

ARETAEIS *news*

Centro Lucio Bini Newsletter

March 2006

Anno II, Numero 1

Editoriale

Il 27 gennaio scorso si è celebrato il giorno della Memoria, con la M maiuscola, per volere delle Nazioni Unite. Una giornata in cui per 24 ore i media si sono fatti concorrenza con testimonianze e ricordi di sopravvissuti. Quasi tutti ebrei. Con 5milioni 978mila morti, hanno sicuramente il diritto di parlare e testimoniare più di chiunque altro. Però, in quella decina di anni dal '33 al '44, almeno altri cinque gruppi maggiori finirono sterminati.

I polacchi, ad esempio, ebrei o no, visti come subumani, sebbene perlopiù intellettuali, che occupavano, agli occhi di Hitler, abusivamente delle terre tedesche. Hitler "graziosi" i contadini, utili per il lavoro nei campi, ma rapì circa 50 mila bambini, ariani abbastanza per essere adottati da famiglie tedesche. In totale i civili non ebrei sterminati in quegli anni furono poco meno di due milioni, contrassegnati da triangolo rosso e una lettera 'P'.

Gli zingari vennero perseguitati e sterminati. I più fortunati vennero "solamente" sterilizzati chirurgicamente. Il loro triangolo era nero per "asociali" o verde per "criminali". Data la poca "importanza" della loro razza, che persiste anche oggi, la stima del loro genocidio è piuttosto vaga, da 200 a 500mila. Se ne è persa la memoria.

Non ben visti dai nazisti furono sicuramente gli omosessuali per quella loro incapacità a procreare, un assillo costante anche per le religioni. D'altro canto, Himmler, era particolarmente contrario anche all'aborto che incideva negativamente sulla natalità ▶

(Continua a pagina 8)



IN QUESTO NUMERO

Aggiornamenti	2
Poesia	2
Con parole mie	4
Botta & Risposta	6
Corrispondenza	7
Appuntamenti	7
Chi siamo	8

L'articolo

UN CASO DI IPOMANIA¹ SECONDO EMIL KRAEPELIN

It is Kraepelin, not Freud, who is the central figure in the history of psychiatry.

Freud...did not see patients with psychotic illness. His doctrine of psychoanalysis, based on intuitive leaps of fantasy, did not stand the test of time. By contrast, Kraepelin...provided the single most significant insight that the late nineteenth and early twentieth centuries had to offer into major psychiatric illness: that there are several principal types, that they have very different courses, and that their nature may be appreciated through the systematic study of large numbers of cases."

Shorter E: A History of Psychiatry. John Wiley & Sons, 1997

(È Kraepelin, non Freud, la figura centrale nella storia della psichiatria. Freud... non vide pazienti con malattie psicotiche. La sua dottrina della psicanalisi, basata su slanci intuitivi della fantasia, non superò l'esame del tempo. Invece, Kraepelin... fornì la singola e più significativa visione delle gravi malattie psichiatriche che la fine del XIX e l'inizio del XX secolo erano in grado di offrire e cioè che esistevano diversi tipi fondamentali di malattia con decorsi differenti, e che la loro natura poteva essere apprezzata con lo studio sistematico di un grande numero di pazienti)

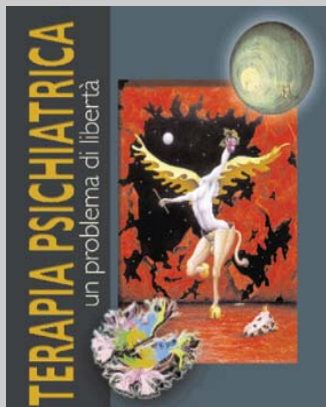
Qui riportiamo la descrizione di un paziente compiuta da Emil Kraepelin nel suo libro "Conferenze di Psichiatria Clinica", che raccoglie una serie di 30 lezioni per studenti in medicina a cavallo fra Ottocento e Novecento. Parte del libro è stato recentemente tradotto a cura di Paolo Decina e Tiziana Dario (Emil Kraepelin: Quattro lezioni sulla melanconia e sulla follia maniaco-depressiva. Gnocchi editore, Napoli. In stampa)

Colpisce il lettore che la presentazione del caso e le considerazioni cliniche fatte da Kraepelin un secolo fa non siano molto diverse da quelle odierne. La descrizione del caso appare ancora attuale, e la modernità concettuale spicca a contrasto con il lessico desueto. L'unica incongruenza con la psichiatria attuale è di natura semantica e riguarda la diagnosi di "ipomania" resa da Kraepelin, diagnosi che oggi qualcuno scarterebbe a favore di un franco episodio maniacale. Ma incongruenze di questo tipo sono ben conosciute da ogni clinico: la percezione della gravità di uno stato di malattia è sempre relativa, perché inevitabilmente determinata dal contesto clinico in cui si opera. E abbiamo sempre immaginato che i pazienti di Kraepelin fossero fra i casi più gravi.

Il commerciante di 50 anni, ben nutrito e di robusta costituzione, che vi viene presentato oggi, entra nella stanza a passo veloce e ci saluta ad alta voce; prende posto con un cortese inchino e guarda attorno a sé con fare di attesa e con curiosità. Risponde rapidamente e con sicurezza appena ci rivolgiamo a lui e fornisce informazioni fluente e pertinenti circa i suoi avvenimenti personali e sulla sua situazione attuale. Ben presto non solo risponde, ma porta avanti la conversazione; dice scherzando che non riferirà tutto così fluentemente, ma renderà la valutazione un po' più difficile, in modo tale da poter vedere se comprendiamo qualcosa da noi stessi. Spiega che soffre di paralisi, fa affermazioni piuttosto insensate e fa le somme in maniera scorretta, ma è felice come un re se andate più a fondo nella valutazione. Lasciato a briglia sciolta, parla molto e in modo animato, difficilmente permette che lo si interrompa; ma perde facilmente il filo, poiché aggiunge alla sua storia sempre qualche nuovo dettaglio irrilevante. Non si riesce ad ottenere da lui una risposta breve e concisa; ha sempre qualcosa da aggiungere e da esagerare. Durante la mia lezione, ad intervalli, chiede frequentemente "attenzione", ma poi si tira sempre indietro con un gentile inchino. Rivolge spesso la sua dissertazione ▶

(Continua a pagina 3)

Aggiornamenti



Dal 21 al 25 febbraio scorso a Roma presso l'hotel Hilton, si è tenuto l'appuntamento annuale della Società Italiana di Psicopatologia, sicuramente il più importante convegno della psichiatria italiana con partecipazione internazionale. Aretaeus e Centro Bini hanno partecipato con organizzazione di simposi e relazioni. In generale, simposi e relazioni hanno interessato temi che vanno dal suicidio al disturbo bipolare.

