



ATTI DEL CONGRESSO

INDICE

SESSIONI PLENARIE – LUNEDI’ 23 FEBBRAIO

SESSIONE 1	Pag. 2
- Pathogenetic Mechanisms of Psychosis: Implications for Diagnosis and Treatment	Pag. 2
- Coming to Terms with Fear	Pag. 4
PUÒ UN INTERVENTO TEMPESTIVO CAMBIARE IL DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA?	Pag. 5
L’IMPORTANZA DELLA RAPIDITÀ E DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	Pag. 9

SESSIONI PLENARIE – MARTEDI’ 24 FEBBRAIO

SESSIONE 2	Pag. 10
- Clinical Epidemiology of Some Major Psychiatric Disorders in Function of Stress/Resilience	Pag. 10
- Enduring Effects of Traumatic Stress: Molecular and Hormonal Mechanisms	Pag. 11
TAVOLA ROTONDA STRESS: FENOMENOLOGIA CLINICA E TRATTAMENTI	Pag. 12
TAVOLA ROTONDA LE PAURE OGGI: NUOVI MODELLI BIOPSIKOPATOLOGICI, FILOSOFICO-SOCIALI	Pag. 31

SESSIONI PLENARIE – MARTEDI’ 24 FEBBRAIO

SESSIONE 3	Pag. 39
- Mechanisms Underlying the Environmental Risk Factors for Schizophrenia	Pag. 39
- Deconstructing Bipolar Disorder: Evidence from Community and Family Study	Pag. 40
TAVOLA ROTONDA - VULNERABILITÀ NEI DISTURBI MENTALI	Pag. 41
TAVOLA ROTONDA - L’IMPATTO DELLA CRISI GLOBALE SULLA GESTIONE DELLA SALUTE MENTALE NEI PAESI DEL MEDITERRANEO	Pag. 44

SESSIONI PLENARIE – MERCOLEDI’ 25 FEBBRAIO

SESSIONE 4	Pag. 53
- Stressful Events, Oxidative Stress and Outcome in Bipolar Disorder	Pag. 53
- I concetti di “vulnerability” e “liability”: implicazioni per la schizofrenia	Pag. 54
TAVOLA ROTONDA - RESILIENZA NELLA SALUTE MENTALE	Pag. 60

POSTER	Pag. 78
--------	---------



ATTI DEL CONGRESSO

SESSIONE 1

PATHOGENESIS MECHANISMS OF PSYCHOSIS: IMPLICATIONS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT

J.A. Lieberman

Columbia University - USA

College of Physicians and Surgeons - USA

New York State Psychiatric Institute - USA

New York Presbyterian Hospital - USA

Columbia University Medical Center - USA

Schizophrenia is a progressive illness, with many psychotic episodes. Brain imaging studies have consistently demonstrated brain abnormalities in patients with schizophrenia. These changes are largely confined to decreases in gray matter volumes and enlargement of the lateral and third ventricles. Many studies have emphasized the importance of the decline in functioning in schizophrenia as a clue to its pathogenesis, suggesting that the brain abnormalities in schizophrenia could be expected to reflect this clinical progression. Interestingly, not all patients show changes in brain volumes over time; changes are particularly pronounced in those patients with a poor prognosis in the first years of illness and brain loss over time has been shown most pronounced in patients who had been psychotic longest. In recent years, the prospect of early detection and intervention to limit the morbidity and disability associated with major mental disorders, and even forestall their onset, has galvanized the field of mental health care and stimulated great enthusiasm. This strategy coupled with the use of a team based multi-element approach to caring for newly diagnosed persons, offers unprecedented opportunity for recovery from formerly lifelong disabling illnesses. For preventative strategies to be truly effective, clinical services must be extended beyond institutional and office settings into the community in order to engage persons at risk or in need at earlier stages of disease pathogenesis.

Two lines of investigation have led our current understanding of schizophrenia and the development of a new care model for patients with first-episode psychosis. Both natural history and pathophysiology studies and symptom suppression and psychosocial recovery studies have led to a reconceptualization of schizophrenia with implications for diagnosis and treatment. Investigation into the brain pathophysiology of schizophrenia, particularly neuroimaging of the concordance between cortical grey matter reduction evident in the progression of the disease and mouse models suggests that extracellular glutamate may be a pathogenic driver for hippocampal dysfunction and parvalbumin-expressing interneuron atrophy. At the same time symptom-based research emphasizing effective treatment to suppress the symptoms of illness that disrupt lives, cause lasting disability and limit recovery has led to the articulation of a comprehensive care model based on the synergy of symptom suppression, psychosocial recovery components (including cognitive behavioral therapy, social skills training, family and peer support, supported employment and educational services) and medication adherence as the core relationships fostering recovery and preventing disability after the first-episode of schizophrenia. Lines of evidence taken together focus on limiting the progression of the illness; by engaging a proactive comprehensive medication and psychosocial treatment strategy targeting first-episode psychosis active symptoms can be reduced and relapse can be limited, allowing for a possibility of greater recovery and prevention of prolonged disability.

The relationship between longer duration of the first-episode of illness prior to treatment and greater disability and slower recovery has been established.



ATTI DEL CONGRESSO

Full characterization of schizophrenia as a progressive brain disease requires understanding of the spatial and temporal pattern of metabolism of anatomical features of the brain, the individual experience of patients relative to personal resilience, social/cognitive skills and family support, and the longitudinal effect of health care policy. A clear directive is that early detection, intervention, and engagement with effective treatment benefits the patient by limiting the symptoms that disrupt their lives and the potential for lasting disability

Bibliography:

- 1) Schobel SA, Chaudhury NH, Khan UA, et al.: Imaging patients with psychosis and a mouse model establishes a spreading pattern of hippocampal dysfunction and implicates glutamate as a pathogenic driver. *Neuron* 2013 78(1):81-93.
- 2) Lieberman JA, Dixon LB, Goldman HH: Early detection and intervention in schizophrenia – a new therapeutic model. *JAMA* 2013 310(7):689-690.



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

COMING TO TERMS WITH FEAR

J. E. LeDoux

NYU Langone Medical Center - Departments of Psychiatry and Child and Adolescent Psychiatry, New York –
USA

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

PUÒ UN INTERVENTO TEMPESTIVO CAMBIARE IL DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA?

THE MANY CLINICAL BENEFITS OF TREATING SCHIZOPHRENIA IN A PROMPT WAY

K.H. Nuechterlein, K.L. Subotnik, J. Ventura, L.R. Turner, L.R. Casaus, J.S. Luo, G. Bartzokis

UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, Semel Institute for Neuroscience & Human Behavior, 300 UCLA Medical Plaza, Room 2240, Los Angeles, California - USA

The initial period after a first psychotic episode appears to offer opportunities for altering the course of schizophrenia, as responsiveness to pharmacological and psychosocial treatments may be greater at that time than later in the illness. Unfortunately patients' awareness of illness and appreciation of the continuing nature of the disorder are typically limited during this period. Antipsychotic medication is often only reluctantly accepted and periods of medication nonadherence are very common. Daily oral medication is usually prescribed, reserving long-acting injectable antipsychotic medications for instances in which oral medications have repeatedly proven unsuccessful. Furthermore, even after psychotic symptoms are resolved, persistent cognitive deficits are typically prominent influences that limit functional recovery. Work and school functioning tend to be particularly impaired without specialized treatments that focus on this component of recovery (Ventura, Subotnik, Guzik, Helleman, Gitlin, Wood, & Nuechterlein, 2011).

This presentation summarizes recent studies at the University of California, Los Angeles (UCLA), that have examined the impact of new combinations of pharmacological and psychosocial treatment following a recent first psychotic episode. In one recently completed UCLA randomized controlled trial (RCT) of long-acting injectable versus oral risperidone with individuals who had recently experienced a first psychotic episode, we found a surprisingly high level of patient acceptance of long-acting injectable medication after a first psychotic episode, a high level of medication adherence, a much lower relapse rate, and fewer breakthrough psychotic symptoms compared to oral medication (Subotnik, Casaus, Ventura, Luo, Helleman, Gretchen-Doorly, Marder, & Nuechterlein, in press). Drawing on data from patients within the RCT who were provided supported employment/education, we found that the long-acting antipsychotic medication led to greater cognitive improvement and better work/school functioning, compared to oral medication. Furthermore, frontal intracortical myelination was preserved or increased over time with the long-acting injectable compared to the oral antipsychotic medication, suggesting a possible biological mechanism of action for the effects of consistent antipsychotic medication during this initial period of schizophrenia (Bartzokis, Lu, Raven, Amar, Detore, Couvrette, Mintz, Ventura, Casaus, Luo, Subotnik, & Nuechterlein, 2012).

We have also found that psychosocial interventions that either compensate for or directly improve cognitive deficits in this early period of schizophrenia have notable impact on work/school functioning. In an initial RCT (Nuechterlein, Subotnik, Turner, Ventura, Becker, & Drake, 2008), we adapted Individual Placement and Support (IPS), a form of supported employment, to first-episode schizophrenia by adding the option of supported education. We found that we were able to double the rate of return to competitive employment or school within six months of consistent IPS treatment and preserved an advantage over traditional separate vocational rehabilitation over the next year. We could through supported education/employment compensate for the cognitive deficits, although the deficits remained present.



ATTI DEL CONGRESSO

In the recently completed RCT of long-acting vs. oral antipsychotic medication, we added cognitive remediation for half of the patients in each medication condition to determine whether we could directly enhance cognitive functioning and further improve work/school functioning (Nuechterlein, Ventura, Subotnik, Hayata, Medalia, & Bell, 2014). After covarying for the impact of medication adherence and protocol completion, we found that systematic cognitive remediation could further improve overall cognitive functioning during this initial period of schizophrenia. Furthermore, the effect of cognitive remediation generalized to improved functioning in work/school settings.

We conclude that there are several interventions that have substantial promise for improving the clinical and functional outcome of schizophrenia during the early course of schizophrenia. Intervening promptly and comprehensively after a first psychotic episode may have more benefits that we have previously realized.

References

- Bartzokis, G., Lu, P. H., Raven, E. P., Amar, C. P., Detore, N. R., Couvrette, A. J., Mintz, J., Ventura, J., Casaus, L. R., Luo, J. S., Subotnik, K. L., & Nuechterlein, K. H. (2012). Impact on intracortical myelination trajectory of long acting injection versus oral risperidone in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*, 140(1-3), 122-128.
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Turner, L. R., Ventura, J., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2008). Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 340-349.
- Nuechterlein, K. H., Ventura, J., Subotnik, K. L., Hayata, J. N., Medalia, A., & Bell, M. D. (2014). Developing a Cognitive Training Strategy for First-Episode Schizophrenia: Integrating Bottom-Up and Top-Down Approaches. *Am J Psychiatr Rehabil*, 17(3), 225-253.
- Subotnik, K. L., Casaus, L. R., Ventura, J., Luo, J. S., Helleman, G. S., Gretchen-Doorly, D., Marder, S., & Nuechterlein, K. H. (in press). Efficacy of risperidone long-acting injection after a recent first episode of schizophrenia: Relapse prevention and control of breakthrough symptoms. *JAMA Psychiatry*.
- Ventura, J., Subotnik, K. L., Guzik, L. H., Helleman, G. S., Gitlin, M. J., Wood, R. C., & Nuechterlein, K. H. (2011). Remission and recovery during the first outpatient year of the early course of schizophrenia. *Schizophr Res*, 132(1), 18-23.



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

L'IMPORTANZA DELL'INTERVENTO TEMPESTIVO NEI PAZIENTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA

S. Galdersisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli

Non pervenuto



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

RUOLO DEI LAI NEL MIGLIORARE I PATIENT REPORTED OUTCOME NEI PAZIENTI CON SCHIZOFRENIA: EVIDENZE DISPONIBILI PER PALIPERIDONE PALMITATO

M. Vaggi

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL 3 Genovese, Genova

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

L'IMPORTANZA DELLA RAPIDITÀ E DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

IMPORTANZA DELLA RAPIDITÀ E CONTINUITÀ TERAPEUTICA NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

A. Fagiolini

Dipartimento di Medicina Molecolare, Università di Siena

La ricerca scientifica indica che un'alta percentuale di persone che soffrono di depressione risponde ai trattamenti farmacologici, purché le cure siano prescritte in dosi corrette e per la durata necessaria. Ad oggi, pur non disponendo di un farmaco antidepressivo più efficace dell'altro in maniera assoluta, è di comune osservazione come ciascun individuo risponda diversamente a diversi farmaci, anche della stessa classe, e quindi non è possibile a priori stabilire quale antidepressivo per lui sarà quello efficace. Oltre a quello farmacologico, sono oggi disponibili altri trattamenti come la psicoterapia, la terapia integrata psicofarmaco psicoterapica, la terapia elettroconvulsione, la terapia della luce, etc.. Ognuno di questi approcci ha specifiche indicazioni e possibilità di successo. Ad esempio, il trattamento farmacologico e quello psicoterapico integrati fra loro hanno un tasso di successo dal 60 all'80%.

Il trattamento farmacologico della depressione si attua in diverse fasi, che includono gli interventi di: emergenza, acuto, di mantenimento, di prevenzione delle ricadute e di prevenzione delle recidive.

La mancata o parziale risposta ai trattamenti antidepressivi rappresenta un evento tutt'altro che eccezionale. In caso di mancata risposta ad un farmaco, è di solito consigliabile sostituirlo con un altro antidepressivo, tenendo presente il rischio di sindromi di astinenza, che spesso suggerisce una strategia di lento switching attraverso un cross-taper. Nei casi invece in cui si osservi una parziale risposta, può essere razionale aggiungere un (invece di sostituire con) secondo trattamento antidepressivo a quello al quale il paziente non ha completamente risposto. Questa pratica deve essere usata con cautela, viste le possibili interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche, ad esempio quando si combinino farmaci triciclici e farmaci inibitori delle monoaminossidasi o, più in generale, quando si combinino 2 o più farmaci ad attività pro-serotoninergica. Esistono però casi in cui la combinazione tra due farmaci (specialmente quando questi agiscono su sistemi neurotrasmettitoriali diversi) è razionale e presenta un bilancio favorevole tra i rischi e i potenziali benefici. Esistono poi interventi di treatment acceleration, ovvero trattamenti prescritti con lo scopo di ottenere una risposta più rapida.

La relazione descriverà i criteri di scelta di un antidepressivo, le strategie di switching, e le tecniche di combinazione tra i farmaci psicotropi in generale e tra gli antidepressivi in particolare



ATTI DEL CONGRESSO

SESSIONE 2

CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF SOME MAJOR PSYCHIATRIC DISORDERS IN FUNCTION OF STRESS/RESILIENCE

H. Wittchen

Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Center of Epidemiology & Longitudinal Studies (CELOS),
Dresden - Germany

Non pervenuto



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

ENDURING EFFECTS OF TRAUMATIC STRESS: MOLECULAR AND HORMONAL MECHANISMS

R. Yehuda

Mental Health Patient Care Center, Bronx, New York - USA

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

TAVOLA ROTONDA – STRESS: FENOMENOLOGIA CLINICA E TRATTAMENTI

LA RISPOSTA CLINICA AGLI EVENTI DELLA VITA: QUALI MEDIATORI?

M. Casacchia, L. Giusti, R. Roncone

Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Unità di Psichiatria, Università degli Studi dell'Aquila

Introduzione

Le attuali teorie sulla patofisiologia delle malattie mentali fanno riferimento al ben noto modello stress-vulnerabilità, che presume che i sintomi insorgano gradualmente a causa di una combinazione di fattori [1, 2]. Le persone a rischio di sviluppare disturbi mentali presentano una sottostante vulnerabilità biologica, presumibilmente correlata a fattori genetici o ad eventi precoci. I sintomi insorgono per via dell'interazione di questa vulnerabilità con influenze ambientali, quali stressor ambientali acuti e cronici o abuso di sostanze [3].

Nel presente lavoro vengono passati brevemente in rassegna una serie di fattori che si ipotizzano possa svolgere un ruolo di mediatori nel proteggere gli individui dallo sviluppo di quadri psicopatologici o, al contrario, favorirne la loro insorgenza.

I life-events precoci

Nel corso della vita le persone possono sperimentare eventi traumatici spiacevoli con cui devono confrontarsi. Alcuni lavori hanno dimostrato che episodi traumatici precoci possono lasciare tracce psicobiologiche che rendono vulnerabili le persone per tutto il corso della vita nell'affrontare situazioni avverse [4, 5]. Sulla base di tale vulnerabilità si possono strutturare quadri psicopatologici diversi [6].

È stato dimostrato che tanto più precocemente si vive l'avvenimento traumatico tanto più profonde sono le modificazioni sul piano biologico alla base della vulnerabilità dell'individuo.

Recentemente la letteratura scientifica, ampliando l'ottica di indagine in settori meno abituali per la psichiatria, ha dimostrato che gli avvenimenti traumatici possono attivare una serie di risposte biologiche, come l'attivazione di processi infiammatori con la riduzione del sistema immunitario, dimostrando così che i disturbi mentali possono rappresentare un modello di malattia sistemica, in cui sono coinvolte componenti diverse in una visione unitaria mente-corpo [7-11].

Alcuni autori hanno evidenziato come una dieta non corretta (abuso di cibi ad alto contenuto di sodio, di zuccheri aggiunti e di grassi saturi) di una madre che vive una condizione depressiva durante la gravidanza possa interferire sullo sviluppo del feto, comportando un'insoddisfacente maturazione cognitiva e l'insorgenza di quadri depressivi nell'adulto [12]. Così, condizioni avverse nell'infanzia (disturbo psichiatrico di un genitore, povertà, maltrattamenti e abbandono) possono condizionare la salute fisica e mentale dell'adolescente, renderlo meno competente e produttivo nell'adulto [13].

I dati sulle conseguenze della perdita di un genitore in età precoce sono controversi. Alcuni Autori hanno riscontrato che la perdita di un componente nucleare della famiglia durante l'infanzia sembrerebbe essere collegata allo sviluppo di un disturbo mentale grave nell'adulto [14], mentre altri studi non hanno messo in evidenza alcuna correlazione significativa tra la morte di un familiare e lo sviluppo di un disturbo mentale in uno dei giovani membri della famiglia [15].

Episodi di violenza subiti precocemente possono indurre un rischio di sofferenza psicopatologica nell'adulto, che sembra essere in relazione ad un'alterazione cromosomica [16, 17]. Numerosi studi hanno dimostrato che l'abuso sessuale aveva un impatto significativo sulla salute mentale e fisica di giovani



ATTI DEL CONGRESSO

persone che presentavano un rischio maggiore di patologie mentali nell'adulto rispetto a coloro che non ne erano state vittime [18-21].

Sulla base di alcuni lavori scientifici, tali avvenimenti sembrano indurre profonde modificazioni a livello cerebrale (es: riduzione del volume dell'ippocampo e di specifiche aree somatosensoriali) [22] e a livello sistemico, coinvolgendo, per esempio, il sistema infiammatorio e immunologico [10, 17, 22-25].

Fattori ambientali

Tra i mediatori coinvolti nel determinare o nel proteggere dallo sviluppo di un quadro psicopatologico quelli ambientali sembrano rivestire un ruolo determinante [26, 27].

La letteratura sottolinea l'importanza della rete sociale, quale fattore protettivo, in quanto se ricca e variegata, può proteggere dallo sviluppo e migliorare il decorso di un disturbo psichiatrico [28-30]. Al contrario, è stato osservato che un contesto sociale povero, in termini di supporto e di relazioni, possa contribuire all'insorgenza e al mantenimento di una malattia mentale [31-34]. Cacioppo e coll. [35] hanno messo in luce i meccanismi attraverso i quali l'isolamento sociale e il senso di solitudine possono avere un impatto significativo sul cervello, sia sul piano funzionale che strutturale, sulla salute e sul benessere in generale di un individuo. Il sentimento di solitudine, e le sue conseguenze psicosociali, è stato studiato in diverse malattie mentali, quali la depressione maggiore, il disturbo d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo ed i disturbi psicotici [33, 36, 37]. In persone affette da psicosi il sentimento di solitudine rappresenta un fattore di mediazione tra self-stigma e depressione [38]. La mancanza di un supporto sociale sembra rappresentare, sin dal primo episodio di psicosi, un fattore che può impattare, in modo significativo, sul sentimento di solitudine che affligge le persone con questo disturbo. In una recente meta-analisi è emerso che l'isolamento sociale può avere un'influenza sull'aspettativa di vita delle persone: indipendente dal genere, dall'età e dallo stato di salute, tanto più forti sono le relazioni sociali tanto minore sembra essere il rischio di mortalità. L'assenza di relazioni sociali rappresenta, dunque, un fattore di rischio paragonabile a fattori di rischio ben più noti quali, ad esempio, il consumo eccessivo di alcool o fumo [39].

Anche fattori ambientali, cosiddetti più prossimali, come l'atmosfera e l'ambiente della famiglia in cui vive una persona vulnerabile, potrebbero, se caratterizzati da atteggiamenti critici, ostili, e/o di eccessivo ipercoinvolgimento affettivo, causare il rischio di un decorso meno favorevole della malattia. Infatti, l'ambiente familiare rappresenta uno dei più rilevanti fattori ambientali nel determinare il decorso delle malattie mentali e, in base alle sue caratteristiche, può rivestire un ruolo protettivo o di rischio [40, 41].

Fattori cognitivi ed emotivi

Accanto ai fattori ambientali, anche i meccanismi più interni, come quelli cognitivi ed emotivi, quando disfunzionali possono indurre in alcune persone vulnerabili ad interpretare il significato degli eventi in modo erroneo [42].

Tra gli stili di pensiero problematici si annoverano: la maggiore tendenza ad attribuire a se stessi eventuali successi, ed eventuali fallimenti, ad altri o al caso (*Self-ServingBias*), la maggiore tendenza a saltare alle conclusioni (*Jumping to Conclusion*), la maggiore tendenza a non prestare attenzione alle prove disconfermanti (*Bias Against Disconfirmatory Evidence, BADE*), eccessiva sicurezza negli errori di memoria e tendenza ad interpretare gli eventi attraverso schemi di pensiero auto-svalutanti e depressogeni.

Per via di questi stili di pensiero alcuni individui, infatti, sono portati a compiere errori di attribuzione (credere, ad esempio, di avere poche possibilità di influenzare eventi, dovuti, secondo chi ha tale disfunzione, al caso o da chi ha maggiore potere, ecc...) [43-45] o a saltare troppo precocemente a conclusioni [46, 47]. Alcuni autori hanno evidenziato come tali errori di ragionamento possano influenzare la modalità di raccogliere ed elaborare le informazioni con conseguente sviluppo di sintomi paranoici [46, 47].



ATTI DEL CONGRESSO

Un altro fattore cognitivo importante è rappresentato dall'autoefficacia, ovvero la capacità di un individuo di fronteggiare lo stress in relazione al modo in cui riesce ad esercitare il controllo in situazione negative, consapevole delle proprie potenzialità nel determinare il corso degli eventi [48].

Ancora, tra i fattori di rischio, grande rilievo negli ultimi anni è stato dato al deficit di cognizione sociale, definita come la somma di quei processi cognitivi che consentono agli individui di una stessa specie di interagire tra loro [49]. Essa include la capacità di percepire ed interpretare il comportamento altrui in termini di stati mentali, di concettualizzare le relazioni tra individui e di utilizzare tali informazioni per guidare il proprio comportamento e predire quello degli altri [50-53]. In altre parole, la cognizione sociale è un costrutto cognitivo, che comprende una vasta gamma di conoscenze e abilità di tipo sociale ed emozionale, che maturano nel corso dell'evoluzione, consentendo a un individuo di modulare il proprio comportamento in riferimento all'organizzazione sociale a cui appartiene [54, 55]. La compromissione della cognizione sociale comporta un'incapacità nel costruire relazioni appropriate con gli altri, problemi nella vita sociale e difficoltà di adattamento alle continue e multiple richieste di un contesto sociale complesso ed eterogeneo. Un deficit di tale abilità sembrerebbe rappresentare un fattore predittivo dello sviluppo della sintomatologia psicotica [56, 57]. Sin dal primo episodio psicotico le persone con schizofrenia sembrano manifestare difficoltà nel comprendere stati mentali dell'altro [58] o nel riconoscere le espressioni emotive nei volti [59]. Inoltre un deficit nelle abilità di cognizione sociale è stato rinvenuto anche nei familiari di primo grado di individui con schizofrenia [60] ed, alla luce di questi dati, la compromissione della cognizione sociale è stata identificata come un marker o endofenotipo della schizofrenia [60, 61]. Evidenze scientifiche dimostrano come il deficit cognizione sociale, in particolare di Teoria della Mente (la capacità di inferire i propri stati mentali e quelli degli altri) [62], può avere un impatto significativo sul funzionamento sociale di persone con disturbo mentale, come la schizofrenia [63, 64].

Recenti lavori hanno dimostrato che il livello di reattività emotiva può contribuire allo sviluppo o al mantenimento di una patologia psichiatrica [65]. E' stato dimostrato che alcune persone affette da schizofrenia con ricadute frequenti presentavano un'elevata reattività emotiva ed un forte coinvolgimento emotivo agli eventi stressanti, vissuti con ansia e depressione, cui seguiva una esacerbazione dei sintomi psicotici [66, 67]. Tale reattività emotiva sembra essere associata ad un perdurare ed al ripetersi, nel tempo, di eventi stressanti [68-70]. E' stato ipotizzato che l'iperreattività emotiva di alcuni individui affetti da schizofrenia sia correlata ad una vulnerabilità neurobiologica, nello specifico, ad un'iperattività dopaminergica nelle aree limbiche deputate alla risposta emotiva [71-73]. La disfunzione dopaminergica, in particolare il rilascio anomalo di dopamina nello striato, è stato associato alla "salienza", definita come la tendenza in persone affette da schizofrenia, a "notare" e focalizzare l'attenzione su un determinato stimolo tra tanti concorrenti [74], con conseguenze sulla formazione ed esacerbazione della sintomatologia delirante.

