume collettivo: in corsivo (es.4).

Titolo di riviste e periodici: in corsivo (es. 5).

Nella citazione di articoli di riviste e contributi in volumi collettivi si fa

precedere il nome della riviste o del volume collettivo dalla preposizione "in".

- Luogo di pubblicazione

I nomi di città in lingua straniera restano in lingua originale (es. 3 e 7). Se sulla fonte non compare il luogo di pubblicazione, può essere inserita una frase come "luogo di pubblicazione non conosciuto" o un'abbreviazione come "s.l." ("sine loco", senza luogo).

- Editore non conosciuto

Se il nome dell'editore non compare sulla fonte, sarà riportata una frase come "editore non conosciuto" o un'abbreviazione come "s.n." ("sine nomine", senza nome).

- Numeri nella citazione

I numeri relativi a capitoli, paragrafi, parti, volumi e simili si esprimono di preferenza con le cifre arabe preceduti dall'abbreviazione (es. 4 e 5). L'esponente si usa soltanto per il femminile (es. parte 1^a).

- Iniziali maiuscole e minuscole nelle citazioni

I titoli in lingua italiana richiedono l'iniziale maiuscola soltanto nella prima parola. I termini capitolo, parte, volume, figura, tabella, tavola e simili non richiedono di per sé l'iniziale maiuscola.

- Interpunzione nella citazione

Le parti ordinarie della citazione si possono separare tra loro per mezzo della virgola.

Metodo bibliografico dei riferimenti numerici

Ciascuna citazione bibliografica è preceduta da un numero, tra parentesi tonde, che fa riferimento all'ordine in cui essa è citata nel testo. Le successive citazioni di una stessa opera hanno lo stesso numero di riferimento della prima. Se sono citate parti di un'opera, ad esempio le pagine, possono essere indicate dopo il numero di riferimento.

Esempi

Testo e citazioni

"Una spiegazione dei fatti (1, 2-4) va cercata nel ruolo che i fenomeni dell'accordo hanno nel meccanismo del linguaggio." (4, p.36).

Riferimenti bibliografici

(1) Pugno, G. M., *Trattato di cultura generale nel campo della stampa*, Torino, Sei, 1967.

(2) Pellitteri, G., Miccoli, F., *Tipocomposizione*, 2^a ed., Torino, Sei, 1966, 3 volumi.

oppure

Pellitteri, G., et al., *Tipocomposizione*, 2^a ed., Torino, Sei, 1966, 3 volumi.

(3) King, M.L., *Strenght to love*, New York, Harper & Row, 1963, (ed. Ital. La forza di amare, Torino, Sei, 1967).

(4) Garin, E., *La letteratura degli umanisti*, in *Storia della letteratura italiana*, in Cecchi, E., Sapegno, N. (a cura di), *Il Quattrocento e l'Ariosto*, vol. 3, Milano, Mondadori, 1966, p. 155-200.

(5) Pellitteri, G., *L'unificazione è un incubo?*, in *Graphicus*, n. 3, 1967, p. 28-30.

(6) Cecchi, E., Sapegno, N. (a cura di), *Il Quattrocento e l'Ariosto*, vol. 3, Milano, Mondadori, 1966, p. 155-200.

(7) Rivers, W.H.R., *Kinship and Social Organization*, London, Athlone.

Xeristar® 60 mg
duloxetina cloridrato
capsule rigide gastroresistenti

CLASSE A

**DEPRESSIONE
NON SOLO NELLA MENTE**

Efficace su tutti i sintomi sintomatologici della depressione: psichica, ansiosa e fisica. Efficace.

Selettivo e bilanciato per la ricaptazione di serotonina e noradrenalina.

Boehringer
Ingelheim

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

XERISTAR 60 mg capsule rigide gastroresistenti

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Il principio attivo di XERISTAR è duloxetina.

Ogni capsula contiene 60 mg di duloxetina come duloxetina cloridrato.

Eccipiente: saccarosio.

Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Capsula rigida gastroresistente.

La capsula di XERISTAR da 60 mg ha un corpo di colore verde opaco, con stampato '60 mg' e una testa di colore blu opaco, con stampato '9542'.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento degli episodi di depressione maggiore.

Trattamento del dolore neuropatico diabetico periferico negli adulti.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Per uso orale.

Adulti

Episodi di depressione maggiore:

Il dosaggio di partenza è raccomandato per il mantenimento è 60 mg una volta al giorno indipendentemente dall'assunzione di cibo. Dosaggi superiori ai 60 mg una volta al giorno, fino ad una dose massima di 120 mg al giorno somministrati in dosi egualmente suddivise, sono stati valutati in studi clinici dal punto di vista della sicurezza. Tuttavia, non c'è evidenza clinica che suggerisca che i pazienti non rispondenti al dosaggio iniziale raccomandato possano beneficiare di ulteriori innalzamenti della dose.

La risposta terapeutica è abitualmente vista dopo 2-4 settimane di trattamento. Dopo consolidamento della risposta antidepressiva, si raccomanda di continuare il trattamento per diversi mesi, al fine di evitare la ricaduta.