Athanasios Koukopoulos ha organizzato un simposio su Decorsi del Disturbo Bipolare. Implicazioni per la terapia, con relazioni dello stesso organizzatore (*Le depressioni bipolari secondo la sequenza del ciclo*), che ha anche presentato una relazione dal titolo: *Stati misti: un collegamento tra disturbi bipolari e unipolari?* e una dal titolo *L'intervallo libero: l'epicentro della profilassi*. Secondo questa ipotesi il processo maniacale che emerge gradualmente durante l'intervallo libero, è facilmente soppresso dalle continue terapie profilattiche e che la soppressione del processo maniacale sia alla base anche della prevenzione della successiva depressione. Gli antidepressivi, al contrario, indurrebbero nuove fasi ipomaniacali/maniacali accorciando o annullando l'intervallo successivo. In questo modo potrebbero rendere inefficaci le terapie di prevenzione. Altre relazioni sono state presentate da Gian Paolo Minnai e Piergiorgio Salis (*Decorsi cronici*), Michele Raja (*L'impatto degli antipsicotici atipici nel trattamento del disturbo bipolare*), e Leonardo Tondo e Maurizio Pompili (*Rischio di suicidio in pazienti bipolari I e II*).

Adele De Pascale ha ideato e coordinato un simposio dal titolo *Modificazioni cerebrali e psicoterapia*, con interventi della Dott.ssa Michèle Wessa, (Dipartimento di Psichiatria e Neuroimmagine del Centro di Energia Atomica di Orsay in Francia), del prof. Alain Berthoz, neuroingegnere del College de France, occupati nella ricerca dei meccanismi cerebrali dei disturbi d'ansia, di Giuseppe Bersani,

docente di Psichiatria e della stessa coordinatrice, docente di Psicologia Clinica e psicoterapeuta cognitivista-sistemico, entrambi del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma, La Sapienza. Gli interventi hanno illustrato alcune evidenze cliniche che, con l'uso di moderne tecniche di neuroimmagine in pazienti ossessivi, fobici e depressi, avvalorano l'ipotesi che la psicoterapia modifichi le funzioni cerebrali in modo specifico perlomeno quanto i farmaci. In particolare, sono anche state individuate aree cerebrali in cui questi cambiamenti avvengono.

Il simposio di Leonardo Tondo: Suicidio: una prospettiva medica ha trattato argomenti delle basi biologiche del suicidio con la relazione di John Mann, della Columbia University di New York dal titolo: *Basi neurobiologiche del suicidio: nuovi risultati*. Göran Isacsson, del Karolinska Institut ha mostrato dati sulla diminuzione di suicidio in pazienti trattati con antidepressivi nella sua relazione *Antidepressivi e suicidio, conseguenze per la prevenzione*. Ross Baldessarini del McLean Hospital-Harvard Medical School, nella sua presentazione *Suicidio come una condizione curabile*, ha parlato del suicidio come comportamento trattabile dal punto di vista medico, riportando un certo scetticismo sull'efficacia dei trattamenti antidepressivi nella prevenzione del suicidio, mentre ha mostrato la forte evidenza clinica, proveniente da una vasta letteratura scientifica, sull'efficacia delle terapie a lungo termine con sali di litio nella prevenzione dei comportamenti suicidari. Il coordinatore del simposio, infine, ha presentato dati sul tasso internazionale dei suicidi che, nonostante l'aumento delle cure antidepressive degli ultimi 50 anni, non ha spostato il tasso di suicidi.

Inoltre, è stata presentata ai congressisti la nuova Associazione Italiana per la Terapia Elettro Convulsivante (AITEC) che si prefigge di far conoscere questo trattamento essenziale nell'armamentario delle terapie psichiatriche nei casi di grave depressione con agitazione e idee di suicidio. Non un intervento da fare tutti i giorni ma una terapia che, quando necessaria, deve poter essere effettuata, come accade nel resto del mondo. ■

<http://www.sopsi.it/congres/2006/ind.htm>



Poesia

di Luca Chizzoni

Cammino per strada.
D'un tratto mi pare di essere
Su un binario morto.
Mi sforzo di sorridere
A chi incontro
Ma dentro mi sento diverso
E lontano dagli altri.
Vedo la realtà
Ostile
Ai miei passi
E suppongo che ciò
Dipenda da qualche mia colpa.
Mi sento malvagio
Senza un motivo.
Come altre volte
In cui ho vissuto
Le medesime sensazioni
Vorrei capire
Cosa trarre di positivo

Da questa esperienza
Ma riesco solo
A sorridere
Di un sorriso contagioso.
Ho imparato, in questi momenti,
a non cedere alla disperazione,
a non prendermi
troppo sul serio.
Finalmente giungo a casa
Dove mia madre mi attende.
Posso parlare con un volto
Amico:
Lentamente
La paura se ne va.
Decido di scrivere questa poesia.
Quando ho finito di comporre
Gli ultimi versi,
Mi ritrovo guarito
Ancora una volta.

"Una mania, è il piacere passato allo stato di idea."
Honoré de Balzac, *Il cugino Pons*

a voi studenti, volge l'attenzione alla vita da studenti, inserisce versi di canzoni studentesche, inventando anche qualche filastrocca.

Il suo stato mentale è gaio ed eccitato; si diverte con ogni sorta di scherzi, anche con quelli alquanto rischiosi, si fa gioco di se stesso e degli altri, imita personaggi ben noti, ride ai suoi stessi trucchi, che sa come porre sotto una luce piuttosto innocua. Ad esempio, alcune notti prima del suo ricovero in ospedale aveva bighellonato per ogni genere di osteria e casa di malaffare, aveva bevuto molto dovunque, si era comportato nella maniera più stravagante possibile, si era asperso da capo a piedi con l'acqua nella piazza del mercato ed aveva guidato un taxi da un bar inglese ad un altro nei villaggi vicini. Infine aveva sfasciato lo specchio, le terrecotte ed i mobili di casa sua, tanto da essere condotto in ospedale scortato dalla polizia. Di tutto ciò, osserva ingegnosamente, l'unica da biasimare è sua moglie, poiché non l'aveva trattato a modo, né aveva cucinato per lui in modo decoroso. Di conseguenza, aveva dovuto recarsi al pub e, inoltre, aveva dovuto offrire alla gente qualcosa con cui guadagnarsi da vivere. Egli non si considera malato, ma, aggiunge con un gran sorriso, se ci farà piacere, rimarrà con noi per un po'. Il paziente non presenta alcun disturbo organico, tranne alcune ferite subite mentre veniva condotto di forza in ospedale.