Fattori personali

Molti studi hanno dimostrato che le risorse personali possono svolgere un ruolo di predittori o di mediatori dell'insorgenza e dell'andamento dei quadri psicopatologici.

È stato dimostrato, infatti, che la dimensione spirituale ed un atteggiamento spirituale positivo possano rivestire un ruolo importante nel favorire il processo di miglioramento e di guarigione [75-77].

Alcuni autori [78] hanno dimostrato che in persone affette da disturbo schizofrenico la presenza di alti livelli di speranza e autostima riusciva a contrastare il senso di self-stigma che molte di loro percepiscono nel rapporto con gli altri [79-81]. Del resto, in persone con malattie mentali un buon livello di autostima, se associato a buone abilità metacognitive, sembra rivestire un ruolo importante nel contrastare gli effetti negativi dello stigma sociale [82].



ATTI DEL CONGRESSO

Schrank e coll. [83] hanno enfatizzato l'importanza della speranza e il suo ruolo fondamentale nel mediare la relazione tra insight, sintomi depressivi e self-stigma: non sempre un elevato insight acquista un valore positivo, in quanto può ridurre i livelli di speranza, aumentando, così, la sintomatologia depressiva e il self-stigma.

Si può ipotizzare, pertanto, che lo sviluppo di un quadro psicopatologico ed il suo andamento nel tempo sia condizionato da una serie di fattori protettivi, che se presenti, possono preservare il soggetto dalla malattia o, comunque, condizionarne positivamente il processo di guarigione o, se deficitari, determinarne esiti meno favorevoli.

Quali interventi?

La conoscenza più approfondita della storia del soggetto permette all'operatore di scoprire traumi, anche lontani, che possono aver reso vulnerabile il soggetto. Ma è altrettanto importante la conoscenza dei fattori ambientali e personali, laddove quest'ultimi possono diventare oggetto di interventi terapeutici.

In questa breve trattazione verranno riportati alcuni interventi che possono potenziare le risorse della persona con disturbi mentali.

Sulla base dell'importanza per alcune persone affette da un disturbo mentale grave, vulnerabili allo stress indotto da un clima non positivo della famiglia, evidenze scientifiche hanno ampiamente dimostrato che gli **interventi psicoeducativi integrati rivolti ai familiari** sono efficaci nel produrre un miglior decorso di malattia, assieme ad un maggior benessere dei familiari. [84-87].

Alla luce delle evidenze scientifiche, che dimostrano che la cognizione sociale può essere considerata un mediatore tra i deficit cognitivi e l'outcome funzionale [88] e che questa risulta compromessa sin dal primo episodio di malattia [58, 59], sono stati sviluppati diversi **interventi di riabilitazione cognitiva** [89-92] e **metacognitiva** [93, 94]. Alcuni autori [95] hanno mostrato risultati incoraggianti in relazione all'applicazione del training metacognitivo su giovani utenti affetti da disturbo psicotico. Gli autori hanno osservato un miglioramento significativo nella dimensione psicopatologica, nel funzionamento neurocognitivo, metacognitivo e in quello sociale.

Sul piano degli interventi riabilitativi si è assistito, recentemente, ad una diffusione di un approccio innovativo per la cultura occidentale, quale **la riduzione dello stress basato sulla Mindfulness**, Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR. Il termine Mindfulness identifica uno stato di coscienza caratterizzato da un'attenzione consapevole, libera da valutazioni, focalizzata nel presente, rivolta all'esperienza interna ed esterna e priva di reazioni verso di essa [96-99]. Attualmente, la ricerca scientifica ha dimostrato una particolare efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali fondati sulla Mindfulness [100-103], che sembrerebbero valorizzare il senso della spiritualità della persona [104, 105].

La ricerca ha dimostrato l'efficacia della MBSR nelle persone con disturbi mentali gravi [106, 107] e Grossman e coll. [97] hanno riportato, attraverso una meta analisi, che la MBSR presenta un'efficacia sorprendente su uno spettro vasto di popolazioni cliniche con diverse patologie ed anche in popolazioni non cliniche, ipotizzando, peraltro, un valore preventivo nei riguardi di quadri con maggiore gravità.

In conclusione, la valutazione attenta della storia della persona, dei suoi punti di forza e di debolezza, accanto alla valutazione dell'impatto dei fattori ambientali sulla stessa persona, dovrebbe portare alla stesura di progetti individualizzati ed all'erogazione di interventi personalizzati, desunti dalla ricerca scientifica, le cui evidenze sarebbero auspicabile venissero traslate nella pratica quotidiana dei servizi, con l'obiettivo di migliorare la vita delle persone con disturbi mentali e dei loro familiari.

Riferimenti bibliografici

1. Zubin, J. and B. Spring, Vulnerability--a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol, 1977. **86**(2): p. 103-26.



ATTI DEL CONGRESSO

2. Nuechterlein, K.H. and M.E. Dawson, A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*, 1984. **10**(2): p. 300-12.
3. Mueser, K.T. and S. Gingerich, Relapse prevention and recovery in patients with psychosis: the role of psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Times* 2011. **28**: p. 66-71.
4. Heim, C., et al., The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depress Anxiety*, 2002. **15**(3): p. 117-25.
5. Kraan, T., et al., Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: Review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 2015. **161**(2-3): p. 143-149.
6. Maj, M., Social neuroscience as an ideal basic science for psychiatry. *World Psychiatry*, 2014. **13**(2): p. 105-6.
7. Goldberg, R.J. and D.H. Novack, The psychosocial review of systems. *Soc Sci Med*, 1992. **35**(3): p. 261-9.
8. Christopher, M., A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clin Psychol Rev*, 2004. **24**(1): p. 75-98.
9. Freeman, J., Towards a definition of holism. *Br J Gen Pract*, 2005. **55**(511): p. 154-5.
10. Setiawan, E., et al., Role of Translocator Protein Density, a Marker of Neuroinflammation, in the Brain During Major Depressive Episodes. *JAMA Psychiatry*, 2015.
11. Danese, A., et al., Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2007. **104**(4): p. 1319-24.
12. Barker, E.D., et al., Prenatal maternal depression symptoms and nutrition, and child cognitive function. *Br J Psychiatry*, 2013. **203**(6): p. 417-21.
13. Brent, D.A. and M. Silverstein, Shedding light on the long shadow of childhood adversity. *JAMA*, 2013. **309**(17): p. 1777-8.
14. Abel, K.M., et al., Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ*, 2014. **348**: p. f7679.
15. Stikkelbroek, Y., et al., Parental death during childhood and psychopathology in adulthood. *Psychiatry Res*, 2012. **198**(3): p. 516-20.
16. Shalev, I., et al., Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. *Mol Psychiatry*, 2013. **18**(5): p. 576-81.
17. Kiecolt-Glaser, J.K., et al., Childhood adversity heightens the impact of later-life caregiving stress on telomere length and inflammation. *Psychosom Med*, 2011. **73**(1): p. 16-22.
18. Beitchman, J.H., et al., A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 1992. **16**(1): p. 101-18.
19. Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and M.T. Lynskey, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. **35**(10): p. 1365-74.
20. Fergusson, D.M., M.T. Lynskey, and L.J. Horwood, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. **35**(10): p. 1355-64.
21. Spataro, J., et al., Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry*, 2004. **184**: p. 416-21.
22. Vythilingam, M., et al., Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry*, 2002. **159**(12): p. 2072-80.
23. Dube, S.R., et al., Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med*, 2009. **71**(2): p. 243-50.



ATTI DEL CONGRESSO

24. Roceri, M., et al., Postnatal repeated maternal deprivation produces age-dependent changes of brain-derived neurotrophic factor expression in selected rat brain regions. *Biol Psychiatry*, 2004. **55**(7): p. 708-14.
25. Danese, A., et al., Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Mol Psychiatry*, 2011. **16**(3): p. 244-6.
26. Kendler, K.S., et al., The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*, 2003. **60**(9): p. 929-37.
27. Morgan, C. and H. Fisher, Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull*, 2007. **33**(1): p. 3-10.
28. Maulik, P.K., W.W. Eaton, and C.P. Bradshaw, The effect of social networks and social support on common mental disorders following specific life events. *Acta Psychiatr Scand*, 2010. **122**(2): p. 118-28.
29. Santini, Z.I., et al., The association between social relationships and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 2014. **175C**: p. 53-65.
30. Sundermann, O., et al., Social networks and support in first-episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2014. **49**(3): p. 359-66.
31. Cobb, S., Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 1976. **38**(5): p. 300-14.
32. Kaplan, R.M. and S.L. Hartwell, Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II diabetes mellitus. *Health Psychol*, 1987. **6**(5): p. 387-98.
33. Meltzer, H., et al., Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013. **48**(1): p. 5-13.
34. van Os, J., G. Kenis, and B.P. Rutten, The environment and schizophrenia. *Nature*, 2010. **468**(7321): p. 203-12.
35. Cacioppo, S., J.P. Capitanio, and J.T. Cacioppo, Toward a neurology of loneliness. *Psychol Bull*, 2014. **140**(6): p. 1464-504.
36. Cacioppo, J.T., L.C. Hawkley, and R.A. Thisted, Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*, 2010. **25**(2): p. 453-63.
37. Stain, H.J., et al., Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 2012. **46**(9): p. 879-89.
38. Switaj, P., et al., Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders. *Int J Soc Psychiatry*, 2014. **60**(8): p. 733-40.
39. Holt-Lunstad, J., T.B. Smith, and J.B. Layton, Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 2010. **7**(7): p. e1000316.
40. Brent, D.A., Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav*, 1995. **25** *Suppl*: p. 52-63.
41. Repetti, R.L., S.E. Taylor, and T.E. Seeman, Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull*, 2002. **128**(2): p. 330-66.
42. Lazarus, R.S., From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*, 1993. **44**: p. 1-21.
43. Roesch, S.C. and B. Weiner, A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res*, 2001. **50**(4): p. 205-19.



ATTI DEL CONGRESSO

44. Taylor, J.L. and P. Kinderman, An analogue study of attributional complexity, theory of mind deficits and paranoia. *Br J Psychol*, 2002. **93**(Pt 1): p. 137-40.
45. Mark, G. and A.P. Smith, Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety Stress Coping*, 2012. **25**(1): p. 63-78.
46. Lincoln, T.M., et al., The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophr Bull*, 2010. **36**(6): p. 1140-8.
47. Lincoln, T.M., et al., From stress to paranoia: an experimental investigation of the moderating and mediating role of reasoning biases. *Psychol Med*, 2010. **40**(1): p. 169-71.
48. Bandura, A., *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. 1997, New York, : Freeman.
49. Frith, C.D. and U. Frith, Social cognition in humans. *Curr Biol*, 2007. **17**(16): p. R724-32.
50. Adolphs, R., The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol*, 2001. **11**(2): p. 231-9.
51. Adolphs, R., Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nat Rev Neurosci*, 2003. **4**(3): p. 165-78.
52. Adolphs, R., Conceptual challenges and directions for social neuroscience. *Neuron*, 2010. **65**(6): p. 752-67.
53. Casacchia, M., M. Mazza, and R. Roncone, Theory of mind, social development, and psychosis. *Curr Psychiatry Rep*, 2004. **6**(3): p. 183-9.
54. Brothers, L., The social brain: a project for integrating primate behaviour and neuropsychology in a new domain. *Concepts Neurosc*, 1990. **1**: p. 25-51.
55. Dunbar, R.I., The social brain hypothesis and its implications for social evolution. *Ann Hum Biol*, 2009. **36**(5): p. 562-72.
56. Chung, Y.S., et al., Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophr Res*, 2008. **99**(1-3): p. 111-8.
57. Kim, H.S., et al., Social cognition and neurocognition as predictors of conversion to psychosis in individuals at ultra-high risk. *Schizophr Res*, 2011. **130**(1-3): p. 170-5.
58. Macbeth, A., et al., Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a first episode psychosis sample. *Compr Psychiatry*, 2014. **55**(2): p. 268-73.
59. Barkl, S.J., et al., Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: a systematic review with meta-analysis. *Schizophr Res*, 2014. **159**(1): p. 62-9.
60. Hajnal, A., et al., [Social cognitive differences in first-degree relatives of patients with schizophrenia. A systematic review]. *Psychiatr Hung*, 2014. **29**(3): p. 301-7.
61. Derntl, B. and U. Habel, Deficits in social cognition: a marker for psychiatric disorders? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2011. **261 Suppl 2**: p. S145-9.
62. Frith, C.D., *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. 1992, Sussex, England: Lawrence Erlbaum Associates.
63. Fett, A.K., et al., The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 2011. **35**(3): p. 573-88.
64. Roncone, R., et al., Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social function than with neurocognitive deficit? *Psychopathology*, 2002. **35**: p. 280-8.
65. Docherty, N.M., et al., Life events and high-trait reactivity together predict psychotic symptom increases in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2009. **35**(3): p. 638-45.
66. Horan, W.P. and J.J. Blanchard, Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophr Res*, 2003. **60**(2-3): p. 271-83.
67. Scholten, M.R., et al., Behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS) and schizophrenia: relationship with psychopathology and physiology. *J Psychiatr Res*, 2006. **40**(7): p. 638-45.



ATTI DEL CONGRESSO

68. Myin-Germeys, I., P. Delespaul, and J. van Os, Behavioural sensitization to daily life stress in psychosis. *Psychol Med*, 2005. **35**(5): p. 733-41.
69. Myin-Germeys, I., et al., Do life events have their effect on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress? *Psychol Med*, 2003. **33**(2): p. 327-33.
70. Myin-Germeys, I., et al., Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. **58**(12): p. 1137-44.
71. Di Forti, M., J.M. Lappin, and R.M. Murray, Risk factors for schizophrenia--all roads lead to dopamine. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2007. **17 Suppl 2**: p. S101-7.
72. Marcelis, M., et al., Abnormal response to metabolic stress in schizophrenia: marker of vulnerability or acquired sensitization? *Psychol Med*, 2004. **34**(6): p. 1103-11.
73. Walker, E.F. and D. Diforio, Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol Rev*, 1997. **104**(4): p. 667-85.
74. Winton-Brown, T.T., et al., Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. *Trends Neurosci*, 2014. **37**(2): p. 85-94.
75. Lanfredi, M., et al., The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2014. **216**(2): p. 185-91.
76. Mohr, S., et al., Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Res*, 2011. **186**(2-3): p. 177-82.
77. Weisman, A., Integrating culturally based approaches with existing interventions for Hispanic/Latino families coping with schizophrenia. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2005. **42** p. 178-197.
78. Mashiach-Eizenberg, M., et al., Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res*, 2013. **208**(1): p. 15-20.
79. Corrigan, P.W., A.C. Watson, and L. Barr, The internalized stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2006. **25**: p. 875-884.
80. Livingston, J.D. and J.E. Boyd, Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 2010. **71**(12): p. 2150-61.
81. Lysaker, P.H., D. Roe, and P.T. Yanos, Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*, 2007. **33**(1): p. 192-9.
82. Nabors, L.M., et al., Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 2014. **55**(4): p. 792-8.
83. Schrank, B., et al., Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2014. **23**(3): p. 271-9.
84. Casacchia, M. and R. Roncone, Italian families and family interventions. *J Nerv Ment Dis*, 2014. **202**(6): p. 487-97.
85. Sin, J. and I. Norman, Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry*, 2013. **74**(12): p. e1145-62.
86. Falloon, I.R., Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2003. **2**(1): p. 20-8.
87. Lincoln, T.M., K. Wilhelm, and Y. Nestoriuc, Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 2007. **96**(1-3): p. 232-45.



ATTI DEL CONGRESSO

88. Brekke, J.S., et al., How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2007. **33**(5): p. 1247-56.
89. Roncone, R., et al., Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: A pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychol Rehabil*, 2004. **14**(4): p. 421-435.
90. Mazza, M., et al., Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? *Neuropsychol Rehabil*, 2010. **20**(5): p. 675-703.
91. Medalia, A., L.A. Opler, and A.M. Saperstein, Integrating psychopharmacology and cognitive remediation to treat cognitive dysfunction in the psychotic disorders. *CNS Spectr*, 2014. **19**(2): p. 115-20.
92. Wykes, T., et al., A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*, 2011. **168**(5): p. 472-85.
93. Moritz, S., et al., Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 2010. **23**(6): p. 561-9.
94. Moritz, S. and T.S. Woodward, Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry*, 2007. **20**(6): p. 619-25.
95. Ussorio, D., et al., Metacognitive training for young subjects (MCT-young version) in the early stages of psychosis: is the duration of untreated psychosis a limiting factor? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. In press, 2015.
96. Onarecker, C. and B. Sterling, Addressing your patients' spiritual needs. *Fam Pract Manag*, 1995: p. 44-49.
97. Grossman, P., et al., Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 2004. **57**(1): p. 35-43.
98. Goleman, D., *The meditative mind: the varieties of meditative experience*. 1977, New York: Dutton.
99. Kabat-Zinn, J., An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 1982. **4**(1): p. 33-47.
100. Carlson, L.E., et al., The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, 2001. **9**(2): p. 112-23.
101. Kabat-Zinn, J., et al., Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clin J Pain*, 1987. **2**: p. 159-73.
102. Williams, K.A., et al., Evaluation of a Wellness-Based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial. *Am J Health Promot*, 2001. **15**(6): p. 422-32.
103. Miller, J.J., K. Fletcher, and J. Kabat-Zinn, Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 1995. **17**(3): p. 192-200.
104. Astin, J.A., Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom*, 1997. **66**(2): p. 97-106.
105. Carmody, J., et al., Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *J Psychosom Res*, 2008. **64**(4): p. 393-403.
106. Langer, A.I., et al., Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behav Cogn Psychother*, 2012. **40**(1): p. 105-9.
107. Sipe, W.E. and S.J. Eisendrath, Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Can J Psychiatry*, 2012. **57**(2): p. 63-9.



ATTI DEL CONGRESSO

MEDIATES STRESS THE IMMUNE DYSFUNCTION IN PSYCHIATRIC DISORDERS?

N. Müller

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ludwig Maximilian University, Munich - Germany

Kindling and sensitization of the immune response: the basis for the stress-induced inflammatory response in psychiatric disorders.

The immune response and the release of cytokines can become more sensitized to activating stimuli by a kindling process: the initial immune response, i.e. the release of cytokines and other mediators of immune activation, is initiated as a result of exposure to a certain stimulus; thereafter, either re-exposure to the same stimulus, e.g. stress or infection, is associated with an increased release of cytokines or a weaker stimulus is necessary for the same activation process. This 'sensitization' or 'kindling' may be due to the memory function of the acquired immune system (1;2). Stress-associated release of interleukin (IL)-6 was shown to reactivate (prenatally) conditioned processes (3). In healthy persons, a second stimulus (e.g. systemic inflammation, stress) led to immune activation, associated with cellular proliferation, and increased production and release of proinflammatory cytokines (4). This is a key mechanism for triggering an immune activation and inflammation, e.g. the stress-induced immune activation leading to psychopathological symptoms. A sensitization process in the immune system is in accordance with the view that after an infection during early childhood, re-infection or another stimulation of the immune system in later stages of life might be associated with a boosted release of sensitized cytokines, resulting in neurotransmitter disturbances.

Sensitization phenomena play a role in stress-related, cytokine-induced, neurotransmitter-mediated behavioural abnormalities, i.e. the cytokine response to a stimulus increases while the intensity of the stimulus decreases (2). In animal experiments, however, cytokines promote greater neurotransmitter responses when the animals are re-exposed to the cytokine (5), for example tumour necrosis factor alpha (TNF- α) (6). In the CNS, the stress-induced activation and proliferation of microglia may mediate these cytokine effects (7).

The vulnerability-stress-inflammation model of schizophrenia

The vulnerability-stress model of psychiatric disorders, first postulated for schizophrenia more than thirty years ago (8), focuses on the role of physical and mental stress in triggering a psychotic episode. In schizophrenia an increased vulnerability of the offspring was shown – in addition to genetic vulnerability – if an inflammatory response was induced in the mother during the second trimester of pregnancy or in the offspring during later stages of CNS development.

The underlying mechanisms of the co-occurrence of stress and inflammation were studied in animal experiments and stress was repeatedly shown to be associated with an increase in proinflammatory cytokines (2). The genetic risk contribution in the context of pathogen-host defence is evident (9). Thus, the vulnerability-stress model of schizophrenia has to be expanded to the vulnerability-stress-inflammation model of schizophrenia.

The specific influence on neurotransmitter systems of the inflammatory mechanisms described in schizophrenia will be discussed below. Moreover, the modulation of glutamatergic neurotransmission will be highlighted; glutamate is the most abundant neurotransmitter in the CNS and differentially involved via cytokine-directed tryptophan/kynurenine metabolism in schizophrenia, presumably but not exclusively



ATTI DEL CONGRESSO

mediated by NMDA receptors. Besides others, genetic factors of the kynurenine metabolites play a role (10).

The immune dysbalance in schizophrenia is associated with chronic inflammation

Degradation products of inflammatory substances have been described in schizophrenic brain tissue (11) and in the CSF of about 50% of schizophrenia patients (12).

Regarding the cytokine pattern in schizophrenia, a blunted type 1 and (compensatory) increased type 2 cytokine pattern have been repeatedly observed in unmedicated schizophrenia patients (13). These findings point to an imbalance of the type 1 and type 2 immune responses in schizophrenia. Overviews on the imbalance in schizophrenia of the type 1 and type 2 immune responses, the pro- and anti-inflammatory immune systems and innate immunity, including the monocyte/macrophage system, have recently been published and indicate that an inflammatory process plays an important role in the pathophysiology of at least a subgroup of schizophrenia patients (14;15). Accordingly, first pilot experiences with the type 1-stimulating substance interferon-gamma (IFN- γ) as a therapeutic approach in schizophrenia are encouraging (16).

The influence of stress on the immune system

The influence of stress on the immune system should be seen to be as varied as the way stress is experienced and processed. Stress research differentiates between eustress and distress, acute and chronic stress and somatic and mental stress. One and the same stressor can have quite different effects on the immune system, depending for example on personality factors, coping mechanisms and current mental and somatic conditions. Acute stress causes a rapid upregulation of immune parameters, e.g. in the paradigm of the first parachute jump: the number and activity of natural killer cells in the blood – parts of the innate immune response that react very quickly as the first ‘barrier’ of the immune system – increase sharply right before the jump but then fall again very quickly, namely within minutes (17). The situation is similar in another stress paradigm, ‘Football trainer during a match’: the concentration of immunoglobulin A (IgA) in saliva increases sharply shortly before the match but then decreases again quickly (18). Chronic stress is different: the example of dentistry students during exam preparations shows that IgA levels decrease over months and then increase again slowly after the exam period is over (19).

The association between chronic, mostly aversively experienced stress and downregulation of the immune system has been known for a long time. It often seems plausible from one’s own experience and was systematically investigated as early as the 1980s. One of the findings was that both the exacerbation and course of viral infections is affected by stress (20;21). When stress levels are high, exacerbations are more common and the course is less favourable. The antibody titres of neurotropic viruses are also affected by stress (20). It has also been known for a long time that stress has (unfavourable) effects on the exacerbation and course of autoimmune diseases. Stress ‘weakens’ the immune defence, whereby speaking of a ‘strong’ or ‘weak’ immune system does not do justice to the complex regulation mechanisms of the immune system, with upregulation of pro-inflammatory cytokines and downregulation of anti-inflammatory cytokines. The key element is the dysbalance of the immune response, which is related to inadequate immune activation.

Stress, cytokines and hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis activation in depression



ATTI DEL CONGRESSO

Stress constitutes a predisposing factor for depression. A reduced ability to process stress has been repeatedly described in people with depression before exacerbation of the illness, and psychosocial stressors often precede the start of a depression. In addition changes in the HPA axis and dysfunctions in the corticotropin-releasing hormone (CRH) system have been consistently described in depressive patients. The activation of the HPA axis is one of the best documented changes in a subgroup of depressive patients.

Many studies show that depressed people show higher cortisol levels at rest or during the recovery phase after stress than non-depressed people (22). Since mental or physical stress also results in increased IL-6 production in the peripheral immune system (3;23;24), the functional relationship between cytokines and the HPA axis is of interest for depression research.

Proinflammatory cytokines such as IL-1 and IL-6 stimulate the HPA axis via hypothalamic neurones. For example, IL-1 stimulates the release of CRH (25;26); the central IL-1 upregulation leads to stimulation of CRH, the HPA axis and the sympathetic nervous system. IL-6 is also involved in controlling the HPA axis and an increased supply of IL-6 in the hypothalamus results in an increase in HPA activity. The activation of the immune system and mental stress thus probably synergistically induce an exaggerated stimulation of the HPA axis.

Factors of the immune activation – Stress and mood

Chronic inflammatory and infectious diseases are often accompanied by cognitive and affective symptoms such as e.g. confusion, tiredness ('fatigue'), psychomotor slowing, memory disturbances and decreased motivation as well as anxiety and depression (27;28). These symptoms were first considered to be 'sickness behaviour', 'malaise' or 'illness behaviour', i.e. accompanying symptoms of the illness per se. However, increasing evidence from animal models and clinical studies indicates that this 'sickness behaviour' represents a highly differentiated adjustment reaction with the aim to specifically fight an infection and promote survival (27;29). The pro-inflammatory cytokines IL-1 beta (IL-1 β), IL-6 and TNF- α , which are released by macrophages during the early innate immune response, play a central role in sickness behaviour. They are involved in the communication between the peripheral immune response and the CNS (30;31). A peripheral immune response, e.g. induced by macrophages, results in increased production and release of cytokines in the CNS. Cytokines can convey signals to the CNS via different routes, including activation of afferent vagal fibres that 'project' to the core of the 'solitary tract' and higher viscerosensory centres via cytokine-specific transport molecules that express CNS endothelial tissue. Moreover, the circumventricular organs lack a blood-brain barrier (30;31). As soon as they reach the CNS, signals from cytokines can be amplified through the central cytokines network, which has important effects on neurotransmitter metabolism, neuroendocrine functions, synaptic plasticity and behaviour (31).