Dolore neuropatico diabetico periferico:

Il dosaggio di partenza e di mantenimento raccomandato è 60 mg al giorno indipendentemente dall'assunzione di cibo. Dosaggi superiori ai 60 mg una volta al giorno, fino ad una dose massima di 120 mg al giorno somministrati in dosi egualmente suddivise, sono stati valutati in studi clinici dal punto di vista della sicurezza. La concentrazione plasmatica di duloxetina mostra un'ampia variabilità da soggetto a soggetto (vedere paragrafo 5.2). Pertanto, alcuni pazienti che rispondono insufficientemente ai 60 mg possono trarre beneficio così un dosaggio più alto.

La risposta al farmaco deve essere valutata dopo 2 mesi di trattamento. Dopo questo periodo di tempo una risposta aggiuntiva è improbabile (vedere paragrafo 5.1).

Il beneficio terapeutico deve essere rivalutato regolarmente (almeno ogni tre mesi).

Pazienti anziani

Episodi di depressione maggiore: Nei pazienti anziani non è raccomandato un aggiustamento del dosaggio solamente in base all'età. Tuttavia, come con qualsiasi medicinale, deve essere osservata cautela nel trattamento dei pazienti anziani, specialmente con XERISTAR 120 mg al giorno per il quale i dati sono limitati (vedere paragrafi 4.4 e 5.2).

Dolore neuropatico diabetico periferico: Nei pazienti anziani non è raccomandato un aggiustamento del dosaggio solamente in base all'età. Tuttavia, deve essere osservata cautela nel trattamento dei pazienti anziani (vedere paragrafo 5.2).

Bambini e adolescenti

La sicurezza e l'efficacia di duloxetina non sono state studiate in questi gruppi di età. Pertanto, non è raccomandata la somministrazione di XERISTAR a bambini e adolescenti (vedere paragrafo 4.4).

Insufficienza epatica

XERISTAR non deve essere usato in pazienti con epatopatia che comporta alterazione della funzionalità epatica (vedere paragrafi 4.3 e 5.2).

Insufficienza renale

Nei pazienti con lieve o moderata disfunzione renale (clearance della creatinina da 30 a 80 ml/min) non è necessario un aggiustamento del dosaggio. Per un'alterazione grave della funzionalità renale vedere paragrafo 4.3.

Sospensione del trattamento

La sospensione brusca deve essere evitata. Quando si interrompe il trattamento con XERISTAR la dose deve essere gradualmente ridotta in un periodo di almeno una-due settimane allo scopo di ridurre il rischio di comparsa di reazioni da sospensione (vedere paragrafi 4.4 e 4.8). Se a seguito di una riduzione della dose o per una sospensione del trattamento si presentano sintomi intollerabili, è da considerare la possibilità di riprendere il trattamento con la dose precedentemente prescritta. Successivamente, il medico può continuare a ridurre la dose, ma in maniera più graduale.

4.3 Controindicazioni

ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

L'uso contemporaneo di XERISTAR con gli Inibitori della Monoammina Ossidasi (IMAO) non selettivi ed irreversibili è controindicato (vedere paragrafo 4.5).

Epatopatia che comporta alterazione della funzionalità epatica (vedere paragrafo 5.2).

XERISTAR non deve essere usato in associazione con fluvoxamina, ciproloxacina o enoxacina (potenti inibitori del CYP1A2) poiché l'associazione determina concentrazioni plasmatiche elevate di duloxetina (vedere paragrafo 4.5).

Grave insufficienza renale (clearance della creatinina < 30 ml/min) (vedere paragrafo 4.4).

L'inizio del trattamento con XERISTAR è controindicato nei pazienti con ipertensione non controllata, che potrebbe esporre i pazienti ad un potenziale rischio di comparsa di crisi ipertensive (vedere paragrafi 4.4 e 4.8).

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego

Mania e Convulsioni

XERISTAR deve essere usato con cautela nei pazienti con una storia di mania o una diagnosi di disturbo bipolare, e/o convulsioni.

Midriasi

La midriasi è stata riportata in associazione con duloxetina, perciò deve essere usata cautela quando XERISTAR viene prescritto a pazienti con aumentata pressione intraoculare, o a quelli a rischio di glaucoma acuto ad angolo chiuso.

Pressione sanguigna e frequenza cardiaca

In alcuni pazienti duloxetina è stata associata ad un aumento della pressione sanguigna e ipertensione clinicamente significativa. Questo può essere dovuto all'effetto noradrenergico di duloxetina. Con duloxetina sono stati riportati casi di crisi ipertensive, soprattutto nei pazienti con ipertensione pre-esistente. Pertanto, nei pazienti con accertata ipertensione e/o altra patologia cardiaca, si raccomanda un monitoraggio della pressione sanguigna, specialmente durante il primo mese di trattamento. Duloxetina deve essere usata con cautela nei pazienti le cui condizioni potrebbero risultare compromesse da un'aumentata frequenza cardiaca o per un aumento della pressione sanguigna. Deve inoltre essere usata cautela quando duloxetina viene somministrata insieme a farmaci che possono alterare il suo metabolismo (vedere paragrafo 4.5). Nei pazienti che durante terapia con duloxetina presentano un aumento della pressione sanguigna mantenuto nel tempo deve essere considerata o una riduzione della dose, o una graduale interruzione del trattamento (vedere paragrafo 4.8). La terapia con duloxetina non deve essere iniziata nei pazienti con ipertensione non controllata (vedere paragrafo 4.3).