Questo caso ci sembra essere sotto ogni aspetto l'esatto contrario di alcuni stati depressivi che abbiamo già imparato a riconoscere. La comprensione è rapida, i pensieri si sviluppano senza impedimento, sebbene presto scacciati da altri nuovi. Lo stato d'animo è allegro, i gesti si susseguono sciolti e senza ostacoli, anche senza quelli che agiscono da freno nella vita normale. Designiamo tale combinazione di sintomi di malattia, che riscontriamo frequentemente all'interno della stessa forma, col termine di Mania o, se i singoli disturbi sono solo lievemente sviluppati, come nel caso presente, con quello di Ipomania. Tuttavia, il nostro paziente non è mai tanto rispettoso e gaiamente amichevole come lo è ora. Per un certo periodo, specialmente all'inizio, era piuttosto confuso ed incongruo nel suo parlare precipitosamente, molto irritato da ciò che lo circondava, sfasciava tavoli, sedie e vetri delle finestre, si versava la zuppa sulla

nostro paziente, possiamo affermare che egli è già stato ricoverato sette volte. È figlio illegittimo; sua madre morì per un attacco apoplettico; una delle sue sorelle era alienata mentale. Il paziente era sempre stato considerato eccentrico, ma era assennato e laborioso. La prima crisi di malattia si verificò a 37 anni e somigliava esattamente a quella attuale. All'epoca il paziente, mediante la stampa, all'improvviso invitò l'intera "nobiltà del luogo" ad una "haute-volée soirée" presso un belvedere, si diresse ad una stazione di polizia con il pretesto di aver individuato nella persona di un gendarme un criminale anarchico da lungo tempo ricercato e si lasciò andare ad ogni genere di scherzi con i pubblici ufficiali. A quel tempo si suppose che fosse affetto da paralisi generale. Le crisi successive ebbero inizio con una tendenza, per quel tempo, alle spese eccessive, all'assunzione di alcolici e agli eccessi sessuali, così come ad ogni immaginabile chiaro misfatto; una volta ricoverato in ospedale aveva tutti i suoi portamonete pieni di anelli di nessun valore, di monete straniere e di gioielli economici, acquistati dovunque, e di numerose ricevute di pegni.

In principio le crisi duravano da due a tre mesi e successivamente circa sei mesi. In genere il paziente si tranquillizzava presto in ospedale e raramente presentava disturbi anche lievi, anche se alcuni tentativi di dimissione riuscirono male poiché riprese

subito a bere di nuovo e poi in breve tempo ritornò eccitato. Dopo la guarigione fu, negli intervalli, un uomo molto assennato, che conduceva una vita estremamente ritirata e che andava d'accordo con la moglie, che tormentava ed offendeva durante i momenti di eccitamento. Per tre mesi dalla penultima dimissione e per nove mesi dall'ultima, fu profondamente depresso, misantropo, giacque a lungo nel letto ed espresse idee suicidarie, finché il suo equilibrio mentale gradualmente si ripristinò.

Ciò che ci attendevamo è stato provato. Non solo si sono verificate una serie di crisi maniacali, ma nel corso dell'anno sono comparse anche crisi depressive con caratteristiche distintive. Con ogni probabilità il futuro porterà un ritorno più o meno regolare dell'uno o dell'altro di tali stati. (Dopo lo stabilirsi della tranquillità il paziente fu dapprima depresso per lungo tempo ed un anno dopo tornò maniacale). Il fatto che nel corso del tempo la durata e la gravità delle crisi si siano incrementate, mentre gli intervalli siano divenuti sempre più brevi, corrisponde all'esperienza comune della malattia. Il decorso futuro comporterà probabilmente un graduale aggravamento del manifestarsi delle crisi, con possibili fluttuazioni.

1. *Ipomania: periodo di umore elevato, espansivo o irritabile che dura almeno 4 giorni. I sintomi principali sono: autostima eccessiva, grandiosità, ridotto bisogno di sonno, logorrea, fuga delle idee, distraibilità, agitazione psicomotoria e aumentato coinvolgimento in attività di lavoro o ludiche spesso potenzialmente pericolose. Non devono essere presenti deliri o allucinazioni. I sintomi sono gli stessi dello stato maniacale, ma meno gravi e non influiscono pesantemente sulle attività lavorative, relazionali e sociali. (DSM-IV, APA, 1994).* ■

Paolo Decina



testa e si comportava in maniera ripugnante. Altre volte, molestando e maltrattando gli altri pazienti, insultando i sorveglianti e brontolando e attaccando briga ad ogni occasione, era sempre insopportabile.

La mania, ad un certo livello, non è solo un puro sovvertimento degli stati di depressione circolare, ma di per sé non è nulla se non uno stadio della follia maniaco-depressiva. Dove incontriamo realmente gli eccitamenti maniacali siamo poi capaci di trarre la probabile conclusione che non solo gli eccitamenti si ripresenteranno spesso nel corso dell'esistenza, ma che gli stati depressivi del tipo precedentemente descritto si alterneranno ad essi. Per ritornare al

Emil Kraepelin fu uno psichiatra clinico. Condusse importanti studi sull'ebefrenia, sulla catatonìa e sulla demenza paranoide. Considerò questi quadri clinici differenti declinazioni dell'unica forma mentale da lui riconosciuta, la demenza precoce, successivamente ridefinita o schizofrenia. Il fraintendimento era dovuto al fatto che questa forma di disturbo si verificava in soggetti giovani rispetto alla media dei pazienti affetti di solito da quella patologia.

Un'emblematica e drammatica vicenda capitata a una nostra collega, professionista seria e ricercatrice di fama internazionale, indica come l'ideologia anti-farmaci sia spesso fortissima (ne parleremo ancora) e dalle conseguenze molto gravi. La vicenda è anche rappresentativa del potere dei media.