The levels of pro-inflammatory cytokines in the peripheral circulation have been repeatedly described to be increased in mild and moderate depression and also in major depression (31;32). In animal models injection of IL-1 β or bacterial lipopolysaccharides (LPS), a potent stimulator of cytokine release, reliably induces sickness behaviour, including social withdrawal, reduced movement and anorexia (27). A comparable result could also be obtained in studies on healthy volunteers by administering LPS. Similar symptoms of sickness behaviour, such as depressive mood, tiredness and psychomotor slowing, can also be seen in patients with cancer or hepatitis C who receive immune therapy with INF- α , a potent stimulator of IL-6 (33).



ATTI DEL CONGRESSO

Illness behaviour and stress

Traditionally, cytokine-induced symptoms of sickness were assumed to be induced through activation of the immune system by pathogens or an inflammatory disease. However, increasing evidence shows that psychological stressors can also evoke sickness behaviour through a similar mechanism (5;34). Psychological stress leads to exacerbation of a range of chronic inflammatory illness including asthma, arthritis and cardiovascular illness (35;36) and chronic stress is a main risk factor for anxiety disorders and depressive illnesses (37). Acute psychological stress results in an increase in the level of pro-inflammatory cytokines and symptoms of negative mood in healthy volunteers (38;39).

Similarly, in animal experiments exposure to a new environment, physical restraint or other stressors were shown to induce an increase of pro-inflammatory cytokines in both the peripheral circulation and the CNS and symptoms of sickness behaviour (27). Furthermore, studies showed that psychological stressors also up-regulate the innate immune response as well as the behavioural response to pathogens. For example, a rapid and also more pronounced pro-inflammatory cytokine response to injection of LPS was observed in the peripheral blood of rats if they had been exposed to a stressor beforehand (40). A similar situation was found in a paradigm for social stress. Three different studies showed that social stress results in an intensified pro-inflammatory cytokine response and more pronounced sickness behaviour after administration of LPS and INF- α and also poly I:C, which 'simulates' a virus infection (41-43). These findings support the assumption that psychological and immune stressors induce sickness behaviour through similar biological mechanisms. A study in humans with typhoid vaccine showed similar results: the vaccination induced a significant increase in the serum levels of IL-6, but if the vaccination was combined with a stress condition this increase was significantly greater than in the non-stressed control group. Negative mood was also significantly more pronounced in the vaccinated group than in the non-vaccinated group. The negative mood was most pronounced, however, when the stress condition was added. The increased IL-6 response also resulted in increased systolic blood pressure and, after the stress task, levels of the adrenaline degradation product MHPG and salivary cortisol were higher. These findings underline that, as shown in animal experiments, in healthy volunteers psychological and immune stressors also act synergistically to evoke inflammation and sickness behaviour in humans.

Stress and the CNS immune system

The effect of chronic stress on the peripheral immune system and its relevance for depression have been discussed in detail (44). Recent in vivo findings suggest that a stress-induced increase of glucocorticoids also increases immune function in the CNS through microglia activation and proliferation. Animal experiments show that stress is accompanied by increased expression of pro-inflammatory factors such as IL-1 β (45;46) and COX-2 (47) in the CNS. An increase of these pro-inflammatory factors is accompanied by dendritic atrophy and neuronal loss in the hippocampus, findings that have also been ascertained in patients with depression. These effects of the glucocorticoids in the CNS are in turn mediated through the increase in extracellular glutamate (48;49) and the associated overstimulation of the NMDA receptor. This overstimulation of the NMDA receptor causes excitotoxic neuronal damage (50). Nair and Bonneau were able to show that mental stress stimulates the proliferation of microglia, whereby this proliferation could be inhibited by blockade of corticosteroid synthesis, the glucocorticoid receptor or the NMDA receptor (7). This finding shows that stress-induced microglia proliferation is evoked through corticosteroid-induced, NMDA-receptor mediated activation of the CNS. Furthermore, NMDA receptor activation in stress also leads to increased expression of COX-2 and PGE₂. Both COX-2 and PGE₂ are per se able to activate microglia.



ATTI DEL CONGRESSO

This mechanism, which is also seen to be critical for depression, can induce a vicious circle if the stress response is not inhibited.

Activation of pro-inflammatory and inflammatory processes in depression

The following are characteristic for immune activation in depression: a large number of circulating lymphocytes and phagocytic cells; up-regulated serum levels of molecules that are indicators of an immune activation (neopterin, soluble IL-2 receptors); higher concentrations of positive acute phase proteins (APPs) together with lowered levels of negative APPs; and increased production of pro-inflammatory cytokines such as IL-1, IL-2, TNF- α and IL-6 (through activated macrophages) and of INF- γ (through activated T cells) (51-57). Several investigators have also described an increased number of peripheral mononuclear cells in depression (58-60).

The most common marker for an inflammatory event is C-reactive protein (CRP). Studies on the inflammatory hypothesis of depression found significantly increased CRP levels in severely depressed patients, which decreased with antidepressant treatment (61). Another study showed a significant association between the CRP level and the severity of the depression (62).

The vulnerability-stress-inflammation model of depression

The vulnerability-stress model of mental disorders, which was first postulated over thirty years ago for schizophrenic disorders (8), focuses on the role of physical and mental stress as the trigger for a psychotic episode. It has also been known for a long time, however, that different types of stress can trigger a depressive episode and may even play a role in the pathogenesis of depressions. The concept states that in people with an increased vulnerability for depression, stress can trigger an exacerbation of depressive symptoms. This vulnerability could represent the result of a genetic disposition or could be acquired during early childhood development. The inflammation theory of depression fits this model well, as experiments in animal models and also data from studies in patients show. A study in an animal model that simulates the induction of an infection and the associated pro-inflammatory immune response in the mother in a late stage of pregnancy found an increased risk for the appearance of a depression in adulthood in the offspring (63), while in schizophrenia – probably on the background of a genetic vulnerability – offspring showed an increased risk of illness if the pro-inflammatory immune response was induced in the mother during the second trimester of the pregnancy. However, an increased risk could also be shown in the offspring during later stages of CNS development.

A study in men with a depressive illness who had been exposed to higher stress levels in early childhood showed increased reactivity of inflammatory parameters to psychosocial stress, i.e. in this group the inflammatory parameters increased more after stress than in healthy controls (64). A similar result was obtained in a birth cohort of 1000 individuals with a history of mistreatments in childhood: people with a history of maltreatments more often had depression and increased inflammatory parameters (65). These data show that stress in early childhood is a vulnerability factor for the later occurrence of a depression associated with inflammation.

The mechanisms underlying the joint occurrence of stress and inflammation were studied in animal experiments and stress was repeatedly shown to be associated with an increase in pro-inflammatory cytokines (2).



ATTI DEL CONGRESSO

The specific influence on neurotransmitter systems of inflammatory mechanisms in depression is examined below. In particular the modulation of glutamatergic neurotransmission is discussed – glutamate is the most commonly occurring neurotransmitter in the CNS and is involved in the pathogenesis of depressive disorders through a cytokine-mediated mechanism of tryptophan kynurenine metabolism, whereby this involvement is primarily mediated through the NMDA receptors.

Acknowledgement: Parts of this overview have been published before.

Reference List

1. Furukawa H, del RA, Monge-Arditi G, Besedovsky HO. Interleukin-1, but not stress, stimulates glucocorticoid output during early postnatal life in mice. *Ann N Y Acad Sci* 1998; 840:117-22.: 117-22.
2. Sparkman NL, Johnson RW. Neuroinflammation associated with aging sensitizes the brain to the effects of infection or stress. *Neuroimmunomodulation* 2008; 15(4-6): 323-30.
3. Zhou D, Kusnecov AW, Shurin MR, DePaoli M, Rabin BS. Exposure to physical and psychological stressors elevates plasma interleukin 6: relationship to the activation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Endocrinology* 1993; 133(6): 2523-30.
4. Frank MG, Baratta MV, Sprunger DB, Watkins LR, Maier SF. Microglia serve as a neuroimmune substrate for stress-induced potentiation of CNS pro-inflammatory cytokine responses. *Brain Behav Immun* 2007; 21(1): 47-59.
5. Anisman H, Merali Z. Cytokines, stress and depressive illness: brain-immune interactions. *Ann Med* 2003; 35(1): 2-11.
6. Hayley S, Wall P, Anisman H. Sensitization to the neuroendocrine, central monoamine and behavioural effects of murine tumor necrosis factor-alpha: peripheral and central mechanisms. *Eur J Neurosci* 2002; 15(6): 1061-76.
7. Nair A, Bonneau RH. Stress-induced elevation of glucocorticoids increases microglia proliferation through NMDA receptor activation. *J Neuroimmunol* 2006; 171(1-2): 72-85.
8. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86(2): 103-26.
9. Raison CL, Miller AH. The evolutionary significance of depression in Pathogen Host Defense (PATHOS-D). *Mol Psychiatry* 2013; 18(1): 15-37.
10. Claes S, Myint AM, Domschke K, Del-Favero J, Entrich K, Engelborghs S, et al. The kynurenine pathway in major depression: haplotype analysis of three related functional candidate genes. *Psychiatry Res* 2011; 188(3): 355-60.
11. Körschenhausen DA, Hampel HJ, Ackenheil M, Penning R, Müller N. Fibrin degradation products in post mortem brain tissue of schizophrenics: a possible marker for underlying inflammatory processes. *Schizophr Res* 1996; 19(2-3): 103-9.
12. Wildenauer DB, Körschenhausen D, Hoechtlen W, Ackenheil M, Kehl M, Lottspeich F. Analysis of cerebrospinal fluid from patients with psychiatric and neurological disorders by two-dimensional electrophoresis: identification of disease-associated polypeptides as fibrin fragments. *Electrophoresis* 1991; 12(7-8): 487-92.
13. Müller N, Schwarz MJ. Neuroimmune-endocrine crosstalk in schizophrenia and mood disorders. *Exp Ref Neurotherapeutics* 2006; 6: 1017-38.
14. Müller N, Schwarz MJ. Immune System and Schizophrenia. *Curr Immunol Rev* 2010; 6(3): 213-20.
15. Potvin S, Stip E, Sepehry AA, Gendron A, Bah R, Kouassi E. Inflammatory Cytokine Alterations in Schizophrenia: A Systematic Quantitative Review. *Biol Psychiatry* 2008; 63((8)): 801-8.
16. Grüber L, Bunse T, Weidinger E, Reichard H, Müller N. Adjunctive recombinant human interferon gamma-1b for treatment-resistant schizophrenia in 2 patients. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: in press.



ATTI DEL CONGRESSO

17. Schedlowski M, Benschop RJ, Schmidt RE. Psychological aspects of stress immunology. *Immunol Today* 1995; 16(3): 165.
18. Kugler J, Reintjes F, Tewes V, Schedlowski M. Competition stress in soccer coaches increases salivary. Immunoglobulin A and salivary cortisol concentrations. *J Sports Med Phys Fitness* 1996; 36(2): 117-20.
19. Jemmott JB3, Borysenko JZ, Borysenko M, McClelland DC, Chapman R, Meyer D, et al. Academic stress, power motivation, and decrease in secretion rate of salivary secretory immunoglobulin A. *Lancet* 1983; 1(8339): 1400-2.
20. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress and immune function. *Clin Neuropharmacol* 1986; 9 Suppl 4:485-7.: 485-7.
21. Laudenslager ML, Fleshner M, Hofstadter P, Held PE, Simons L, Maier SF. Suppression of specific antibody production by inescapable shock: stability under varying conditions. *Brain Behav Immun* 1988; 2(2): 92-101.
22. Burke HM, Davis MC, Otte C, Mohr DC. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30(9): 846-56.
23. Salas MA, Evans SW, Levell MJ, Whicher JT. Interleukin-6 and ACTH act synergistically to stimulate the release of corticosterone from adrenal gland cells. *Clin Exp Immunol* 1990; 79(3): 470-3.
24. Miyahara S, Komori T, Fujiwara R, Shizuya K, Yamamoto M, Ohmori M, et al. Effects of repeated stress on expression of interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor mRNAs in rat hypothalamus and midbrain. *Life Sci* 2000; 66(6): L93-L98.
25. Besedovsky H, del Rey A, Sorkin E, Dinarello CA. Immunoregulatory feedback between interleukin-1 and glucocorticoid hormones. *Science* 1986; 233(4764): 652-4.
26. Berkenbosch F, van Oers J, del Rey A, Tilders F, Besedovsky H. Corticotropin-releasing factor-producing neurons in the rat activated by interleukin-1. *Science* 1987; 238(4826): 524-6.
27. Dantzer R, Bluthé RM, Castanon N, Kelly KW, Konsman JP, Laye S, et al. Cytokines, sickness behavior, and depression. In: Ader R, editor. *Psychoneuroimmunology*. New York: Elsevier; 2007. p. 281-318.
28. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005; 58(3): 175-89.
29. Hart BL. Biological basis of the behavior of sick animals. *Neurosci Biobehav Rev* 1988; 12(2): 123-37.
30. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9(1): 46-56.
31. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006; 27(1): 24-31.
32. Irwin MR, Miller AH. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain Behav Immun* 2007; 21(4): 374-83.
33. Capuron L, Miller AH. Cytokines and psychopathology: lessons from interferon-alpha. *Biol Psychiatry* 2004; 56(11): 819-24.
34. Simmons DA, Broderick PA. Cytokines, stressors, and clinical depression: augmented adaptation responses underlie depression pathogenesis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29(5): 793-807.
35. Black PH, Garbutt LD. Stress, inflammation and cardiovascular disease. *J Psychosom Res* 2002; 52(1): 1-23.
36. Kemeny ME, Schedlowski M. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. *Brain Behav Immun* 2007; 21(8): 1009-18.
37. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156(6): 837-41.
38. Steptoe A, Hamer M, Chida Y. The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2007; 21(7): 901-12.



ATTI DEL CONGRESSO

39. Reichenberg A, Kraus T, Haack M, Schuld A, Pollmacher T, Yirmiya R. Endotoxin-induced changes in food consumption in healthy volunteers are associated with TNF-alpha and IL-6 secretion. *Psychoneuroendocrinology* 2002; 27(8): 945-56.
40. Johnson JD, O'Connor KA, Deak T, Stark M, Watkins LR, Maier SF. Prior stressor exposure sensitizes LPS-induced cytokine production. *Brain Behav Immun* 2002; 16(4): 461-76.
41. Anisman H, Poulter MO, Gandhi R, Merali Z, Hayley S. Interferon-alpha effects are exaggerated when administered on a psychosocial stressor backdrop: cytokine, corticosterone and brain monoamine variations. *J Neuroimmunol* 2007; 186(1-2): 45-53.
42. Gandhi R, Hayley S, Gibb J, Merali Z, Anisman H. Influence of poly I:C on sickness behaviors, plasma cytokines, corticosterone and central monoamine activity: moderation by social stressors. *Brain Behav Immun* 2007; 21(4): 477-89.
43. Gibb J, Hayley S, Gandhi R, Poulter MO, Anisman H. Synergistic and additive actions of a psychosocial stressor and endotoxin challenge: Circulating and brain cytokines, plasma corticosterone and behavioral changes in mice. *Brain Behav Immun* 2008; 22(4): 573-89.
44. O'Brien SM, Scott LV, Dinan TG. Cytokines: abnormalities in major depression and implications for pharmacological treatment. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19(6): 397-403.
45. Pugh CR, Nguyen KT, Gonyea JL, Fleshner M, Watkins LR, Maier SF, et al. Role of interleukin-1 beta in impairment of contextual fear conditioning caused by social isolation. *Behav Brain Res* 1999; 106(1-2): 109-18.
46. Nguyen KT, Deak T, Owens SM, Kohno T, Fleshner M, Watkins LR, et al. Exposure to acute stress induces brain interleukin-1beta protein in the rat. *J Neurosci* 1998; 18(6): 2239-46.
47. Madrigal JL, Garcia-Bueno B, Moro MA, Lizasoain I, Lorenzo P, Leza JC. Relationship between cyclooxygenase-2 and nitric oxide synthase-2 in rat cortex after stress. *Eur J Neurosci* 2003; 18(6): 1701-5.
48. Moghaddam B, Bolinao ML, Stein-Behrens B, Sapolsky R. Glucocorticoids mediate the stress-induced extracellular accumulation of glutamate. *Brain Res* 1994; 655(1-2): 251-4.
49. Stein-Behrens BA, Lin WJ, Sapolsky RM. Physiological elevations of glucocorticoids potentiate glutamate accumulation in the hippocampus. *J Neurochem* 1994; 63(2): 596-602.
50. Takahashi T, Kimoto T, Tanabe N, Hattori TA, Yasumatsu N, Kawato S. Corticosterone acutely prolonged N-methyl-D-aspartate receptor-mediated Ca²⁺ elevation in cultured rat hippocampal neurons. *J Neurochem* 2002; 83(6): 1441-51.
51. Müller N, Hofschuster E, Ackenheil M, Mempel W, Eckstein R. Investigations of the cellular immunity during depression and the free interval: evidence for an immune activation in affective psychosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1993; 17(5): 713-30.
52. Maes M, Meltzer HY, Bosmans E, Bergmans R, Vandoolaeghe E, Ranjan R, et al. Increased plasma concentrations of interleukin-6, soluble interleukin-6, soluble interleukin-2 and transferrin receptor in major depression. *J Affect Disord* 1995; 34(4): 301-9.
53. Maes M, Meltzer HY, Buckley P, Bosmans E. Plasma-soluble interleukin-2 and transferrin receptor in schizophrenia and major depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 244(6): 325-9.
54. Irwin M. Immune correlates of depression. *Adv Exp Med Biol* 1999; 461:1-24.: 1-24.
55. Nunes SOV, Reiche EMV, Morimoto HK, Matsuo T, Itano EN, Xavier ECD, et al. Immune and hormonal activity in adults suffering from depression. *Braz J Med Biol Res* 2002; 35: 581-7.
56. Müller N, Schwarz MJ. Immunology in anxiety and depression. In: Kasper S, den Boer JA, Sitsen JMA, editors. *Handbook of depression and anxiety*. 2nd ed. New York: Marcel Dekker; 2002. p. 267-88.
57. Mikova O, Yakimova R, Bosmans E, Kenis G, Maes M. Increased serum tumor necrosis factor alpha concentrations in major depression and multiple sclerosis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11(3): 203-8.
58. Herbert TB, Cohen S. Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 1993; 113(3): 472-86.



ATTI DEL CONGRESSO

59. Seidel A, Arolt V, Hunstiger M, Rink L, Behnisch A, Kirchner H. Major depressive disorder is associated with elevated monocyte counts. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(3): 198-204.
60. Rothermundt M, Arolt V, Fenker J, Gutbrodt H, Peters M, Kirchner H. Different immune patterns in melancholic and non-melancholic major depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(2): 90-7.
61. Lanquillon S, Krieg JC, Bening-Abu-Shach U, Vedder H. Cytokine production and treatment response in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2000; 22(4): 370-9.
62. Häfner S, Baghai TC, Eser D, Schüle C, Rupprecht R, Bondy B, et al. C-reactive protein is associated with polymorphisms of the angiotensin-converting enzyme gene in major depressed patients. *J Psychiatr Res* 2008; 42(2): 163-5.
63. Meyer U, Feldon J, Fatemi SH. In-vivo rodent models for the experimental investigation of prenatal immune activation effects in neurodevelopmental brain disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33(7): 1061-79.
64. Pace TW, Mletzko TC, Alagbe O, Musselman DL, Nemeroff CB, Miller AH, et al. Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress. *Am J Psychiatry* 2006; 163(9): 1630-3.
65. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(4): 409-15.



ATTI DEL CONGRESSO

TAVOLA ROTONDA – LE PAURE OGGI: NUOVI MODELLI BIOPSIKOPATOLOGICI, FILOSOFICO-SOCIALI

COME E QUANDO LA PAURA È STATA INCORPORATA NEL CERVELLO DEI MAMMIFERI

A. Berry, D. Santucci, E. Alleva

Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze, Reparto di Neuroscienze comportamentali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

L'intento di questo contributo è quello di fornire uno spunto bibliografico e uno spazio di riflessione a un pubblico essenzialmente di clinici, ma fortemente interessato all'analisi dei determinanti filogenetici ed etologici verosimilmente responsabili dei comportamenti umani "normali" e devianti - fino a situazioni francamente psicopatologiche - dove è perciò manifesto qualche grado di sofferenza mentale e di disfunzionamento sociale.

La paura è uno stato emotivo con caratteristiche ancestrali, caratterizzato da forti reazioni automatiche, a torto dette istintive (su questo Konrad Lorenz stesso, ormai anziano, proporrà una riflessione suggerendo di evitare terminologie innatistiche perché troppo connotate, ritornando lessicalmente ai suoi Fixed Action Patterns o FAP) evolutesi allo scopo di provvedere alla sopravvivenza dell'individuo e della specie. Nello specifico, tale stato è connotato da forte turbamento che comporta un generale stato di ansia e di allerta nei confronti di pericoli reali o immaginari o di situazioni dannose o presunte tali. La paura che si prova può essere più o meno intensa in base a caratteristiche individuali e del proprio vissuto biografico e delle specifiche circostanze che provocano un tale stato emotivo (evento imminente e/o improvviso-inatteso).

In ambito psicologico/psicoanalitico, (sui quali per mancanza di competenza specifica non ci soffermeremo, lasciando magari ad altri tale compito in questo stesso volume) le paure ancestrali (es.: ragni, serpenti ecc...), oggetto della teoria junghiana degli archetipi, rappresenterebbero conoscenze "innate" (non apprese cioè tramite esperienza) comuni a tutti gli individui della specie umana, il cui insieme costituirebbe l'inconscio collettivo (1) poi di sartriana riproposizione nell'ambito delle discipline antropologico-culturali. A questo proposito, è interessante notare come in epoca più recente, la teoria degli archetipi junghiani, e in particolare l'archetipo del ragno (2), sia stata mutuata in ambito etno-psichiatrico e sia al centro degli interessanti studi di Giovanni Jervis sul fenomeno del tarantismo pugliese (3).

Lo studio delle emozioni e delle loro basi biologiche ha rappresentato e rappresenta tuttora una parte importante della ricerca nell'ambito delle neuroscienze sperimentali volta anche alla comprensione dei possibili meccanismi alla base della vulnerabilità individuale alla patologia psichiatrica (4). Tale approccio si fonda, almeno in parte, sull'idea che alcune emozioni, ad esempio la paura, siano il prodotto di sistemi neuronali filogeneticamente antichi e anatomicamente definiti, evoluti per consentire la sopravvivenza dell'individuo e della specie (5, 6).

Inserite in un contesto biologico-evoluzionistico infatti, le paure ancestrali costituiscono un argomento di estremo interesse al centro di un acceso dibattito tra coloro i quali sostengono che le risposte comportamentali e fisiologiche (specie-specifiche), che si accompagnano a contesti stressanti e di paura, siano geneticamente pre-determinate e i fattori dell'esperienza e dell'apprendimento quale fattore chiave nel determinare le strategie adattive dell'individuo a situazioni di pericolo (nature vs. nurture) (7, 8).



ATTI DEL CONGRESSO

La teoria della “biological preparedness” alle paure ancestrali nella mente animale e umana

Sebbene i meccanismi biologici alla base delle paure ancestrali non siano stati tuttora completamente delucidati, e attendano futuribili intese con la genetica molecolare e l'epigenetica più avanzate, è chiaro che queste debbano sottostare a qualche forma di ereditarietà genetica della specie.

Si ipotizza, per esempio che le specie attuali abbiano mantenuto alcune delle caratteristiche che hanno permesso ai loro antenati di sopravvivere e di riprodursi lasciando nel mondo fenocopie a loro simili. Perciò è ragionevole ipotizzare che alcune paure ancestrali, come quella dei serpenti, possano aver comportato qualche vantaggio evolutivo (legato per esempio a un ridotto rischio di predazione) e che gli attuali esponenti di una determinata specie abbiano mantenuto e sviluppato/perfezionato strategie adattive legate a risposte fisiologiche e comportamentali specie-specifiche nei confronti di situazioni potenzialmente pericolose. I mammiferi infatti sono caratterizzati da regioni cerebrali piuttosto conservate tra le diverse specie deputate al riconoscimento di stimoli potenzialmente nocivi e all'elaborazione di risposte comportamentali associate a specifiche modifiche fisiologiche adattive che implicano vigilanza, allerta nonché la capacità di apprendere e ricordare in modo selettivo stimoli e/o situazioni legati a stimoli paurosi/stressanti (“biological preparedness”) (9, 10).

La paura del predatore come fattore che dà una forma alla mente della preda

I serpenti sono stati con molta probabilità i primi predatori dei mammiferi placentati, che compaiono come piccoli esseri talpiformi che popolavano le notti del Terziario predominato dalla presenza di grandi rettili poi “repentinamente” estintisi. Un'interessante ipotesi suggerisce come una lunga storia evolutiva comune possa aver portato i serpenti a esercitare una pressione evolutiva sui primati tale che la capacità di riconoscere il pericolo legato alla potenziale predazione possa aver contribuito in modo significativo allo sviluppo del sistema visivo e delle dimensioni del cervello in questi ultimi. Questa co-evoluzione avrebbe similmente portato i rapaci, che si cibano specificamente di serpenti, ad avere occhi più grandi e una migliore visione binoculare (11).