Insufficienza renale

Nei pazienti con grave insufficienza renale in emodialisi (clearance della creatinina < 30 ml/min) le concentrazioni plasmatiche di duloxetina risultano aumentate. Per i pazienti con grave alterazione della funzionalità renale, vedere paragrafo 4.3. Per informazioni sui pazienti con lieve o moderata disfunzione renale vedere paragrafo 4.2.

Impiego con antidepressivi

Si deve osservare cautela quando XERISTAR viene usato in associazione con antidepressivi. In particolare, non è raccomandata l'associazione con gli IMAO selettivi e reversibili.

Erba di S. Giovanni

Gli effetti indesiderati possono essere più comuni durante l'uso di XERISTAR in associazione con preparazioni a base di piante medicinali contenenti Erba di S. Giovanni (*Hypericum perforatum*).

Suicidio

Episodi di depressione maggiore

La depressione si associa con un aumentato rischio di pensieri suicidari, autolesionismo e suicidio (suicidi/evitati correlati). Questo rischio persiste fino a che non si verifica una remissione significativa della malattia. Poiché il miglioramento può non verificarsi durante le prime settimane di trattamento o nelle successive, i pazienti devono essere strettamente controllati fino a quando non si verifica tale miglioramento. E' esperienza clinica generale che il rischio di suicidio può aumentare nelle prime fasi del processo di guarigione. I pazienti con una storia di eventi correlati al suicidio o quelli che presentano un significativo grado di pensieri suicidari prima dell'inizio del trattamento sono noti per essere a rischio più elevato di pensieri suicidari o di tentativi di suicidio, e devono essere attentamente controllati durante il trattamento. Una metanalisi degli studi clinici condotti con farmaci antidepressivi in confronto con placebo nella terapia di disturbi psichiatrici, ha mostrato un aumento del rischio di comportamento suicidario nella fascia di età inferiore a 25 anni dei pazienti trattati con antidepressivi rispetto al placebo.

Durante la terapia con duloxetina od entro poco tempo dalla sospensione del trattamento sono stati riportati casi di pensieri suicidari e comportamenti suicidari (vedere paragrafo 4.9). Una stretta sorveglianza dei pazienti, e in particolare di quelli ad alto rischio, deve accompagnare la terapia farmacologica specialmente nelle fasi iniziali del trattamento e dopo cambiamenti di dose. I pazienti (o chi si prende cura di loro) devono essere avvisati della necessità di controllare e di riferire immediatamente al medico curante qualsiasi peggioramento del quadro clinico, l'insorgenza di comportamento o pensieri suicidari o di insoliti cambiamenti comportamentali, qualora questi sintomi si manifestano.

Dolore neuropatico diabetico periferico

Come con altri medicinali aventi simile azione farmacologica (antidepressivi), durante la terapia con duloxetina od entro poco tempo dalla sospensione del trattamento sono stati riportati casi isolati di ideazione suicidaria e comportamenti suicidari. Per quanto riguarda i fattori di rischio per il suicidio nella depressione, si rimanda a quanto detto in precedenza. I medici devono incoraggiare i pazienti a riferire qualsiasi pensiero o sensazione di angoscia in qualsiasi momento.

Uso nei bambini e negli adolescenti al di sotto dei 18 anni di età

Nessun studio clinico è stato effettuato con duloxetina nei pazienti pediatrici. XERISTAR non deve essere usato nel trattamento di bambini e adolescenti al di sotto dei 18 anni di età. Comportamenti correlati al suicidio (tentativi di suicidio e pensieri suicidari) ed atteggiamenti ossili (soprattutto comportamento aggressivo, oppositivo e ira) sono stati osservati più frequentemente in studi clinici su bambini ed adolescenti trattati con antidepressivi rispetto a quelli trattati con placebo. Se, in base alla necessità clinica, viene comunque presa la decisione di effettuare il trattamento, il paziente deve essere attentamente monitorato per la comparsa di sintomi suicidari. Inoltre, nei bambini e negli adolescenti non ci sono dati sulla sicurezza nel lungo termine relativi alla crescita, alla maturità ed allo sviluppo cognitivo e comportamentale.

Saccarosio

Le capsule rigide gastroresistenti di XERISTAR contengono saccarosio. I pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al fruttosio, di malassorbimento di glucosio-galattosio o di insufficienza di saccarosio-isomaltasi non devono assumere questo medicinale.

Emorragie

Con l'assunzione di Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) e di Inibitori della Ricaptazione della Serotonina/Noradrenalina (SNRI) sono state segnalate manifestazioni emorragiche, come ecchimosi, purpura ed emorragia gastrointestinale. Si consiglia cautela nei pazienti che stanno assumendo anticoagulanti e/o prodotti medicinali noti per avere effetti sulla funzionalità piastrinica, e nei pazienti concomitanti tendenze al sanguinamento.

Iposodiemia

Durante la somministrazione di XERISTAR è stata riportata raramente iposodiemia, prevalentemente nel soggetto anziano. Si richiede cautela nei pazienti ad aumentato rischio di iposodiemia, così come in pazienti anziani, cirrotici o disidratati, o nei pazienti trattati con diuretici. L'iposodiemia può essere dovuta ad una sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico (SIADH).