Ci scrive Donatella Marazziti:

Ecco la mia vicenda a grandi linee. Nel giugno del 1999 ho visitato una ragazza di 12 anni affetta da binge eating disorder (una forma di bulimia, ndr) con impulsività marcata e problemi scolastici (bocciatura in prima media), con il consueto contorno da brivido (genitori separati, madre obesa) e seguita dai servizi sociali. In due anni era passata da 70 a 120 kg di peso, per 150 cm di altezza, al ritmo di 2 kg al mese. Era già stata visitata da endocrinologi e dietologi e si era perfino sottoposta a due ricoveri ospedalieri, con negatività di tutti gli esami organici. Mancava solo lo psichiatra, consigliato da più parti. Io la visito, formulo la diagnosi e informo adeguatamente la madre, dato che mi era accorta che dovevo essere chiara e ugualmente chiara sono stata con la proposta terapeutica che consisteva in topiramato e fluvoxamina (il primo un farmaco antiepilettico, stabilizzante dell'umore, largamente usato in psichiatria per il suo effetto di diminuire l'appetito; il secondo farmaco antidepressivo serotoninergico, ndr). La madre mi dà l'assenso alla terapia, che la ragazza inizia il giorno stesso, come si evince dal timbro di una ricetta. Non ho nessuna notizia per un mese quando viene da me un signore che si qualifica come convivente della madre e mi dice che sono contenti perché per la prima volta in 2 anni la paziente ha perso 3 kg e mangia di meno e che è venuto per sottoporsi lui ad una visita da me. Da allora non ho più saputo niente fino ad una lettera di un avvocato che, a fine novembre, mi chiede il risarcimento di danni per una serie di problematiche dovute, secondo loro, all'assunzione dei farmaci, tra cui: strabismo (che aveva dalla nascita), cambiamento di personalità (ovvio, era un'adolescente...), calcolosi della cistifellea (di colesterolo, ovviamente, per gli eccessi alimentari) e microlitiasi renale, sedazione, episodio febbrile (registrato a nome della madre), un episodio di allucinazioni, scialorrea e vomito.

Vengo accusata da parte del loro avvocato di sperimentazione abusiva, di aver utilizzato farmaci che non erano nel prontuario terapeutico (come se la madre li avesse comprati al mercato nero!), di non aver ottenuto il consenso informato, di aver impiegato dosi da cavallo, 200 mg di topiramato e 100 di fluvoxamina (dosi che rientrano pienamente nella posologia abituale dei due farmaci, ndr). Nel frattempo i no-global mi contestano ogni volta che vado in tribunale e mi minacciano di morte via internet.

Dopo 6 lunghi anni e ben tre perizie del giudice a me favorevoli, comprese quella del medico legale che ha scritto che la ragazza non aveva nessun segno o sintomo di malattia in senso medico-legale, sono stata condannata a 6 mesi di reclusione per lesioni volontarie consistenti in sonnolenza, scialorrea, cambiamento di carattere ed un episodio di allucinazioni, commutate in 6000 euro di multa e 7000 euro di risarcimento. La madre non contenta si è fatta un sito Internet da cui lancia proclami e si erge a paladina dei bambini che finiscono nelle mani di "medici criminali e mafiosi". Ha rilasciato un'intervista scandalosa alla trasmissione Report nel settembre 2004 i cui giornalisti si sono rifiutati di parlare con me, una al TG regionale della Toscana nel novembre 2005 e un'altra alcune settimane fa a RAI UNO nell'ambito del programma "Occhio alla spesa". Ancora, ha rilasciato

un'intervista al settimanale "Gente" nel dicembre 2005. Anche in quest'ultimo caso il Direttore non mi ha voluto parlare, per cui ho deciso di scrivere al presidente della commissione di vigilanza RAI che, però, non mi ha ancora risposto.

Tutti i miei tentativi di poter dire la mia vanno a vuoto. Ho scritto anche ad alcuni politici dell'Ulivo che non mi hanno risposto. Nell'ultima intervista a "Gente" la madre ha affermato che per un certo periodo non ha più trovato lavoro e che era stata cancellata dall'anagrafe, così come che io ho fatto apparire 300 lavori sul topiramato su internet, ma che poi sono scomparsi. Ti sono grata se farai circolare la mia storia. Se hai bisogno di chiarimenti, sono a tua disposizione.

Donatella ■

DIARIO DI S.L. IN CURA PER PSICOSI MANIACO-DEPRESSIVA.

Propongo alla lettura alcuni passi del mio diario rispetto ai momenti depressivi e a quelli maniacali o cosiddetti "euforici".

Questo nella speranza che possano essere di aiuto a coloro i quali soffrono della mia stessa patologia.

Giovedì 5 maggio 2005 Ore 19 sono riuscita a fare una passeggiata ma in lacrime. Ho comprato un libro di Stefano Beimi Il bar sotto il mare (divertente, curioso, ma non so quando avrò la forza di leggerlo).

Non so a cosa serve mettere su carta cioè scrivere le mie sensazioni nella giornata.

La mattina è tremendo. Mi alzo debole, demotivata, depressa. Non so come passerò la giornata. Ne

parlerò poi così forse mi aiuterà a superare

quei momenti. Ora la giornata è quasi finita e come per tutti i depressi c'è un po' di sollievo. Tra poco si cena e poi tutto finisce: si va a dormire sperando in un domani migliore. Sono molto stanca.

Ore 19.30 sto sulla sedia a fumare con la testa pesante, la mente nel vuoto. La spina dorsale dolorante. Mi viene da piangere per la tristezza. Non c'è una ricetta per vivere la depressione. purtroppo.

Venerdì 6 maggio 2005 non devo piangere. Devo stare tranquilla, non pensare come passerò queste ore. La giornata nel bene e nel male passa sempre. Quindi accettazione della situazione.

Sono stata un po' sul letto, stanca.

Ore 13.30 non sembra vero. Già metà giornata è passata. Ieri pomeriggio sono andata a fare un giro. Chissà cosa farò oggi? È costante questa sottile preoccupazione perché quando si è depressi ▶

(Continua alla prossima pagina)

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.

Il docente di psichiatria aveva appena finito la sua lezione e chiese: Quale potrebbe essere la diagnosi di un paziente che cammina su e giù, poi si alza urlando a squarciagola, e subito dopo si siede a piangere? Un giovane alzò la mano e disse: Un allenatore di calcio.

non si può decidere in autonomia.

Ore 15.30 non so se andare dal parrucchiere in lacrime oppure fare una passeggiata. C'è un vento forte che non invita ad uscire. Non so che fare: questo è il ritornello dei depressi, o almeno per me.

Sono molto stanca.

Ore 17 sono uscita poi sono tornata subito a casa. Non mi andava più di fare il solito giro. Mi sono sentita ancora più demotivata. E ora a casa che faccio? La radio è accesa ma non da molto sollievo.

Piango. Mi sento stranita. Perché non ho pace? Spero che la mia vita non sia sempre così

7 Maggio Ore 12 sono riuscita ad andare dal parrucchiere in lacrime ma sono triste e stranita. Ascolto la musica. Mi fa un po' di compagnia. Poesia

Filamenti di sensibilità scendono argentei dalla volta celeste Gocce di amore per resistenza.