E' interessante notare come risposte di allerta legate al riconoscimento di un potenziale pericolo (es. serpente) siano state osservate anche in animali nati e tenuti in cattività, naïve nei confronti di stimoli salienti per le loro controparti selvatiche. Studi su marmoset in contesti sperimentali di laboratorio hanno infatti mostrato come queste scimmie siano in grado di riconoscere modelli tridimensionali e bidimensionali di serpenti pur non avendoli mai visti prima (12). Tuttavia l'intensità delle risposte comportamentali (es.: mobbing calls, richiami d'allarme sociale a valenza sovente inter-specifica) e fisiologiche di stress/paura (attivazione dell'asse neuroendocrino ipotalamo-ipofisi surrene - hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) - e secrezione di cortisolo misurato nel pelo) variavano in base alle esperienze pregresse nei diversi gruppi sperimentali (13). Ulteriori studi avrebbero mostrato come macachi rhesus nati e cresciuti in cattività siano caratterizzati da una minore paura dei serpenti qualora confrontati con conspecifici cresciuti in natura. Tuttavia queste scimmie apprendono piuttosto rapidamente a riconoscere stimoli potenzialmente pericolosi e ritengono mnemonicamente l'informazione in modo consistente (14). Questo e molti altri studi sono di supporto alla teoria della “biological preparedness” che, come precedentemente accennato, suggerirebbe che l'apprendimento nei confronti di alcuni tipi specifici di stimoli (paurosi) sia stato facilitato proprio in quanto legato a un vantaggio per la sopravvivenza della specie (9, 10).

Stimoli di paura etologicamente rilevanti in specie modello

In questo contesto è comunque importante sottolineare l'importanza dell'utilizzo di stimoli salienti ovvero eco-etologicamente rilevanti per la specie in studio. In specie macrosomatiche quali i roditori stimoli olfattivi - ma anche sonori - appaiono assai più efficaci nell'indurre risposte antipredatorie. Ad esempio, roditori esposti al richiamo di predatori aerei quali l'allocco, il gufo selvatico o il barbagianni mostrano risposte



ATTI DEL CONGRESSO

comportamentali e neuroendocrine di stress (15, 16). Ratti (cresciuti in laboratorio) esposti all'odore di feci di volpe o di urina di gatto mostrano risposte comportamentali di allarme associate a specifiche modifiche fisiologiche quali analgesia indotta da stress (17). Similmente, in seguito all'esposizione all'odore del serpente, è possibile osservare un innalzamento nella soglia nocicettiva nello Spiny mouse (*Acomys*) (18) ma non nel topo (19) suggerendo che, poiché questi due roditori occupano nicchie ecologiche e zoogeografiche molto differenti, predatori terrestri quale il serpente abbiano esercitato una pressione selettiva limitata sul pool genetico del topo domestico ma molto più rilevante nell'*Acomys*.

L'importanza dell'utilizzo di stimoli eco-etologicamente validi appare ancora più importante se inserito nel contesto della ricerca di base nel campo della neurobiologia dello stress (che implica l'utilizzo di specie modello soprattutto topi e ratti). I modelli animali infatti, rappresentano un approccio euristico di fondamentale importanza per identificare marcatori affidabili e per lo studio di aspetti fisiopatologici rilevanti nelle malattie legate allo stress, quali ad esempio ansia, depressione maggiore, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) ecc. In questo contesto esistono una molteplicità di stress di diversa natura, entità e durata utilizzati nel tentativo di ottenere modelli di patologie psichiatriche con validità di facciata, predittiva e di costrutto affidabili. In tal senso, come molti autori hanno sottolineato, la maggior parte degli stress utilizzati in contesti sperimentali di laboratorio si discostano profondamente da situazioni che l'animale potrebbe realmente fronteggiare nella propria nicchia ecologica o che appartenenti a *Homo sapiens* potrebbero affrontare nella vita di tutti i giorni. Al contrario, lo stress di tipo sociale è efficace nello scatenare risposte fisiologiche, comportamentali ed emotive di rilievo che possono essere ben modellizzate in animali sociali quali il topo o il ratto, quest'ultimo connotato da uno stile di vita sociale più coloniale che di tipo gregaristico (20, 21).

In particolare, recenti evidenze hanno mostrato come topi sottoposti a diversi tipi di stress sociale siano caratterizzati da un'aumentata ansia e reattività neuroendocrina e da ridotti livelli della neurotrofina Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) in specifiche aree cerebrali (stress da isolamento sociale), comportamenti anedonici (stress da variazione della gerarchia sociale) (21) e da un consistente e prolungato aumento nella soglia nocicettiva - analgesia indotta da stress - (in topi sottoposti a stress da sconfitta sociale) (20).

Risposte fisiologiche e comportamentali individuali allo stress e alla paura e l'importanza delle esperienze precoci: i contributi seminali di Harry Harlow e Seymour "Gig" Levine

Come è ben noto, la paura che si associa a situazioni di pericolo, oggettivo o potenziale, è caratterizzata da variazioni nell'omeostasi della fisiologia dell'organismo volte a preparare l'animale a fronteggiare il pericolo o a sottrarsi ("fight or flight" response). L'attivazione del sistema neuroendocrino, e in particolare dell'asse HPA che porta alla secrezione di ormoni glucocorticoidi (GC), svolge un ruolo chiave e profondamente adattivo in tale processo. Tuttavia tale risposta se non è efficientemente calibrata (risposta eccessiva ad uno stimolo, troppo prolungata nel tempo o non sufficientemente adeguata) può portare a conseguenze importanti per la salute e perfino per la sopravvivenza dell'individuo (22).

Come precedentemente menzionato, l'entità e la modalità (strategia) di risposta a situazioni stressanti e/o paurose potenzialmente pericolose dipende non solo da fattori esterni oggettivi ma anche e soprattutto da una componente individuale legata all'esperienza (esperienze pregresse in età adulta ma anche e soprattutto precoci-perinatali) unitamente a fattori genetici.

Le esperienze precoci quindi possono avere conseguenze di lungo termine nella vita di un individuo. Nella maggior parte dei mammiferi, lo sviluppo è un processo graduale che si verifica prima e dopo la nascita e comporta un continuo accumulo di piccoli cambiamenti. Questo processo, frutto dell'interazione tra fattori genetici individuali e l'ambiente pre- e/o post-natale, è funzionale alla generazione di una varietà di fenotipi adatti a diversi tipi di ambienti e può portare al successo nella perpetuazione di un genotipo influenzando



ATTI DEL CONGRESSO

l'esistenza del singolo o di una popolazione di individui (23-25). Durante lo sviluppo l'organismo è dotato di una elevata plasticità che gli permette di adattarsi a cambiamenti ambientali ma che, allo stesso tempo, può gettare le basi per una vulnerabilità individuale al manifestarsi di caratteristiche patologiche (psichiatriche ma non solo) in età adulta. Questa elevata flessibilità nel programma di sviluppo di un organismo può senz'altro rappresentare un'arma a doppio taglio ("trade off theory"). Il successo o il fallimento di questa strategia di adattamento individuale all'ambiente dipenderanno quindi dal proprio assetto genetico e dalla stabilità delle condizioni ambientali relativamente a quelle che hanno plasmato l'organismo durante il suo sviluppo (24).

In questo contesto possono essere inseriti il lavoro di Harry Harlow e del suo allievo Steve Suomi da un lato, e i pionieristici studi di Seymour "Gig" Levine dall'altro, che hanno enormemente contribuito alla comprensione dell'impatto delle esperienze precoci nel plasmare le specifiche competenze individuali di risposta a situazioni stressanti sia dal punto di vista comportamentale che fisiologico (reattività emozionale e funzionalità neuroendocrina) (26-29). In particolare, se da un lato Harlow e Suomi hanno fornito un importante contributo alla teoria dell'attaccamento, focalizzandosi sugli effetti duraturi di differenti stili di attaccamento - nel rapporto madre-piccolo e tra pari - in termini di competenze sociali e reattività emotiva nell'individuo adulto, dall'altro Levine ha contribuito a chiarire i meccanismi fisiologici alla base di differenti risposte a stimoli stressanti ad esso associate (30, 31).

Il lavoro di Harry Harlow e Steve Suomi sul macaco rhesus

Per il mammifero l'ambiente precoce post-natale (in questa sede ci focalizzeremo principalmente su questo aspetto) è rappresentato fondamentalmente dalle interazioni sociali con la madre, che funge da relais tra il piccolo e l'ambiente circostante, e con i fratelli (32). Gli studi di Harlow e Suomi su macachi rhesus hanno chiaramente mostrato come un ambiente sociale precoce impoverito porti a conseguenze di lungo termine. In particolare, il legame madre-piccolo appare come la più importante forma di relazione sociale nei primati e riveste un ruolo fondamentale nello sviluppo di appropriate competenze sociali in età adulta che a loro volta sono determinanti nella vita in società di questi primati non-umani organizzata secondo gerarchie precise, nella creazione di legami tra conspecifici (alleanze), nonché nella scelta del partner sessuale (33). I piccoli di macaco trascorrono le prime settimane di vita in costante contatto fisico e nelle immediate vicinanze della madre che dà sicurezza e stabilità emotiva al piccolo ("secure base"). Harlow dimostrò - con esperimenti oggi discutibili da un punto di vista etico per la sofferenza psicofisica prodotta nelle giovani scimmie - che far crescere in completo isolamento piccoli di macaco, a partire dalla nascita, conduceva a importanti alterazioni dal punto di vista fisiologico e comportamentale. Queste scimmie infatti mostravano comportamenti aggressivi e risposte inadeguate a contesti sociali e comportamenti sessuali inappropriati (34). Tuttavia far crescere piccoli di macaco insieme a conspecifici della stessa età riusciva a compensare parzialmente i deficit fisiologici e comportamentali osservati in piccoli cresciuti in isolamento. Anche in questo caso però era possibile osservare stereotipie comportamentali e un'aumentata eccitabilità/reattività nei piccoli, associata a una eccessiva risposta neuroendocrina, un aumentato turn-over monoaminergico e una funzionalità compromessa del sistema serotoninergico. Inoltre queste scimmie rivestivano un ruolo sociale di "basso livello" dal punto di vista delle gerarchie sociali (26, 29, 31, 33, 34).

I modelli sperimentali della scuola stanfordiana di Seymour "Gig" Levine

Gli studi effettuati da Levine sui roditori altriciali (in questo caso il ratto) hanno chiaramente mostrato come le cure materne svolgano un ruolo chiave nello sviluppo rappresentando la principale fonte di stimolo per il piccolo. Un aspetto importante a questo proposito è quello legato al ruolo chiave che la madre svolge nella modulazione del sistema neuroendocrino del piccolo. In particolare, gli studi di Levine hanno evidenziato come pur essendo (parzialmente) competente alla nascita, l'asse HPA del piccolo di ratto sia ipo-reattivo



ATTI DEL CONGRESSO

a stimoli stressanti di varia natura nelle prime due settimane di vita (stress hyporesponsive period, SHRP). Tuttavia, l'allontanamento dalla madre è in grado di indurre potenti risposte di stress anche nelle prime due settimane postnatali suggerendo che proprio la madre giochi un ruolo di fondamentale importanza nella soppressione del sistema neuroendocrino del piccolo (maternal mediation hypothesis) (35, 36). Lo sviluppo dell'asse HPA, calibrato sull'interazione diadica madre-piccolo, e l'instaurarsi di un SHRP nelle prime fasi della vita del roditore altriciale (cioè non a stile precoce come il pulcino o la zebra che alla nascita hanno occhi e orecchie aperte, termoregolano in proprio e sono soprattutto capaci, a poche ore dalla nascita, di locomotricità autonoma) assume un importante significato adattivo se si considera il potente e pervasivo effetto degli ormoni GC sulla fisiologia di un organismo in rapido sviluppo.

Studi di separazione materna condotti in questo modello hanno messo ulteriormente in luce come questo tipo di stress nel piccolo porti a importanti e talora assai duraturi effetti di lungo-termine nel programmare le risposte neuroendocrine e del comportamento emozionale a stimoli stressanti in età adulta (27, 28, 37).

Stress, neurotrofine e plasticità del sistema nervoso centrale

Studi epidemiologici e ricerca di base sono ormai concordi sul fatto che le differenze individuali nella salute fisica e mentale possano essere anche determinate dalle caratteristiche dell'ambiente precoce cui si è stati esposti e che questo possa esercitare effetti di lungo termine nell'individuo adulto. Tali effetti coinvolgono cambiamenti nella funzionalità del sistema neuroendocrino e nei comportamenti e nelle risposte emotive a stimoli stressanti, anche se i meccanismi molecolari alla base di tali modifiche sono a tutt'ora solo parzialmente conosciuti. Il Nerve Growth Factor (NGF) e il BDNF sono neurotrofine che giocano un ruolo chiave nello sviluppo del sistema nervoso centrale e nella plasticità sinaptica ad esso associata (38). Per questo motivo modifiche nell'espressione di queste proteine a livello di specifiche regioni cerebrali (particolarmente di quelle coinvolte nella funzionalità dell'asse HPA es.: ipotalamo e ippocampo), ma anche perifericamente (sangue), potrebbero giocare un ruolo chiave nei meccanismi molecolari che sottendono cambiamenti di lungo termine mediati da esperienze precoci. È interessante notare come variazioni nell'espressione sia di BDNF che di NGF siano state riscontrate sia in roditori che in primati a seguito di eventi stressanti esperiti precocemente (4, 37, 39, 40). Inoltre, la regolazione di queste neurotrofine sembrerebbe differire in individui di sesso maschile e femminile suggerendo che anche la vulnerabilità a eventi stressanti simili possa differire nei due sessi, come la relativa loro risposta di coping (41). Ancora più interessante e degno di nota è infine la recente identificazione di un polimorfismo del gene BDNF riscontrato in macachi rhesus che suggerirebbe come variazioni genetiche nella produzione di queste neurotrofine possano contribuire a determinare le risposte adattive di lungo termine appunto indotte da esperienze precoci (40).

Ringraziamenti

Si ringrazia Stella Falsini per il suo contributo alla ricerca delle fonti bibliografiche

Bibliografia

1. Haule JR. Jung in the 21st Century Volume One: Evolution and Archetype: Routledge; 2011.
2. Gerdesa ABMU, G.; Alpersa, G.W. Spiders are special: fear and disgust evoked by pictures of arthropods. *Evolution and Human Behavior*. 2009;30:66-73.
3. Jervis G. Considerazioni neuropsichiatriche sul tarantismo. In: De Martino E, editor. *La terra del rimorso*. Milano: Il Saggiatore; 1961.
4. Cirulli F, Francia N, Berry A, Aloe L, Alleva E, Suomi SJ. Early life stress as a risk factor for mental health: role of neurotrophins from rodents to non-human primates. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2009;33(4):573-85.



ATTI DEL CONGRESSO

5. Edelman GM. Neural Darwinism: The Theory of Neuronal Group Selection. New York: Basic Books; 1987.
6. LeDoux JE. Emotion: clues from the brain. Annual review of psychology. 1995;46:209-35.
7. Ohman A, Mineka S. Fears, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning. Psychological review. 2001;108(3):483-522.
8. Olsson A, Phelps EA. Social learning of fear. Nature neuroscience. 2007;10(9):1095-102.
9. Mineka S, Ohman A. Phobias and preparedness: the selective, automatic, and encapsulated nature of fear. Biological psychiatry. 2002;52(10):927-37.
10. Seligman MEP. Phobias and preparedness. Behavior Therapy. 1971; 2:307-20.
11. Isbell LA. Snakes as agents of evolutionary change in primate brains. Journal of human evolution. 2006;51(1):1-35.
12. Emile N, Barros M. Recognition of a 3D snake model and its 2D photographic image by captive black tufted-ear marmosets (*Callithrix penicillata*). Animal cognition. 2009;12(5):725-32.
13. Clara E, Tommasi L, Rogers LJ. Social mobbing calls in common marmosets (*Callithrix jacchus*): effects of experience and associated cortisol levels. Animal cognition. 2008;11(2):349-58.
14. Mineka S, Keir R, Price V. Fear of snakes in wild- and laboratory-reared rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). Animal Learning and Behavior. 1980;8:653-63.
15. Eilam D, Dayan T, Ben-Eliyahu S, Schulman II, Shefer G, Hendrie CA. Differential behavioural and hormonal responses of voles and spiny mice to owl calls. Animal behaviour. 1999;58(5):1085-93.
16. Hendrie CA. Behavioural response of wild rodents to the calls of an owl: a comparative study. Journal of Zoology. 1998;245(4):439-46.
17. Lester LS, Fanselow MS. Exposure to a cat produces opioid analgesia in rats. Behavioral neuroscience. 1985;99(4):756-9.
18. Carere C, Casetti R, de Acetis L, Perretta G, Cirulli F, Alleva E. Behavioural and nociceptive response in male and female spiny mice (*Acomyscahirinus*) upon exposure to snake odour. Behavioural processes. 1999;47(1):1-10.
19. Dell'Omo G, Alleva E. Snake odor alters behavior, but not pain sensitivity in mice. Physiol Behav. 1994;55(1):125-8.
20. Berry A, Bellisario V, Capoccia S, Francia N, Alleva E, Cirulli F. Long-Term Changes in Pain Sensitivity in an Animal Model of Social Anxiety. Vet Sci. 2014;1(1):77-95.
21. Berry A, Bellisario V, Capoccia S, Tirassa P, Calza A, Alleva E, et al. Social deprivation stress is a triggering factor for the emergence of anxiety- and depression-like behaviours and leads to reduced brain BDNF levels in C57BL/6J mice. Psychoneuroendocrinology. 2012;37(6):762-72.
22. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. Brain research. 2000;886(1-2):172-89.
23. Bateson P. Fetal experience and good adult design. International journal of epidemiology. 2001;30(5):928-34.
24. Bateson P, Barker D, Clutton-Brock T, Deb D, D'Udine B, Foley RA, et al. Developmental plasticity and human health. Nature. 2004;430(6998):419-21.
25. D'Udine B, Alleva E, editors. Early experience and sexual preferences in rodents. Cambridge: Cambridge University press; 1983.
26. Harlow HF, Suomi SJ. Social recovery by isolation-reared monkeys. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 1971;68(7):1534-8.
27. Levine S. Maternal and environmental influences on the adrenocortical response to stress in weanling rats. Science. 1967;156(3772):258-60.
28. Levine S. The ontogeny of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. The influence of maternal factors. Annals of the New York Academy of Sciences. 1994;746:275-88; discussion 89-93.



ATTI DEL CONGRESSO

29. Suomi SJ, Harlow HF, Kimball SD. Behavioral effects of prolonged partial social isolation in the rhesus monkey. *Psychological reports*. 1971;29(3):1171-7.
30. Cirulli F, Suchecki D. Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress: a tribute to Seymour "Gig" Levine. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2010;34(6):781.
31. Suomi SJ, van der Horst FC, van der Veer R. Rigorous experiments on monkey love: an account of Harry F. Harlow's role in the history of attachment theory. *Integrative psychological & behavioral science*. 2008;42(4):354-69.
32. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *The American journal of orthopsychiatry*. 1982;52(4):664-78.
33. Suomi SJ. Early determinants of behaviour: evidence from primate studies. *British medical bulletin*. 1997;53(1):170-84.
34. Harlow HF. Total Social Isolation: Effects on Macaque Monkey Behavior. *Science*. 1965;148(3670):666.
35. Cirulli F, Berry A, Bonsignore LT, Capone F, D'Andrea I, Aloe L, et al. Early life influences on emotional reactivity: evidence that social enrichment has greater effects than handling on anxiety-like behaviors, neuroendocrine responses to stress and central BDNF levels. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2010;34(6):808-20.
36. Smotherman WP, Bell RW, Starzec J, Elias J, Zachman TA. Maternal responses to infant vocalizations and olfactory cues in rats and mice. *Behavioral biology*. 1974;12(1):55-66.
37. Cirulli F, Alleva E. The NGF saga: from animal models of psychosocial stress to stress-related psychopathology. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2009;30(3):379-95.
38. Thoenen H. Neurotrophins and neuronal plasticity. *Science*. 1995;270(5236):593-8.
39. Cirulli F, Micera A, Alleva E, Aloe L. Early maternal separation increases NGF expression in the developing rat hippocampus. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. 1998;59(4):853-8.
40. Cirulli F, Reif A, Herterich S, Lesch KP, Berry A, Francia N, et al. A novel BDNF polymorphism affects plasma protein levels in interaction with early adversity in rhesus macaques. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36(3):372-9.
41. Cirulli F, Francia N, Branchi I, Antonucci MT, Aloe L, Suomi SJ, et al. Changes in plasma levels of BDNF and NGF reveal a gender-selective vulnerability to early adversity in rhesus macaques. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(2):172-80.



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

TAVOLA ROTONDA – LE PAURE OGGI: NUOVI MODELLI BIOPSIKOPATOLOGICI, FILOSIFICO-SOCIALI

J. E. LeDoux

NYU Langone Medical Center - Departments of Psychiatry and Child and Adolescent Psychiatry, New York –
USA

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

SESSIONE 3

MECHANISMS UNDERLYING THE ENVIRONMENTAL RISK FACTORS FOR SCHIZOPHRENIA

R. Murray

Institute of Psychiatry Kings College de Crespigny Park, London - UK

Traditional psychiatric textbooks describe schizophrenia as a clinical enigma of unknown aetiology. However, this is no longer true. We now know a great deal about the risk factors, or contributory causes, of schizophrenia. These can be roughly divided into two main types; those which result in a) aberrant neurodevelopment and b) those which cause dopamine dysregulation; both characteristic abnormalities found in schizophrenia.

Genetic factors are, of course, pre-eminent. These will be discussed elsewhere. However, certain environmental factors have been consistently associated with schizophrenia. Some such as adverse obstetric events (e.g. prenatal infection, perinatal hypoxia) impair neurodevelopment. Others such as abuse of drugs such as amphetamines, cocaine and cannabis which increase striatal dopamine also increase risk. In recent years it has become clear that heavy use of high potency cannabis is responsible for a significant proportion of psychosis. Psychotogenic "legal highs" such as synthetic cannabinoids and cathinones are becoming an increasing cause of acute psychosis.

A range of social adversities such as child abuse, adverse life events, migration/minority ethnicity appear also to facilitate dopamine dysregulation and consequent psychosis. Curiously, psychosis is more common in those born and brought up in large cities than in rural areas. Most recently, it has become clear that the incidence is much higher in cities in Northern countries such as UK and Holland than in both rural and urban areas in Spain and Italy. The exact reason(s) for these differences are unclear but speculation centres on social fragmentation and social isolation.

The challenge for researchers is now to trace the pathogenic pathways from risk factors to psychosis.



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

DECONSTRUCTING BIPOLAR DISORDER: EVIDENCE FROM COMMUNITY AND FAMILY STUDY

K.R. Merikangas

National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland – USA

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

TAVOLA ROTONDA – VULNERABILITA' NEI DISTURBI MENTALI

VULNERABILITIES IN SCHIZOPHRENIA

M. Davidson

Department of Psychiatry at the Sheba Medical Center, Tel Hashomer - Israel

Because of its impact on the general social and vocational functioning, cognitive impairment has been at the forefront of schizophrenia research for the last 2 decades.

The prevailing clinical impression is that individuals who meet criteria for schizophrenia suffer from easy observable and at times severe cognitive impairment. However, when large populations of schizophrenics undergo classic psychological testing, the normal distribution of their composite scores is "shifted to the left" only moderately indicating that a large proportions of the general population perform similar to the schizophrenic patients.

Different from the classic brain degenerative disorders (dementias) the onset and progression of the cognitive impairment in schizophrenia is less predicable.

In many patients the cognitive impairment precedes the onset of psychosis, persists after psychosis remits and is occasionally detected in non-psychotic first degree relatives of patients. Most probably there is a stabilization of the cognitive performance 3-5 years after the onset of psychotics. Some elderly schizophrenia patients show very poor cognitive performance but it is not clear how much of it the direct result of the illness and how much it is the result of factors associated with the illness (medication, poor education, institutionalization, apathy).

Before the emergence on the markets of SGA there was no consensus whether antipsychotic drugs improve or impair cognitive performance with mostly inconsistent and contradictory studies. The first wave of trials comparing SGA to FGA gave the former some small advantages in terms of cognitive performance. However this initial impression was not supported by a second wave of trials and by several large and independently funded trials.

Trials indicate that all antipsychotics, first and second generation ones, are associated with small cognitive improvements but that there is no difference between FGA and SGA. A large number of factors might explain these results among which "practice effect" should not be overlooked. Most important it should be considered that antipsychotics have not been screened or developed as pro-cognitive drugs, hence, the lack of pro-cognitive effect should not be surprising. Up to 3% of the general populations have psychotic experiences. Since there exists no putative biological substrate for psychosis or for the cognitive impairment it could be hypothesized that the presence of both in the same individual constitutes independent co-morbidities and not a common biological substrate. If this hypothesis is correct than the same pharmacological intervention should be effective in cognitively impaired psychotic and non-psychotic (normal) individuals. Because any trial in schizophrenia patients is burdened by a large number of confounders, a rational approach would suggest that POC trials of compounds hypothesized to enhance cognitive performance in schizophrenia should first be tested in non-psychotic individuals. Only these compounds in whom a signal can be detected should be tried in schizophrenia patients.



