

ricorrenze In una rovente sera di agosto del 1978, la più grande cantante italiana teneva il suo ultimo concerto. Nei quattro anni precedenti la cantante si era dedicata alla sua vita privata, forse anche giù di umore e poi negli ultimi mesi del 1977, secondo Bernardini "qualcosa si è sciolto nel suo riserbo. L'ho vista troppo eccitata, troppo euforica e soprattutto carica d'energia. Ha voglia di tornare a cantare, di sentire il respiro della folla sulla faccia". Fu così che nell'aprile del '78 fu dato l'annuncio di una serie di concerti al Bussoladomani sul lungomare del Lido di Camaiore tra giugno e settembre. La sua costumista racconta come salirà sul palcoscenico: "Mina entrerà nel fascio dei riflettori come un'apparizione incorporea, una vestale. Un abito nero, impalpabile, largo, molle, cadente, fluttuante, mezzo trasparente, la scoprirà a tratti. Uno scialle di seta nera, ricamato con venti rose rosse e nere di jais, volerà con lei nel fascio luminoso". Anche per nascondere il notevole aumento di peso. Il giorno prima del concerto Mina è scomparsa e nessuno sa dove sia. È dal parrucchiere ma tutti si agitano. Alla data fatidica, verso le ventidue i seimila posti esauriti da tempo sono occupati. Imponente è il servizio di sicurezza. Viene presentata da sue due grandi amici, Walter Chiari a cui spetta il compito di intrattenere un pubblico che aspetta la diva da sei anni. Tra gli spettatori, i soliti che contano, molti attori e cantanti. Alla 'rivale' Vanoni aveva chiesto il favore di andare al secondo spettacolo: Lascia che io prenda familiarità con il palcoscenico - le avrebbe detto. La sigla del concerto, "Stasera io qui", è quasi un manifesto: "Qui, questa sera di nuovo qui/Mi ricordo ci sono già stata/Poi mi sono fermata, mi sono perduta/No, il motore non l'hanno fermato/E vi giuro che ci hanno provato/Non è mica servito se io questa sera son qui".

(Continua a pagina 12)

magre da morire la comorbilità tra disturbi del comportamento alimentare e i disturbi dell'umore

I disturbi del comportamento alimentare sono solitamente descritti come un insieme di patologie comportamentali di pertinenza psichiatrica caratterizzate da una grave e persistente alterazione della condotta alimentare. Questa definizione scolastica è ingannevole, perché suggerisce che il nucleo del disturbo consista in un'anomalia del rapporto con il cibo, apparentemente di facile correzione. Tuttavia, questi disturbi si caratterizzano per il sovrapporsi di problemi psicologici, relazionali, familiari, e somatici, che rendono la terapia delle loro diverse varianti una faccenda piuttosto complicata (1).

Le forme di presentazione più comuni sono l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, più un terzo cluster sindromico (associazione di sintomi), il disturbo da iperalimentazione incontrollata, chiamato anche, dall'acronimo inglese, BED (Binge Eating Disorder).

COME SI RICONOSCONO

La diagnosi di anoressia è solitamente posta in presenza di un peso corporeo inferiore al 85% di quello previsto per l'età e il sesso. Il criterio del basso peso, però, non è risolutivo per la diagnosi, poiché esso è solo la conseguenza, e non la causa del disturbo, che riconosce come sintomo nucleare un patologico timore di ingrassare, a dispetto dell'evidenza del contrario. Per conseguenza, il soggetto si impegna in un programma di perdita di peso, e/o di mantenimento di un peso corporeo estremamente basso, attraverso l'evitamento di cibi giudicati "ingrassanti", e uno o più dei seguenti metodi: vomito auto-indotto; purghe auto-indotte; esercizio fisico eccessivo; uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici. Le forme esclusivamente incentrate sull'evitamento di cibo costituiscono la variante più pura di anoressia nervosa, indicata come restricter (restrittiva) nella letteratura internazionale. Esistono altre varianti nelle quali le condotte improntate al digiuno sono occasionalmente interrotte da abbuffate alimentari, che inducono il paziente a un più frequente ricorso a condotte di eliminazione delle calorie introdotte in eccesso rispetto a quanto stabilito: questa variante è indicata come binge/purge nella letteratura internazionale, poiché caratterizzata da crisi bulimiche (binge) e condotte purgative.

La bulimia nervosa è caratterizzata dalla frequente ricorrenza di episodi di iperalimentazione incontrollata, o abbuffate (binge). L'abbuffata è l'ingestione di grandi quantità di cibo in un intervallo breve di tempo, da qualche decina di minuti a 2 ore, sebbene alcuni episodi possano durare di più. È caratteristico della abbuffata la percezione soggettiva della perdita di controllo durante l'episodio, sia in relazione alla quantità di cibo ingerita, sia in relazione alla abbreviazione dei tempi normali di alimentazione.

(Continua alla prossima pagina)



In alcuni casi l'abbuffata è programmata dal soggetto; in altri casi essa parte automaticamente, a volte innescata da uno stimolo ambientale (condizionamento), oppure attivata dall'ingresso del soggetto in uno stato come di trance (dissociazione), o ancora indotta dall'ipoglicemia (abbuffata da digiuno). Le abbuffate ingenerano solitamente forti sensi di colpa e la messa in opera di pratiche volte a smaltire le calorie introdotte in eccesso. Queste ultime vanno dal digiuno al ricorso alle condotte di eliminazione già descritte per l'anoressia. Spesso, ma non sempre, è presente una storia di un precedente episodio di anoressia nervosa, con un intervallo variabile da pochi mesi a diversi anni; l'episodio in questione può essersi manifestato in maniera chiara, ma più spesso ha avuto evoluzione in forma ridotta, nascosta e inavvertita talvolta dallo stesso soggetto, con una moderata perdita di peso e/o una fase transitoria di amenorrea. Quanto al disturbo da iperalimentazione incontrollata o BED, esso si caratterizza per la presenza di ricorrenti crisi di iperalimentazione incontrollata, di solito non seguite da condotte di eliminazione.

Queste descritte sono modalità di presentazione tipiche e in qualche modo ideali: in realtà la sintomatologia varia ampiamente lungo un continuum che va dalla restrizione estrema, basata sull'astensione dal cibo fino al digiuno prolungato, ad altre, opposte, nelle quali prevalgono condotte di iperalimentazione, le abbuffate, senza tentativi di correzione degli eccessi (2).

Questi disturbi hanno in comune un'elevata frequenza di complicanze somatiche, causate dalle condotte alimentari anomale. Sono frequenti disfunzioni endocrine, in particolare a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e ipotalamo-ipofisi-surrene. Anoressia e bulimia, inoltre, condividono alterazioni a carico di organi e tessuti interessati dalle conseguenze delle pratiche volte a ridurre l'assunzione di cibo. Non è raro che la sintomatologia somatica si stabilizzi in forme suscettibili di esitare in danni con alto grado di evolutività (complicanze organiche), che nei casi più gravi possono costituire punto di partenza di un processo con esito fatale: morte per insufficienza cardiaca, da inanizione, o per infezione, o ancora per le complicanze della rottura dello stomaco o dell'esofago a seguito di vomito ripetuto.

QUAL È LA LORO FREQUENZA NELLA POPOLAZIONE?

A dispetto dell'allarmismo dei giornali, i disturbi del comportamento alimentare sono disturbi relativamente rari. Complessivamente, considerando le varianti con pochi sintomi o scarsamente definibili (cosiddette forme Non Alimenti Specificabili, o NAS), i disturbi del comportamento alimentare interessano una frazione compresa tra il 3 e il 7% della popolazione, con maggiore incidenza nel sesso femminile (da 3 a 10 volte più che nel sesso maschile, secondo il tipo di disturbo) e nell'età dell'adolescenza: l'età del cambiamento e della piena acquisizione dell'identità di genere. Le forme più gravi sono ancora più rare: 0.3-0.5% per l'anoressia nervosa, 0.3-1.2% per la bulimia nervosa (3).

COMORBILITÀ CON I DISTURBI DELL'UMORE

La definizione dell'anoressia e della bulimia come entità nosografiche autonome è relativamente recente: poco più di 100 anni per l'anoressia (1873, Lasegue; 1874, Gull), sebbene fossero descritti casi già nel Seicento; dal 1979, con l'articolo pionieristico di Russell, per la bulimia, sebbene pratiche di iperalimentazione seguite da vomito auto-indotto fossero note già ai Romani (4). Il

disturbo da iperalimentazione incontrollata ha una storia ancora più recente, avendo ricevuto definizione nosografica autonoma solo nelle più recenti classificazioni diagnostiche, negli anni Novanta.

Una categoria diagnostica "ritaglia" nell'insieme delle sensazioni, condotte, atteggiamenti e abitudini di un soggetto, un nucleo di elementi ai quali si riconosce significato di patologia. Non è raro, tuttavia, che questi elementi condividano aspetti e caratteristiche comuni anche ad altri disturbi conosciuti. Esistono dei criteri di organizzazione delle diagnosi, cosiddetti algoritmi (sequenze di decisioni da applicare in successione), che consentono di evitare l'attribuzione di una diagnosi a un disturbo quando siano presenti i criteri per altro disturbo, quando esso sia più importante sul piano clinico: o in relazione alla gravità, o perché maggiormente trattabile, o ancora per la particolare tendenza evolutiva (che influenza l'esito, cioè la prognosi).

Tuttavia, quando non siano applicabili algoritmi di esclusione gerarchica, tali per cui un disturbo ha la precedenza su un altro, si tende a considerare la contemporanea presenza dei disturbi i cui criteri siano riconoscibili: si parla allora di comorbilità, cioè coesistenza di due o più disturbi.

Nel caso di disturbi come l'anoressia e la bulimia nervosa, è frequente la presenza di sintomi di depressione e di ansia. Ciò è facilmente spiegabile, giacché l'umore fluttua ampiamente in caso di problemi psicologici o relazionali, e altrettanto variano i livelli di ansia quando siamo in difficoltà.

Tuttavia, nel caso dei disturbi del comportamento alimentare l'intensità delle fluttuazioni dell'umore e dei livelli di ansia è molto elevata, al punto da consentire la diagnosi di un coesistente disturbo: più spesso, depressione maggiore, vari tipi di fobia (oltre a quelle per i cibi ingrassanti), e disturbi da attacchi di panico.