Sto un po' sul letto angosciata. Devo convivere con questo stato d'animo. Non ho scelta.

Ore 13.30 forse uscirò alle 15.30 per una passeggiata e una visita alla libreria. È poca cosa ma devo accontentarmi. Quanto sarebbe bello andare a vedere una mostra o andare a Piazza Navona e parlare con i pittori. Lo farò spero presto. Vorrei farlo ora ma penso di sentirmi male aspettando il taxi. Ore 15 c'è un film decente in tv ma non ce la faccio a seguirlo. Troppa stanchezza. Mi metto sul letto e poi si vedrà.

Ore 19 provo a scrivere una poesia, Il cuore stanco di soffrire.

La mente è offuscata dalla tristezza.

Ma la speranza in un arcobaleno lucente autorizzante appare dolcemente.

Ore 19.15 scrivo un'altra poesia

Cieli ammantati di stelle

Soli accecati di luce

Risolvi nel contatto astratto

Con la natura la tua disperazione.

Fai nascere un'emozione di speranza per il futuro.

Ore 20.30 ho letto un altro po' de La promessa dei venti di Galapo: è interessante e semplice allo stesso tempo.

Ore 21.45 non devo pensare a domani mattina: sarà quel che sarà e basta.

Martedì 10 maggio 2005 Ore 8 la giornata è iniziata: calma e pazienza. Ascolto un po' di musica un po' a letto e un po' sulla sedia a rumare. Non voglio pensare a quello che farò durante la giornata. Tengo la musica accesa per non pensare. Ogni tanto la spengo e mi rimetto a letto. Spero finisca presto questa vita così indegna. Recito il pater nostro. Ore 15 ho letto alcune pagine della Promessa dei venti.

Mercoledì 11 maggio 2005 alzata ore 11 più tranquilla del solito: Farò quello che verrà. Musica: Ho letto un po' de Nudi e crudi di Alan Benne! Ora mi riposo un po'. Piango non so perché.

Ore 13.30: Pensavo di stare meglio oggi perché avevo letto tanto ieri sera (fino alle 22). Pazienza: cerco di non stranirmi.

Ore 14.30 ho finito Nudi e crudi: forse c'è un miglioramento. Piango ancora. Perché? Non lo so.

Ore 17.30 fatta la solita passeggiata: un po' di sollievo camminando. Scrivo delle poesie.

Sfogliala le pagine dell'esistenza

In quelle pagine scritte con l'inchiostro del mare

Troverai il giusto cammino.

Sorrìdi al sole che nasce. Porterà buoni frutti E tu non lasciarti prendere

Dalla ruota dei pensieri oscuri.

Martedì 26 luglio 2005 ore 5.30 Uscita per il bar della zona. Portato caffè ai lavoratori del pane.

Chiacchiere tranquille nei vari luoghi di ritrovo. Messa alle ore 7.30. Ore 8.30 non riesco a

rilassarmi

Mia madre non capisce che essere euforici non è un piacere: si potrebbero fare mille cose e non ci si riesce a concentrare.

Mi telefona il mio amico Marco: anche lui si è svegliato alle 5 e ha fatto il giro dei bar e poi è partito per...

La prossima settimana mi viene a prendere e facciamo una piccola vacanza insieme (che bello tutta natura, santuari, boschi e colline verdi, il lago del Turano, capre e mucche che attraversano la strada eccetera, eccetera, eccetera).

Respiro l'aria salata del mare immenso

Rivivo gli attimi di felicità dell'adolescenza

Quando i primi amori ferivano o rallegravano il mio cuore

E oggi forse più saggia aspetto con pazienza una nuova passione.

Città magica di Iran

Trasportami tra oro, argento e smeraldi.

Sapori di spezie d'oriente nei grandi mercati

E nelle piccole taverne

Stravolgono con piacere la mia mente.

Rinasco a nuova esistenza in questi luoghi dell'Est

Che non lascerei mai.

Per sempre mattinate d'Oriente

Note sul pentagramma dell'esistenza

A significare ricordi in variazione

Note sul pentagramma del cuore

Ad annunciare momenti di tonalità alte e basse.

Note sul pentagramma ove appare l'arcobaleno

Dalle infinite sfumature dell'anima

Nelle pagine di ogni libro c'è un po' del tuo cuore. Aggiungi questa spezia preziosa alla tua esistenza.

2 Agosto 2005 Ore 20 non ho la concentrazione giusta per leggere. Ho girato quasi tutta la giornata qui intorno casa e allora scrivo poesie.

Un fremito gelato percorre la mia schiena

Quando immagino te che ho tanto amato e desiderato.

Ma tu non torni più.

Sei lontano.

Chissà cosa farai adesso?

Dolci ragazze ti doneranno baci furtivi

Ed io qui che aspetto di incontrarti ancora

Solo per un attimo.

Ricordo di tempi felici

Ormai dimenticati, obsoleti, rimossi nel dolore e nella speranza.

Tu sei gabbiano libero, lo so.

Mi manca la tua gioia di vivere

Che io ho perduto, ma che ora ho riconquistato.

Amori fugaci, persi nel vento, dimenticati.

Onde solitarie spumeggiami davanti ai miei occhi

Ad immaginare innamoramenti passionali da far perdere l'equilibrio desiderato.

Battaglie del cuore, conflitti di passioni irrisolte ma ancora ricercate

Nell'orizzonte di un tramonto perduto di stelle.

Amori nascosti, mai manifesti

Segreti dell'anima in rivolta col mondo

A rinascere con più forza ad affrontare la caducità dell'esistenza. ■

"Un desiderio di desideri: la malinconia."

Lev Tolstoj, *Anna Karenina*

Botta & Risposta

Ho ricevuto tempo fa una email all'interno di una mailing list. È iniziato così uno scambio di lettere che credo sia interessante. Tutte le parti si sono dichiarate disponibili alla pubblicazione con i loro nomi.

Leonardo Tondo

15 Marzo 2006:

Buongiorno, sto cercando disperatamente medici e psicologi che siano ancora disposti a commuoversi per le manifestazioni umane di bambini e adolescenti, che non vogliano spegnere le future generazioni prescrivendo psicofarmaci per arricchirsi e far arricchire le case farmaceutiche, che si sentano puliti e veri nella ricerca del superamento del dolore e della sofferenza, che siano animati da amore per l'evoluzione umana... Sto cercando quegli esseri che, grazie al progresso dell'umanità, hanno potuto acquisire degli strumenti che ora sono disposti a mettere a disposizione del bene di tutti e, se necessario, che siano pronti a rimettere in discussione questi strumenti, a fare un salto e ad andare oltre lo stabilito.