Sospensione del trattamento

I sintomi da sospensione sono comuni quando il trattamento viene interrotto, specialmente se l'interruzione avviene in maniera brusca (vedere paragrafo 4.8). In studi clinici, eventi avversi osservati alla sospensione brusca del trattamento si verificarono in circa il 45% dei pazienti trattati con XERISTAR e nel 23% dei pazienti trattati con placebo.

Il rischio di sintomi da sospensione osservati con gli SSRI e gli SNRI possono dipendere da parecchi fattori, inclusi la durata e la dose della terapia e la velocità di riduzione della dose. Le reazioni più comunemente riportate sono elencate al paragrafo 4.8. Generalmente questi sintomi sono di intensità variabile da lieve a moderata, tuttavia in alcuni pazienti possono essere di intensità grave. Abitualmente questi sintomi si manifestano entro i primi giorni dalla sospensione del trattamento, ma ci sono state segnalazioni molto rare di tali sintomi in pazienti che hanno involontariamente dimenticato di prendere una dose. Generalmente questi sintomi sono auto-limitati ed abitualmente si risolvono entro 2 settimane, anche se in alcuni soggetti possono essere prolungati (2-3 mesi o più). Si consiglia pertanto che la duloxetina venga gradualmente ridotta in un periodo non inferiore alle 2 settimane prima della sospensione del trattamento, secondo le necessità del paziente (vedere paragrafo 4.2).

Pazienti anziani

Episodi di depressione maggiore: Ci sono dati limitati sull'uso di XERISTAR 120 mg nei pazienti anziani con disturbo depressivo maggiore. Pertanto, deve essere osservata cautela nel trattamento dei pazienti anziani con il massimo dosaggio (vedere paragrafi 4.2 e 5.2).

Acatiasi/irrequietezza psicomotoria

L'uso di duloxetina è stato associato con lo sviluppo di acatiasi, caratterizzata da un'irrequietezza soggettivamente spiacevole o penosa e dal bisogno di muoversi spesso accompagnato da un'incapacità a stare seduto o immobile. Questo è più probabile che si verifichi entro le prime settimane di trattamento. Nei pazienti che sviluppano questi sintomi, l'aumento della dose può essere dannoso.

Prodotti medicinali contenenti duloxetina

Duloxetina viene usata con diversi nomi commerciali per differenti indicazioni (trattamento del dolore neuropatico diabetico, episodi di depressione maggiore così come incontinenza urinaria da sforzo). L'uso contemporaneo di più di uno di questi prodotti deve essere evitato.

Epatite/aumentati valori degli enzimi epatici

Con duloxetina (vedere paragrafo 4.8) sono stati riportati casi di danno epatico, comprendenti marcanti aumenti dei valori degli enzimi epatici (> 10 volte il limite normale superiore), epatite ed ittero. La maggior parte dei casi si è verificata durante i primi mesi di trattamento. Il tipo di danno epatico è stato essenzialmente epatocellulare. Duloxetina deve essere usata con cautela nei pazienti trattati con altri farmaci che possono provocare un danno epatico.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

Farmaci per il SNC: il rischio di usare duloxetina in associazione con altri farmaci attivi sul SNC non è stato valutato in maniera sistematica, ad eccezione dei casi descritti in questo paragrafo. Pertanto, si consiglia cautela quando XERISTAR viene assunto in associazione con altri farmaci ed altre sostanze che agiscono a livello centrale, inclusi l'alcool ed i farmaci sedativi (ad esempio benzodiazepine, morfina, antipsicotici, fenobarbitale, antistaminici sedativi).

Inibitori della Monoammina Ossidasi: a causa del rischio di comparsa della sindrome serotoninergica, XERISTAR non deve essere usato in associazione con gli IMAO non selettivi ed irreversibili, o almeno entro i 14 giorni immediatamente successivi alla sospensione del trattamento con IMAO. In base all'emivita di duloxetina, si devono attendere almeno 5 giorni dopo la sospensione di XERISTAR prima di iniziare il trattamento con un IMAO (vedere paragrafo 4.4).

Il rischio di comparsa della sindrome serotoninergica è più basso con gli IMAO selettivi e reversibili, come il moclobemide. Comunque, l'uso di XERISTAR in associazione con un IMAO selettivo non è raccomandato (vedere paragrafo 4.4).

Sindrome serotoninergica: in rari casi, nei pazienti che assumono SSRI (ad esempio paroxetina, fluoxetina) in associazione con farmaci serotoninergici è stata riportata sindrome serotoninergica. Si consiglia cautela se XERISTAR viene usato contemporaneamente con antidepressivi serotoninergici come gli SSRI. I triciclici come clomipramina o amitriptilina, Erba di S. Giovanni (*Hypericum perforatum*), venlafaxina o triptani, tramadolo, peptidi, oppioidi, e serotonina, possono aumentare il rischio di sindrome serotoninergica.

Effetti di duloxetina su altri farmaci

Farmaci metabolizzati dal CYP1A2: la farmacocinetica della teofilina, un substrato del CYP1A2, non è risultata significativamente alterata dalla somministrazione contemporanea con duloxetina (60 mg due volte al giorno).