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

PERSONALITÀ E RELAZIONI FAMILIARI: IMPATTO SU MATURAZIONE CEREBRALE E VULNERABILITÀ PSICOPATOLOGICA

P. Brambilla
Università di Udine

Non pervenuto



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

VULNERABILITÀ PSICOPATOLOGICA E DISFUNZIONI DELL'ATTACCAMENTO: IL RUOLO DEI POLIMORFISMI GENETICI E DELLE ESPERIENZE PRECOCI

A. Troisi

Università di Roma Tor Vergata, Roma

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

TAVOLA ROTONDA – L'IMPATTO DELLA CRISI GLOBALE SULLA GESTIONE DELLA SALUTE MENTALE NEI PAESI DEL MEDITERRANEO

THE IMPACT OF THE GLOBAL CRISIS ON MENTAL HEALTH MANAGEMENT IN SPAIN

J. Bobes

University of Oviedo - Spain

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

ECONOMIC CRISIS IN FRANCE AND CONSEQUENCES FOR MENTAL HEALTH

P.M. Llorca

Centre Hospitalier Universitaire Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, Clermont Ferrant - France

In France the economic crisis has been associated with a huge increase of the level of unemployment. Long-term unemployment increased more specifically. That was associated with an increase of 25% of welfare recipients between 2008 and 2013 (in December 2012, the number of recipients was 2.1 millions). This level of unemployment is not very different compared to the level observed in other European countries.

In a more global perspective, economic crisis is associated with various social consequences:

- Increase of the number of Homeless people: 81 000 were identified in 2012
- Increase of level of poverty: 700 000 more people identified with a high level of poverty from 2008 to 2013 (+1%)
- Increase of the taxes

The annual average wage in 2012 was 20 100 €, and the increase of the average wage was only 0.2 % per year between 2007 and 2012, compared to 0.6 % per year between 2002 and 2007.

In this social context, we may expect that health consequences would be observed, but paradoxically, in 2012, Health was considered as "good" or "very good" in 68% of the French population (1)!

In the few studies that were conducted in general population and in work condition, a survey conducted in 2006 in 13 648 people on the workplace (20 to 74 years old), with a reevaluation in 2010 of 11 221 from the sample, demonstrate a statistically significant increase of the prevalence of General Anxiety Disorder, with no modification of the prevalence of Major Depressive Disorder (2). In this survey, the correlation with the economic conditions was not explored.

But the economic crisis seems to be associated with changes in psychosocial work factors. A study (3) conducted in a sample of 5,600 workers followed up from 2006 to 2010, evaluating psychosocial work factors demonstrate a worsen of decision latitude, social support, reward, role conflict and work-life imbalance for both genders between 2006 and 2010. Psychological demands, emotional demands, ethical conflict and tensions with the public worsened too specifically for women. Younger, low- and high-skilled and public sector workers are specifically exposed to negative changes.

In terms of crisis consequences for mental health, suicide can be considered as an indirect marker. A recent study (4) demonstrates a statistically significant correlation between the variation of the level of suicide in France and a 10% increase of the level of unemployment. In a European perspective, a significant 0.3% overall increase in suicide rate for a 10% increase in unemployment rate (95% CI 0.1% to 0.5%) was highlighted. This association was significant in three countries including France (1.9% - 95% CI 0.8% to 2.9%). The authors described in France, an excess number of suicides attributable to the 2008-2010 economic crisis of 564 (95% CI 277 to 845) (5).

When exploring the other indirect consequences of the crisis on mental health, we did not observed a modification of alcohol and tobacco consumption. But antidepressant consumption increased of 25% from 2000 to 2011 (in Germany the increase was of 46% and in Spain of more than 50%) (6), and benzodiazepines consumption also increased from 2008 (7).



ATTI DEL CONGRESSO

To conclude, despite the lack of more specific epidemiological studies, economic crisis seems to have had consequences on Mental Health in France, in terms of increase level of anxiety, psychosocial work factors and a possible increase of the level of suicide. Those results have to be considered very cautiously in terms of interpretation.

References

1. INSEE. Portrait social de la France. 2014
2. Malard L, Chastang JF, Niedhammer I. Evolution de la santé mentale dans la population au travail en France en période de crise économique 2006-2010. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2013;74:663-681
3. Malard L, Chastang JF, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. Int Arch Occup Environ Health 2015 88:235–246
4. Laanani M, Ghosn W, Jouglu E, Rey G. Association between unemployment and suicide rates, by Sex And Age group, in mainland France, 2000-2010. BEH 2014 1-2: 1-6
5. Laanani M, Ghosn W, Jouglu E, Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000–2010). J Epidemiol Community Health 2015;69:103–109
6. OCDE (2013), Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr
7. ANSM. Etat des lieux 2013 de la consommation des benzodiazepines en France – Décembre 2013



19° CONGRESSO NAZIONALE della
SOCIETÀ ITALIANA di PSICOPATOLOGIA
Milano, 23/26 febbraio 2015



ATTI DEL CONGRESSO

GLI EFFETTI DELLA CRISI SULLA SALUTE MENTALE DELLE POPOLAZIONI MEDITERRANEE: QUALI EVIDENZE?

G. De Girolamo

IRCCS Fatebenefratelli - U.O. Psichiatria epidemiologica e valutativa, Brescia

Non pervenuto



ATTI DEL CONGRESSO

RECENT EPIDEMIOLOGICAL DATA ON THE MENTAL HEALTH EFFECTS OF THE ECONOMIC CRISIS IN GREECE

M. Economou^{1,2}, L.E. Peppou¹, K. Souliotis^{3,4}

¹University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens - Greece

²First Department of Psychiatry, University of Athens- Eginition Hospital, Athens - Greece

³Faculty of Social Sciences, University of Peloponnesse, Corinth, Greece; ⁴ Centre for Health Services Research, Medical School, University of Athens - Greece

The global financial crisis has been the most severe economic contraction since the Great Depression, with roughly all developed countries experiencing deep recessions since its outset in 2008. While it started off in the American continent, its tremors were more strongly felt in Europe and more specifically in the Mediterranean countries. The international recession along with the local unrelenting spending led the Greek economy, after many consecutive years of growth, to go into reverse, giving rise to what is nowadays known as “the Greek economic crisis”.

During the 5-year period of the recession, the Gross Domestic Product in Greece fell by 20.8%, only to return to its 2002 level (1). Concomitantly, in accordance to Eurostat, the national debt kept rising from 105.4% of GDP in 2007 to 152.6% in 2011 and 174.1% in 2014. In order to cope with the grim financial situation and in an endeavour to avoid a potential default that would further endanger the stability of the global economy, the international community and the Greek government agreed on two bailouts, one amounting to 110 billion euros in 2010 and another one amounting to 130 billion euros in 2011. In return, the Greek government was expected to implement a series of structural reforms and austerity measures.

The pernicious consequences of these measures on the Greek society have now begun to unfold. In accordance to data from the Greek Hellenic Parliament, 2.5 million Greek people are living below the poverty line; while additional 3.8 million are at great risk of crossing it. Furthermore, a survey by the Hellenic Confederation of Professionals, Craftsmen and Merchants (GSEVEE) highlighted substantial income loss for 93.1% of households during the last three years with subsequent reductions in expenses for basic goods and food. It merits noting that two out of five people were found to consume low quality food on a daily basis (2). Additional evidence from the European Commission and UNICEF (3,4) indicate that 30.4% of children was at risk of poverty in 2011 and a growing number of them receives inadequate nutrition.

Concomitantly, unemployment constitutes a difficult conundrum for the Greek society amid financial crisis. In accordance to data emanating from the Institute of Labor belonging to the General Confederation of Greek Workers (GSEE); as a corollary of the implemented measures that have disrupted and dismantled the labor market in Greece as well as due to contractions in domestic demand and purchasing power, the number of employed individuals was reduced by 20% the time period 2010-2013 (i.e. 930.000 people) with unemployment rates reaching as high as 27.8% (1.342.299 people the first trimester of 2014). It is anticipated that by 2020 the rate of unemployment will drop to 22%-23% (i.e. 1.150.000 individuals), with adverse implications for a country like Greece, where the number of unemployed people will be greater than 1.000.000 for a decade. Moreover, it merits noting that in spite of gradual increases in unemployment rates the time period 2010-2014, the number of unemployed individuals in receipt of germane social benefits has decreased substantially, especially during the last year. Specifically, unemployed people receiving benefits constituted 1/3 of unemployed population in January 2010, 10.3% of unemployed individuals in April 2014 and 8.3% of the unemployed in June 2014.

From the public health perspective, recent reviews on the health effects of the crisis have suggested an increasing incidence of HIV/AIDS infections and tuberculosis among injected drug users, the re-emergence of malaria, high mortality burden of pandemic influenza A (H1N1) and a major outbreak of West Nile Virus (WNV), among others (5,6). While most of these outbreaks have been attributed to environmental triggers, the preventive public health measures that would have contained the aforementioned epidemics were not properly implemented, most likely due to dismantling of pertinent services (7).



ATTI DEL CONGRESSO

In this context, the persistent recession in Greece has also incurred untoward effects on the mental health of the population. On the grounds of the international literature corroborating increased psychiatric morbidity amid financial crisis (8), the University Mental Health Research Institute (UMHRI) designed, implemented and published the results of a series of consecutive epidemiological nationwide surveys in milestone years for the Greek economy and society: 2008, i.e. the year preceding the onset of the crisis; 2009, i.e. the outset of the crisis; 2011, i.e. the year after signing the Memorandum of Economic and Financial Policies and 2013 (9-14). All telephone surveys followed exactly the same methodology drawing different samples from the base population. The sampling frame of the surveys was the national phone-number databank, which provides coverage for the vast majority of households in the country. A random sample of telephone numbers belonging to individuals were selected from the directory and within each household the person who had their birthday last was selected for the interview. For the detection of major depression and generalized anxiety disorder, the germane module of the Structured Clinical Interview (SCID-I) was employed (15).

Study results indicate a steady increase in one-month prevalence of major depression throughout the years from 3.3% in 2008 to 12.3% in 2013 (Figure I).

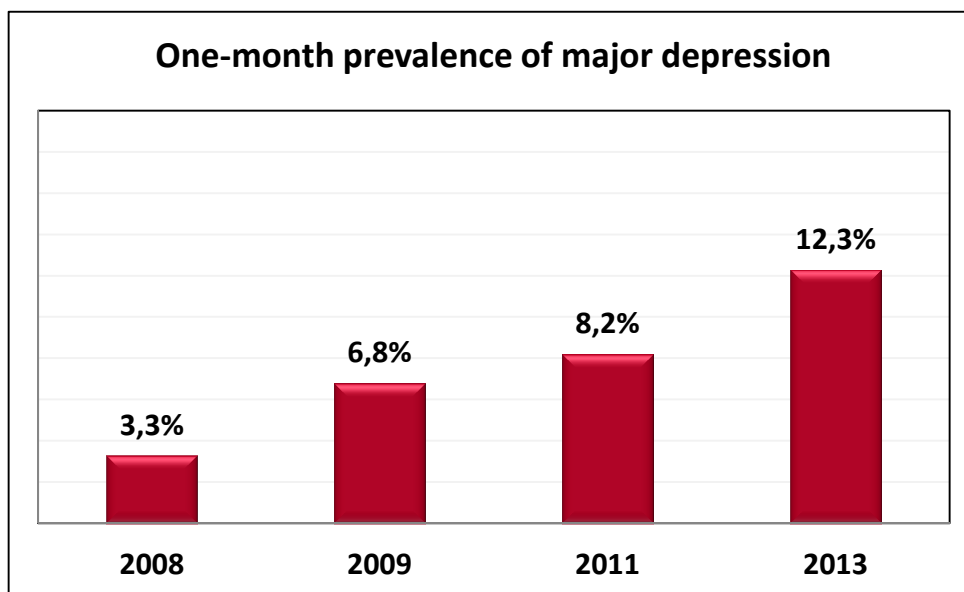


Figure I. One-month prevalence of major depression in Greece the time period 2008-2013.

A multiple logistic regression model revealed that in year 2013, the risk factors for major depression were female gender (explained by the classical epidemiology of major depression); residence in rural areas (explained by the expansion of the crisis from urban centres to rural areas); unemployment status (explained by high unemployment rates as well as by the long-term duration of unemployment); and high economic distress (explained by the well established association of depression with financial hardship). On the contrary, having completed undergraduate studies and family income between 1,500 – 3,000 euros emerged as protective factors against major depression.

When prevalence of major depression was explored as a function of gender and age (Table I), more men than women were found to meet the criteria for major depression in the age band 35-44 years old, in sharp contrast to the classical epidemiology of the disorder.

This is possibly explained by work conditions (productive age) and more specifically by gender differences with regard to family and social roles (i.e. men are the family breadwinners).



ATTI DEL CONGRESSO

Table I. Prevalence of major depression in 2013 as a function of gender and age.

Age bands:	Gender		p-value
	Men	Women	
<24	5,3%	10,9%	>0,05
25-34	7,1%	13,2%	<0,05
35-44	16,4%	14,7%	>0,05
45-54	8,7%	17,7%	<0,01
55-64	8,9%	23,0%	<0,001
>65	6,3%	14,4%	<0,05

Interestingly in the 2013 survey, 2% of the sample reported resorting to gambling in order to tackle financial hardship. In a multivariate logistic regression analysis, financial distress and working hours were found to bear an independent association with gambling involvement. Specifically, for every unit increase in the Index of Personal Economic Distress, the odds of gambling increased by 12%; while participants who reported working for more than 40 hours per week were roughly 7 times more likely to gamble than those who reported working for less. Surprisingly, only 1% of people who reported that they gamble met the criteria for MDE and 0% for suicidality; while 16% of those who did not gamble were found to manifest MDE and 2.6% suicidality (Figure II).

Although these differences did not reach statistical significance, these data suggest that gambling offers an alternative to the dead-end created by the harsh financial reality in Greece, buffering to some extent against hopelessness, a strong risk factor for major depression, suicidality and suicide. Nonetheless, the international literature indicates that when gambling turns into its pathological form, it progresses through four stages (Winning, Losing, Despair and Hopelessness), leading thus to the same dead-end it wished to avoid.

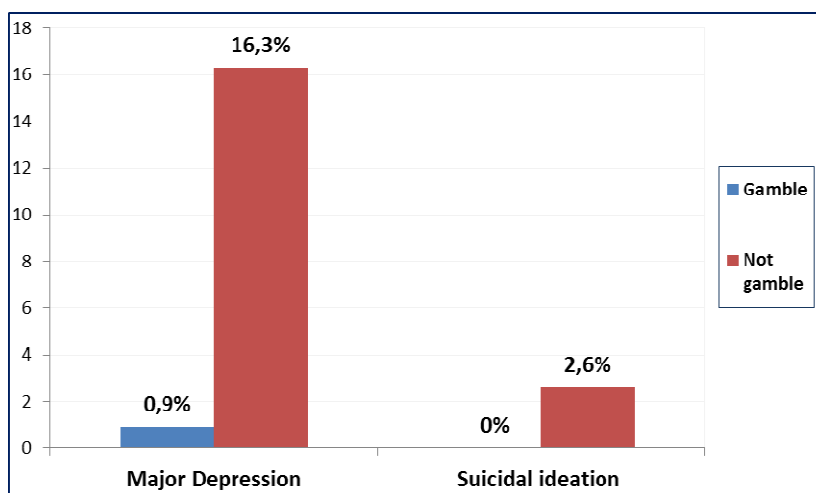


Figure II. Major depression and suicidal ideation in participants who reported gambling involvement and those who did not.



ATTI DEL CONGRESSO

With respect to 12-month prevalence of Generalized Anxiety Disorder (GAD), no statistically significant differences were documented across the years the time period 2008-2011 for the sample as a whole (Figure III). Nonetheless, substantial changes in prevalence of GAD for specific population subgroups: men, people of working age, married individuals, respondents who had completed undergraduate studies, employed participants and citizens of Athens. The particular pattern of results is probably accounted for by work conditions and more specifically by job insecurity (16).

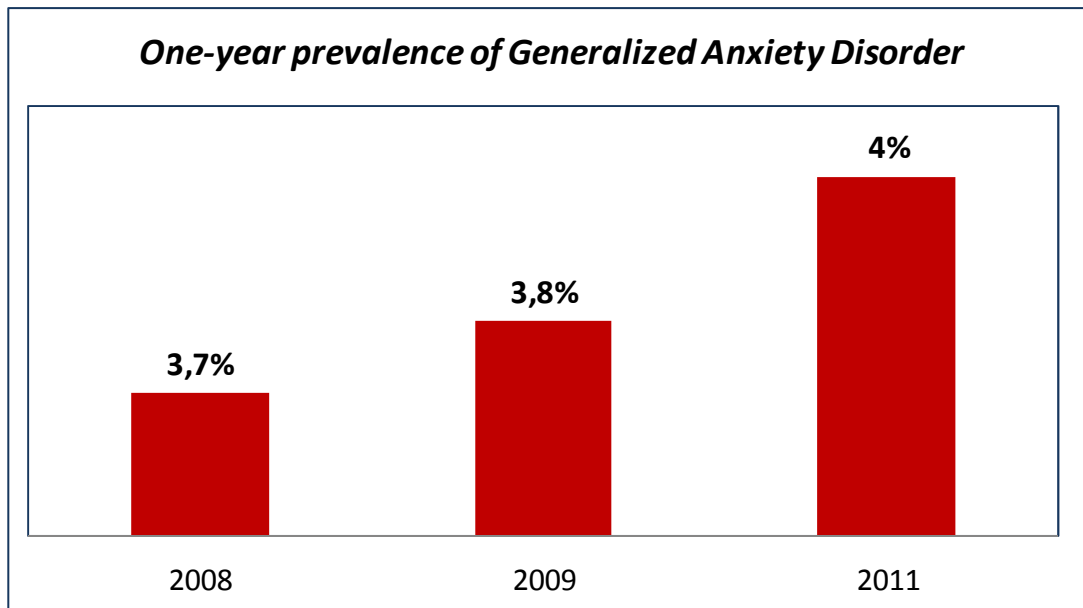


Figure III. One-year prevalence of Generalized Anxiety Disorder the time period 2008-2011.

Complementary data from the UMHRI National Depression Helpline (17); a nationwide telephone helpline that provided information on mental health issues and brief counseling services from 2008-2014; show that callers who referred to the economic crisis manifested depressive symptoms of clinical significance (according to Goldberg's screening scale) to a greater extent than callers who made no such reference. In addition, a higher frequency of depressive symptoms was observed among unemployed individuals, whereas employed people were found to experience anxiety symptoms to a higher degree. It seems therefore that depression constitutes a response to loss (job loss) and anxiety a response to threat (fear of losing one's job).

Finally, in order to mitigate the mental health effects of the financial crisis, one should start off with ending the denial that there is no problem. Restructuring of services for timely and effective treatment for people who display psychiatric morbidity as well as those who are at high risk for it is considered imperative. Furthermore multifaceted interventions geared towards unemployment, financial strain, social capital deficiencies and existing mental health difficulties should become a top priority.

References

1. Hellenic Statistical Authority. *Quarterly National Accounts*. HSA, Piraeus, 2012.
2. Hellenic Confederation of Professionals, Craftsmen & Merchants (GSEVEE). *Incomes and costs of households*. GSEVEE, Athens, 2013.
3. European Commission. *Eurostat database*, 2013. Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/waste/data/database>



ATTI DEL CONGRESSO

4. UNICEF. *Report on the situation of children in Greece*. Hellenic UNICEF Committee, Athens, 2013.
5. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. *Greece's health crisis: from austerity to denialism*, *Lancet* 2014; 383, 748-753.
6. Simou E, Koutsogeorgou E. *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review*. *Health Policy* 2014; 115, 111-119.
7. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. *Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case*. *Am J Public Health* 2013; 103, 973-979.
8. World Health Organization. *Impact of economic crises on mental health*. WHO, Geneva, 2011.
9. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. *Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide*. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* 2011; 46, 943-952.
10. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. *Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece*. *J Affect Disord* 2013; 145, 308-314.
11. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou L, Stefanis C. *Increased suicidality in Greece amid economic crisis*. *Lancet* 2011; 378 (9801), 1459.
12. Economou M, Madianos M, Peppou L, Theleritis C, Stefanis C. *Suicidality and the economic crisis in Greece*. *Lancet* 2012; 380, 337.
13. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis CN. *Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis*. *World Psychiatry* 2013; 12, 53-59.
14. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Souliotis K, Patelakis A, Stefanis C. *Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: a nationwide population-based study*. *Social Science & Medicine* 2014; 100, 141-147.
15. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders-Patient Edition*. New York State Psychiatric Institute, New York, 2002.
16. Economou M, Peppou LE, Fousketaki S, Theleritis C, Patelakis A, Alexiou T, Madianos M, Stefanis C. (2013). *Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders*. *Psychiatriki* 2013; 24, 247-261.
17. Economou M, Peppou LE, Louki E, Komporozos A, Mellou A, Stefanis CN. *Depression telephone helpline: help seeking during the financial crisis*. *Psychiatriki* 2012; 23, 17-28.



ATTI DEL CONGRESSO

SESSIONE 4

STRESSFUL EVENTS, OXIDATIVE STRESS AND OUTCOME IN BIPOLAR DISORDER

G. Goodwin

University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford - UK

Background

Oxidative stress and neurotrophic factors have been implicated in the pathophysiology of bipolar disorder. Plasma glutathione or BDNF levels might accordingly serve as possible biomarkers.

Methods

Blood samples were collected from 50 euthymic, medicated bipolar I and II patients and 50 matched healthy controls. Total and oxidised glutathione levels were measured using an enzymatic recycling method and used to calculate reduced, per cent oxidized, ratio of reduced to oxidized and redox state. BDNF was measured using an enzyme-linked immunoassay.

Results

Bipolar patients had significantly lower levels of total glutathione and it was more oxidized than in controls. BDNF levels were not different. Age of illness onset but not current mood state correlated with total glutathione levels and its oxidation status, so that lower levels of total and reduced glutathione were associated with later onset of disease, not length of illness (1).

Conclusions

Plasma glutathione levels and redox state detect oxidative stress even in euthymic patients with normal BDNF. Plasma glutathione appears to be a suitable biomarker for detecting underlying oxidative stress. It may relate to the onset not just the development of bipolar disorder. Further work is required to understand the mechanisms underlying such a major systemic shift in metabolism, and how this may relate to environmental stress or genetic risk.

1. A. R. Rosa, N. Singh, E. Whitaker, M. de Brito, A. M. Lewis, E. Vieta, G. C. Churchill, J. R. Geddes and G. M. Goodwin Altered plasma glutathione levels in bipolar disorder indicates higher oxidative stress; a possible risk factor for illness onset despite normal brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels . *Psychological Medicine* 2014, 44, 2409-2418.



ATTI DEL CONGRESSO

I CONCETTI DI "VULNERABILITY" E "LIABILITY": IMPLICAZIONI PER LA SCHIZOFRENIA

C. Maggini

Università di Parma

1. I termini Vulnerability e Diathesis in letteratura ricorrono come sinonimi (si parla indifferentemente di vulnerability o diathesis-stress models) e la sinonimia talora è estesa alla Liability **(1,2)**. E' da chiedersi se detti termini identifichino concetti sovrapponibili. "Some valuable meanings can be lost by clumping the terms together" **(3)** e una loro più precisa definizione potrebbe (forse) consentire una miglior comprensione del ruolo patogeno dei life events stressors considerato assiomatico nei vulnerability/diathesis-stress models malgrado la non univocità dei dati empirici.

La ricerca sui life events stressors nella schizofrenia ha infatti rilevato dati discordanti **(4,5)**:

a. significativo aumento prima dell'episodio psicotico di life events "independent" da fattori di vulnerabilità/diatesi, sintomi prodromici e residuali, disposizioni personali ,supporto e reclutamento sociale, atmosfera familiare;

b. significativo aumento prima dell'episodio psicotico di life events "dependent" dai suddetti fattori che indica la necessità di incorporare nei vulnerability/diathesis-stress models fattori addizionali correlati ai life events;

c. mancato rilievo di life events stressors prima dell'episodio psicotico che mette in discussione i vulnerabilità/diathesis-stress models e indica una variabilità individuale nel causal pathways for schizophrenic episodes : stress "necessary cause" in alcuni schizofrenici , "irrelevant factor" in altri **(6)**.

La letteratura indica che raramente entrano in gioco di eventi maggiori "independent", più frequentemente si tratta di "dependent" small stress of daily life **(4,5;7,8,9,10,11)**.

2. I concetti Vulnerability e Diathesis identificano una compromissione del Sistema Nervoso Centrale (per gli effetti additivi/interattivi/stocastici/epigenetici di multiple genes e pre-peri-postnatal environmental stressors) che "to become pathogenic" richiede "potentiating or releasing factors". Vulnerability /diathesis e Stress sono quindi "necessary for each other" **(12)**: il tratto di unione tra vulnerability/diathesis e stress indica un vincolo di necessaria complementarietà etiologica tra i due costrutti **(3,13,14)**.

Ambedue i concetti rimandano quindi ad una etiologia che "to become pathogenic" richiede un potenziamento (raggiungimento di una threshold) ad opera di stressors, ma si può ipotizzare che Vulnerability (diversamente da Diathesis) implichi una abnormal stress sensitivity and reactivity to stress (per effetto di fattori genetici, biologici e/o psicologici) responsabili di una disposizione-propensione a favorire/determinare eventi stressanti o a convertire un evento in stress cosicchè l'episodio psicotico può manifestarsi per independent stressors maggiori (natural disasters,fateful loss events), ma anche e soprattutto per dependent small stressors of daily life **(11,15,16,17)**.

La Diathesis, in questa accezione, include "the vulnerability to stress"**(16)**, ma non contempla (necessariamente) una disposizione-propensione a favorire/determinare eventi stressanti o a convertire gli eventi in stress : il disturbo si manifesterebbe quindi per independent stressors maggiori**(13)**. La diathesis potrebbe, tuttavia, trasformarsi in vulnerability (intesa come disposizione-propensione a favorire/determinare eventi stressanti o a convertire un evento in stress) allorché si instaura un'abnormal ipersensibility and iperreattivity to life events stressors, per effetto dei fattori sopra elencati, divenendo patogena anche per effetto di eventi stressanti minori dependent **(18)**.