Spero che qualcuno di questi uomini e donne dal cuore puro che sto cercando, siano tra voi...

Sto portando avanti una campagna contro la sperimentazione del Ritalin nelle scuole.

Alessandra Crocchianti

16 Marzo 2006:

Gentile signora Crocchianti, purtroppo lei appartiene ancora a quella categoria di persone che crede nella scissione tra natura e cultura, tra biologico e ambientale e che crede soltanto nelle risorse personali e negli interventi psicologici.

La sua campagna contro i farmaci è del tutto a-scientifica e priva di alcuna validità, ma si sa che le persone come lei non sono interessate alla scienza. Vorrei soltanto ricordarle che se la vita media degli individui è aumentata del 90% negli ultimi 100 anni è stato perlopiù grazie ai farmaci che la prolungano. A meno che lei non ritenga questo un progresso. E, come lei sa, nei paesi in cui la medicina non arriva o arriva male, l'aspettativa di vita è la stessa che si aveva nei paesi occidentali appunto 100 anni fa.

Questo ovviamente non significa che tutti gli interventi collaterali di miglioramento della nostra esistenza a qualsiasi livello non siano importanti, anzi probabilmente dovrebbero essere attuati prima di tutti.

Infine, mi spieghi la necessità talebana di una battaglia contro il Ritalin. Se lei è contraria è un suo problema. Non si capisce perché genitori sensati che hanno cura dei loro figli non debbano servirsi di un farmaco per migliorare il penosissimo disturbo dell'attenzione che ai loro bambini o adolescenti impedisce di essere all'altezza delle richieste della scuola. Le ricordo che il disturbo dell'attenzione non curato predispone la metà dei bambini/adolescenti afflitti a uso di droghe, personalità antisociale, depressione. Questi però sono dati e penso che a lei interessino poco.

Vorrei chiederle il permesso di pubblicare la nostra corrispondenza sulla nostra rivista Aretæus.

Buona giornata
Leonardo Tondo

16 Marzo 2006:

Io non sono una persona che va contro l'evoluzione delle cose... e benvenuta sia la medicina se contribuisce a superare il dolore!

Diverso è il caso degli psicofarmaci. È chiaro che non mi riferisco all'uso degli psicofarmaci in quei casi nei quali la necessità è evidente; mi riferisco all'uso smodato, inappropriato che se ne fa e al punto di vista che accompagna l'assunzione della pillola della felicità... Tu sei malato, tu hai un disturbo, tu devi essere riadattato. Tu soffri, non sentire la sofferenza, prendi questo. Tu sei depresso, hai un disordine chimico. E la nostra gente sta diventando incapace di modificare

quelle strutture sociali che creano depressione, malessere, isolamento, individualismo... Inoltre, conosco personalmente bambini che non avrebbero avuto bisogno del Ritalin, che hanno soltanto una situazione familiare difficile e che sono inseriti in un sistema scolastico e sociale che non dà loro nessuno stimolo e nessun riferimento; possibile che con tanti studi sul comportamento e sull'età evolutiva, siamo arrivati alla conclusione che il 9% dei bambini è da curare con un'anfetamina? Ma lei è a conoscenza dei morti che il Ritalin ha fatto negli USA? Sa che la casa farmaceutica che lo produce è stata chiamata in tribunale? Che tra gli effetti collaterali del Ritalin (a parte nevrosi, tachicardie, ritardo della crescita, ecc. ecc.) c'è addirittura il peggioramento dei sintomi di adhd? Per non parlare del fatto che la dipendenza da droghe è un facile passaggio appena raggiunta l'adolescenza...

A me interessano i dati, ma ancor di più interessano le persone, la loro libertà di scelta, la possibilità di un completo sviluppo psicofisico, la possibilità di criticare e di progettare, di costruire il futuro...

P.S. può pubblicare questo nostro carteggio, senz'altro.

Buona giornata
Alessandra Crocchianti

16 Marzo 2006:

Gentile signora:

Lei parla di uso smodato e inappropriato degli psicofarmaci. Vorrei sottolineare che un uso inappropriato di farmaci può interessare tutte le categorie farmacologiche e non soltanto gli psicofarmaci. In ogni caso, il problema si sposta sulla capacità e validità di un medico. E non possiamo che non essere d'accordo su questo. Come sa, questo vale ancora di più per gli psicoterapeuti e per tutti gli operatori sanitari in genere. Conosco purtroppo bene la storia di un omeopata che ha curato un melanoma con il risultato che la paziente è morta dopo due anni. Questo non vuol dire che tutta l'omeopatia sia da buttare via.

Purtroppo non le posso dare ragione sulla sua posizione riguardo alla malattia e il riadattamento. Lei non può pensare che una persona depressa debba aspettare di risolvere i suoi problemi modificando le strutture sociali. Spesso quelle non sono modificabili facilmente e mantenere una persona depressa in modo che possa incidere sulle strutture sociali non mi sembra una buona idea. Magari, una volta che la depressione è migliorata, la persona sarà più facilmente in grado di reagire. Ma c'è un altro elemento importante. Per le persone come lei che hanno ideologizzato negativamente le terapie psicofarmacologiche, le persone depresse dimostrerebbero delle teorie, mai confermate, che la società causa depressione. Pertanto, va fatto poco per risolvere i loro problemi, altrimenti il teorema non sussiste.

Che lei abbia conosciuto bambini che non avevano bisogno di Ritalin potrebbe anche essere vero. Quando però dice che questi bambini possono "soltanto avere una situazione familiare difficile e che sono inseriti in un sistema scolastico e sociale che non dà loro nessuno stimolo e nessun riferimento", lei fa affermazioni generiche e senza riscontri scientifici. Gli insegnanti sono gli stessi, eppure sanno identificare i bambini con disturbo dell'attenzione, più o meno uno in ogni due classi elementari e medie. Niente di più (non il 9%, circa il 5-6%). Non c'è prova che il sistema scolastico sia il responsabile del disturbo dell'attenzione, visto che appunto soltanto una minoranza di bambini presenta il disturbo.

Per le altre sue osservazioni, credo si sia verificato che un bambino sia morto durante la terapia senza prova che fosse da attribuire alla terapia stessa, che negli USA si fa causa a una casa farmaceutica soltanto per un minimo sospetto con l'idea di portarsi a casa tanti dollari, che la nevrosi non è un disturbo identificabile, che la tachicardia è effettivamente un disturbo infrequente da Ritalin e può richiedere la sua sospensione (la tachicardia scompare), e che il ritardo della crescita è un effetto secondario e associato alla diminuzione di appetito, che si verifica molto raramente.