Complessivamente, la co-esistenza di disturbi dell'umore con l'anoressia nervosa varia, secondo gli studi, dal 24.1% sino al 90%; mentre nella bulimia nervosa le stime oscillano dal 31% all'88.9% (5). È difficile farsi un'idea dei motivi per una stima così imprecisa: vi sono errori metodologici, una scarsa considerazione dei parametri di analisi (ad esempio, molti studi non specificano l'intervallo di tempo all'interno del quale è stata considerata la stima), il variare dei criteri diagnostici nel tempo (con ben tre revisioni nell'arco di 15 anni), la mancata attenzione alle differenze di genere (anoressia e bulimia sono disturbi rari nel sesso maschile).

La depressione è spesso una conseguenza della malnutrizione: è noto che il digiuno non auto-imposto (quello che fa seguito a una carestia, ad esempio, o alla prigionia di guerra) conduce alla comparsa di depressione. Spesso, i quadri di depressione maggiore che si osservano in corso di anoressia o bulimia nervosa recedono completamente dopo la guarigione dal disturbo del comportamento alimentare. Tuttavia, l'uscita da uno stato di depressione, ottenuta con antidepressivi, non si accompagna di solito al miglioramento delle sintomatologie alimentari. Nei disturbi del comportamento alimentare, comunque, l'associazione con sintomi dello spettro affettivo va al di là della depressione.

Nella mania, nell'ipomania e negli stati di depressione melanconica, sono frequenti l'inappetenza sino all'anoressia e la perdita di peso; nelle varianti atipiche, che ricorrono nella forma II del disturbo bipolare, si osservano crisi di iperfagia e l'aumento di peso sino all'obesità. Per converso, l'iperattività, l'affaccendamento, e, talvolta, veri e propri stati di eccitamento sono di frequente osservazione in pazienti con anoressia o bulimia nervosa (6).

Sia nei disturbi del comportamento alimentare che in quelli affettivi si osserva una marcata tendenza all'impulsività, che si manifesta come aumentato coinvolgimento in attività ludiche con elevato rischio di conseguenze per il soggetto (gioco d'azzardo, cleptomania, spese eccessive nei negozi o shopping-mania), e una maggiore frequenza di condotte edoniche (cioè, fonte di piacere), incluse le abbuffate alimentari. Un'aumentata propensione all'abuso di alcool o di sostanze è un'altra caratteristica che si osserva in entrambe le classi di disturbo, con altrettanto aumentata prevalenza delle condotte di abuso di sostanze nelle famiglie di appartenenza.

Un'evoluzione ciclico-ricorrente si osserva nei disturbi dell'umore con andamento bipolare, ma, come già accennato, anche nei disturbi del comportamento alimentare si assiste a una ricorrenza di episodi, che oscillano da manifestazioni restrittive, in qualche modo "depressive", tipiche dell'anoressia, ad altre improntate alla dissipazione ipomaniacale, tipiche della bulimia. In 12 studi che hanno indagato la co-esistenza di anoressia e/o bulimia nervosa nei pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, tutti tranne uno hanno evidenziato per i disturbi del comportamento alimentare una più elevata prevalenza lifetime (cioè, in tutta la vita, sino al momento dell'intervista) per confronto con le stime attese nella popolazione generale, da 2 a 3 volte maggiori (6,7).

La prevalenza stimata del disturbo bipolare nei campioni di pazienti con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, invece, è risultata molto variabile, con una stima media pari all'8% (rispetto a 1-2% atteso nella popolazione generale), ma con intervalli di oscillazione amplissimi, da 0% a 64%, in 28 studi. Ciò è dipeso dall'uso di criteri diversi per la diagnosi. In genere, quando si utilizzano criteri molto restrittivi, la coincidenza tra le due classi di disturbo è molto bassa, tuttavia, il disturbo bipolare è un disturbo che sempre più spesso è concepito come esprimendosi con uno spettro di manifestazioni, da forme sottosoglia, facilmente scambiate con un disturbo di personalità, a forme conclamate e gravi. Quando si applicano criteri di spettro, si osserva una maggiore frequenza di casi in comorbilità con i disturbi del comportamento alimentare (6,7).

Questi studi non sono esenti da limitazioni. In studi di campioni clinici, costituiti da pazienti che hanno richiesto un trattamento per i propri disturbi, è frequente un vizio di selezione, noto come fallacia di Berkson, dal nome dell'epidemiologo che lo descrisse nel 1949. Chi chiede un trattamento per un disturbo psichiatrico ha un'elevata motivazione, perché sono disturbi solitamente nascosti o non ammessi: tale elevata motivazione dipende spesso dalla gravità dei sintomi o dal disagio da essi provocati. Facilmente chi soffre di più disturbi in comorbilità ha un maggiore disagio o una maggiore gravità delle sintomatologie: sarà quindi più portato a chiedere un trattamento per i suoi disturbi. Per conseguenza, le casistiche basate su campioni clinici presenteranno una più elevata comorbilità rispetto ai campioni tratti dalla popolazione generale.

Sino a oggi, quattro studi hanno esaminato la co-esistenza del disturbo bipolare con i disturbi del comportamento alimentare in campioni di comunità: se sono applicati criteri diagnostici molto rigidi, la coincidenza è molto bassa, anche perché si tratta di disturbi oggettivamente rari. Tuttavia, 3 studi su 4 hanno trovato una comorbilità statisticamente significativa delle due classi di disturbi quando siano applicati criteri più inclusivi, che considerino anche le forme sottosoglia o con pochi sintomi (6,7).

Quest'ultima osservazione suggerisce che, se la comorbilità segnala una comunanza genetica tra i due disturbi, l'evoluzione verso un disturbo del comportamento alimentare si realizza principalmente quando l'altro disturbo, il disturbo bipolare, è in forma larvata: tuttavia, esso potrebbe sempre evolvere in una

forma pienamente sintomatica. Sono stati descritti, in effetti, viraggi verso la mania in pazienti con bulimia o con BED trattati con antidepressivi.

Questo non è l'unico problema terapeutico osservato: il ricorso a certi antiepilettici come stabilizzatori dell'umore come l'acido valproico, produce facilmente un peggioramento delle sintomatologie bulimiche, in particolare le abbuffate, in chi vi sia predisposto. Gli antipsicotici di seconda generazione, come l'olanzapina e il risperidone, sono efficaci nel controllare gli stati di eccitazione e agitazione della mania, come anche i sintomi di psicosi del disturbo bipolare, e possono essere di aiuto nella rigidità di pensiero e nell'angoscia che accompagna le prime fasi di trattamento nell'anoressia. Tuttavia sono potenti induttori dell'appetito, e possono favorire l'aumento in peso, sino all'obesità, e scatenare crisi di iperfagia.

CONCLUSIONI

La corretta identificazione diagnostica è sempre risolutiva sul piano delle terapie e della prognosi. Trascurare la possibile coesistenza del disturbo bipolare in corso di anoressia o bulimia nervosa, o viceversa, può condurre a esiti disastrosi, per l'aumentato rischio di suicidio che la presenza di un disturbo bipolare conferisce. È possibile, infatti, che l'elevata mortalità per suicidio registrata in campioni di pazienti con anoressia e/o bulimia nervosa, soprattutto nel passato, sia riflesso di un quadro non riconosciuto di disturbo bipolare, che nelle forme paucisintomatiche è spesso erroneamente diagnosticato come disturbo borderline di personalità.

D'altra parte, la presenza di abbuffate in pazienti con disturbo bipolare li espone a un aumentato rischio di obesità, condizione che complica il decorso di questi disturbi e che, in associazione al fumo di sigarette e all'abuso di alcool, di frequente osservazione nei disturbi affettivi, costituisce un fattore di rischio per patologie cardiovascolari, per certe forme di tumore e per la demenza vasculopatica. L'accertamento diagnostico in queste classi di disturbi richiede una preparazione multi-dimensionale, in cui si associno competenze psicologiche e psichiatriche e altre propriamente mediche. Organizzazioni non professionali possono svolgere un'opera importante di sensibilizzazione rivolta all'opinione pubblica, ai pazienti e alle loro famiglie. Gli interventi diagnostici e terapeutici, tuttavia, dovrebbero essere demandati ad esperti della materia.

Antonio Preti

Bibliografia di riferimento:

- 1) Miotto P., Preti A., (2004), *Il trattamento multiprofessionale dei disturbi del comportamento alimentare*. *Psicobiettivo*, 24: 87-100.
- 2) Fairburn C.G., Harrison P.J., (2003), *Eating disorders*. *Lancet* 361: 407-416.
- 3) Hoek H.W., (2006), *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. *Current Opinion in Psychiatry* 19: 389-394.
- 4) Vandereycken W., van Deth R., (1995), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- 5) Godart N.T., Perdereau F., Rein Z., Berthoz S., Wallier J., Jeammet Ph., Flament M.F., (2007), *Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature*. *Journal of Affective Disorders*, 97: 37-49.
- 6) McElroy S.L., Kotwal R., Keck P.E. Jr, Akiskal H.S., (2005), *Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations?* *Journal of Affective Disorders*, 86: 107-127.
- McElroy S.L., Kotwal R., Keck P.E. Jr., (2006), *Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications*. *Bipolar Disorders* 8: 686-695.

DALL'ITALIA

Venerdì 11 aprile 2008 si è svolto a Oristano un convegno dal titolo "TEC: indicazioni, tecniche, meccanismo d'azione ed effetti collaterali", organizzato dal DSM di Oristano. Detto incontro è stato l'ultimo atto di un corso iniziato nel 2002, con fondi della Regione Sardegna, dal titolo "Disturbo Bipolare e prevenzione del suicidio nella provincia di Oristano". A conclusione di tale corso non poteva pertanto mancare una sessione dedicata alla terapia convulsivante, ancora oggi, più efficace nella cura del Disturbo Bipolare in tutte le sue forme e fasi.

I docenti sono stati Athanasio Koukopoulos e Giuseppe Bersani. Koukopoulos, dopo un breve excursus storico sulle terapie convulsivanti, ha illustrato le ragioni del rinnovato interesse per la TEC, legate fundamentalmente alla non elevata efficacia delle terapie farmacologiche. Gli antidepressivi risultano infatti efficaci nel 55% - 60% dei casi, il litio profilattico nel 50% e gli anticonvulsivanti < 50%. Ha quindi parlato delle indicazioni della TEC e delle limitazioni legate alla vecchia circolare ministeriale della Bindi. Le indicazioni presentate da Koukopoulos tenevano conto e della propria vasta esperienza clinica personale e dei dati della letteratura internazionale.