Farmaci metabolizzati dal CYP2D6: la duloxetina è un inibitore moderato del CYP2D6. Quando duloxetina è stata somministrata ad un dosaggio di 60 mg due volte al giorno in associazione con una singola dose di desipramina, un substrato del CYP2D6, l'AUC di desipramina aumentò 3 volte. La somministrazione contemporanea di duloxetina (40 mg due volte al giorno) aumenta l'AUC allo steady state di toloferidina (2 mg due volte al giorno) del 71% ma non influenza le farmacocinetiche del suo metabolita attivo 5-idrossile, e non si raccomanda un aggiustamento del dosaggio. Si consiglia cautela se XERISTAR è somministrato in associazione con medicinali che sono prevalentemente metabolizzati dal CYP2D6 (rispondono, antidepressivi triciclici [TCA] come nortriptilina, amitriptilina ed imipramina) in particolare se questi hanno un basso indice terapeutico (così come flecainide, propafenone e metoprololo).

Contraccettivi orali ed altri farmaci seroterici: i risultati di studi in vitro dimostrano che duloxetina non induce l'attività catalitica del CYP3A. Non sono stati effettuati studi specifici sull'interazione del farmaco in vivo.

Anticoagulanti ed agenti antiplastrici: deve essere usata cautela quando duloxetina viene somministrata in associazione con anticoagulanti orali o con agenti antiplastrici a causa di un potenziale aumento del rischio di sanguinamento.

Inoltre, quando duloxetina è stata somministrata in associazione a warfarin sono stati riferiti aumenti dei valori INR.

Effetti di altri farmaci su duloxetina

Anticidici ed antagonisti dei recettori H₂: la somministrazione di duloxetina in associazione con anticidici contenenti alluminio e magnesio o di duloxetina con famotidina non ha avuto un effetto significativo sulla percentuale e dimensione dell'assorbimento di duloxetina dopo somministrazione di una dose orale di 40 mg.

Inibitori del CYP1A2: poiché il CYP1A2 è coinvolto nel metabolismo di duloxetina, è probabile che l'uso di duloxetina in associazione con potenti inibitori del CYP1A2 determini concentrazioni più alte di duloxetina. La fluvoxamina (100 mg una volta al giorno), un potente inibitore del CYP1A2, ha diminuito la clearance plasmatica apparente di duloxetina di circa il 77% ed ha aumentato di 6 volte l'AUC_{0-12h}. Pertanto XERISTAR non deve essere somministrato in associazione con inibitori potenti del CYP1A2 come la fluvoxamina (vedere paragrafo 4.3).

Induttori del CYP1A2: Studi di analisi della farmacocinetica di popolazione hanno evidenziato che i fumatori presentano concentrazioni plasmatiche di duloxetina quasi del 50% più basse rispetto ai non fumatori.

4.6 Gravidanza e allattamento

Gravidanza

Non vi sono dati sull'uso di duloxetina in donne in gravidanza. Studi effettuati su animali hanno evidenziato una tossicità riproduttiva per l'esposizione a concentrazioni sistemiche (AUC) di duloxetina più basse rispetto all'esposizione clinica massima (vedere paragrafo 5.3). Il rischio potenziale per gli esseri umani non è noto. Come con altri farmaci serotoninergici, sintomi da sospensione possono verificarsi nel neonato dopo l'uso materno di duloxetina in prossimità del parto. XERISTAR deve essere usato in gravidanza solo se il potenziale beneficio giustifica il potenziale rischio per il feto. Le donne devono essere informate di riferire al loro medico dell'inizio di una gravidanza o dell'intenzione di intraprendere una gravidanza durante la terapia.

Allattamento

Sulla base di uno studio effettuato su 6 donne in periodo di allattamento, che non allattavano al seno i loro bambini, duloxetina viene scarsamente eliminata nel latte materno. Calcolata in mg/kg, la dose infantile giornaliera stimata corrisponde circa allo 0,14% della dose ma-



Cipralelex[®]
N06AG10
Escitalopram

CLASSE A

1 mg

Prezzo 24,97 €
Regime di dispensazione R.R.

1 confezione per 30 giorni di terapia (dose media 10 mg/die)

Landbeck Italia S.p.A.
Via G. Ippolito, 31 - 20124 Milano
Tel. 02 4711171 - Fax 02 47117126

Depositaro presso l'ANFA, in data 17/07/2007

Non si ritiene necessario un aggiustamento del dosaggio in pazienti con insufficienza renale lieve o moderata. Si raccomanda cautela in pazienti con grave riduzione della funzione renale (Cl_{CR} minore di 30 ml/min.) (vedere paragrafo 5.2).
Ridotta funzionalità epatica

La dose iniziale raccomandata per le prime due settimane di trattamento è di 5 mg (5 gocce) al giorno in pazienti con insufficienza epatica lieve o moderata. Sulla base della risposta individuale del paziente la dose può essere aumentata fino a 10 mg (10 gocce) al giorno. Si consiglia cautela ed una attenzione maggiore nella titolazione posologica in pazienti con funzionalità epatica gravemente ridotta (vedere paragrafo 5.2).

Metabolizzatori lenti del CYP2C19
Per i pazienti noti per essere metabolizzatori lenti in merito al CYP2C19 è raccomandata una dose iniziale di 5 mg (5 gocce) al giorno durante le prime due settimane di trattamento. A seconda della risposta individuale del paziente, la dose può essere aumentata a 10 mg (10 gocce) al giorno (vedere paragrafo 5.2).