Invece, sono completamente in disaccordo sul passaggio a altre dro- ▶

(Continua alla prossima pagina)

"L'ottimista proclama che viviamo nel migliore dei mondi possibili; e il pessimista teme che possa essere vero."

James Branch Cabell, *The Silver Stallion*

ANCORA RISPOSTE ALL'INTERVENTO DI GABRIELE SANI SULLA TERAPIA ELETTROCONVULSIVANTE (ARETAEUS N. 4)

Caro Gabriele Sani,

mi ci è voluto un po' per rendermi conto che la tua e-lettera al Severgnini non era scritta in tono faceto. Il nome di elettroshock non è sfortunato: calza a pennello. La superiorità della risposta etc... resta tutta da provare. Che la risposta ai farmaci sia pietosa nel complesso, già non aiuta molto; anzi. Ho avuto l'occasione di osservare direttamente uno stuolo silente di zombies in un ospedale psichiatrico della bella, brutta, dolce, amara, civile, primitiva Albione. Puoi immaginare la cura. Un successone, non ti dico. Pace e bene.

Ciao Gabriele,
non ho né i mezzi né le competenze per discutere quanto dici, anche se ti assicuro che non ho pregiudizi di sorta. Mi limito a chiederti una cosa, che nel tuo messaggio non citi: fa male l'elettroshock? Parte del giudizio contrario a priori che tanti possono avere è quella immagine, che alligna nell'immaginario collettivo, del paziente il cui trattamento si avvicina più ad una tortura da regime staliniano che a una cura. Saprai meglio di me la sorte riservata ai trattamenti dolorosi quando esiste un'alternativa, magari meno efficace ma più "umana", o meglio, sopportabile. Con questo non voglio fare una critica di parte (lavoro in una ditta che sperimenta e produce, tra gli altri, farmaci antidepressivi), ma solo capire. Un saluto dalla Francia.

Gentile dott. Sani,
ho letto con interesse il suo intervento su *Italians* e mi ha colpito. Mi ha colpito perché io ho sofferto di depressione e le assicuro, ma da come scrive credo che lo sappia, è terribile (mentre scrivo ho le lacrime agli occhi, spero serva a buttar fuori i cattivi ricordi). È terribile come malattia, ed è terribile il fatto che le persone che ti stanno accanto non capiscano. Anzi, spesso tendano a sminuire quella che invece è una Malattia, non mi stancherò mai di ripeterlo. Io, le dicevo, sono stata malata, qualche anno fa. Adesso sto bene, o comunque meglio, anche se a volte, mi accorgo che mi capita ancora di sentire gli stessi sintomi terribili, angoscianti... Sono guarita senza farmaci, con l'aiuto di rimedi naturali, forse la mia non era una forma grave, fatto sta che ce l'ho fatta. Le ho raccontato questo per ringraziarla di aver voluto parlare di una "cosa" così tenuta nascosta come la depressione, di aver dato importanza a quella che per molti è considerata soltanto debolezza, pigrizia oppure un po' di tristezza, e ancora "male di stagione". Grazie ancora e continui nella sua "campagna", credo che altri ammalati o ex malati come me le sarebbero grati. E se per guarire serve l'elettroshock, ben venga, per ritornare a vivere e uscire dal nero più profondo che è la depressione. ■

ghe, perché come tutti sanno è vero il contrario. Il disturbo dell'attenzione non trattato è un fattore predisponente all'uso di droghe. Proprio oggi ho visto un signore di 45 anni ormai assuefatto alla cocaina che ha avuto da bambino un chiaro disturbo dell'attenzione. E ancora oggi ho visto un ragazzo di 12 anni, intelligentissimo, con uno sguardo vivacissimo ma che non sa stare fermo un momento, che è diventato lo zimbello della classe, che viene mandato a casa tre volte alla settimana, che non riesce a stare più di cinque minuti seduto a scuola o a casa, con la madre in lacrime perché non ne può più. Che deve fare? Aspettare che cambi la scuola, la società, la famiglia? Per di più, il ragazzo ha fatto psicoterapia per sei anni senza alcun successo. Me lo ha mandato la sua psicologa (dopo sei anni).

Cara signora, lei può essere padrona di non dare il Ritalin ai suoi figli o nipoti, ma non può arrogarsi il diritto di costringere gli altri a seguirla nelle sue campagne fondamentaliste o impedire che altri la pensino in un modo diverso. Si tratta di limitazione di libertà e sconfitta nella intolleranza. Per gli stessi motivi e con motivazioni analoghe, negli Stati Uniti, i fondamentalisti anti-aborto hanno ammazzato più di un ginecologo che praticava aborti, naturalmente a difesa della vita.

Leonardo Tondo

(Per ulteriori informazioni sul Disturbo dell'Attenzione, consultare il sito www.aifa.it)

Nel frattempo sono arrivate due mail da altri membri della mailing list:

16 Marzo 2006:

Gentile Dott. Tondo,

Vorrei ringraziarla per la sua risposta tempestiva al messaggio della signora Crocchiante. In confronto con altri paesi, in Italia è ancora molto difficile per le persone con Disturbo di Attenzione. Persone come questa signora rendono ancora più difficile la vita dei nostri bambini e adulti affetti con questo disturbo.

Pamela Kvilekval (pamelask@gmail.com)

Direttrice di Special Education Services

Roma

16 Marzo 2006:

La comunità scientifica ha da sempre il compito di provare le proprie ipotesi ed eventualmente abbandonare teorie obsolete quando si dimostrano infondate, dimostrando così una grande umiltà e una vera apertura mentale, attitudini che campagne simili alla vostra sembrano ignorare.

Spero che tutto questo sia solo il frutto di un'incorretta informazione e che tutti voi vogliate approfondire gli argomenti di cui trattate.

Grazie

Luisa Lopez ■



Quale era l'argomento che causò lo scisma fra Freud e Jung?

- a) il modo di interpretare i sogni b) le tecniche psicoanalitiche c) la spinta umana che conteneva la superiorità, spiritualità o sessualità
- c) Jung credeva che gli esseri umani avessero una spinta più forte verso la spiritualità che verso la sessualità. Infatti, credeva che la cosiddetta 'crisi di mezza età' era in verità una crisi di significato, che il mito della vita con cui siamo cresciuti non ha più significato.