La terapia elettroconvulsivante è indicata soprattutto nelle depressioni deliranti, negli stati di pseudodemenza depressiva, nella catatonìa e in tutti gli stati in cui è elevato il rischio di suicidio.

La TEC è inoltre da preferire nei pazienti in età avanzata nei quali gli effetti collaterali dei farmaci sono mal tollerati, così pure nelle pazienti in gravidanza nelle quali i farmaci potrebbero procurare danni al feto. La TEC trova ancora indicazione nelle psicosi epilettiche, nelle depressioni miste, nei rapidi ciclici e ovviamente nei casi di fallimento delle terapie farmacologiche. In generale la TEC si impone come terapia d'elezione in tutti in cui vi sono gravi rischi per la vita del paziente (arresto psicomotorio, rifiuto del cibo, stati misti agitati).

Una particolare attenzione si è data ai decorsi complessi, particolarmente resistenti ai trattamenti. I rapidi ciclici (pazienti che presentano 4 o più episodi maniaco-depressivi in un anno) rispondono infatti alle terapie farmacologiche, in varia combinazione, solo nel 26,4% dei casi. Sono pazienti condannati a lunghi periodi di sofferenza e inabilità e con alto rischio di suicidio. In questi pazienti la TEC di mantenimento risulta essere la terapia più efficace con risultati positivi nel 70% dei casi.

In tutti i casi la letteratura scientifica internazionale dimostra una maggiore efficacia della TEC rispetto alle altre terapie impiegate nella cura del Disturbo Bipolare.

A dispetto delle evidenze cliniche la TEC è stata pressoché bandita in Italia. A differenza che negli altri paesi europei, dove la TEC è diffusamente usata e insegnata, in Italia i pregiudizi ideologici sembrano aver prevalso sui risultati scientifici.

La TEC nel nostro paese viene infatti praticata solo in poche strutture e con limitazioni esclusivamente politiche e accademiche. L'affermare, come nella circolare Bindi, che "d'altra parte la TEC risponde solo nel 50% dei casi resistenti alle terapie farmacologiche" è un tentativo ridicolo di fare disinformazione. I casi resistenti sono ovviamente quelli più gravi e riconoscere che questi casi per il 50% sono risolti dalla TEC significa chiaramente che quest'ultima supera in efficacia le altre terapie del 50%. D'altra parte non esistono in letteratura casi resistenti alla TEC che vengono risolti dalle terapie farmacologiche.

Bisogna anche dire che posizioni contraddittorie sulla TEC esistono anche in altri paesi.

Negli USA, per esempio, dove negli anni '60 vi è stato un duro attacco contro la TEC, la comunità scientifica (American Psychiatric Association) ha resistito alle posizioni ideologiche istituendo due Task Force (1978,1990) e una Consensus

Conference (1985) onde valutare, sulla base di dati clinici, l'utilità o meno del trattamento in psichiatria. La Consensus Conference in particolare ha dato l'opportunità ai favorevoli e ai contrari di presentare le loro esperienze ad un gruppo di esperti. I risultati di tutte queste indagini hanno portato ad affermare che la TEC è un trattamento utile e sicuro, il cui uso è da approvare e da incoraggiare. Detti risultati hanno agito da volano per la ripresa dell'uso del trattamento negli USA.

La Task Force dell'A.P.A. nella seconda edizione del 2001 detta anche le linee guida sia per le indicazioni che per le modalità d'uso della TEC. In particolare viene definita terapia a rapida azione, efficace e sicura, che dovrebbe essere primariamente usata nei seguenti casi:

- a) quando è necessaria una risposta rapida e decisiva sul piano medico o psichiatrico, e cioè in tutti quei casi nei quali le condizioni generali scadute necessitano di un recupero rapido o nei casi in cui lo stato psicopatologico mette a rischio l'incolumità del paziente o di altri;
- b) quando il rischio connesso ai trattamenti alternativi è più alto di quello connesso alla TEC;
- c) quando nei precedenti episodi si è avuta una scarsa risposta ai farmaci e una buona risposta alla TEC;
- d) quando viene scelta dal paziente.

La posizione dell'A.P.A. rimane un poco contraddittoria: una terapia definita rapida, efficace e sicura, dovrebbe infatti essere considerata la terapia di scelta in ogni caso.

Koukopoulos ha concluso la sua relazione parlando delle tecniche e delle corrette prassi da seguire per limitare o escludere gli effetti indesiderati della TEC. Ha ricordato ancora che già negli anni 40 sono stati introdotti nella pratica gli anestetici generali, i miorellassanti (ancora oggi i denigratori del trattamento non sanno che con l'uso di questi farmaci la drammatica crisi convulsiva di grande male non si vede più), la corrente ad impulsi brevi e la terapia unilaterale (il posizionamento cioè degli elettrodi da un solo lato) tecniche queste ultime che, come vedremo, riducono notevolmente gli effetti indesiderati a carico della memoria.

Giuseppe Bersani ha iniziato la sua relazione parlando delle varie ipotesi di meccanismo d'azione della TEC, evidenziando che vi è una quantità di dati sperimentali sulle modificazioni cerebrali indotte dal trattamento e che questi dati non risultano sempre costanti sulle correlazioni tra modificazioni cerebrali e risposta clinica e che ancora oggi non è possibile trovare un modello integrato conclusivo. Le incertezze sui meccanismi d'azione in psichiatria permangono per tutte le terapie, psicologiche e farmacologiche. Le correlazioni fra gli ipotizzati meccanismi d'azione dei farmaci e le alterazioni biologiche nelle varie patologie rimangono puramente ipotetiche e a tutt'oggi sconosciute.

I principali modelli sul meccanismo d'azione della TEC contemplano modelli psicologici, neurofisiologici, neuroendocrini, neurotrofici. Lasciando da parte i modelli psicologici che hanno ormai solo un valore storico-accademico, risultano di interesse scientifico gli altri. Indubbiamente l'efficacia clinica è legata ai fenomeni convulsivi (soglia convulsivante, durata della convulsione, processi di soppressione post-ictale), come pure alla riduzione del flusso ematico e dell'attività metabolica cerebrale. I clinici sono concordi nel ritenere efficace una convulsione, registrata col tracciato elettroencefalografico, di durata superiore ai 30 secondi. Gli attuali apparecchi sono in grado di fornire i tracciati e di determinare la durata della convulsione. La durata della convulsione è condizionata da diversi fattori quali la soglia convulsivante di base, il tipo di disturbo psicopatologico, le terapie farmacologiche, i livelli di GH, eventuali precedenti TEC, tipo di anestesia (alcuni anestetici innalzano la soglia più di altri).

Ovviamente l' TEC produce numerose modificazioni a livello di vari neurotrasmettitori ma, come per i farmaci, queste modificazioni non sempre risultano di facile interpretazione. Lo stesso discorso può essere fatto per i neuromodulatori e, in parte, per gli effetti neuroendocrini.

Sicuramente l' TEC produce un aumento della permeabilità della barriera emato-encefalica.

Scott e collaboratori (1989) trovarono che il rilascio di ossitocina era correlata ad un miglioramento della depressione. Floranski (1996) trovò che i livelli sierici di cortisolo e prolattina aumentano nell' uomo dopo TEC, così pure i livelli di ACTH. L' aumento del GH potrebbe essere correlato all' effetto anabolico globale del cervello dovuto ad un incremento dei fattori neurotrofici. Le ultime scoperte sugli effetti neurotrofici sono sicuramente le più straordinarie e rivoluzionarie.

Per tanti anni i denigratori hanno sostenuto, pur senza fondamento, che la TEC producesse danni neuronali. Per la verità queste mistificazioni sono sempre state confutate da diversi studi controllati sia nell' uomo che in animali di laboratorio con le più sofisticate tecniche radiodiagnostiche.

Recenti studi (Holtzman 2007; Marano 2007) lungi dal rilevare danni neuronali, dimostrano che la TEC stimola la neurogenesi e avrebbe un effetto rivitalizzante sui neuroni.

Questi effetti sono particolarmente evidenti a livello dell' ippocampo e una serie di TEC aumenta la neurogenesi più di un singolo trattamento. L' effetto neurotrofico e neuroplastico è così evidente che il gruppo di Marano dell' Università di Baltimora ipotizza che la neurogenesi potrebbe avere un ruolo fondamentale nell' azione antidepressiva della TEC.

Si è infine parlato degli effetti collaterali della TEC. Come tutti sanno il trattamento può indurre disturbi della memoria. Questo effetto era più frequente con i vecchi apparecchi che utilizzavano una corrente ad andamento sinusoidale e con quantità di corrente complessivamente maggiore rispetto alla quantità attualmente utilizzata. Con i nuovi apparecchi il tipo di corrente usata è a cosiddette onde quadre che sembra avere minori effetti sulla memoria. I disturbi della memoria sono comunque in genere transitori e il più delle volte si risolvono nel giro di sei mesi. Vi sono comunque delle strategie da seguire per ridurre al minimo gli effetti sulla memoria. La prima è quella di posizionare gli elettrodi in modo unilaterale anziché nella classica posizione bitemporale, la seconda è quella di sospendere determinati farmaci, come i sali di litio, durante la TEC, terza è quella di diradare la frequenza delle applicazioni.

Altri disturbi possono insorgere durante una TEC come la cefalea, possibili traumi dentali, ipertensione arteriosa, morso della lingua, vomito con pericolo di soffocamento e polmonite ab ingestis, agitazione e confusione post-ictale. Per tutti questi rischi vi sono comunque soluzioni rapide e precauzioni che prevengono possibili rischi da TEC. È necessario infatti che il paziente sia digiuno per evitare possibili reflussi gastrici, così pure è opportuno proteggere adeguatamente i denti durante il trattamento. Eventuali aumento della pressione arteriosa e cefalea possono essere facilmente controllate con un antipertensivo o con un antidolorifico.

Al convegno hanno partecipato numerosi specializzandi delle due università regionali che hanno mostrato grande interesse e anche rammarico per non essere posti nelle condizioni di poter apprendere una pratica terapeutica così importante. Ancora una volta emerge la anomala situazione italiana. È davvero inammissibile che agli specializzandi in psichiatria venga negato l' insegnamento di una terapia sicura, efficace e talvolta salva vita. Nelle università scandinave la TEC viene diffusamente utilizzata e insegnata. Bene hanno detto Goodwin e Rudorfer " l' impossibilità di accesso a una terapia di scelta ben documentata – a volte l' unica praticabile – è un affronto crudele alla società e

dovrebbe essere considerata inaccettabile".