Sintomi da sospensione osservati quando si interrompe il trattamento
L'interruzione improvvisa del trattamento deve essere evitata. Quando si interrompe il trattamento con escitalopram le dosi devono essere gradualmente ridotte nell'arco di almeno una o due settimane per ridurre il rischio di sintomi da sospensione (vedere paragrafo 4.4 e 4.8). Qualora comparissero sintomi intollerabili dopo la riduzione della dose o durante la sospensione del trattamento, considerare la possibilità di ripristinare la dose precedente. Successivamente è possibile continuare la riduzione delle dosi, ma in modo più graduale.

4.3 Controindicazioni
Ipersensibilità ad escitalopram o ad uno qualsiasi degli eccipienti.
Trattamento in concomitanza con inibitori non selettivi irreversibili delle monoammino-ossidasi (MAO-Inibitori) (vedere paragrafo 4.5).

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego
Le seguenti avvertenze speciali e precauzioni sono applicabili all'intera classe terapeutica degli SSRI (Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina).

Assunzione da parte di bambini e adolescenti di età inferiore ai 18 anni.
Cipralelex non deve essere utilizzato per il trattamento di bambini e adolescenti al di sotto dei 18 anni di età.

Comportamenti suicidari (tentativi di suicidio e ideazione suicidaria) e ostilità (essenzialmente aggressività, comportamento di opposizione e collera) sono stati osservati con maggiore frequenza negli studi clinici effettuati su bambini e adolescenti trattati con antidepressivi rispetto a quelli trattati con placebo. Qualora, in base ad esigenze mediche, dovesse essere presa la decisione di effettuare il trattamento, il paziente deve essere sorvegliato attentamente per quanto concerne la comparsa di sintomi suicidari. Per di più, non sono disponibili i dati sulla sicurezza a lungo termine per i bambini e gli adolescenti per quanto concerne la crescita, la maturazione e lo sviluppo cognitivo e comportamentale.

Ansia Paradosa
Alcuni pazienti con disturbo da attacchi di panico possono andare incontro ad un'accentuazione dei sintomi ansiosi all'inizio della terapia con antidepressivi. Tale reazione paradosa di solito tende a decrescere nel corso di due settimane di trattamento continuato. Si consiglia una dose iniziale bassa al fine di ridurre la probabilità di un effetto ansiogeno (vedere paragrafo 4.2).

Concazioni
Il medicinale deve essere sospeso in qualunque paziente che manifesti convulsioni. Gli SSRI devono essere evitati nei pazienti con epilessia instabile, ed in pazienti con epilessia controllata deve essere adottato un attento monitoraggio. Gli SSRI devono essere sospesi in caso di aumento della frequenza delle crisi convulsive.

Mania
Gli SSRI devono essere usati con cautela in pazienti con un'anamnesi di mania/psicomania. Gli SSRI devono essere sempre sospesi in pazienti che stanno per entrare in una fase maniacale.

Diabete
Nei pazienti diabetici, il trattamento con un SSRI può alterare il controllo glicemico (ipoglicemia o iperglicemia). In tal caso può essere necessario modificare la dose di insulina e/o di ipoglicemizzante orale.

Suicidio/ideazione suicidaria
La depressione è associata ad un maggior rischio di ideazione suicidaria, autolesionismo e suicidio (eventi suicidio-correlati). Questo rischio persiste sino a quando non si verifica una significativa remissione. Poiché il miglioramento può non avvenire durante le prime settimane o più di trattamento, i pazienti devono essere attentamente monitorati fino all'avvenuto miglioramento. È esperienza clinica generale, che il rischio di suicidio aumenti nelle prime fasi di miglioramento della malattia.

Altre condizioni psichiatriche per le quali sia stato prescritto escitalopram possono essere associate ad un maggior rischio di eventi suicidio-correlati. Inoltre, queste condizioni possono essere in comorbilità con il disturbo depressivo maggiore. Le stesse precauzioni osservate quando si trattano pazienti con disturbo depressivo maggiore devono essere quindi osservate anche quando si trattano pazienti con altri disturbi psichiatrici.

I pazienti con una storia precedente di eventi suicidio-correlati, o che manifestano un significativo grado di ideazione suicidaria prima dell'inizio della terapia, sono soggetti ad un maggior rischio di pensieri suicidari o di tentativi di suicidio, e devono quindi essere attentamente monitorati durante il trattamento. Inoltre, in giovani pazienti adulti, esiste la possibilità di un aumento del rischio di ideazione suicidaria.

I pazienti e il personale coinvolto nella cura del paziente stesso devono essere informati della necessità di monitorare il manifestarsi di questi eventi: devono consultare immediatamente un medico se tali sintomi si presentassero.

Acetilsal/irrequietezza motoria
L'uso di farmaci SSRI/SSRI è stato associato allo sviluppo di acetilsal, una sensazione spiacevole e stressante di irrequietezza con bisogno di muoversi spesso e accompagnata dalla incapacità di stare seduti o fermi in piedi. Questo potrebbe comparire entro le prime settimane di trattamento. Nei pazienti che sviluppano tale sintomo, un aumento della dose può essere dannoso.