Editoriale (dalla prima pagina)

ariana. Il paragrafo 175 di una legge speciale autorizzava la loro persecuzione. Lo stesso numero che appariva sulle loro giacche nei campi di concentramento, più tardi sostituito dal triangolo rosa. Il famoso "175" non parlava di lesbiche che, si pensava, non fossero presenti tra le donne ariane. Forse non più di 10mila omosessuali morirono nei campi di concentramento ma li aspettava una strana sorte anche dopo l'arrivo degli alleati. A loro non venne riconosciuto lo status di vittime del nazismo e non ebbero diritto ad alcun risarcimento. Lo stesso governo alleato li tenne in prigione fino alla fine della loro sentenza, anche se stabilita dal governo nazista. E se non bastasse, il paragrafo "175" rimase nelle leggi della Germania Ovest fino al 1969, anche se probabilmente poco rispettato. Questo impedì che le vittime del nazismo si esponessero pubblicamente a parlare delle loro memorie.

I Testimoni di Geova ebbero invece la "fortuna" di scampare al genocidio nel caso decidessero di abbandonare la loro fede, ma pochi lo fecero, guadagnandosi la stima degli altri prigionieri e in qualche modo anche dei loro aguzzini che a modo loro ammiravano quella "fede incrollabile". Per loro, la prigionia aveva anche il significato di una qualche espiazione. Nella Germania degli anni '30 se ne contavano circa 20mila, colpevoli di professare un'ideologia rivale a quella nazista, di essere pacifisti (si erano rifiutati di partecipare alla I Guerra Mondiale) e di essere alleati dei nemici americani. A migliaia vennero inviati nei campi di concentramento, identificati con un triangolo viola. Un numero compreso fra 2500 e 5000 morirono prima della Liberazione.

L'ultimo consistente gruppo di perseguitati furono i disabili con la motivazione di proteggere la purezza della razza ariana. E fra loro vennero inclusi anche malati psichici, schizofrenici o maniaco-depressivi; così come ciechi, sordi, epilettici e alcolisti. La pratica della sterilizzazione forzata degli handicappati non era nuova al mondo. Introdotta nell'antica Grecia e forse presente anche prima, nel XX secolo era approvata in 29 degli Stati Uniti d'America dove vennero sterilizzate 30mila persone, metà delle quali in California. Cifre di poco conto se confrontate con quelle della Germania nazista dove vennero sterilizzate dalle 400 alle 500mila persone con vasectomia o legatura delle tube, ma molte, soprattutto donne, morirono durante gli interventi sommersi. Ovviamente chi aveva una malattia ereditaria non poteva sposarsi. La Chiesa cattolica si

oppose mentre non lo fecero le Chiese protestanti. Anche motivi economici erano chiamati a sostenere l'iniziativa. "Quante case a 15mila marchi l'una si potevano costruire anziché un ospedale psichiatrico che ne costava 6 milioni?", si leggeva sui libri di scuola. Hitler stesso chiamava eufemisticamente eutanasia la soppressione dei disabili, seguendo suggerimenti di criminologi che lo avevano preceduto. Il risparmio portava alla eliminazione di vite inutili nel contesto della riduzione delle spese nel periodo tra le due guerre. Mentre la sterilizzazione era legale, l'eliminazione dei disabili avveniva in segreto. I medici, il gruppo professionale più "nazificato", entusiasticamente seguirono le direttive ed eseguirono le più strane operazioni. Le vittime venivano portate in autobus ai vari centri e uccise, prima con iniezioni letali e, negli anni successivi, nelle camere a gas. I corpi venivano cremati e le ceneri erano spesso a disposizione dei famigliari. I medici preparavano falsi certificati di morte e mandavano lettere di condoglianze ai parenti. Fra il gennaio 1940 e l'agosto 1941, 70mila morti vennero certificati nei sei centri di "eutanasia". La pratica divenne presto di dominio pubblico e, a seguito delle proteste di alcuni vescovi cattolici e psichiatri più illuminati, l'operazione "eutanasia", venne ufficialmente sospesa, ma continuò nelle sedi meno esposte. Alcuni medici erano incoraggiati a decidere sulla vita o sulla morte di ricoverati con malattie psichiatriche. In questo programma vennero eliminati almeno 20mila pazienti. In tutto, dal 1939 al '45 dai 200 ai 250 mila disabili fisici o psichici vennero uccisi. Nessun triangolo era previsto per loro. ■

MARKINGS OF CAMP INMATES IN THE CONCENTRATION CAMPS						
Form and Color of Markings						
	POLITICAL	HABITUAL CRIMINALS	EMIGRANTS	JEHOVAH'S WITNESSES	HOSS-SEXUALS	VAGRANTS
Basic Colors	Red triangle	Green triangle	Blue triangle	Pink triangle	Red triangle	Black triangle
Markings for Repeaters	Red triangle with horizontal lines	Green triangle with horizontal lines	Blue triangle with horizontal lines	Pink triangle with horizontal lines	Red triangle with horizontal lines	Black triangle with horizontal lines
Inmates of Penal Battalions	Red triangle with a circle	Green triangle with a circle	Blue triangle with a circle	Pink triangle with a circle	Red triangle with a circle	Black triangle with a circle
Markings for Jews	Yellow star	Green star	Blue star	Pink star	Red star	Black star
Special Markings	Yellow star with a cross (Race Defiler Male)	Yellow star with a cross (Race Defiler Female)	Red circle with a cross (Escape Suspect)	Number of Inmate (e.g., 2307)	Number of Inmate (e.g., 2307)	Number of Inmate (e.g., 2307)
	Red triangle with a cross (Pole)	Red triangle with a cross (Czech)	Red triangle with a cross (Members of Armed Forces)	Special Inmate	Special Inmate	Special Inmate

Leonardo Tondo

Chi siamo



ARETÆUS, fondata nel 1999, è un'organizzazione dedicata alla ricerca e avanzamento della conoscenza delle malattie psichiatriche. Con la pubblicazione e distribuzione di ARETÆUS news speriamo di raggiungere pazienti, psichiatri e psicologi con notizie, curiosità 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 Digiacomantonio, 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, Mercedes Masia, 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, Alexia
Koukopoulos, Sigrid Llavina

Ricerca
Matthew Albert
Giulio Ghiani

Design e traduzione
Joseph Akeley

Stampa
Grafiche Pisano

Autorizzazione Tribunale di Cagliari
N. 12/05 del 07/04/05

Potete mettervi in contatto con noi per commenti, suggerimenti, lettere o altri contributi:
Roma: Via Crescenzo 42 · 00193 · Tel.: (+39) 06 6874415/75 · Fax: (+39) 06 68802345
Cagliari: Via Cavalcanti 28 · 09128 · Tel.: (+39) 070 486624 · Fax: (+39) 070 496354