DALLA FRANCIA

Ogni volta che mi vengono poste delle domande sulla psichiatria in Italia, e capita spesso all' estero, ho difficoltà a rispondere alle naturali obiezioni che nascono: ma è vero che in Italia utilizzate pochissimo l' elettroshock? È vero che una legge l' ha proibito? Ma allora che terapie avete per le depressioni gravi e resistenti? È vero che avete chiuso gli ospedali psichiatrici? Ma i malati dove vengono curati?

Non ricordo quando sentii parlare dell' elettroshock la prima volta, ma lo conoscevo ancor prima di entrare all' Università. Quando vidi il film di Milos Forman (Qualcuno volò sul nido del cuculo, 1975) più che restare impressionato ebbi difficoltà a credere che la terapia venisse usata a scopo punitivo: era un' interpretazione troppo semplicistica pur se motivata dalla storia della psichiatria e dalla deriva eugenetica di alcuni psichiatri durante la seconda Guerra Mondiale e non solo (Lemoine 2005). Il fatto che negli Stati Uniti, dove gli afro-americani e ispanici sono i più perseguitati dalla legge, siano i bianchi a usufruire maggiormente di questa terapia sembra confermare il carattere non punitivo della terapia.

Al contrario le Assicurazioni mediche sempre negli USA la richiedono perché diminuendo i tempi della malattia ne riduce anche i costi. In tutto il mondo si pratica questa terapia e la vasta letteratura scientifica è concorde nel ritenerla tra le più efficaci (Conca et al. 2007). Ma in Italia questa terapia è ancora associata alla tortura e al manicomio (Giannicchedda, 23 febbraio 2008). A 30 anni dalla legge 180 si vedono in giro celebrazioni di vario tipo ma poche voci critiche che tentano un' analisi obiettiva; eppure sembra che la gestione della salute mentale e dei malati di mente in Italia sia fallimentare: che sia colpa della 180 o della sua mancata applicazione non si può sapere vista la confusione che esiste. Uno dei motivi, oltre alla profonda ignoranza scientifica, potrebbe essere la tendenza tutta italiana a prendere decisioni su un piano emotivo e ideologico piuttosto che pragmatico e scientifico, senza pensare alla risoluzione concreta dei problemi continuando a fare danni come nel caso della ricerca sugli embrioni, della terapia genica o della terapia elettroconvulsivante (TEC) appunto. Nell' ultimo caso, chi ne paga le conseguenze sono i malati di mente. Viene scritto – dai sostenitori – che la 180 è una riforma che tutto il mondo ci invidia per il carattere progressista e innovatore e che ci studiano, manco fossimo marziani. In realtà all' estero si guarda con distacco la situazione italiana e si conosce ben poco della 180: si sa genericamente che i manicomi sono chiusi, che i malati sono andati in altri ospedali e che una legge ha proibito la TEC ma che, all' italiana, in alcuni posti si pratica di nascosto. Peraltro questo non è corrisponde a verità.

Possibili ipotesi: il clima ideologico del '68 e il movimento antipsichiatrico che ha coinvolto non solo l' Italia ma ha colpito soprattutto l' Italia; film d' effetto poco obiettivi come quello di Forman; autori come Thomas Szasz in Il Mito della Malattia Mentale del 1961 (e recentemente ristampato in Italia!) e in L' Invenzione della Follia del 1970. Ma anche gruppi come il Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani (CCDU) sorto in Italia nel 1974, fondato da Scientology che paragona la psichiatria al nazismo e nega l' esistenza delle malattie mentali; associazioni come la Società Italiana di Psichiatria Democratica che in un comunicato stampa del 1997 si opponeva alla TEC e ne collegava l' utilizzo ai concetti di incurabilità e controllo sociale del malato di mente; l' Osservatorio Italiano sulla Salute Mentale i cui soci psichiatri negano l' esistenza della malattia mentale. Questi sono alcuni dei fattori che hanno accompagnato la chiusura dei

(Continua alla prossima pagina)

manicomi tout court e portato all'abbandono in Italia della TEC oltre ad aver influenzato parte della cultura psichiatrica italiana con le conseguenze che in quasi tutte le scuole di specializzazione non si insegna né si può fare esperienza con questo trattamento.

Nel reparto di neurologia francese che ho frequentato sentii il professore parlare di elettroshock con assoluta naturalezza. Nessuno degli studenti presenti si stupì. Intervenni: "Scusi ma ha proposto l'elettroshock per una malattia di Parkinson?" – "Certo, è una delle indicazioni di questa terapia". Mesi dopo nell'Ospedale Psichiatrico Le Vinatier conobbi Sylvette, diagnosi: schizofrenia. La accompagnai nel reparto Terapie Biologiche per effettuare la sua seduta mensile di sismoterapia (terapia elettroconvulsivante). E con lei tanti altri pazienti. Risultato? Maria l'ho conosciuta a Firenze, aveva 32 anni, veniva dalla Sicilia, un viaggio lungo nella speranza di guarire da qualcosa che non capiva: "Dottore, ma perché non provo niente, perché non ho emozioni, ma è normale che non sento niente, perché?" mi chiedeva senza neanche piangere, senza emozioni. Passava il suo tempo a letto, lo sguardo perso nel vuoto.

Caterina, 23 anni, anche lei del profondo Sud, era depressa, ogni tanto si alzava dal letto e girava per i corridoi, fatua, perplessa, facendo discorsi sconnessi; un giorno la incrocio nel corridoio, mi saluta sbagliando nome (poi seppi che era quello del fidanzato), cerca di abbracciarmi ma la madre la ferma, allora incomincia a spogliarsi, si toglie i pantaloni del pigiama e la mamma interviene nuovamente, poi torna a letto per starci. Per entrambe, dopo mesi di ricovero e antidepressivi inefficaci, verrà proposto l'elettroshock: Maria è guarita, è tornata a casa sua; Caterina ha avuto un breve periodo di euforia al secondo elettroshock ma si è poi stabilizzata ed è tornata a casa.

Charlotte non è stata altrettanto fortunata. La conobbi in Francia. Era depressa, aveva perso la madre da poco e non si dava pace. I medici erano indecisi per l'elettroshock, tanto più che aveva una bambina di 2 anni di cui doveva occuparsi. Si decise una cura tradizionale e dopo più di un mese e mezzo di antidepressivi e psicoterapia sembrava stare meglio, sembrava avere accettato la situazione, riceveva le visite del marito con la figlia e venne dimessa: ma al primo controllo non venne, si era suicidata. Non sapremo mai se l'elettroshock l'avrebbe aiutata.

Michele viene da una famiglia di bipolari, nonno, padre, zio e fratello, tutti malati. Molti di loro hanno fatto l'elettroshock, sono ancora vivi e non hanno nessun disturbo se si eccettua quelli legati alla malattia cronica e ai farmaci che devono continuare a prendere. Parla dell'elettroshock come di una terapia che gli ha salvato la vita.

Diversa l'esperienza dello scrittore Jonathan Cott, sottoposto a 36 elettroshock (un numero tre volte superiore a quello degli attuali protocolli di trattamento) per una profonda depressione. A causa di questa terapia ha sviluppato una amnesia anterograda perdendo 15 anni della sua vita, tutti i ricordi dal 1985 al 2000. Anche la poetessa italiana Alda Merini (Galli 2008) non ne ha un buon ricordo ma si riferisce a un'epoca diversa e non sembra che abbia perso la memoria. Purtroppo sono i pochi casi che fanno notizia a scapito dei molti nei quali la terapia è stata efficace e non ha avuto effetti collaterali.

L'elettroshock viene spesso associato alle altre terapie di shock per affinità di principio (provocare delle convulsioni o uno stato di coma con cardiazolo, insulina e malaria), perché sorte nello stesso periodo in mancanza di altre terapie. Anche per questo rapporto temporale precedente al drastico cambiamento occorso negli anni '50 con l'avvento della psicofarmacologia, la terapia elettroconvulsivante viene associata al fantasma della lobotomia (Valenstein 1986). Tuttavia la tecnica era efficace già all'epoca e da allora si è evoluta, la pratica è migliorata e si sono compiuti progressi nella comprensione del meccanismo d'azione.

In Italia ho conosciuto Mario, un professore di psichiatra molto

noto che insegna psicoterapia. Durante una lezione si è vantato di far parte del Comitato Etico di un grande ospedale universitario in cui lavora e di opporre parere contrario a ogni protocollo in cui si contempla l'uso dell'elettroshock come terapia.

Antonella è medico, studia per specializzarsi in psichiatria, segue una scuola di psicoterapia dinamica (derivata dalla psicoanalisi); quando le parlo di elettroshock solleva le spalle, mi guarda con sufficienza e dice: "come la mettiamo con i pazienti epilettici?" La domanda implicita sarebbe questa: è sensato procurare uno stato di malattia (l'epilessia) per guarirne un altro (la depressione)? Questo può sembrare strano ma non è sbagliato di per sé. D'altronde una marea di italiani (11 milioni secondo un'indagine DOXA del 2005) accettano senza neanche saperlo questo principio (similia similibus curentur) rivolgendosi all'omeopatia, terapia al massimo assimilabile all'effetto placebo.

Carla è un'altra specializzanda in psichiatria, frequenta una scuola di psicoterapia cognitivo-comportamentale; è contraria ai farmaci mentre rimane affascinata quando qualche psichiatra bravo oratore la incanta con fumose argomentazioni. Legge libri di psicoterapia e fenomenologia e non credo abbia mai visto un elettroshock.