Il concetto di Liability si contrappone a quelli di Vulnerability e Diathesis in quanto identifica un construct/variable (di origine genetica e ambientale) che tende a manifestarsi in modo autonomo ("Liability it is going to express itself always in some format the endophenotypic or phenotypic level" "as full-blown clinical disease or as compensative and alternative forms") senza l'intervento di un trigger ("No triggering is needed") **(3)**.



ATTI DEL CONGRESSO

Vi sarebbe quindi un “direct pathway from liability to disturb without necessary addiction of stress” anche se vari fattori possono “push one to express the liability” in un continuum endofenotipico-fenotipico (3). Il concetto di Liability rende conto del mancato rilievo, in alcuni schizofrenici, di life events stressors prima degli episodi psicotici.

3. Rado (19,20) e Meehl (21,22) sono considerati i padri dei “Today’s vulnerability-stress models of schizophrenia” elaborati sulla scia dello slittamento teorico da modelli etiologici uni-fattoriali a modelli multi-fattoriali e sistemici (13) e divenuti popolari in USA con il “Vulnerability-stress model of schizophrenia” di Zubin & Spring (13) e “A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes” di Nuechterlein & Dawson (14) e in Europa con “The Dynamics of Complex Biological-Psychological Systems” di Ciompi (23).

In detti modelli la schizofrenia è considerata un disturbo episodico in accordo a osservazioni cliniche (“waxing and waning states”:13) e studi di follow-up (24,25,26), in opposizione alla concezione classica del decorso della malattia (27), alle acquisizioni della psichiatria continentale di processo/defekt (28), “consolidazione” (29), metamorfosi patologica della personalità (30) e alle concettualizzazioni della schizofrenia come progressive developmental disorder (31) e dei toxic effects of psychosis (1). La cronicità nei suddetti modelli è ricondotta a iatrogenic influences (13,32,33) o ad elevati livelli di vulnerabilità (34).

4. I Vulnerability-stress models sono unanimemente considerati schemi di riferimento concettuali utili per la ricerca etio-patogenetica della schizofrenia, ma carenti per quanto attiene agli indicatori psicopatologici di vulnerabilità (35,36). A questo proposito Klosterkoetter et al. (37) hanno stigmatizzato la trascuratezza delle acquisizioni della psichiatria tedesca relative ai Sintomi di Base (SB) (38,39,40) che hanno fornito una semeiologia della psicopatologia della vulnerabilità più estensiva ed accurata dei c.d. early signs utilizzati nei vulnerability-stress models. Il modello Sintomi di base (basato sulla psicopatologia fenomenologica descrittiva jaspersiana) consente di ovviare a questa manchevolezza fornendo una semeiologia empiricamente fondata e sistematica dei disturbi dell’esperienza della vulnerabilità (SB) che rappresentano l’origine dei percorsi psicopatologici che conducono ai sintomi psicotici (41).

Altro limite dei vulnerability-stress models (ma riferito anche al Modello dei SB) è considerato la scarsa attenzione conferita alla personalità (35,36) ridotta alla formula ipersemplificata dei meccanismi di coping e di compenso. Critica non esente da una certa ipervalutazione del grado di libertà del paziente di fronte all’incedere della disturbante esperienza soggettiva della vulnerabilità. Blankenburg (42) ha espresso cautela in questo senso e Dalle Luche (43) ha sottolineato come la psicopatologia subclinica della vulnerabilità determini una progressiva limitazione di autonomia e libertà, una vita minor confinata agli adattamenti consentiti dall’elusione e dal coping dei SB e connotata da una intenzionalità puramente virtuale.

5. Questa presentazione propone una lettura psicopatologica fenomenologica descrittiva dei Vulnerability/diathesis-stress models della Schizofrenia così come si è declinata nella Teoria dei SB senza incursioni nel terreno della psicopatologia fenomenologica costitutiva e antropologico-eidetica da alcuni proposte ad integrazione dei vulnerability/stress models (35,36,44). In accordo a questa teoria i SB sono esperienze elementari ed a-caratteristiche di spinta, emozioni, percezioni, pensiero, linguaggio, pianificazione delle attività, confinate alla sfera soggettiva e vissute come disturbi che ricorrono in configurazioni sindromiche (Stadi di base) nella fase prepresicotica della malattia, si intensificano prima dell’esordio della sintomatologia acuta e persistono dopo la remissione. Nella “Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base” (45) i SB sono distinti in: “Deficit Dinamici con Sintomi minus diretti” (deficit di affettività e spinta pulsionale che in modo diretto limitano le capacità pratiche, adattive e



ATTI DEL CONGRESSO

relazionali"; "Deficit dinamici con sintomi minus indiretti"(deficit che incidono sulle capacità prestazionali, adattive e relazioni indirettamente mediante disturbi quali inquietudine, ruminazioni ossessive,...), "Disturbi cognitivi del pensiero" (disturbi della concentrazione, controllo e direzionalità del corso del pensiero, del linguaggio ricettivo ed espressivo, della memoria...); "Disturbi cognitivi della percezione"(disturbi percettivi sensitivi e sensoriali elementari, vissuti di derealizzazione); "Disturbi cognitivi dell'azione" (interferenza motoria, blocco motorio, perdita degli automatismi ...);"Cenestesie " e "Sintomi vegetativi centrali". I SB sono la prima espressione fenomenica del disturbo fondamentale (Grundstörung) della schizofrenia situato a livello trans-fenomenico (al di là del campo della coscienza e quindi non direttamente esperito dal soggetto), sotteso a livello pre-fenomenico da alterazioni biologiche (neurofisiologiche e neurotrasmettitoriali) del lobo limbico (**37,38; 46**). Per fattori endogeni (attività di processo) e/o di fattori emotivo-situazionali che compromettono le capacità di elaborazione delle informazioni si determinano SB di 1°livello (deficit dinamici e disturbi vegetativi, del tutto aspecifici), SB di 2° livello (disturbi cognitivi di pensiero, motilità, percezione e cenestesie) coinvolti nelle sequenze di transizione che esitano nei SB di 3° livello (sintomi di I rango di Schneider). Se non si determina la stabilizzazione al 3° livello i sintomi possono transitare al 2° e al 1° livello.

Gli schizofrenici per gran parte del decorso della malattia (fase pre-psicotica e post-psicotica) presentano "Stadi di Base" (SB di 1° e 2°livello) con mantenimento di insight e della capacità di esperire e comunicare i deficit cognitivi e dinamici e i vissuti somatici e di adottare meccanismi di coping, di adattamento e di compenso. Gli Stadi di base pre-psicotici si manifestano precocemente nella fase premorbosa della schizofrenia e sono distinti in "Sindromi d'avamposto" (precedono la prima manifestazione psicotica di circa 10 anni, hanno una durata di mesi o anni, un decorso remittente e non esitano nell'episodio psicotico) e "Prodromi" (della durata media di 3 anni) che esitano senza soluzione di continuità nell'episodio psicotico. Gli Stadi di base post-psicotici sono distinti sulla base della durata (3 anni) in reversibili e irreversibili. Gli Stadi di base pre e post-psicotici si sovrappongono ai "transient intermediate states"("A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes" di Nuechterlein e Dawson **5**).

Nelle "sequenze di transizione" che dai SB (cognitivi della percezione, dell'azione e cenestesici) portano ai sintomi psicotici positivi (percezione delirante, allucinazioni verbali, esperienze di passività) entrano in gioco vari fattori e si succedono diverse fasi. Il first generating factor (aumento del disturbo dell'information processing per fattori endogeni e/o emotivo-situazionali) determina la comparsa/accentuazione di SB 1° e 2° livello (perdita di controllo sui propri pensieri e movimenti, alterazioni della percezione del mondo esterno ,senso di estraneità dal proprio corpo) che si associano ad una peculiare impressione di cambiamento, di allarmante complessità del campo dell'esperienza e ad intensa tensione emozionale (basal irritazione da Berner **47** identificata con l'instabilità dinamica di Janzarik **48**). Questa atmosfera perturbante scardina il normal frame of reference to reality e induce la comparsa di as if mode of experience ("fase di depersonalizzazione") cosicché percezioni, atti mentali, azioni e sensazioni corporee strane sono esperite "come se" fossero fatti dall'esterno e i pensieri uditi "come se" fossero vocalizzati da voci esterne. L'intensificarsi del carattere perturbante ed emotivo dell'esperienza infrange as if mode of experience e attiva un second generating factor consistente nella riattualizzazione di older frames of reference to reality (propri di alcuni stadi dello sviluppo infantile non disattivati) che consente di dare senso alle esperienze, di proiettare nello spazio esterno i vissuti inquietanti ("fase di esternalizzazione") e di ridurre la complessità esperienziale e la tensione affettiva con la spiegazione dei cambiamenti ambientali "fatti per me" me ,degli atti del pensiero, azioni e sensazioni corporee "fatti dall'esterno", dei pensieri uditi vocalizzati da "voci esterne". L'entrata in gioco di un "third generating factor" ("active attempt of coping") determina la transizione alla "fase di concretizzazione" con la spiegazione di how, why e by whom del made-up con una ulteriore riduzione della complessità dell'esperienza e della tensione affettiva già avviata nella "fase di esternalizzazione". I SB sono responsabili anche del manifestarsi dei sintomi negativi e disorganizzati. Le ampie corrispondenze rilevabili



ATTI DEL CONGRESSO

tra SB e Sintomi Negativi e Disorganizzati (**49,50**) hanno fatto ipotizzare che i SB siano il livello più sfumato, minimale, precoce della sindrome negativa e disorganizzata e che esista un continuum psicopatologico con i sintomi negativi/ disorganizzati caratterizzato da accentuazione e modificazione qualitativa delle originarie esperienze elementari (sintomi dell'esperienza) che esita in fenomeni psicopatologici qualitativamente diversi (sintomi dell'espressione) (**51**).

6. Il modello dei SB può efficientemente integrarsi nei vulnerability/diathesis-stress models in quanto:

*fornisce una semeiologia dell'esperienza soggettiva della vulnerabilità più estensiva e dettagliata di quella degli early signs di psicosi degli high risk studies (**52,53,54,55**)

*identifica l'aspetto nucleare dei vulnerability-stress models (interazione vulnerability/stressors) nei SB espressivi di "Diminuita tolleranza allo stress" e di "Accresciuta impressionabilità" responsabili di "self-inflicted life events stressors" e della basal irritation che attiva le sequenze di transizione ai sintomi psicotici (**56**)

*conferisce rilievo nel configurarsi della sintomatologia psicotica a:

- disturbo dell'information processing come in "A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes" di Nuechterlein & Dawson (**5**)

- instabilità affettiva come nel "Modello della Coerenza dinamico-strutturale" di Janzarik (**48**)

- personalità: aspetti schizotipici (ontogenetically older frames of reference to reality) come in "Liability to schizophrenia" di Rado (**19,20**), "Integrative biopsychological approach to schizophrenia" di Meehl (**21,22**) e "Diathesis-personality-stress model for Schizophrenia" di Zuckerman (**16**).

*consente di comprendere "what schizophrenic symptomatology properly is and how it arises" da esperienze elementari, a caratteristiche confinate alla sfera soggettiva e di cogliere il processo dinamico-dialettico che a partire da un fondo psicopatologico elementare giunge a manifestarsi in strutture di coscienza psicotica;

* consente di individuare la vulnerabilità alla schizofrenia in familiari di I grado non affetti (SB espressivi di "Disturbi della processamento delle informazioni", "Vulnerabilità" e "Irritazione interpersonale").

Bibliografia

1. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Schizophrenia: vulnerability versus disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2000;2:257-66.
2. Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(Suppl.395):20-9.
3. Lenzenweger MF. Schizotypy and Schizophrenia. *The View from Experimental Psychopathology*. The Guildford Press, New York, London, 2010.
4. Lukoff D, Snyder K, Ventura J, Nuechterlein KH. Life Events, Familial Stress, and Coping in the Developmental Course of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1984;10,2:258-92.
5. Nuechterlein KH, Dawson ME. A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin* 1984;10,2:300-12.
6. Spring B, Coons H. Stress as a precursor of schizophrenia In: Neufeld R.(Ed). *Psychological Stress and Psychopathology*. Mc Graw-Hill, New York 1982:pp.13-53.
7. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin* 1991;110:406-25.
8. Brown Gw, Birley JL. Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J of Health and Social Behavior* 1968 ; 9:203-214.
9. Norman RMG, Malla AK. Stressful life events and schizophrenia I: A review of the literature. *Brit J of Psychiatry* 1993;162:161-166.



ATTI DEL CONGRESSO

- 10.**Norman RMG, Malla AK. Stressful life events and schizophrenia II. Conceptual and methodological issues. *Brit J of Psychiatry* 1993;162:166-74.
- 11.**Miyn-Germeys I, Krabbendam L, Delespaul PA, van Os J. Do life events have their effects on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress? *Psychological Medicine* 2003;33:327-33.
- 12.**Katschnig H. Vulnerability and Trigger Models/Rehabilitation :Discussion .In: Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W. (Eds). *Search for the causes of Schizophrenia*. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, 1987: pp.353-8.
- 13.**Zubin J, Spring B. Vulnerability –A New view of schizophrenia .*Journal of Abnormal Psychology* 1977;86:103-23.
- 14.**Nuechterlein KH,Dawson ME,Gitlin M et al. Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress 1982;18,3:387-425.
- 15.**Tienari P. Interaction between genetic vulnerability and family environment. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 1991;84:460-5.
- 16.**Zuckerman M. *Vulnerability to Psychopathology. A Biosocial Model*. American Psychological Association Washington,DC,1999.
- 17.**Corcoran C, Walker E, Huot R et al. The Stress Cascade and Schizophrenia: Etiology and Onset. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29,4:671-92.
- 18.**Walker EF, Diforio D. Schizophrenia :A neural diathesis-stress model. *Psychological Review* 1997;104:667-85.
- 19.**Rado S. Dynamics and classification of disordered behavior .*Am J of Psychiatry* 1953;110:406-16.
- 20.**Rado S. Theory and Therapy :The theory of schizotypal organization and its application to the treatment of decompensated schizotypal behavior. In: Scher SC, Davis HR (Eds).*The outpatient treatment of schizophrenia*.Grune & Stratton, New York 1960: pp.87-101.
- 21.**Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia *American Psychologist* 1962;12: 827-38.
- 22.**Meehl PE. Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:935-44.
- 23.**Ciampi L. The Dynamics of Complex Biological-Psychosocial Systems .Four Fundamental Psycho-Biological Mediators in the Long-term Evolution of Schizophrenia. *Brit J of Psychiatry* 1989;155(suppl.5):15-21.
- 24.**Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoffective psychoses .*Rec prog in Medicina* 1989;80:646-52.
- 25.**Ciampi L, Muller C. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine kataqmnestische Langzeitstudie*.Springer,Heidelber,1976.
- 26.**Bleuler M. *Die Schizophrenen Geistesstorungen im Lichte Langjarhriger Kranken-und Familiengeschiten*. Thieme verlag. Stuttgart,1972.
- 27.**Kraepelin E. *Trattato di Psichiatria* .VII ed. Vallardi. Milano,1907.
- 28.**Jaspers K. *Psicopatologia generale* .Tr.it Priori.Il Pensiero Scientifico Editore,Roma,1964.
- 29.**Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, Thieme Stuttgart,1958.
- 30.**Ey H. *Etudes Psychiatriques. Historique, Méthodologie, Psychopatologie Générale*. Desclée De Brouwer e Cie,Paris,1952.
- 31.**de Haan L,Bakker JM. Overview of Neuropathological Theories of Schizophrenia : from Degeneration to Progressive Developmental Disorder .*Psychopatologia* 2004; 37 :1-7.
- 32.**Zubin J, Magaziner J, Steinhauer SR. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psycol Med* 1983;13:551-65.
- 33.**Zubin J. Chronicity versus vulnerability. In :Tsuang MT ,Simpson JC (Eds). *Handbook of Schizophrenia Vol.3: Nosology, Epidemiology and Genetics*. Elsevier Science Publishers, B.V.1988,pp.463-480.



ATTI DEL CONGRESSO

- 34.**van Os J, Rutten BPF, Poulton R. Gene-Environment Interaction in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Direction. *Schizophrenia Bulletin* 2008;34,6:1066-82.
- 35.**Stanghellini G. For an Anthropology of Vulnerability. *Psychopathology* 1997;30:1-11.
- 36.**Stanghellini G. Vulnerabilità schizotropica e vulnerabilità schizotipica. *Psichiatria Gen Età Evol* 1998;35:183-209.
- 37.**Klosterkoetter J. The development of schneiderian first rank symptoms. In Maggini C. (Ed) *Psicopatologia e clinica della schizofrenia*. ETS Pisa, 1995: pp.75-115.
- 38.**Huber G. Reine defectsyndrome und basistadien endogener psychosen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1966;34:409-26.
- 39.**Gross G, Huber G. Classification and prognosis of schizophrenic disorders in light of the Bonn follow-up studies. *Psychopathology* 1986;19: 50-9.
- 40.**Sullwold L, Huber G. *Schizophrene Basisstörungen* Springer. Berlin, 1986.
- 41.**Klosterkoetter J. Basissymptome und Endphanomene der Schizophrenie. Eine empirische Untersuchung der psychopathologischen Übergangsreihen zwischen defizitären und produktiven schizophreniesymptomen. Springer, Berlin, 1988.
- 42.**Blankenburg W. La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- 43.**Dalle Luche R. Depersonalizzazione e Sintomi di Base. *Psichiatria Gen Età Evol* 2003;40:315-43.
- 44.**Stanghellini G. At Issue: Vulnerability to Schizophrenia and Lack of Common Sense. *Schizophrenia Bulletin* 2000;26,4:775-87.
- 45.**Gross G, Huber G, Klosterkoetter J, Linz M. La Scala di Bonn per la Valutazione dei Sintomi di Base. Ed. e tr. Ital. a cura di Maggini C, Dalle Luche R. ETS, Pisa, 1992.
- 46.**Klosterkoetter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychoses. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1992;1:30-41.
- 47.**Berner P. Conceptualization of Vulnerability Models for Schizophrenia: Historical Aspects. *Am J of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)* 2002;114:938-42.
- 48.**Janzarik W. *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1959.
- 49.**Gross G, Huber G. Das Basissymptomkonzept idiopathischer Psychosen. *Zbl Neurol Psychiatr* 1989; 252:1-19.
- 50.**Armbruster B, Klosterkoetter J. Basic vs negative symptoms. In: Shagass C, Josiassen RC, Bridge WH (Eds). *Biological Psychiatry*. Elsevier, New York, Amsterdam, London, 1986:pp.1148-50.
- 51.**Maggini C. La schizofrenia negativa. In: Rossi Monti M, Stanghellini G (Eds). *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1995:pp.73-90.
- 52.**Chapman LJ, & Chapman JP. The search for symptoms predictive of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13 :497-504.
- 53.**Chapman LJ, Chapman JP, Kwapil TR et al., Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *J Abnorm Psychol* 1994;103:171-83.
- 54.**Holzman PS, Colermn M, Lenzenweger MF et al. Working memory deficits, antisaccades, and thought disorder in relation to perceptual aberration In: Raine A, Lencz T, Mednick SA (Eds). *Schizotypal Personality*. Cambridge University Press, New York, NY, 1995:pp.353-81
- 55.**Parnas J, Schulsinger H. Continuity of formal thought disorder from childhood to adulthood in a high risk sample. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74:246-51.



ATTI DEL CONGRESSO

TAVOLA ROTONDA – RESILIENZA NELLA SALUTE MENTALE

INDIVIDUAL DIFFERENCES IN ENVIRONMENTAL SENSITIVITY: DIATHESIS-STRESS, DIFFERENTIAL SUSCEPTIBILITY AND VANTAGE SENSITIVITY?

M. Pluess

Department of Biological and Experimental Psychology, School of Biological and Chemical Sciences, Queen Mary University of London - UK

The notion that some people are more affected than others by the same experience is widely embraced in most fields of psychology and usually framed in a Diathesis-Stress perspective: some people are more vulnerable to adverse experiences as a function of inherent risk characteristics (e.g., personality, genes). More recently, it has been suggested in the Differential Susceptibility framework (Belsky & Pluess, 2009) that individuals may vary in their environmental sensitivity more generally: some are more affected by both negative as well as positive influences. Based on this now empirically well-supported proposition, I will introduce the new concept of Vantage Sensitivity which refers to variation in response to exclusively positive experiences (Pluess & Belsky, 2013). After introducing these three differences perspectives and presenting empirical evidence for both differential susceptibility and vantage sensitivity featuring behavioral, physiological, neuroimaging and genetic factors as moderators of a wide range of experiences ranging from family environment and psychotherapy to educational intervention, I will point out important conceptual differences between the concepts before discussing potential mechanisms and practical implications.

Literature:

Pluess, M., & Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: Individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin*, 139(4), 901-916. doi: 10.1037/a0030196



ATTI DEL CONGRESSO

MODELLI DI RESILIENZA IN PSICOPATOLOGIA

P. Stratta¹, A. Collazzoni², A. Rossi²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, ASL 1, L'Aquila

² Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologie (DISCAB), Università de L'Aquila

Introduzione

E' ampiamente riportato nella letteratura e nella pratica clinica quotidiana che le persone mostrano un adattamento psicosociale migliore di quanto circostanze oggettive negative suggeriscano. Ad esempio, il funzionamento scolastico ed accademico può essere elevato nonostante difficoltà psicosociali nella fanciullezza e nell'adolescenza, ed il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) è l'eccezione e non la regola dopo l'esposizione ad eventi traumatici (1).

Nell'ultimo decennio queste osservazioni hanno portato ricercatori e clinici a porre il loro interesse sugli esiti positivi dell'adattamento post-traumatico ed in particolare alla resilienza. Benché oggetto di rilevante interesse clinico e di ricerca, non si è ancora raggiunto unanime consenso sulla natura del costrutto. Tra le definizioni proposte, quelle di processo o capacità di esito positivo a seguito dell'esposizione ad eventi traumatici o estremi, capacità di riprendersi e di uscire più forti e pieni di nuove risorse dalle avversità e processo attivo di resistenza, autoriparazione e crescita in risposta alle crisi ed alle difficoltà inevitabili della vita, sono le più utilizzate (2, 3, 4).

La resilienza implica caratteristiche fenomenologiche e processuali che non sono un'acquisizione permanente ma possono variare nello stesso individuo, nella famiglia, nella comunità quando nuove vulnerabilità e risorse emergono con cambiamenti delle circostanze di vita in particolari fasi di transizione nello sviluppo psicofisico (es. pubertà, inizio università, cambio di lavoro, matrimonio, malattie).

L'incremento di capacità di 'coping' o modificazione di fattori ambientali (familiari, lavorativi, economici, abitativi) possono ridurre la vulnerabilità e costruire la resilienza, aiutando a promuovere auto-efficacia, autostima ed accettazione di sé: questi rappresentano elementi protettivi contro l'esordio di disturbi mentali e forme di difesa contro la demoralizzazione e il senso di sconfitta (5).

La resilienza costituisce uno dei fattori o dei processi che interrompono la catena causale che va dai fattori di rischio all'esito negativo favorendo l'adattamento positivo. E' stata inoltre considerata come un meccanismo protettivo che modifica le risposte individuali a circostanze ambientali avverse mantenendo un funzionamento psicologico e fisico positivo (6).

Storicamente ha costituito la cornice all'interno della quale la psicopatologia dello sviluppo ha tentato di comprendere come fanciulli ed adolescenti esposti ad eventi negativi non sviluppavano esiti disadattivi (6, 7, 8). La resilienza è multidimensionale e multi-determinata da una combinazione di caratteristiche fisiologiche e di fattori di personalità. Resilienza e vulnerabilità costituiscono l'effetto dell'interazione di diversi fattori, tra i quali sono compresi quelli genetici, che possono manifestarsi nel temperamento, nell'intelligenza o nella personalità come nella diversa suscettibilità ai possibili eventi ambientali. Se la resilienza si riferisce a caratteristiche dell'individuo che lo aiutano ad affrontare positivamente eventi di vita avversi, vi sono tratti di personalità che sono associati ad esiti positivi in seguito ad eventi avversi di vita.

Un argomento oggetto della concettualizzazione del costrutto della resilienza è relativo al suo significato come effetto compensatorio o protettivo (6). Il modello compensatorio prevede una situazione dove la resilienza opera in direzione opposta al fattore di rischio. Essa ha un effetto diretto sull'esito indipendentemente dal fattore di rischio. Un effetto protettivo indica invece che i fattori di resilienza riducono gli effetti del fattore di rischio rispetto all'esito. Può neutralizzare o ridurre, senza completamente eliminarlo, oppure può incrementare gli effetti di fattori protettivi. L'effetto protettivo può essere considerato una sorta di risposta immunitaria che non si manifesta in assenza di infezione ma che si attiva in presenza di eventi stressanti e difficoltà, che coinvolge la risposta individuale in termini di competenze ed abilità sia della persona colpita che della sua rete sociale (9).



ATTI DEL CONGRESSO

Anche se viene riconosciuta alla resilienza una natura dinamica e di processo, alcuni autori descrivono come personalità resilienti assetti psicologici precedenti all'esposizione allo stress che, in parte, possono determinare il successo dell'adattamento.

Le personalità resilienti sono caratterizzate da una percezione del sé matura e differenziata, da tratti che favoriscono relazioni interpersonali forti, stabili e reciproche che favoriscono un elevato funzionamento adattivo. Tali caratteristiche sono l'opposto di quelle descritte nei disturbi di personalità (10, 11).