Iponatriemia
L'iponatriemia, probabilmente dovuta ad una secrezione inappropriata dell'ormone antidiuretico (SIADH), è stata riportata raramente con l'uso degli SSRI e generalmente si risolve con l'interruzione della terapia. Cautela è necessaria nei pazienti a rischio, quali anziani, pazienti cirrotici o pazienti trattati in concomitanza con farmaci noti per causare iponatriemia.

Emorragia
Durante il trattamento con SSRI sono stati riferiti casi di anomalie nelle manifestazioni emorragiche cutanee, quali ecchimosi e porpora. Si consiglia particolare cautela in pazienti che assumono SSRI in concomitanza con anticoagulanti orali, con medicinali noti per influenzare la funzione piastrinica (per esempio, antipsicotici atipici e fenofenone, la maggior parte degli antidepressivi triciclici, acido acetilsalicylico o antinfiammatori non steroidei (FANS), ticlopidina e dipiridamolo) come anche nei pazienti con tendenza al sanguinamento.

ECT/terapia elettroconvulsiva
I dati inerenti l'esperienza clinica della somministrazione concomitante di SSRI e ECT sono limitati, pertanto si consiglia cautela.

Inibitori selettivi reversibili delle MAOA
La combinazione di escitalopram con inibitori delle MAOA non è generalmente raccomandata a causa del rischio di insorgenza della sindrome serotoninergica (vedere paragrafo 4.5).

Trattamenti concomitanti con inibitori delle MAO-A, non selettivi e irreversibili (vedere paragrafo 4.5).

Sindrome Serotoninergica
Si consiglia cautela nell'utilizzare escitalopram in concomitanza con medicinali con effetto serotoninergico come sumatriptan o altri triptani, tramadolo e triptofano.

In rari casi è stata riportata la sindrome serotoninergica in pazienti che assumevano SSRI in concomitanza con medicinali serotoninergici. Una combinazione di sintomi, come agitazione, tremore, mioclono e ipertermia, possono indicare lo sviluppo di questa condizione. In questo caso il trattamento con SSRI e medicinali serotoninergici deve essere interrotto immediatamente ed istituito un trattamento sintomatico.

Erba di San Giovanni/iperico (Hypericum perforatum)
L'uso concomitante di SSRI e di rimedi a base di erbe medicinali contenenti iperico erba di San Giovanni (*Hypericum perforatum*) può risultare in un'aumentata incidenza di reazioni avverse (vedere paragrafo 4.5).

Sintomi da sospensione quando si interrompe il trattamento
I sintomi da sospensione quando si interrompe il trattamento sono frequenti, particolarmente se l'interruzione avviene bruscamente (vedere paragrafo 4.8). Negli studi clinici, eventi avversi durante l'interruzione del trattamento sono stati osservati nel 25% dei pazienti trattati con escitalopram e nel 15% dei pazienti trattati con placebo.

Il rischio di sintomi da sospensione può dipendere da diversi fattori, compresi la durata e la dose della terapia e il tasso di riduzione della dose. I disturbi più frequentemente riportati sono vertigini, disturbi sensoriali (compresi parestesie e sensazioni da shock elettrico), disturbi del sonno (compresi insonnia e sogni intensi), agitazione o ansia, nausea e/o vomito, tremore, confusione, sudorazione, cefalea, diarrea, palpitazioni, instabilità emotiva, irritabilità e disturbi visivi. In genere questi disturbi sono di entità lieve o moderata; tuttavia, in alcuni pazienti, possono essere di entità severa. Generalmente i sintomi compaiono entro i primissimi giorni di interruzione del trattamento; tuttavia sono stati anche riportati rari casi di comparsa di questi sintomi in pazienti che avevano inavvertitamente dimenticato di assumere una dose.

In genere questi sintomi sono auto-limitantesi limitanti e si risolvono spontaneamente entro due settimane, per quanto in alcuni soggetti possono essere più prolungati (2-3 mesi o più). Si consiglia quindi, quando si interrompe il trattamento con escitalopram, di ridurre gradualmente la dose di farmaco nell'arco di diverse settimane o mesi, secondo le necessità del paziente (vedere paragrafo 4.2 "Sintomi da sospensione osservati quando si interrompe il trattamento").

Malattia coronarica cardiaca
A causa della limitata esperienza clinica si raccomanda cautela in pazienti con malattia coronarica cardiaca (vedere paragrafo 5.3).

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione
Interazioni farmacodinamiche
Associazioni controindicative:

IMAO non selettivi
Casi di gravi reazioni sono stati riportati in pazienti in trattamento con SSRI in co-somministrazione con inibitori non selettivi delle monoammino-ossidasi (IMAO) ed in pazienti che avevano da poco interrotto il trattamento con un SSRI e avevano iniziato quello con IMAO (vedere paragrafo 4.3). In alcuni casi il paziente ha sviluppato una sindrome serotoninergica (vedere paragrafo 4.8).

La somministrazione di escitalopram è controindicata in co-somministrazione con IMAO non selettivi. Il trattamento con escitalopram può essere iniziato 14 giorni dopo l'interruzione del trattamento con un IMAO irreversibile ed almeno un giorno dopo l'interruzione del trattamento con l'IMAO reversibile (RIMA), moclobemide. Prima di iniziare un trattamento con IMAO non selettivi devono passare almeno 7 giorni dall'interruzione del trattamento con escitalopram.