Quand'ero specializzando, nonostante fossi in Toscana che vanta uno dei pochi centri in Italia in cui si pratica la TEC, non si è mai parlato di elettroshock se non in occasione di alcuni pazienti inviati in altre città per essere curati con questa tecnica; nessuno dei miei colleghi, salvo quelli andati all'estero, ha mai visto come si esegue, pochi sanno di cosa si tratta. Nessun professore ce ne ha mai parlato. L'informazione su questa tecnica, spesso condizionata da quotidiani e luoghi comuni, è lasciata alla libera iniziativa del singolo studente che comunque raramente potrà averne un'esperienza diretta. Ma in Italia è una situazione che dura da tempo e ormai la generazione che non conosce la TEC, cresciuta nel clima ideologico della cura-tortura, è arrivata a insegnare alle nuove generazioni di psichiatri, anche se alcuni fortunatamente utilizzano ancora un metro scientifico per i propri giudizi (Pallanti 1999). Altri, come il professor Mario, preferiscono l'ideologia e nelle loro lezioni non portano mai dati, mai fatti ma solo facili opinioni. In questo clima culturale di apparente libertà nasce e si sviluppa la disinformazione anche medica. Sarà difficile promuovere un serio dibattito che lasci da parte fantasmi e ideologie: quando si tenta di riproporre il tema in ambito scientifico subito si sollevano campagne stampa in cui si paventa lo spettro della tortura e del controllo sociale: così si formano nuove generazioni di psichiatri che non hanno mai sentito parlare della TEC ma hanno visto il film di Forman e hanno sentito osannare la 180 come la legge che tutto il mondo ci invidia.

Massimo Lai, psichiatra

Bibliografia di riferimento:

- Conca et al. 2007. http://www.sopsi.it/italiano/riovista/2007/ind_13_4.htm
Cott J. *On the Sea of Memory: A Journey from Forgetting to Rememberin*; trad. it. *Sul Mare della Memoria*, Frassinelli 2007.
Giannicchedda XX, *Il Manifesto*, 23 febbraio 2008
Galli A. *Intervista ad Alda Merini*; *Corriere della Sera*, 15 febbraio 2008
Lemoine XX, *L'enfer de la médecine... est pavé de bonnes intentions*; Lafont 2005.
Pallanti S. *Deontologia, TEC e Propaganda*, 1999.
Valenstein ES. *Great and Desperate Cures. The rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*; trad. it. *Cure Disperate. Illusioni e Abusi nel Trattamento delle Malattie Mentali*, Giunti 1993.

Sul numero di *Mente & Cervello* è pubblicato l'articolo sulla storia della TEC: "Convulsioni come terapia" di Leonardo Tondo

Il 19 giugno scorso si è svolto presso il Presidio Ospedaliero di Montichiari un convegno sul disturbo bipolare dell'umore in infanzia e in adolescenza. Relatori sono stati Gianni Faedda, direttore del Centro Lucio Bini di New York, uno dei più noti studiosi al mondo del disturbo bipolare in età evolutiva, e Giuseppe Fazzari, Direttore della UO di Psichiatria n°23 di Montichiari-Brescia, dell'AO Spedali Civili di Brescia, introdotti da Alessandra Tiberti, Direttore della UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e Adolescenza della stessa Azienda Ospedaliera.

Da cinque anni è iniziata una collaborazione tra la UONPIA e la UOP 23, con il supporto della Associazione ONLUS Laura Saiani Consolati.

Nel febbraio 2006 si svolse a Montichiari un corso di formazione di due intere giornate sul disturbo bipolare in infanzia e adolescenza, dedicato agli operatori della UONPIA, condotto da medici della UOP 23 e con la partecipazione del Prof. Zuddas di Cagliari.

Sono seguiti altri incontri formativi dedicati ai colleghi della UONPIA e ambiti di confronto su casi clinici problematici.

Parallelamente l'Associazione ONLUS Laura Saiani Consolati ha organizzato incontri di informazione e sensibilizzazione presso alcune scuole secondarie e superiori nell'area territoriale di riferimento della UOP 23. Ciò nella convinzione che la Scuola sia il primo ambito in cui si possono identificare, attraverso comportamenti abnormi e insuccessi scolastici, le prime evidenze di un disturbo bipolare a esordio precoce.

Si tratta di una patologia estremamente diffusa, quasi sempre misconosciuta, che mette a dura prova le famiglie, e tutti quanti contribuiscono alla funzione educativa dei ragazzi. Non è certo costruttivo l'atteggiamento espulsivo attuale, che partendo dalla negazione dello stato di malattia, arriva solamente ad una interpretazione sociologica del fenomeno deviante, quale quella del "bullismo", tanto di moda in questi anni quanto inutile.

Che i comportamenti violenti nei giovani siano in aumento, e che questo avvenga per la rapida mutazione della società, che ha sempre di più abbandonato in questi ultimi quarant'anni la sua funzione di contenitore delle esuberanze giovanili è probabilmente molto condivisibile. Non si può misconoscere però la potenzialità deviante di giovani, figli e talora nipoti di persone affette da disturbo bipolare, che deve essere prima riconosciuta, ricondotta poi a idonei percorsi di trattamento integrato medico e psico-socio-educativo, per poter ottenere una risposta costruttiva ed efficace che vada oltre il mero giudizio sul comportamento con conseguente condanna e condotta espulsiva.

La predisposizione genetica allo sviluppo di disturbi dell'umore non si evidenzia esclusivamente con la presenza di una sintomatologia eclatante in senso depressivo o maniacale. Spesso, caratteristiche subcliniche sfumate appartenenti ad aspetti temperamentali, parte integrante della personalità premorbosa del soggetto e presenti nei periodi intercritici della malattia, si rivelano spesso estremamente utili nel prevedere un aumentato rischio di sviluppo nel tempo di disturbi dell'umore conclamati.

Il Disturbo Bipolare rappresenta la sesta causa di disagio sociale nel mondo: al ritardo nella diagnosi consegue una minore risposta al trattamento, un maggior numero di ospedalizzazioni e un elevatissimo rischio di suicidio che rappresenta la seconda causa di morte

dei giovani. La prima sono gli incidenti stradali, nei quali il discontrollo, l'uso di sostanze e alcool e la mancanza di regole in genere, possono essere ricondotti a un disturbo dell'umore.

Fondamentale sono un riconoscimento precoce e una corretta diagnosi per instaurare un trattamento adeguato. Una percentuale variabile dal 40% all'80% dei pazienti non viene individuata come bipolare al primo contatto psichiatrico. L'intervallo medio di tempo tra la comparsa dei primi sintomi e l'instaurarsi del primo trattamento è di circa 10 anni. Si ritiene attualmente che circa il 50% dei pazienti affetti da disturbo bipolare tipo I, la forma più grave, equivalente alla psicosi maniaco-depressiva di Krapelin, non riceva alcun trattamento

Sono stati presentati alcuni casi clinici didattici, per favorire l'identificazione precoce del disturbo bipolare e, con l'aiuto di Gianni Faedda, abbiamo cercato di dare ad un pubblico di addetti in lavori una serie di risposte.

Possano i bimbi e gli adolescenti essere affetti da disturbo bipolare?

Il disturbo bipolare può esordire sin all'età di sei anni.

Quanto è diffuso il disturbo bipolare tra bambini e adolescenti? Sebbene un tempo si pensava che fosse raro, utilizzando criteri di ricerca standardizzati si è ottenuta una prevalenza del 7%.

Come sono i confini del disturbo Bipolare?

I confini diagnostici del Disturbo Bipolare, ancora mal definiti, si dilatano progressivamente fino a confondersi con quelli della schizofrenia, delle "nevrosi" e dei disturbi di personalità borderline e antisociale. Inoltre il disturbo Bipolare è spesso "coperto" dall'alcoolismo e dagli altri disturbi da abuso di sostanze.

Ciò ne rende difficoltoso il riconoscimento agli stessi psichiatri. Le difficoltà di riconoscimento aumentano ancora di più negli adolescenti.

Tra le Aree critiche del DB nell'adolescenza:

1-Abuso e dipendenza da sostanze (in particolare cocaina e alcool)

2-I disturbi antisociali

3-I disturbi del comportamento alimentare

abbiamo scelto di trattare prevalentemente dei primi due capitoli.

Abuso di sostanze stupefacenti e alcool e disturbi bipolari: comorbidità e indicazioni terapeutiche

La letteratura internazionale e l'osservazione clinica quotidiana sottolineano l'associazione fra la patologia psichiatrica e il consumo di alcol e sostanze di abuso.

I disturbi dello spettro bipolare rappresentano la condizione clinica con più alta prevalenza di comorbidità con i disturbi correlati alle sostanze.

I livelli di abuso e dipendenza nei bipolari 1 è di circa 8 volte superiore rispetto alla popolazione generale

Abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e alcool e disturbi bipolari: quali risposte?

Abbiamo concluso che è assolutamente improrogabile la creazione di unità di cura

(Continua a pagina 11)



bipolari famosi

ERNEST HEMINGWAY

"Il mondo è un bel posto e per esso vale la pena di lottare" e ancora "Essere uomo è un mestiere difficile e soltanto pochi ce la fanno".

Lui, Ernest Hemingway (Oak Park, 21 Luglio 1899 – Ketchum, 2 Luglio 1961) è stato senza dubbio uno che "ce l'ha fatta", vivendo una vita incredibilmente intensa, anche se durata soltanto 62 anni, e divenendo lo scrittore-mito per le giovani generazioni del Novecento. Fu giornalista e romanziere cominciando la sua carriera con i primi racconti e i primi articoli di cronaca sui giornali scolastici e arrivando poi a conquistare il Premio Pulitzer nel '53 con "Il vecchio e il mare," un romanzo sul fallimento, sulla vecchiaia, sulla decadenza fisica: fantasmi che negli ultimi anni popolarono la sua vita rendendogliela insopportabile. È del '45 il Nobel per la letteratura, premio che lui accettò con un sorriso triste e scettico: "Troppo tardi, ormai non mi importa più. Avrebbero dovuto darmelo prima, invece di pensare che Churchill sarebbe morto senza prenderlo. Churchill sta ancora benone e io son vivo per caso. Me lo hanno dato solo perché non c'erano parolacce...". Ma alla cerimonia di consegna non poté presenziare a causa delle sue pessime condizioni di salute per le ferite riportate in Africa durante l'ultimo terribile safari. La sua assenza però non venne perdonata: troppo ribelle l'intelligenza, sempre troppo eccessivo, forse... troppo umile.

Nel '48, a Cortina d'Ampezzo, aveva voluto conoscere un'emozionatissima Fernanda Pivano, giovanissima americanista giornalista e scrittrice genovese, che diventerà per lui amica e biografa e racconterà così il loro primo incontro: "Il suo aspetto era splendido, il sorriso, sua principale arma di seduzione pronto e fascino, i capelli folti erano appena brizzolati, la sua voce sempre sommessa sembrava confidare segreti inaccessibili agli 'altri' ". Le prime parole che le disse furono: "Nanda tell me about Nazi". Nacque così un'amicizia grande e sincera e la Pivano scriverà di lui una biografia appassionata, basata su documenti di prima mano e lettere inedite, che nel 1985 le farà vincere il premio Comisso.