Per quanto riguarda gli studi relativi all'impatto del genere sulla resilienza, i risultati non sono univoci, variando in rapporto all'età in cui è avvenuto l'evento stressante ed alla sua tipologia. Diversi studi hanno rilevato un'assenza di differenze nel livello di resilienza tra individui di sesso femminile e maschile. Altri studi invece rivelano importanti differenze di genere, con le donne in grado più che gli uomini di esprimere migliori profili di capacità di resilienza anche in presenza di disturbi psichiatrici. Le donne sono maggiormente in grado di far conto su un maggior supporto familiare e sociale, mentre gli uomini hanno una maggiore percezione di competenza personale e di auto-efficacia. Questa influenza di genere può essere più evidente in determinati periodi dello sviluppo psicofisico (12, 13, 14).

La resilienza in persone con disturbi mentali

Fattori protettivi come stili di coping, autostima e resilienza sono stati studiati per il loro possibile ruolo nella formazione di sintomi, funzionalità sociale e prognosi nei disturbi mentali (15, 16, 17).

La vulnerabilità di un soggetto è compensata, almeno in parte, da fattori di resilienza, che comprendono tutte quei meccanismi intrinseci/endogeni ed esogeni, che sostengono e mantengono uno stato di salute, permettendo così alle persone di affrontare situazioni stressanti. Tra queste situazioni si possono anche comprendere tratti della personalità disfunzionali o condizioni psicopatologiche. La resilienza agisce così da permettere la migliore condizione possibile di benessere psicologico anche in presenza e nonostante un disturbo psichico.

L'attenzione nei confronti della resilienza è aumentata negli ultimi anni anche se il campo della salute mentale è sempre particolarmente rivolto alla psicofarmacologia come modalità di trattamento primario. Riconoscendo che fattori biologici influenzano notevolmente il comportamento e che i farmaci sono in grado di migliorare in modo significativo una serie di sintomi di disturbi mentali, gli operatori della salute mentale riconoscono anche, e la ricerca conferma, che interventi sulla resilienza sono una componente importante per aiutare le persone che hanno sofferto di traumi. La capacità di resilienza in soggetti con disturbi psichici non termina nel momento in cui viene posta una diagnosi di un disturbo mentale, anche quando stanno lottando, spesso con fatica, per potersi riprendere (18). Negli ultimi anni ricercatori e clinici hanno indagato sugli effetti della resilienza su sindromi e sintomi psichiatrici. Diversi studi suggeriscono che persone con disturbi mentali, anche con disturbi psicotici, possono manifestare capacità di resilienza, persino se sottoposti a eventi stressanti gravi. Un esempio di resilienza è quello che si evidenzia in caso di esposizione a calamità o situazioni di emergenza, situazioni in cui talora si osservano persino miglioramenti (19, 20, 21). Tali capacità di resilienza talora sono anche in grado di modulare/moderare la gravità di sintomi depressivi di individui esposti a diversi tipi di traumi (22).

Resilienza e processi di guarigione sono costrutti correlati che hanno suscitato notevole interesse nel campo della ricerca clinica (18, 23, 24). Sono questi processi complessi che implicano la possibilità di ricostruzione di vita, autostima e speranza per un futuro migliore, che probabilmente rappresentano elementi di un fenomeno dalle molte sfaccettature.

La resilienza quindi, quale capacità di riprendersi dopo evento stressante, sia esso una patologia, un evento catastrofico o persino entrambi insieme, può essere una risorsa importante da tenere in conto in quanto possibile obiettivo di interventi. Se così, la resilienza insieme con il concetto di recupero/guarigione, permette anche nei disturbi mentali un miglioramento anche indipendentemente dal trattamento



ATTI DEL CONGRESSO

farmacologico. Maggior interesse dovrebbe essere focalizzato sulla costruzione ed incremento di fattori di resilienza e facilitare il recupero, non solo sulla gestione dei sintomi (24).

All'interno di un approccio integrato focalizzato sul soggetto, basato su un quadro bio-psico-socioculturale, la valutazione di elementi resilienti possono offrire la possibilità di una corretta e personalizzata prevenzione, diagnosi e cura (25).

Resilienza e psicosi

Le psicosi hanno un impatto negativo sulla qualità di vita e del benessere della persona, ma il loro miglioramento può essere ancora un obiettivo realizzabile. Tali persone possono cioè raggiungere e trovare una condizione di benessere pur all'interno della malattia. Il valore di tratti psicologici positivi quali resilienza ed ottimismo per il miglioramento della salute e del benessere è stato documentato (26), anche se non valutato in maniera sistematica quanto sarebbe opportuno.

A seconda del grado di vulnerabilità, oltre alle risorse sia interne che esterne della persona, il corso della malattia ed il suo esito sarà differente, come evidenziato da studi longitudinali di follow-up, che indicano che circa il 25 al 30% delle persone con schizofrenia può essere considerata pienamente guarita nel corso del periodo considerato, con un altro 25 a 45% che riporta un significativo miglioramento (27, 28).

Queste osservazioni hanno importanti implicazioni cliniche e di ricerca in quanto depongono per la possibilità di guarigione che genera una speranza nei pazienti e negli operatori, dimostrando che le persone con schizofrenia non sono condannati a una vita di disabilità.

Una rilevante prospettiva per il futuro della ricerca clinica è quello di esaminare la fattibilità e l'efficacia di interventi destinati a questi fattori tra persone affette da disturbi psicotici. Una condizione di benessere e, perché no, di felicità non sono incompatibili con una condizione di psicosi cronica, ma fortemente correlati con una serie di tratti o fattori psicosociali positivi (29).

Correlazioni tra benessere e vari costrutti psicosociali positivi sono di rilevanza, in quanto costituiscono una base empirica di psicoterapie volte alla riduzione dello stress (30, 31), migliorando la resilienza (16, 32), e aumentando l'ottimismo (33).

Studi condotti in persone ad elevato rischio per sviluppo di psicosi possono essere di notevole valore euristico per identificare fattori di resilienza per psicosi. Studi di follow-up di gruppi di soggetti ad elevato rischio senza successiva transizione possono darci l'opportunità di comprendere la traiettoria del processo psicopatologico. E' verosimile si possa imparare da queste persone quali sono gli elementi che in qualche modo proteggono, pur in presenza di elevata vulnerabilità, dal passaggio al disturbo manifesto.

Lo sviluppo di una psicosi può essere considerato come un continuum tra precoci lievi sintomi prodromici e la condizione di franca patologia. Uno stato di elevato rischio per psicosi può essere conseguenza di una predisposizione genetica (34) e/o interazione con fattori epigenetici che intervengono nel neurosviluppo, e/o fattori stressanti (35, 36) che portano all'aumento del rischio clinico. In soggetti in fase prodromica, capacità di controllo interno ed un concetto positivo di sé risultano predittivi di una buona qualità di vita (37). Pur in presenza di disfunzione sociale e sintomi prodromici, in particolare sintomi negativi, gli stili di coping adattivi e la resilienza rappresentavano fattori protettivi in grado di influire sulla qualità di vita e sul funzionamento psicosociale ed interpersonale.

Fattori psicologici, come la bassa autostima, alto nevroticismo e convinzioni negative su di sé, possono conferire la vulnerabilità alla psicosi in soggetti ad alto rischio (38, 39).

In presenza di fattori di vulnerabilità psicosociale, quali sensibilità allo stress interpersonale e tendenza a percepire sentimenti di ostilità, se non compensate da fattori di resilienza, maggiore è la possibilità di andare verso una condizione di franca psicosi e di deterioramento del funzionamento psicosociale. La promozione di un adeguato funzionamento sociale può quindi passare attraverso l'incremento di fattori di resilienza oltre che l'intervento sulla sintomatologia.



ATTI DEL CONGRESSO

Plausibili strategie di intervento volte a rinforzare fattori protettivi possono quindi comprendere tecniche di promozione della resilienza e sulla riduzione del distress correlato ai sintomi. Anche in condizioni di elevato rischio, si potrebbe in tal modo prevenire la transizione in franca condizione psicotica.

Importante obiettivo della ricerca è quello di individuare indicatori che permettano di identificare i soggetti che pur in presenza di fattori di rischio per psicosi, possano selettivamente essere trattati con interventi integrati che comprendano il miglioramento e l'espressione di capacità di resilienza. I risultati evidenziano la possibilità che il rafforzamento strategie di coping nei confronti dello stress, costruzione ed incremento di fattori di resilienza, e la promozione di stili di recupero possono essere bersagli di intervento utili a ridurre la gravità dei sintomi, e migliorando la traiettoria a lungo termine della malattia. Questi obiettivi terapeutici offrono il potenziale di ridurre la gravità dei sintomi anche senza intervenire direttamente sui contenuti, in maniera coerente con la recente attenzione su approcci terapeutici volti a stimolare i punti di forza della persona (40).

Resilienza e disturbi dell'umore/ansia

Disturbi dell'umore e d'ansia hanno una rilevante importanza clinica data la loro alta prevalenza, associate a sostanziale disabilità ed alti tassi di ricadute e recidive ed esito a lungo termine non sempre positivo (41). Circa il 70% delle persone con depressione rispondono sì al trattamento farmacologico, ma molti di questi non giungono comunque ad una completa remissione dei sintomi. Una importante sfida del trattamento è quindi oggi la prevenzione delle ricadute ed il raggiungimento del completo recupero (42). Una elevata resilienza può svolgere un ruolo nel migliorare la risposta al trattamento dei disturbi dell'umore (42) e le basi neurobiologiche condivise tra depressione e resilienza allo stress (43) supportano questa ipotesi.

Recentemente notevole è stata l'attenzione focalizzata sui fattori che promuovono la resilienza e il comportamento resiliente, in grado di aiutare a prevenire la depressione.

Resilienza in giovani adulti a rischio per la depressione è associato a fattori di protezione sia individuali che relazionali durante l'adolescenza. Avere una visione positiva della vita durante gli anni formativi dell'adolescenza può contribuire a ridefinire le avversità come sfide ed opportunità di crescita. Gli individui con una prospettiva positiva diventano più soddisfatti della vita e di loro stessi, intraprendono più relazioni gratificanti, e tendono a funzionare meglio. Fattori di protezione sia propri dell'individuo o provenienti da interazioni positive possono rinforzarsi reciprocamente, creando una spirale positiva che conduce ad esiti resilienti.

Fattori con possibilità di contribuire a diversi livelli di resilienza sono: un atteggiamento di ottimismo realistico, il sostegno sociale, modelli resilienti da poter imitare, spiritualità e religiosità, senso di avere uno scopo nella vita, capacità di accettazione, cura della salute e del benessere, un approccio attivo alla soluzione dei problemi con ricerca di eventuali opportunità pur in presenza di avversità (43).

Fattori psicologici positivi, modificabili, quindi potenziali obiettivi di intervento, hanno implicazioni cliniche mediate dalla resilienza in questi pazienti, associati con una prognosi migliore (5). Questi interventi sono tuttavia non semplici nella pratica clinica data la complessità e la difficoltà di identificar la natura dei fattori di resilienza significativi. Dei vari sintomi, una grave ansia di tratto sembra essere il fattore predittivo più affidabile di una scarsa resilienza in pazienti con disturbi depressivi e/o ansia (44).

Disturbi quali depressione e / o ansia possono essere considerate avversità da affrontare, per cui i fattori di resilienza possono essere significativi nei processi di coping e di recupero/guarigione. La resilienza, migliorando l'autostima può fungere da mediatore che permette di aumentare la probabilità di successo di fronte ad esperienze negative con maggiore capacità di adattamento positivo (45, 1). Se così, una scarsa resilienza porta a debole autostima ed inefficienza di fronte ad esperienze negative. Presenza ed interazione di una bassa ansia di tratto con alta resilienza, oltre a fattori demografici e clinici, contribuiscono al migliore esito del trattamento.



ATTI DEL CONGRESSO

Resilienza e disturbo post traumatico da stress

Molte persone sono esposte potenzialmente a perdite o a eventi traumatici durante la loro vita, ma non tutti reagiscono a questi eventi potenzialmente disturbanti nello stesso modo (1). Sulla base dei dati epidemiologici, circa il 60% degli uomini e il 50% delle donne riporta almeno un evento traumatico durante la loro vita.

Il verificarsi durante la vita del PTSD varia invece tra il 6% e il 9%. Tuttavia, non tutti i soggetti con una storia personale di abuso infantile o di altro tipo di esposizione al trauma sperimenta sintomi psicopatologici (46). Come gli psicologi dello sviluppo hanno affermato per molto tempo, non esiste un unico mezzo per mantenere l'equilibrio a seguito di eventi altamente negativi, ma piuttosto molteplici vie di recupero (47). Questi ed altri studi dimostrano che le persone non solo riescono a sopravvivere agli eventi estremamente tragici, ma sono in grado di gestire le conseguenze o addirittura raggiungere cambiamenti psicologici e personali positivi nel periodo successivo ai traumi, fenomeno noto come post-traumatica crescita (48)

Sebbene sia le capacità di coping che la resilienza siano rivolte al controllo ed alla formulazione di risposte efficaci ad eventi stressanti, e siano indubbiamente correlate, sono comunque concetti distinti. Mentre per coping si intende l'insieme di strategie cognitive e comportamentali utilizzate da un individuo per gestire le richieste di situazioni stressanti (49), la resilienza fa riferimento a processi volti ad un esito adattivo di fronte alle avversità. Il coping comprende un insieme di competenze, mentre la resilienza indica ed indirizza verso l'esito positivo a seguito dell'esercizio delle competenze più adeguate alla gestione dell'evento stressante (50). Non tutti coloro che utilizzano modalità di coping è resiliente. Alcune di queste modalità sono inadeguate e possono portare ad esiti fallimentari, e se il coping non porta ad un buon risultato, la persona non è resiliente (51, 52, 53). La resilienza interagisce con strategie di coping per proteggere dal disadattamento in condizioni di stress ed interviene quale processo di protezione nell'intento di orientare e condurre le capacità di coping verso un esito positivo.

La letteratura scientifica sull'argomento ha identificato una costellazione di fattori di resilienza in risposta a stress o traumi, di tipo cognitivo, comportamentale ed esistenziale. La conoscenza dei fattori resilienza e di vulnerabilità possono essere di sostanziale beneficio nella valutazione e gestione delle vittime di traumi. Se tali fattori, così come i fattori di rischio, vengono individuati interventi tempestivi possono essere impiegati per ottimizzare gli esiti (54). Questi fattori includono ottimismo, flessibilità cognitiva, capacità di operare coping attivo, una rete sociale di sostegno, spiritualità, cura del benessere fisico. Questi fattori possono essere 'coltivati' anche prima dell'esposizione a eventi traumatici, oppure essere concettualizzati ed oggetto di mirati interventi per gli individui reduci da esposizione al trauma (55) La comprensione di questi fattori può contribuire a promuovere la resilienza negli individui prima ancora dell'incontro con il trauma, contribuendo a migliorare strategie di intervento psicosociale per il trattamento di vittime di traumi, ed aiutare lo sviluppo di comunità resilienti.

Resilienza e suicidio

In genere i clinici si concentrano sui fattori di stress e vulnerabilità che possono aumentare il rischio di suicidio. Recenti ricerche indicano invece l'esistenza anche di fattori in grado di ridurre tale rischio, possibili obiettivi di interventi di prevenzione attraverso lo sviluppo di abilità psicologiche che intervengono come moderatori nella relazione tra eventi stressanti e suicidalità. Questi studi suggeriscono che tali fattori possono attenuare l'impatto di una serie di fattori di stress, siano essi esterni, come eventi stressanti di vita, che psicologici, quali sentimenti di disperazione. Questi fattori moderatori appaiono essere estremamente efficaci ed in grado di attenuare l'impatto anche di alcuni tra i più gravi eventi stressanti come l'abuso fisico e sessuale.

Fattori moderatori protettivi sono particolarmente rilevanti per le persone ad alto rischio, come quelle che soffrono di disturbi di salute mentale, o in particolari condizioni di vita, come persone in stato di carcerazione. Anche tali persone ad alto rischio sono infatti in grado di sviluppare questi fattori di resilienza,



ATTI DEL CONGRESSO

la cui capacità protettiva è simile a quella osservabile in persone non a rischio, provenienti dalla popolazione generale (56).

Vi è un recente crescente interesse verso i fattori di resilienza nei comportamenti suicidari. La resilienza al suicidio è intesa quale insieme di credenze o percezioni che proteggono l'individuo dall'evenienza di ideazione o atti suicidari in presenza di fattori di rischio o di eventi stressanti (57, 58).

La capacità di auto-valutazione (self-appraisal), intesa come consapevolezza della capacità di riconoscere i propri limiti e scegliere le attività di conseguenza, è un fattore protettivo rilevante.

Tale costrutto è correlato al concetto di auto-efficacia, che riguarda la fiducia di un individuo nella propria capacità di mettere in atto un determinato comportamento, in particolare nella capacità di far fronte a difficili condizioni di vita. Le capacità di auto-valutazione maggiormente importanti sono quelle che riguardano la capacità dell'individuo di fronte alle emozioni, a situazioni difficili e di ottenere il sostegno sociale (59). Una capacità di auto-rappresentazione positiva permette di tamponare il pernicioso impatto della disperazione nello sviluppo di pensieri suicidari ed è un possibile obiettivo per gli interventi sulla prevenzione del comportamento suicidario.

Stigma e resilienza

Lo stigma è un fenomeno significativo per le persone con problemi di salute mentale (60, 61). E' indubbio l'impatto negativo sulla corretta diagnosi ed il conseguente trattamento, in quanto impedisce a molte persone affette da malattia mentale persino di avere il coraggio di chiedere aiuto e farsi curare, lasciandole sole a soffrire e lottare contro la malattia (62, 63). Oltre all'impossibilità quindi di giungere ad una diagnosi, ulteriori conseguenze sono poi la non aderenza a regimi di trattamento (60, 64), problemi di autostima, difficoltà sociali (65). Purtroppo, senza una corretta diagnosi e trattamento, le conseguenze, quali l'abuso di sostanze, l'esser senza fissa dimora, il suicidio, sono gravi.

La comprensione del grado di stigma che una persona sta vivendo, o ha avuto esperienza in passato, e la risposta ad esso può aiutare il terapeuta a comprendere quando orientare la persona ad attingere a proprie risorse, spingendolo ad un attivo impegno nel migliorarle ed incrementarle, e quando riconoscere il considerevole peso e difficoltà che pone una simile richiesta. Molte persone che vivono con disturbi psichici e che lottano con questa assunzione di responsabilità personale per far fronte ai loro disturbi potranno non chiedere l'aiuto di un professionista della salute fino a quando non sono in preda alla disperazione non avendo più forze per farvi fronte (66).

Conclusioni

La resilienza può essere vista come un sistema dinamico di adattamento, come un sistema immunitario, che sussiste in assenza di attacco 'a microbi'. Se così la resilienza possiede una componente di tratto, ovvero una competenza con memoria di sfide ontogenetiche precedenti, ma anche una componente di stato, in quanto esprime la sua attività plastica in processi di coping coordinati temporalmente in presenza di conflitto o problema (67, 6), che porta ad un adattamento positivo alle avversità.

I risultati degli studi suggeriscono che eventi stressanti e vulnerabilità possono essere affrontati e probabilmente anche prevenuti grazie ad un incremento di livelli di resilienza. La valutazione longitudinale in popolazioni cliniche possono portare a maggiore conoscenza delle sue caratteristiche. L'intera area della cura e riabilitazione dei disturbi mentali hanno necessità della promozione della resilienza e del benessere come obiettivi primari di intervento.

Bibliografia

1. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol* 2004; 59:20-8.



ATTI DEL CONGRESSO

2. Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol* 2007; 19:921-30.
3. Norris F, Stevens S, Pfefferbaum B, Wyche K, Pfefferbaum R. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Commun Psychol* 2008; 41:127-50.
4. Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill. 1982.
5. Davidson J, Payne VM, Connor KM et al. Trauma, resilience and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *Int Cli Psychopharm* 2005; 20(1):43-8.
6. Rutter M. Resilience re-considered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, eds. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Vol. 2. New York: Cambridge University Press; 2000: p. 651-82.
7. Luthar SS, Chicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71 (3): 543-62.
8. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds*. Ithaca, NY: Cornell University Press. 1992.
9. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Martinussen M, Rosenvinge JH. A new scale for adolescent resilience: grasping the central protective resources behind healthy development. *Meas Eval Couns Dev* 2006; 39:84-96.
10. Skodol AE. The resilient personality. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall JS, eds., *Handbook of Adult Resilience*. New York: Guilford Press. 2010; pp. 112-25.
11. Rossi A, Capanna C, Struglia F, Riccardi I, Stratta P. Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R) 1 year after the earthquake of L'Aquila (Italy). *Pers Individ Differ* 2011; 51:545-8.
12. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev of Clin Psycho* 2011; 7:511-35.
13. Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, Daneluzzo E, Di Tommaso S, Rossi A. Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: Gender differences. *J Affect Disorders* 2011; 131:79-83.
14. Stratta P, Capanna C, Patriarca S et al. Resilience in adolescence: gender differences two years after the earthquake of L'Aquila. *Pers Individ Differ* 2013; 54:327-31.
15. Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *J Youth Adolesc* 1999; 28:343-63.
16. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the ready program. *Psychol Health Med* 2010; 15(3):266-77.
17. Ho WW, Chiu MY, Lo WT, Yiu MG. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44(1):71-84.
18. Ridgway P. *Resilience and recovery from psychiatric disabilities: links in concepts and research*. A working paper. Lawrence KS: University of Kansas 2004.
19. Stratta P, Rossi A. Subjective adjustment of individuals with psychiatric disorders in the aftermath of the L'Aquila earthquake. *Am J Psychiatry* 2010; 167:352-3.
20. Stratta P, de Cataldo S, Bonanni RL et al. Bounce back capacity in persons with mental disorders: a comparative study following a catastrophic event. *J Psychopathol* 2014; 20:269-72.
21. Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, DeLisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Res* 2002; 110:201-17.
22. Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *J Affect Disord* 2010; 126:411-14.



ATTI DEL CONGRESSO

23. Deegan P. The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian J Pub Health* 2005; 33:1-7.
24. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008; 28:1108-24.
25. Müller-Spahn F. Individualized preventive psychiatry: syndrome and vulnerability diagnostics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258(Suppl 5):92-7.
26. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am. J. Psychiatry* 2013; 170(2):188-96.
27. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178:506-17.
28. Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195(5):406-14.
29. Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014; 159:151-6.
30. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 2009; 15(5):593-600.
31. Van Daele T, Hermans D, Van Audenhove C, Van den Bergh O. Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review. *Health Educ Behav* 2012; 39(4):474-85.
32. Griffith J, West C. Master resilience training and its relationship to individual well being and stress buffering among army national guard soldiers. *J Behav Health Serv Res* 2013; 40(2):140-55.
33. Fresco DM, Moore MT, Walt L, Craighead LW. Self-administered optimism training: mechanisms of change in a minimally supervised psychoeducational intervention. *J Cogn Psychother* 2009; 23(4):350-67.
34. Lawrie SM, McIntosh AM, Hall J, Owens DG, Johnstone EC. Brain structure and function changes during the development of schizophrenia: the evidence from studies of subjects at increased genetic risk. *Schizophr Bull* 2008; 34(2):330-40.
35. Van Os J, Rutten BPF, Poulton R. Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophr Bull* 2008; 34(6):1066-82.
36. Stepniak B, Papiol S, Hammer C et al. Accumulated environmental risk determining age at schizophrenia onset: a deep phenotyping-based study. *Lancet Psychiatry* 2014; 6:444-53.
37. Ruhrmann S, Paruch J, Pukrop R et al. Reduced subjective quality of life in persons at risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117(5):357-68.
38. Krabbendam L, Janssen I, Bak M et al. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:1-6.
39. Morrison AP, French P, Lewis SW et al. Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: comparisons with non-patients and associations with symptoms. *Psychol Med* 2006; 36:1395-404.
40. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clin Psychol Psychot* 2012; 19:283-90.
41. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med* 2007; 37:307-17.
42. Fava GA, Tomba E. Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *J Pers* 2009; 77(6): 1903-34.
43. Southwick S, Charney D. Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges. Cambridge: Cambridge University Press, 2012; p. 13.
44. Min JA, Lee NB, Lee CU, Lee C, Chae JH. Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *J Affect Disorders* 2012; 137:61-9.
45. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Pers Individ Differ* 2006; 41:341-52.



ATTI DEL CONGRESSO

46. Collishaw S, Pickles A, Messer J, et al. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse Negl* 2007; 31:211-29.
47. Luthar SS. Resilience in development. A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology: risk, disorder and adaptation*. Vol.3. 2nd ed. New York: Wiley; 2002: p. 739-95
48. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev* 2006; 26:626-53.
49. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55:745-74.
50. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth MEW. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull* 2001; 127(1):87-127.
51. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in responses to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Pers Individ Differ* 2003; 34:77-95.
52. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther* 2006; 44:585-99.
53. Glennie EJ. Coping and resilience. In: Rosen JA, Glennie EJ, Dalton BW, Lennon JM, Bozick RN, eds. *Noncognitive Skills in the Classroom: New Perspectives on Educational Research*: RTI Press Publication. 2010.
54. Ahmed AS. Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13:369-75.
55. Iacoviello BM, Charney DS. Psychosocial facets of resilience: implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5:23970.
56. Johnson J, Gooding P, Wood AM, Taylor PJ, Pratt D, Tarrrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31:563-91.
57. Johnson J, Gooding P, Wood AM, Tarrrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behav Res Ther* 2010; 48:179-86.
58. Rutter PA, Freedenthal S, Osman A. Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the suicide resilience inventory. *Death Stud* 2008; 32:142-53.
59. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behav Res Ther* 2010a; 48:883-9.
60. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004; 59:614-25.
61. Crisp A, Gelder M, Rix S, Meltzer H, Rowlands O. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2001; 177:4-7.
62. Barney L, Griffiths K, Jorm A, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;40:51-54.
63. Prior L, Wood F, Lewis G, Pill R. Stigma revisited, disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales. *Soc Sci Med* 2003; 56:2191-200.
64. Weich S, Morgan L, King M, Nazareth I. Attitudes to depression and its treatment in primary care. *Psychol Med* 2007;37:1239-48.
65. Link B, Struening E, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan J. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1621-26.
66. Boardman F, Griffiths F, Kokanovic R, Potiriadis M, Dowrick C, Gunn J. Resilience as a response to the stigma of depression: A mixed methods analysis. *J Affect Disorders* 2011;135:267-76.
67. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30:479-495.