Associazioni non raccomandate:
Inibitori selettivi delle MAOA reversibili (moclobemide)
A causa del rischio della sindrome serotoninergica, l'associazione di escitalopram e inibitori delle MAOA non è raccomandata (vedere paragrafo 4.4). Se l'associazione si rendesse necessaria, si deve iniziare con il dosaggio minimo raccomandato e potenziare il monitoraggio clinico.

Associazioni che richiedono cautela per l'uso:
Selegilina
In co-somministrazione con selegilina (inibitore MAOB irreversibile) è richiesta cautela a causa del rischio di sviluppo di sindrome serotoninergica. Dosi di selegilina fino a 10 mg al giorno sono state co-somministrate con il composto racemo citolopram senza problemi.

Medicinali serotoninergici
La co-somministrazione con farmaci ad azione serotoninergica (esempio tramadolo, o sumatriptan ed altri triptani) può causare sindrome serotoninergica.

INDICAZIONI

- Episodi depressivi maggiori
- Disturbi da attacchi di panico con o senza agorafobia
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo d'ansia generalizzato

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Cipralex 20 mg/ml gocce orali, soluzione

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni ml di soluzione contiene:
20 mg di escitalopram (pari a 25,551 mg di escitalopram ossalato).
Ogni goccia contiene 1 mg di escitalopram.
Eccipienti: ogni goccia contiene 4,7 mg di etanolo.
Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Gocce orali, soluzione.
Soluzione trasparente, da quasi incolore a giallognola con gusto amaro.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento di episodi depressivi maggiori.
Trattamento del disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia.
Trattamento del disturbo d'ansia sociale (fobia sociale).
Trattamento del disturbo d'ansia generalizzato.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

La sicurezza di una dose giornaliera superiore a 20 mg (20 gocce) non è stata dimostrata. Cipralex viene somministrato in un'unica dose giornaliera e può essere assunto indipendentemente dall'assunzione di cibo. Cipralex gocce orali, soluzione può essere miscelata con acqua, succo d'arancia o succo di mela.

Episodi depressivi maggiori

La dose abituale è di 10 mg (10 gocce) una volta al giorno. Sulla base della risposta individuale del paziente, la dose può essere aumentata ad un massimo di 20 mg (20 gocce) al giorno.
Per ottenere la risposta antidepressiva sono necessarie in genere 24 settimane. Dopo la risoluzione dei sintomi, è necessario un trattamento di almeno 6 mesi per il consolidamento della risposta.

Disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia

Per la prima settimana di trattamento la dose iniziale raccomandata è 5 mg (5 gocce) al giorno per poi essere aumentata a 10 mg (10 gocce) al giorno. La dose può essere ulteriormente aumentata fino ad un massimo di 20 mg (20 gocce) al giorno, sulla base della risposta individuale del paziente.
La massima efficacia si raggiunge dopo circa 3 mesi. Il trattamento dura diversi mesi.

Disturbo d'ansia sociale

La dose abituale è di 10 mg (10 gocce) una volta al giorno. In genere sono necessarie 2-4 settimane per ottenere un miglioramento dei sintomi. Successivamente, sulla base della risposta individuale del paziente, la dose può essere ridotta a 5 mg (5 gocce) o aumentata fino a un massimo di 20 mg (20 gocce) al giorno.
Il disturbo d'ansia sociale è una patologia a decorso cronico, si raccomanda il trattamento per 12 settimane al fine del consolidamento della risposta.

Il trattamento a lungo termine dei responders pazienti che hanno risposto al trattamento è stato studiato per 6 mesi e può essere considerato su base individuale per la prevenzione delle ricadute; i benefici del trattamento devono essere rivalutati ad intervalli regolari.

Il disturbo d'ansia sociale è una terminologia diagnostica ben definita di un disturbo specifico, che non deve essere confuso con l'eccessiva timidezza. La farmacoterapia è indicata solo se il disturbo interferisce significativamente con le attività professionali e sociali.
L'impiego di questo trattamento in confronto alla terapia cognitivo comportamentale non è stato valutato. La farmacoterapia è parte di una strategia terapeutica globale.

Disturbo d'ansia generalizzato

La dose iniziale è di 10 mg (10 gocce) una volta al giorno. La dose può essere aumentata a un massimo di 20 mg (20 gocce) al giorno sulla base della risposta individuale del paziente.
Il trattamento a lungo termine dei pazienti che hanno risposto al trattamento è stato valutato per almeno 6 mesi in pazienti che assumono 20 mg (20 gocce) al giorno. I benefici del trattamento ed il dosaggio devono essere rivalutati ad intervalli regolari (vedere paragrafo 5.1).

Anziani (> 65 anni)

Si raccomanda di iniziare il trattamento con metà della dose abituale, inoltre deve essere presa in considerazione una dose massima più bassa (vedere paragrafo 5.2).

L'efficacia di Cipralex nel disturbo d'ansia sociale non è stata studiata in questa popolazione.

Bambini e adolescenti (<18 anni)

Cipralex non deve essere utilizzato per il trattamento di bambini e adolescenti al di sotto dei 18 anni di età (vedere paragrafo 4.4).

Ridotta funzionalità renale