La Pivano affermava: "Hemingway ha attraversato la scena letteraria di tutto il mondo imponendosi, a giudicare dai titoli dei giornali di allora, come il più grande scrittore degli anni '50. Nonostante lui dicesse, con infinita umiltà, di non aver mai scritto un romanzo ma soltanto racconti che si sviluppavano in romanzi, la sua prosa stellante e inimitabile, i suoi dialoghi dove le parole cadono come gocce di perle, le sue innovazioni stilistiche e contenutistiche, il suo modo di narrare con un'aderenza alla realtà che veniva dall'ansia di abolire le sovrastrutture, il suo incessante e affascinante understatement, resteranno come gioielli; pochi per una breve vita, scintillanti per una freschezza tanto più preziosa perché era conquistata attraverso meditazione, ripensamenti, rifacimenti, ma soprattutto attraverso tagli severi che toglievano ogni intralcio all'espressione finale del suo mondo fantastico: un mondo intriso di tragedia e dominato dalla morte ("eterna puta") ma anche di amore per la vita. Come sanno quelli che a sua somiglianza, qualunque cosa accada, cominciano le giornate cantando."

Cantava quando si svegliava e cantò con Mary, sua quarta moglie, la notte prima del suicidio. Era la sua canzone preferita imparata a Cortina: Tutti mi chiamano bionda, ma bionda io non sono. Porto i capelli neri... sincero come l'amor.

All'alba si sarebbe ucciso.

Si uccise, con uno dei suoi fucili da caccia, la mattina del 2 luglio 1961, ma la vedova Mary disse alla stampa che era stato un incidente. Soltanto nel 1966 ammise il suicidio in una intervista su "Look" di Oriana Fallaci.

Si chiuse così la vita di un personaggio-eroe che fu insieme modello e imitazione delle sue storie. La malattia lo aveva reso fragile e tremante, col viso magro e dolente come uno spettro, lo spettro dell'Hemingway che tutti vogliamo ricordare invece, corpulento, stretto in un impermeabile alla Humphey Bogart, con un sorriso da "duro". Uno che abbracciava gli amici fino a far loro scricchiolare le ossa, o si divertiva a travolgerli con lo slittino quando si trovava sulla neve, precipitando loro addosso come una valanga e ridendo come un pazzo.

Gli amici, con i quali era così generoso fino a essere sempre senza una lira. Confessò alla Pivano di aver mandato mille dollari a Ezra Pound, uno dei suoi più grandi maestri, per aiutarlo a tornare in Italia dopo il manicomio. Lo aiutò dicendogli che "non gli perdonava di essere diventato fascista, ma che se lo avessero impiccato si sarebbe fatto impiccare con lui, in una conferma sia del suo antifascismo e della devozione all'antico maestro". Quando Dos Passos si ammalò gli regalò mille dollari per l'ospedale e per permettersi una convalescenza a Cap d'Antibes. Aveva aiutato anche una governante di Cortina a curarsi in una clinica. Aveva mantenuto la madre e pagato gli studi al fratello e per una sorella aveva chiesto agli editori italiani di dare a Fernanda Pivano l'esclusiva delle sue traduzioni perché era stata arrestata dai nazisti per lui. Aveva 32 persone che vivevano del suo aiuto a San Francisco de Paula. Possedeva una sconfinata bontà, e generosità. Protettivo come un "capo indiano" (come amava definirsi) identificandosi con i Sioux che aveva frequentato da bambino quando suo padre Clarence, medico ginecologo (che morirà suicida come lui) lo portava a caccia e a pesca nelle riserve indiane dei Grandi Laghi, nei maestosi boschi del Michigan, abituandolo così ad una vita dura che gli sarebbe stata utile in seguito. Crebbe in un clima aspro e selvaggio: camminava a nuotava nudo nei laghi di notte e a dieci anni imparò ad usare il primo fucile che gli era stato regalato dal padre. A proposito di questo suo atteggiamento, prodromo del suo famoso machismo, qualche psicologo direbbe che voleva rifarsi del trauma che gli aveva provocato sua madre, arida e scadente cantante, che avendo desiderato due gemelli. Così, prese a trattarlo e a vestirlo da bambina come la sorella Marceline, con i capelli lunghi e abiti pieni di pizzi e fiori, fino a quando lui si ribellò per le canzonature degli amichetti, vestiti da maschi che lo picchiarono tanto da spingerlo poi ad imparare la

boxe. Forse un attento psicoanalista come Berger direbbe che gli innumerevoli incidenti, la decina di commozioni cerebrali, le fratture, le ferite, perfino quel suo modo suicida di bere troppo, erano una forma di masochismo e di autolesionismo psichico



KEY JAMISON, FAMOSA PSICOTERAPEUTA AMERICANA, HA DICHIARATO:

"La famiglia di Ernest Hemingway si caratterizza per un'alta incidenza di depressioni e malattie maniaco-depressive. Ancora più sorprendente è lo spaventoso numero di suicidi, quattro in due generazioni soltanto: il padre, la sorella, il fratello, e lo stesso Ernest". La malattia si trasmise chiaramente ai suoi figli: Gregory (sette esaurimenti nervosi, novantasette trattamenti elettroconvulsivanti), Patrick (si sottopose anch'egli a elettroshock per una grave psicosi). L' "accoppiamento assortito" - prosegue la Jamison - , cioè il matrimonio tra individui affini per geni e temperamento, può avere avuto luogo nelle generazioni precedenti a quella di Hemingway (la madre di Ernest, Grace Hall e il padre Clarence)". Nel 1996 si suiciderà anche la nipote Margaux.

travestiti da machismo. La spavalderia aggressiva e lo sprezzo del pericolo fino alla irresponsabilità delle sue bravate venatorie e belliche sarebbero state una espressione conscia, una "difesa" nei confronti del masochismo e della passività completamente rimossi dal suo inconscio (come pure la figura del padre idolatrato da ragazzo ma poi giudicato da lui "schiavo della moglie debole e vigliacco" di una vigliaccheria che lo aveva portato al suicidio).

Uno psicoanalista direbbe che perfino la sua ritrosa ostilità verso i biografi che scatenò la loro animosità, perfino la sua disperata amarezza per l'incomprensione dei critici (nella sua vita letteraria fu spesso attaccato dai critici tra i quali anche Alberto Moravia e Elio Vittorini, "Questo povero genio era detestato o idolatrato: l'indifferenza non lo sfiorò mai. La sua figura venne distorta.") lo indusse a non cercar mai di chiarire con loro le sue intenzioni tematiche, i suoi sogni letterari, le sue chimere stilistiche.

Come pure il suo temperamento avrebbe spiegato la sua passione per le guerre, passione che lo portò appena diciassettenne, nell'aprile del 1917, all'entrata degli Stati Uniti nella prima guerra mondiale a lasciare il suo primo lavoro di cronista per andare come volontario in Europa. "Detesto la guerra, odio l'esercito, ma mi piace molto combattere. Mi piace fare l'amore, combattere, bere, leggere, pescare, cacciare, scrivere. Immagino che combattere e bere siano vizi ma mi piacciono entrambi." Venne arruolato nei servizi di autoambulanza e destinato al fronte italiano sul Piave, dove volle arrivare fino al limite della in trincea e venne colpito da un mortaio austriaco.

Trasportato all'Ospedale di Milano fu operato e nei tre mesi che seguirono ebbe modo di innamorarsi perdutamente della famosa crocerossina immortalata in "Addio alle armi", Agnes von Kurowski, che però poi non manterrà la promessa di sposarlo. Decorato e congedato tornò in America accolto come un eroe: un ragazzo eroe che cominciava però a passare le notti insonni in preda all'angoscia e bevendo troppo. Trasferitosi a Chicago conobbe la futura moglie Hadley Richardson che evidentemente rispondeva ai requisiti che lui cercava in una donna: "Una donna deve essere forte prima che bella, senza complicazioni psicologiche per la testa, capace di usare il fucile e la lenza, disposta a passare ore "a bere" col suo uomo sia al tavolo di un bar alla moda, sia nell'intimità della casa".

La sposò l'anno seguente e lei rimase sempre "la donna della sua vita," quella alla quale, nonostante altri tre matrimoni, telefonerà sempre nei momenti più disperati. Nell'autunno ebbe alcune lettere di raccomandazione per la scrittrice americana espatriata a Parigi, Gertrude Stein. La raggiunse e fu immesso nella cerchia di scrittori famosi come Jean Paul Sartre, James Joyce ed Ezra Pound. La Stein lo guidò consigliandogli una main list dei più importanti libri da leggere e lo costrinse ad abbandonare il linguaggio giornalistico "il giornalese" e a "scrivere.". Nel '24 le rispose: "Grazie. Vero che è difficile scrivere? Era facile prima d'incontrarti. Certo non valevo niente...".

Frequentò anche James Joyce, Francis Scott Fitzgerald, Sherwood Anderson e lavorò su "Il sole sorge ancora", uscito col titolo di "Fiesta," che fu considerato la sua opera principale e definito il romanzo della "generazione perduta", scandaloso, di rottura, simbolo di una generazione stravolta dalla guerra e alla continua ricerca di valori nuovi. Fiesta lo porterà alla fama in brevissimo tempo e gli darà anche un certo benessere per la prima volta nella sua vita.

Nel '27 uscirà "Addio alle armi", costellato di riferimenti

all'antimilitarismo per cui il regime fascista ne vietò la pubblicazione, ma la diffusione del libro prenderà vie clandestine grazie a Cesare Pavese e a Fernanda Pivano che lo tradussero e stamparono di nascosto.

Nel '22 aveva avuto modo di intervistare Mussolini a Milano che gli aveva descritto l'organizzazione delle camicie nere. Più avanti fu mandato, sempre come cronista, a Losanna, al Convegno della Pace che, dopo la guerra greco-turca, doveva stabilire i nuovi confini tra Grecia e Turchia. Era presente anche un Mussolini in camicia nera e ghette bianche che Hemingway definì "il più grande bluff d'Europa" e lo descrisse sul "Daily Star" del 27 gennaio '23: "Si vede la sua debolezza nella bocca che lo induce a un cipiglio imitato da tutti i fascisti diciannovesenni d'Italia... Esaminate il suo genio per rivestire piccole idee con grandi parole... Guardate la camicia nera con le ghette bianche. C'è qualcosa di sbagliato anche istrionicamente, in uno che indossa ghette bianche con una camicia nera" (aveva già attaccato i fascisti dicendo che la minaccia alla pace veniva da loro, più che dai comunisti): "I fascisti non fanno distinzione tra socialisti, comunisti e repubblicani. Li considerano tutti rossi e pericolosi; sono giovani, duri, ardenti, intensamente patriottici, di solito belli, della bellezza giovanile delle razze meridionali e fermamente convinti di aver ragione. Sono ricchi del valore e dell'intolleranza della giovinezza".

"The most fascinating man I know", questo il titolo dell'articolo che Marlene Dietrich, nel pieno del suo fascino, scriverà su di lui, dopo averlo conosciuto nella sala da pranzo del piroscampo Ile-de-France. "Entrai nel salone - scrisse la diva - per partecipare a una

cena. Gli uomini si alzarono per offrirmi una sedia, ma vidi subito che sarei stata la tredicesima a tavola. Mi scusai e mi allontanai adducendo a motivo la mia

superstizione, quando un uomo grande e grosso mi bloccò la strada e si offrì di fare da quattordicesimo". Quell'uomo era naturalmente Hemingway. Fu questo l'inizio di un'amicizia amorosa ma non sessuale fino alla fine dello scrittore: l'attrice fu una delle ultime persone a telefonargli alla clinica Mayo. Ma in quella serata lei gli parlò a lungo della figlia Maria e lui le raccontò del famoso e terribile safari nel quale aveva rischiato di perdere la vita con commozioni cerebrali, sfondamento con il cranio, prima dei finestrini dell'aereo e poi dell'elicottero, e complicazioni terribili per la sua salute. Infatti le sue condizioni di salute peggioravano lentamente ma inesorabilmente. Nel giorno del suo sessantesimo compleanno lo scrittore si comportò in modo preoccupante alternando crisi di pianto a discorsi sarcastici verso gli amici. Aveva già da tempo avvertito terribili emicranie, un peggioramento delle sue manie di persecuzione, e vuoti di memoria che gli impedivano sempre più di scrivere.

Il 17 settembre del '55, con il corpo martoriato anche da una nefrite ed epatite, redasse il suo testamento. La depressione (psicotica) diventata sempre più forte e dal '57 peggiorò al punto da richiedere un primo ricovero alla clinica Mayo nel Minnesota dove gli fu diagnosticata un'emocromatosi e dopo numerosi elettroshock fu dimesso. Piangeva e continuava a dimagrire e quando poi la moglie e il suo medico lo trovarono con un fucile da caccia in mano, lo ricoverarono nuovamente al Sun Vellery Hospital dove, dopo altri elettroshock, rimase due mesi. Il 26 giugno venne dimesso "clanicamente guarito."

La mattina del 2 luglio Mary fu svegliata da un forte colpo di fucile.

Marina Pellegrino

"Morire è una cosa molto semplice. Ho guardato la morte e lo so davvero. Se avessi dovuto morire... meglio morire in un bagliore di luce, che avere il corpo consunto e vecchio e le illusioni disperse."
-Ernest Hemingway

IL MIO PRIVATO MONTENEGRO

di Luca Caggianelli

C'erano anni in cui le crisi depressive spesso oscuravano la mia vita.

Ero uno studente all'Università e credevo fosse molto più difficile dire una cosa piuttosto che farla.

Sostenevo di essere uno scrittore e descrivevo trame e personaggi, ma avevo completato solo poche pagine di diario.

Appena dopo la laurea, ho vinto uno stage nella Repubblica del Montenegro e ho trascorso alcuni mesi in quella terra. Vivere lì per un po' è stata l'esperienza più originale della mia vita.

La macchina scorre via veloce. Tante nuvole viaggiano sopra il lago di Scutari e noi passiamo sospesi su un piccolo viadotto a pelo d'acqua: il tempo sembra fermarsi in questo punto. A destra le acque del lago arrivano fino all'Albania, il confine è nel mezzo con le motovedette di pattuglia, a sinistra c'è il Montenegro. Montenegro? Le montagne basse, ondulate e morbide come coperte di lana, circondano acque piene di vegetazione e di carpe dorate: potrebbe essere la Cina. E se noi andiamo di fretta, qua la vita rallenta, come se nel passaggio sopra il lago si transitasse in un altro mondo, silenzioso e lontano. Seguiamo la direzione per la città di Podgorica. Io e Paolo ci siamo alzati alle 4 giù al mare, e abbiamo fatto parecchia strada per seguire i camion pieni di mobili e carte. Sono gli ultimi di una lunga serie, ancora questi pacchi e tra poche ore tutte il Consolato avrà cambiato sede, nella capitale. Paolo è il responsabile della sicurezza ed è preoccupato per le altre ore di lavoro che lo attendono per coordinare i trasporti. Io, invece, voglio fermarmi, a Scutari, sulla strada vicino al lago e sentirmi bene. Quando ci passo di giorno, e oggi la luce è così bella, ne ho voglia. È il mio personale pezzo di Montenegro. Quest'anno qui ho preso una piccola casa e sono tornato per cominciare a scrivere i miei racconti, è un luogo silenzioso e mi sento protetto dalla natura e da un mondo semplice. Le vacanze sono finite e da una settimana non sento che le liti e le discussioni degli impiegati del Consolato, che di malavoglia hanno accettato il cambio di sede. Ho assistito a una rissa per i condizionatori d'aria eccedenti dalla vecchia sede che non riuscivano a dividersi. Ognuno ha le sue ragioni, chi vive da sempre nell'altra città e non vuole spendere in nuovi affitti, chi lascia una donna, chi dice di non poter vivere lontano dal mare. Ma sono sceneggiate, nascondono altro. Le antipatie, tra chi lavora ogni giorno insieme, emergono con prepotenza mentre si muovono per la nuova destinazione. Paolo rallenta, c'è un controllo di polizia e deve scendere dalla vettura. Ce ne fanno uno al giorno, è il lavoro del poliziotto locale, ma sono

sempre gentili. Lascio andare la mente, mentre vedo chiazze azzurre e verdi di acqua all'orizzonte, e trovo un ricordo.

La prima volta ero passato di qua un anno fa, in un giorno d'agosto senza un filo d'aria, la poltrona in pelle di una vecchia mercedes mi dava fastidio e sudavo come una fontana. Ero con Stojan, andavamo a lavorare da lui, io avevo l'incarico, da parte del Consolo, di compilare una mappatura di tutte le aziende italiane nel paese. Mi divertivo a parlare con questo tipo sempre con la testa svagata, lavorava per l'istituto del commercio. Quel giorno, al mattino ero andato con lui nell'enorme aula del comune di Bar, la città che aveva ospitato il Consolato, per una riunione sindacale dei pescatori locali. Che impressione! Avere per alcune ore 200 persone che parlano una lingua del tutto estranea in un'assemblea concitata e interminabile. Stojan mi aveva tradotto il problema più interessante all'ordine del giorno: dei giapponesi proponevano investimenti per costruire allevamenti di tonni sulla costa!

Paolo risale in macchina e comunica a un collega per telefono, con voce pacatamente arrabbiata che si ferma per un caffè. C'è n'è uno dopo il viadotto, dove le donne vendono i pesci del lago agli automobilisti; lo fanno per vivere. Ci sediamo sulla terrazza d'una taverna davanti Scutari, mentre i riflessi del sole sulle acque ci illuminano. Paolo si concentra su una ragazza seduta affianco a noi bionda e magra, le offre una sigaretta e conversano. Mi godo la quiete: vengo in Montenegro da un anno o poco più e ho cambiato qualcosa della mia vita. Allontanarmi da Roma, mettere chilometri tra me e la casa dove vivo con la mia famiglia, mi ha fatto bene. Avevo paura, la prima mattina che scorsi dalla nave il profilo della "Montagna Nera", il promontorio di questo paese, ma erano solo i timori che portavo dentro. Ho trovato una terra bella con persone che somigliano agli italiani di tanti anni fa, pieni di sentimenti sacri, e che ancora non sono sbranati dalla società post-consumista. Dopo il breve lavoro svolto al Consolato, sono ritornato per sentirmi vivo e capace d'esprimermi. La depressione da qui è più lontana. E sembrano più vicine tutte le

strade per proseguire. Di nuovo, quel primo giorno a Podgorica, mi ritorna in mente e fa sorridere.

Andando avanti sulla strada, questo Stojan si rivelava un autentico perditempo. Arrivati al suo studio dopo 4 o 5 bar e altrettanti caffè, cominciamo a intuire che non avremmo lavorato molto sulle aziende, perché, come poi lui mi disse, non c'era molto da fare. In ogni caso le ricerche le avrei fatte io e lui per telefono mi avrebbe consigliato. Aveva un sorriso sardonico Stojan, sembrava un poco addormentato, ma non era proprio così. Sapeva imbrogliarmi piuttosto bene e me lo meritavo, intanto quel giorno con un mucchio di complimenti mi convinse a preparare gli spaghetti e poi invitò una mezza dozzina d'amici. La seconda volta che lo rividi fu memorabile. Si fingeva rabbuiato ma non diceva nulla. Gli avevo portato alcune indagini sulla situazione delle aziende, ma a lui interessava poco, poi con aria afflitta mi parlò di un problema grave che doveva risolvere. Parlava della sua casa di campagna in ricostruzione, della necessità di sistemarla al più presto e teneva un'aria preoccupata. Di colpo mi chiese una mano per un piccolo lavoro senza darmi altre spiegazioni, insisteva che la campagna era fresca e rilassante, vicino al fiume, che lì viveva una sua bella cugina e via così. Propose di andarci e io credetti di risparmiare un pomeriggio di lavoro. Dopo mezz'ora eravamo fuori di un capannone polveroso in periferia e lui parlava con alcuni tipi; sembrava un deposito di materiale da costruzione. Ne uscì con un enorme tubo di gomma lungo un cinquanta metri credo. Cominciai a preoccuparmi ma lui mi rassicurava che in campagna il lavoro era poco e il tubo lo avrebbero sistemato degli operai. Ma questi non si presentarono e in breve per aiutare il povero Stojan che piagnucolava, mi lasciai convincere a interrare settantacinque metri di tubo in aperta campagna in un pomeriggio di metà luglio. O almeno a tentare. Sì, perché riuscii soprattutto a sporcarmi di terra fino alle scarpe e perdere due litri di sudore e senza l'aiuto di un vecchio vicino con i suoi attrezzi la questione si sarebbe protratta fino a sera. Il signore ci invitò poi a una bevuta "montenegrina" di loza che mi assestò un altro buon colpo di stordimento. Arrivai alla stazione per il mio ritorno sporco, alcolizzato e stanco e feci la conoscenza del treno più male in arnese che avessi mai visto. Era un vecchio locomotore italiano anni '60 completamente sventrato e rovinato, colmo di viaggiatori locali ma anche di zingari e turisti che andavano giù al mare. Non so dire quello che provai, sperduto ma anche contento. Era stata una giornata del tutto diversa. Quando ne sarebbe capitata un'altra?

Sto ancora a chiedermelo, sulla terrazza intanto che Paolo saluta la sua nuova amica. Stojan non l'ho più visto dall'anno scorso, mi dicono che spesso qualcuno si lamenta per i suoi ritardi di lavoro. Lo saluto e mi avvio al mio rifugio. Ci rivedremo domani sera per fare un giro per i locali di Podgorica. Poi, mi volto ancora indugiando sul bordo del lago. Penso a una ragazza di Belgrado che è stata qui con me durante l'estate. Abbiamo vissuto momenti speciali che sono entrati dentro di me. È una persona dolce, piena di sensibilità e sa comprendere senza usare solo parole. Magari la vedrò tornare presto. Non si sa mai quello che può succedere.

ARETÆUS news ospita lettere spedite alla rivista oppure ricevute dai medici dei Centri Lucio Bini. In ogni caso le lettere vengono pubblicate in modo anonimo (se richiesto) e soltanto dopo autorizzazione scritta alla loro pubblicazione da parte del mittente. Le lettere vengono redatte e, se necessario, i nomi di persone o luoghi sono resi irriconoscibili.



del craving da cocaina e alcool in giovani pazienti bipolari, strutturata sullo stile degli SPDC, gestita da professionisti con esperienza specifica, che funga da cerniera intermedia tra la famiglia, l'UONPIA, il CPS, il SERT, il NOA, e le Comunità Terapeutiche a "doppia diagnosi".

I disturbi antisociali: la situazione attuale

I disturbi della antisocialità sono presenti nel 60% dei pazienti affetti da disturbo bipolare. Attualmente è inesistente il riconoscimento dei disturbi antisociali come afferenti ad uno spettro bipolare. Da ciò ne deriva la mancanza di progetti integrati e la latitanza di una valida risposta medica. Esiste solamente una risposta di tipo sociale, giudiziaria e talora, raramente, di tipo psicologico

I disturbi antisociali: quale risposta

È assolutamente necessaria la creazione di unità di cura dedicata ai giovani bipolari con disturbi antisociali e della condotta in genere, organizzata sullo stile degli SPDC, e una centro residenziale riabilitativo e/o postacuzie, contigua, gestite da professionisti con esperienza specifica, che fungano da cerniera intermedia tra la famiglia, la Scuola, l'ASL, il Tribunale dei Minori, il CPS e le altre Comunità Terapeutiche.

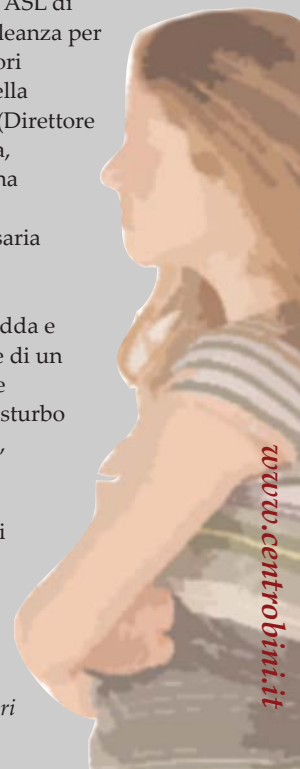
In una recente comunicazione al Convegno a Brescia all'IRCS Fatebenefratelli sugli interventi precoci, il Prof Leonardo Cortese, Associate Professor della Faculty of Medicine University of Western Ontario, Clinical Director Specialized Mental Health Programs, Windsor Regional Hospital, Canada, ha presentato dei dati sulla prevalenza a livello mondiale degli esordi "psicotici" e di gravi disturbi comportamentali tra gli adolescenti da cui si evince che per il bacino di utenza del Dipartimento di Salute Mentale dell'AO Spedali Civili di Brescia sono da prevedere 250 nuovi casi all'anno, pari a 5 pazienti la settimana. I letti di degenza che sarebbero a suo vedere da creare sarebbero ben 3 letti ogni 100.000 residenti.

Nel pomeriggio si è svolta una tavola rotonda, alla quale erano state invitate tutte le agenzie potenzialmente coinvolte, coordinata dalla giornalista Anna Della Moretta. Hanno partecipato intervenendo con un loro contributo e una interessante discussione sul materiale presentato il mattino dai relatori: Dr. Giorgio Cavallari (MMG), Dr. Pasquale Cirigliano (Coordinatore Consultorio dell'Adolescente ASL di Brescia), Dott. Carlo Colosini (Presidente Alleanza per la Salute Mentale di Brescia), Don Marco Mori (Responsabile della Pastorale dei Giovani della Diocesi di Brescia), Dr.ssa Lucrezia Nirchio (Direttore Ufficio Servizio Sociale Minorenni di Brescia, Dipartimento Giustizia Minorile) Dr.ssa Anna Perini (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), Dr.ssa Rosaria Pioli, Dirigente Medico di Psichiatria IRCSS Fatebenefratelli di Brescia.

Nelle conclusioni, condotte da Gianni Faedda e Giuseppe Fàzzari, si è auspicata la creazione di un network tra le agenzie preposte alla gestione integrata dei percorsi di giovani affetti da disturbo bipolare (ASL, Azienda Ospedaliera, Chiesa, Scuola, Tribunale del Minorenni).

Contemporaneamente si è proposta alla Direzione Generale dell'AO Spedali Civili di Brescia la creazione di una "Bipolar Unit" per adolescenti presso il PO di Montichiari sia per il trattamento acuto che per il periodo post-acuzie.

Giuseppe Fàzzari





Mina Bussoladomani 1978

Mina inizia con "Staying alive" e continua con venti canzoni. Otto minuti di applausi. Gli spettacoli continuano per tutta l'estate presentati da comici diversi. Il 23 agosto è l'undicesimo di quindici, presentato da Beppe Grillo. Ricorda Platinette, ancora come Mauro Coruzzi: "Piangevamo tutti, come se avessimo la consapevolezza che fosse l'ultima volta. Un particolare che non scorderò mai sono le sue gocce di sudore: quando girava la testa, partivano come se fossero raffiche di proiettili". Stesse canzoni, come per gli altri concerti: "Emozioni", "Ancora tu", "Sì, viaggiare", "I giardini di Marzo", "Non può morire un'idea", "Georgia on my mind", "We are the champions", "Margherita". L'ultima canzone è "Grande grande grande". Alla fine ringrazia ed esce di scena, per sempre ma nessuno lo sa. Le parole più significative le scrive Natalia Aspesi: «Piena di passione, Mina si disfa poco a poco come dopo aver fatto l'amore, con violenza e felicità: il sudore le scivola sulla gola... libera il collo bianco dai capelli rossi madidi... Quando esplode, prima china su di sé, poi spiegata nel grande vestito nero, "Io ti chiedo ancora, il tuo corpo ancora", la gente si perde dentro un richiamo antico, carnale e teatrale. Il disagio di tanta furia amorosa, dimenticata nell'abitudine della finzione sessuale, è come uno schiaffo". Alcuni dicono che una broncopolmonite virale la costrinse ad annullare gli ultimi 4 concerti previsti, altri che confidò a Sergio Bernardini che non sarebbe più salita su un palcoscenico, vittima più o meno consapevole della fobia sociale. Mina è uscita dal mondo visivo e ha ne ha creato uno suo, soltanto per le orecchie con l'eccezione di un Dvd in una sala di registrazione. I tentativi di scovarla sono stati tutti un fallimento. Di quell'ultima volta rimane l'incisione di una prova-audio: diventerà il doppio album "Mina Live '78".

Leonardo Tondo

chi siamo



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

DONAZIONI: Per assicurare un continuo progresso nella ricerca in psichiatria e psicologia e per garantire la continuità di questa newsletter, **ARETÆUS accetta con gratitudine donazioni piccole e grandi da parte di chi fosse interessato ai progetti di ricerca e al contenuto della newsletter. Si prega di mettersi in contatto con Centro Lucio Bini-ARETÆUS news a Roma o a Cagliari.**



Un'associazione fra professionisti psichiatri, psicologici e psicoterapeuti fondata a Roma nel 1975, a Cagliari nel 1977 e a New York nel 1991. Ci occupiamo dello studio e del trattamento di disturbi psichiatrici e problemi psicologici. I centri sono specializzati nel trattamento delle varie forme

depressive e di ansia, dei disturbi dell'umore, del disturbo dell'attenzione con iperattività e di alcuni problemi sessuali di origine psicologica. A Roma: Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Pamela Bruni, Paolo Caliarì, Paola Cimbolli, Giorgio De Cesare, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Paolo Decina, Vittorio Digiacoantonio, Paolo Girardi, Rosanna Izzo, Alexia Koukopoulos, Maurizio Pompili, Gabriele Sani, Rosa Maria Sollazzo. A Cagliari: Leonardo Tondo, Gianfranco Floris, Maria Cantone, Carmen Ghiani, Beatrice Lepri, Simona Mercenaro, Marco Murtas, Maria Grazia Rachele, Enrico Perra, Marilena Serra. A New York: Gianni Faedda, Nancy Austin, Ngaere Baxter, Joseph Hirsch.

ARETÆUS news

Rivista Ufficiale del Centro Lucio Bini

Direttore responsabile

Leonardo Tondo

Coordinamento e redazione

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

Ricerca

Giulio Ghiani

Design

Joseph Akeley

Stampa

Grafiche Pisano (Cagliari)
info@artigrafichepisano.it

Autorizzazione Tribunale di Cagliari

N. 12/05 del 07/04/05

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

Roma:

Via Crescenzio 42 · 00193 · Tel.: (+39) 06 6874415/75 · Fax: (+39) 06 68802345

Cagliari:

Via Cavalcanti 28 · 09128 · Tel.: (+39) 070 486624 · Fax: (+39) 070 496354
aretaeusnews@centrobini.it · www.centrobini.it