ATTI DEL CONGRESSO

IL RUOLO DELLA RESILIENZA NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

M. Pompili, G. Giordano

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Sapienza, Università di Roma

La resilienza

Il termine resilienza mutua la sua accezione dalle scienze dei materiali, esprimendo la capacità di alcuni tipi di composti di resistere a vari tipi di forze esterne; permette loro di evitare di arrivare ad un punto di rottura e di riprendere successivamente la propria forma originaria. Parallelamente, in campo psichiatrico, la resilienza è rappresentabile come la capacità dell'essere umano di adattarsi con successo a situazioni stressanti (che vanno dalle avversità quotidiane, o dai problemi di salute, economici o sociali, ai traumi, agli abusi ed alle catastrofi), mantenendo una buona funzionalità psicofisica (1, 2, 3). Essa non va considerata una variabile statica caratteristica di un soggetto, quanto piuttosto uno stato temporaneo. E' un processo dinamico adattativo che implica la relazione tra tratti e risorse personali e l'ambiente esterno, in cui sono strettamente coinvolti processi psicologici, biologici, comportamentali e sociali (4). Fondamentali, tra le caratteristiche personali, sono le strategie di coping e di problem solving, la stabilità emotiva, la capacità di interpretazione delle proprie emozioni e dei propri pensieri e di volgerli in modo positivo, l'autovalutazione e l'abilità nelle relazioni sociali; tra gli aspetti ambientali vi sono la storia ed il contesto familiari, il supporto degli amici o di altre relazioni sociali importanti, le caratteristiche economiche e sociali (5). I primi studi sulla resilienza sono stati condotti su soggetti che durante l'infanzia sono stati esposti a gravi traumi (6; 7; 8), le cui implicazioni nello sviluppo psicofisico degli stessi soggetti e nella loro salute mentale a lungo termine, sono state ben documentate (9; 10; 11; 12). Tali implicazioni comprendono: riduzione del QI, modificazioni neurobiologiche, alterazioni del comportamento, aggressività, abuso di sostanze, aumentato rischio di sviluppare una patologia psichiatrica, aumento del rischio di suicidio. Tuttavia, recenti studi mettono in evidenza che solo una parte del campione di soggetti che hanno subito abusi, sviluppa successivamente una problematica di interesse psichiatrico, mentre in circa un terzo non è possibile far diagnosi di alcun tipo di patologia (10; 13). McGloin and Widom (2001) (14) hanno dimostrato che il 48% dei soggetti, che durante l'infanzia riportavano storie di abuso, non incontrava nessun criterio diagnostico per la depressione, l'ansia ed il PTSD, mentre ben il 38% non possedeva una diagnosi di abuso di sostanze. Esaminando alcune variabili del funzionamento psicosociale di questi soggetti in età adulta, gli autori hanno definito il 22% del campione come "resiliente". Sono state correlate ad un miglior outcome buone capacità cognitive, alcuni aspetti della personalità, alta autostima, buon controllo emotivo, attribuzione esterna della colpa, buone strategie di coping, ottimismo, abilità di pianificare eventi futuri e buone capacità relazionali, (15; 16). In questi soggetti, nell'ambito dei fattori ambientali, gli elementi di rischio di poter sviluppare una patologia psichiatrica sono rappresentati da un basso status socioeconomico, una diagnosi psichiatrica a carico della madre o del padre, la presenza di violenza nell'ambito familiare e la frequentazione di "cattive compagnie", mentre, gli elementi protettivi dall'attaccamento positivo tra genitori e figlio, una esperienza scolastica positiva, dalle relazioni positive con altri adulti all'esterno della famiglia (17; 18). Collishaw e colleghi (2007) (19) hanno condotto uno studio in Inghilterra, "the Isle of Wight study", che ha coinvolto quasi 500 soggetti di 9-10 anni d'età, successivamente ricontattati a 14-15 anni e a 44-45 anni. Il 10% dei soggetti riportava in anamnesi ripetuti o gravi abusi fisici o abusi sessuali durante l'infanzia. In questo gruppo era aumentato il tasso di insorgenza di patologie psichiatriche durante l'adolescenza e l'età adulta. Una piccola percentuale di questi soggetti non riportava problemi psichiatrici durante la vita adulta. La resilienza, in questo caso, era correlata ad alcune variabili come la cura da parte dei genitori, le relazioni con coetanei durante l'adolescenza, la qualità delle relazioni sentimentali durante l'età adulta ed alcune caratteristiche della personalità. Un altro studio, (20) condotto negli Stati Uniti su 676



ATTI DEL CONGRESSO

soggetti con storia di abuso sessuale, ha dimostrato che circa la metà dei soggetti in adolescenza e circa un terzo in età adulta potevano essere definiti “resilienti”.

Oltre la metà dei soggetti che erano resilienti durante l’adolescenza, lo rimanevano durante l’età adulta, mentre l’ 11% degli adolescenti non resilienti, lo diventavano successivamente. Il sesso femminile risultava essere più frequentemente resiliente durante entrambi i periodi. Un ambiente familiare di sostegno e stabile o figure di riferimento erano maggiormente correlate alla presenza della resilienza.

Ultimamente è stata ipotizzata una possibile correlazione tra rischio di suicidio e resilienza: questa potrebbe rappresentare un fattore protettivo in soggetti che si trovino ad affrontare gravi situazioni stressanti. Pochi studi sono stati condotti per analizzare tale relazione, ma spesso è stato confermato un ruolo importante della resilienza nella protezione dei soggetti dalla disperazione e dal tentativo di suicidio.

La relazione tra resilienza e suicidio

Il suicidio rappresenta uno dei più importanti problemi di salute pubblica: basti pensare come il suicidio rappresenti la terza causa di morte tra i soggetti di 15-24 anni e come l’incidenza aumenti tra i soggetti anziani (21). I fattori di rischio per il suicidio attualmente riconosciuti sono molteplici e sono rappresentati dalla presenza di patologie mentali (come i disturbi dell’umore, la schizofrenia, i gravi disturbi d’ansia ed alcuni disturbi di personalità), l’abuso di alcol e di sostanze, la perdita della speranza (hopelessness), le tendenze aggressive e/o impulsive, una storia di traumi ed abusi, la diagnosi di alcune patologie mediche gravi, i precedenti tentativi di suicidio o una storia familiare di suicidio. Tra le situazioni ambientali, i più frequenti fattori di rischio sono rappresentati dalla perdita di relazioni importanti o del lavoro, il facile accesso ad armi letali, i problemi economici, la mancanza di sostegno sociale ed il conseguente senso di isolamento, lo stigma e gli ostacoli nell’accedere alle cure mediche (22).

Ultimamente alcuni studi hanno indagato il ruolo della resilienza nella prevenzione del rischio suicidario (23, 24, 25, 26, 27, 28). I precedenti studi epidemiologici hanno più spesso analizzato i fattori di rischio di suicidio rispetto ai fattori protettivi e spesso non spiegavano il motivo per cui alcuni soggetti dei campioni a rischio effettuassero un tentativo di suicidio ed altri apparissero invece “protetti”(29). Inoltre gli studi sono stati più frequentemente condotti su campioni di soggetti non clinici (30). Nell’ambito degli studi di suicidologia, il termine resilienza ha assunto vari significati: è stato ipotizzato che possa essere considerata come un’abilità nel regolare i pensieri di suicidio (31), come un fattore interno che protegga dalla suicidalità (26), oppure come un’autovalutazione positiva che protegga dall’impatto dello stress (23, 24). Recentemente, Johnson et al. (2011) (25) hanno condotto uno studio per confermare l’ipotesi secondo cui la resilienza possa essere considerata come una “protezione” nei confronti del rischio di suicidio. Tale ipotesi prevede che: i). la resilienza venga considerata come una dimensione a parte rispetto al rischio di suicidio e che agisca come moderatore dell’impatto del rischio su di un outcome; ii). sia il rischio che la resilienza possano essere considerati come dimensioni bipolari, in cui ogni fattore di rischio ha anche un suo inverso protettivo ed ogni fattore di resilienza ha un suo opposto negativo che determina un aumento del rischio di suicidio; iii). infine, i fattori di resilienza debbano essere visti come dei costrutti psicologici interni. La resilienza può essere infatti considerata come un’abilità dell’individuo di superare le difficoltà o come risorsa personale che può proteggere dalle avversità individuali (23). La resilienza non è un fattore con cui si nasce, si può continuamente incrementare o in alcune fasi della vita ridurre. Fattori esterni, come l’esperienza di un abuso, potrebbero inficiare lo sviluppo dei livelli individuali di resilienza (32). Secondo l’ipotesi di Johnson e colleghi (2011) (25) la resilienza va considerata come una dimensione separata rispetto al rischio di suicidio; interagisce con esso riducendone l’impatto negativo (25). E’ per questo che è necessario valutare sia la suicidalità che i fattori di rischio per una migliore determinazione della resilienza (25). I fattori di rischio ed i fattori protettivi rispetto al suicidio, possono essere considerati come due opposti di un unico spettro bipolare. Ad un polo abbiamo un alto rischio di suicidio con alti fattori di rischio



ATTI DEL CONGRESSO

e bassi fattori protettivi, mentre al polo opposto abbiamo un basso rischio di suicidio con bassi fattori di rischio ed alti fattori protettivi (25). In modo simile è possibile considerare la resilienza come uno spettro con due poli: ad esempio, mentre alti livelli di autovalutazione conferiscono resilienza e protezione contro l'ideazione suicidaria, bassi livelli di autovalutazione possono essere considerati come elemento potenziante l'associazione tra fattori di rischio e suicidalità.

Poiché sia la resilienza che le variabili di rischio possiedono poli positivi e negativi, e che in genere i fattori di rischio sono considerati negativi e la resilienza un fattore positivo e protettivo, potrebbe essere complicato comprendere quali variabili siano da considerare elementi di resilienza e quali invece fattori di rischio (25).

Nella resilienza come fattore protettivo nei confronti del rischio suicidario, un ruolo importante è sicuramente giocato dalle capacità cognitive del soggetto: alcune funzioni come la ridotta capacità di riportare alla memoria ricordi e la ruminazione, intesa come uno stile di pensiero ripetitivo ed autoreferenziale, sono state correlate ad un maggior rischio di suicidio (33). Lo "stile di attribuzione" può essere definito come la modalità con cui un individuo spiega a se stesso gli eventi e l'esperienza che ne trae (34). Alcuni studi hanno dimostrato che uno stile di attribuzione che porta l'individuo ad identificare la causa di eventi negativi esterni in processi interni personali, potrebbe essere correlato all'insorgenza della sintomatologia depressiva (35; 36) e allo sviluppo di un comportamento suicidario (37). Invece, uno stile di attribuzione che spieghi gli eventi negativi in termini di cause esterne specifiche e modificabili può concretizzarsi in un aspetto dell'ottimismo e può proteggere l'individuo dall'impatto negativo dello stress (38). Un'interpretazione cognitiva positiva del mondo circostante, di sé e del futuro determina una protezione contro la perdita di speranza, l'insorgenza di depressione e l'aumento conseguente del rischio suicidario (39). Anche le abilità di coping e di problem solving rappresentano aspetti importanti nella riduzione di insorgenza della depressione e del rischio suicidario; ultimamente la ricerca ha ipotizzato un loro ruolo nella resilienza (40; 41). In realtà non tutti gli studi sono concordi nel dimostrare un loro ruolo protettivo. È probabile che possano essere protettivi solo nei confronti di alcuni fattori di rischio, ma non tutti (25). È stato dimostrato che alcuni tratti della personalità sono associati allo sviluppo della resilienza; l'introversione, l'irritabilità, il "nevrotismo", l'impulsività ed il perfezionismo sono associati ad un maggior rischio suicidario, mentre alti livelli di coscienziosità ed estroversione appaiono come fattori protettivi (30; 42; 43; 44; 45). L'intelligenza emotiva può essere definita come l'abilità di percepire, identificare, processare e gestire le proprie emozioni (46). Alcuni autori hanno ipotizzato che alti livelli di intelligenza emotiva possano essere protettivi nei confronti del rischio suicidario (47).

Un altro fattore implicato nello sviluppo della resilienza è sicuramente l'autostima, che può essere definita come la valutazione individuale di quanto si è importanti e considerati nelle relazioni con gli altri (48). Alcuni studi hanno dimostrato che un'alta autostima può conferire resilienza contro il suicidio (per es. 49).

In uno studio recente, Johnson e colleghi (2010) (23) hanno proposto il concetto di resilienza contro il suicidio come un'autovalutazione positiva, nozione molto simile al concetto di autoefficacia percepita (50) (l'abilità dell'individuo di adottare un particolare comportamento), focalizzata specificatamente sulla capacità di gestire le difficoltà della vita. Gli aspetti importanti dell'autovalutazione riguardano l'abilità di gestire le emozioni e le situazioni avverse e di acquisire supporto sociale. Johnson e colleghi (2010) (24) hanno analizzato un campione di studenti valutando se l'intensità di quest'autovalutazione potesse essere correlata ad una maggior protezione rispetto allo sviluppo di un'ideazione suicidaria a fronte di una grave situazione di stress. Gli autori hanno dimostrato che gli studenti che presentavano un livello più basso di autovalutazione positiva, di fronte ad una situazione difficile, sviluppavano più facilmente un'ideazione suicidaria. Invece, i soggetti con alti livelli di autovalutazione sembravano maggiormente protetti nei confronti del rischio suicidario. Questi risultati hanno fatto ipotizzare che l'autovalutazione positiva potesse rappresentare la resilienza di tale campione di studenti contro l'ideazione suicidaria, determinando una



ATTI DEL CONGRESSO

protezione nei confronti di eventi di vita stressanti. Nello stesso anno, lo stesso gruppo di ricerca ha condotto uno dei pochi studi sulla resilienza su di un gruppo di pazienti con una diagnosi di schizofrenia (24). Gli autori hanno dimostrato come l'autovalutazione positiva moderasse l'associazione tra perdita di speranza (hopelessness) e sviluppo di ideazione suicidaria. Infatti i pazienti con più alti livelli di autovalutazione positiva, sebbene presentassero comunque un aumento dei livelli di disperazione, erano meno esposti ad un'ideazione suicidaria.

Alcuni studi hanno posto l'attenzione sul possibile coinvolgimento di meccanismi epigenetici nella relazione tra resilienza e suicidio (51; 52; 53; 54). Tra i meccanismi epigenetici, che giocano un ruolo importante nel conferimento di una identità specifica alla cellula durante lo sviluppo e la replicazione, maggiormente studiati fino ad ora, vi sono la metilazione del DNA, le modificazioni degli istoni e le alterazioni della codificazione dell'RNA. In modelli animali sono stati studiati i livelli di cure materne e di stress perinatale per verificare l'impatto delle avversità durante i primi anni di vita. Uno dei target maggiormente indagati è rappresentato dall'asse ipotalamo-cortico-surrene (HPA). I primi studi condotti negli anni '60 ed '80 hanno evidenziato come vi fossero alterazioni nel comportamento di roditori esposti a differenti livelli di cure materne: essi riportavano alterazioni nello sviluppo della paura in conseguenza di risposte allo stress mediate dal sistema endocrino (55). Successivamente è stata scoperta un'alterazione della regolazione dei recettori per i glucocorticoidi in aree cerebrali coinvolte nello sviluppo dell'ansia e nel circuito dell'HPA, come la corteccia prefrontale, l'ippocampo e l'ipotalamo. I ratti adulti che avevano ricevuto livelli o molto alti o molto bassi di cure materne, dimostravano alterazioni a lungo termine della metilazione del DNA e dell'acetilazione dell'istone H3K9 del promoter del recettore per i glucocorticoidi nell'ippocampo e del promotore del gene GAD67 nella corteccia prefrontale (56; 57; 58). Diversi autori hanno dimostrato come molti altri geni, tra cui quelli codificanti la vasopressina nell'ipotalamo ed il BDNF nella corteccia prefrontale, sono coinvolti nella espressione epigenetica di eventi stressanti precoci (63; 64). McGowan e colleghi (2009) (53) hanno studiato l'espressione del promoter del recettore dei glucocorticoidi neurone-specifico (NR3C1) nel tessuto cerebrale di soggetti deceduti per suicidio con o senza una storia di abusi durante l'infanzia. Gli autori hanno dimostrato che l'espressione del gene NR3C1 nell'ippocampo è diminuita nei soggetti deceduti per suicidio con una storia di abusi infantili, ma non in quelli senza abusi. L'ipermetilazione era associata ad un aumento della trascrizione del recettore dei glucocorticoidi e l'analisi in vitro indicava che queste regioni ipermetilate nei soggetti suicidi con storia di abusi, inibivano il legame del fattore di trascrizione EGR1 a selezionati nucleotidi nel promotore del gene. Questi dati confermano i risultati degli studi condotti sugli animali, in cui è stata verificata una riduzione della metilazione del promotore del gene Nr3c1, l'omologo del corrispettivo umano, in ratti che avevano una riduzione delle cure materne (56). Caspi et al. (2002) (51) hanno dimostrato che un polimorfismo funzionale del promotore del gene codificante per la monoamminossidasi di tipo A (MAO-A) modera l'effetto di ripetuti maltrattamenti subiti durante l'età infantile. I risultati dello studio dimostravano che i soggetti maltrattati durante l'infanzia, che manifestavano bassi livelli di espressione MAOA, molto spesso sviluppavano disordine del comportamento, personalità antisociale e crimini violenti rispetto ai soggetti con un'alta attività della MAOA. Rimane ancora oggetto di studio comprendere quali regioni del genoma siano alterabili da eventi di vita avversi e quanto rapidamente accadano queste modifiche.

Molti studi hanno dimostrato che i reduci di guerra sono maggiormente a rischio di sviluppo di patologie psichiatriche, più frequentemente depressione, PTSD ed abuso d'alcol (59). I soldati sono esposti in modo continuativo a gravi situazioni di stress che prevedono la perpetrazione della violenza e delle uccisioni. Eppure non tutti i reduci di guerra soffrono di patologie psichiatriche. Esistono tre tipi di resilienza nell'ambito della milizia (60): la resilienza operativa, definibile come la capacità di mantenere un ruolo operativo ed una performance psicologica durante le missioni, nonostante l'esposizioni a situazioni stressanti e conseguenti conflitti interiori che ne derivino; la resilienza post-missione, che rappresenta



ATTI DEL CONGRESSO

l'abilità di riacquisire e mantenere la funzionalità in ambiti non militari dopo aver fatto ritorno dalla missione e quindi essere un soggetto attivo e funzionante della famiglia e della società; ed infine la resilienza psicologica a lungo termine, che può essere intesa come abilità prolungata di adattarsi fisicamente, psicologicamente e spiritualmente al combattimento o ai vari tipi di operazioni militari senza sviluppare una patologia mentale o un disturbo del comportamento.

All'inizio del 2004 l'esercito degli Stati Uniti ha subito un forte incremento del numero dei suicidi tra i suoi componenti (61). Dati rivelano che i soldati maggiormente a rischio erano quelli che venivano dimessi da un reparto psichiatrico entro 12 mesi (62).

Kessler e colleghi (2015) (28) hanno condotto uno studio per sviluppare un algoritmo che identifichi il rischio suicidario in questa categoria di soggetti, che dovrebbe essere adottata all'interno degli ospedali psichiatrici. Su di un campione di 53769 soldati ospedalizzati, 68 sono deceduti per suicidio entro 12 mesi dalla dimissione (12% del totale di suicidi nell'esercito degli USA). I fattori predittivi più importanti erano rappresentati dal sesso maschile, arruolamento tardivo, violenza verbale, possessione di armi, precedenti tentativi di suicidio ed una diagnosi di disturbo dell'umore. Gli autori concludono che, visto il forte aumento di rischio di suicidio nei soldati dimessi soprattutto entro 12 mesi, interventi di diagnosi e prevenzione debbano essere inseriti nella pratica clinica quotidiana per identificare i soggetti maggiormente a rischio.

E' evidente come sia fondamentale determinare la resilienza del soggetto per effettuare una migliore prevenzione del rischio suicidario. Nel 2008 Rutter e colleghi (26) hanno confermato la validità della Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25) nell'identificare i soggetti maggiormente a rischio di suicidio perché con ridotti livelli di resilienza. Lo studio è stato condotto su di un campione di 239 studenti universitari e conferma la SRI-25 come un valido strumento per i clinici per valutare la resilienza ed il rischio di suicidio (26). Sono necessari ulteriori studi per comprendere in modo più approfondito la complessa relazione tra resilienza e rischio suicidario, affinché sia possibile riconoscere precocemente i soggetti più a rischio e seguire il percorso terapeutico più adatto.

Bibliografia

1. Russo SJ, Murrough JW, Han MH, Charney DS and Nestler EJ. Neurobiology of resilience. *Nat Neurosci* 2012; 15, 1475–1484.
2. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol* 2012; 24, 335–344.
3. Southwick SM and Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* 2012; 338, 79–82.
4. Litz BT. Resilience in the aftermath of war trauma: a critical review and commentary. *Interface Focus* 2014; 4, 20140008.
5. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS and Mathé AA. Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 2013; 7, article 10.
6. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resilience to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 1985;147, 598–611.
7. Suedfeld P. Homo invictus: the indomitable species. *Canadian Psychology* 1996;38,164–73.
8. Werner E, Smith R. Overcoming odds: high risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1992.
9. Brown J, Cohen P, Johnson JG and Smailes EM. Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38, 1490–1496.
10. Fergusson DM and Mullen PE. Childhood sexual abuse: An evidence based perspective. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999.



ATTI DEL CONGRESSO

11. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41, 97–116.
12. Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A and Purcell S. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology* 2003; 15, 297–311.
13. Stevenson J. The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40, 89–111.
14. McGloin JM and Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology* 2001; 13, 1021–1038.
15. Cicchetti D, Rogosch FA, Lynch M and Holt KD. Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcomes. *Development and Psychopathology* 1993; 5, 629–647.
16. McGee R, Wolfe D and Olson J. Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology* 2001; 13, 827–846.
17. Baldwin AL, Baldwin CP, Kasser T, Zax M, Sameroff A and Seifer R. Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology* 1993; 5, 741–761.
18. Easterbrooks A, Davidson A and Chazan R. Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among schoolaged children. *Development and Psychopathology* 1993; 5, 389–402.
19. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31, 211–229.
20. DuMont KA, Spatz Widom C, Czaja SJ. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31, 255–274.
21. Pompili M, Innamorati M, Venturini P, Serafini G, Lester D and Girardi R. Child abuse as a risk factor for suicide in life: A selective overview. *Minerva Psichiatrica*. 2011; 52(1), 61–69.
22. Servizio per la prevenzione del Suicidio, 2015.
http://www.prevenireilsuicidio.it/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=155.
23. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48, 179–186.
24. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Taylor PJ, Pratt D, Tarrrier N. Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48, 883–889.
25. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review* 2011; 31, 563–591.
26. Rutter PA, Freedenthal S and Osman A. Assessing Protection from Suicidal Risk: Psychometric Properties of the Suicide Resilience Inventory. *Death Studies* 2008; 32,142–53.
27. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health* 2013; 23(1),103–8.
28. Kessler RC, Warner CH, Ivany C, Petukhova MV, Rose S, Bromet EJ, Brown III M, Cai T, Colpe LJ et al. Predicting Suicides After Psychiatric Hospitalization in US Army Soldiers The Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry* 2015;72(1), 49–57.
29. Bolton C, Gooding P, Kapur N, Barrowclough C & Tarrrier N.. Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: we know they kill themselves but do we understand why? *Clinical Psychology Review* 2007; 27, 511–536.
30. Chang EC. Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research* 2002; 26, 581–595.



ATTI DEL CONGRESSO

31. Osman A, Gutierrez PM, Muehlenkamp JJ, Dix-Richardson F, Barrios FX. and Kopper BA. Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports* 2004; 94, 1349–1360.
32. Almeida DM. Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods. *Current Directions in Psychological Science* 2005; 14, 64–68.
33. Morrison R and O'Connor RC. A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2008; 38, 523–538.
34. Cornette MM, Abramson LY and Bardone AM. Toward an integrated theory of suicidal behaviors: Merging the hopelessness, self-discrepancy, and escape theories. In T. E. Joiner, & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 43–66). New York, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2000.
35. Luten AG, Ralph JA and Mineka S. Pessimistic attributional style: Is it specific to depression versus anxiety versus negative affect? *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35, 703–719.
36. Metalsky GI, Abramson LY, Seligman MEP, Semmel A and Peterson C. Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 43, 612–617.
37. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychological Review* 1990; 97, 90–113.
38. Hirsch JK, Wolford K, LaLonde SM, Brunk L and Parker-Morris A. Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2009; 30, 48–53.
39. Chang H, Lin M & Lin K. The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nursing Research* 2007; 56, 252–259.
40. Pollock LR and Williams JMG. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2001; 31, 386–396.
41. Grover KE, Green KL, Pettit JW, Monteith LL, Garza MJ & Venta A. Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65, 1281–1290.
42. Brezo J, Paris J and Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113, 180–206.
43. Pompili M, Innamorati M, Lester D, Akiskal HS, Rihmer Z, Del Casale A, et al. Substance abuse, temperament and suicide risk: Evidence from a case– control study. *Journal of Addictive Diseases* 2009; 28, 13–20.
44. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research* 2003; 121, 99–103.
45. Blankstein KR, Lumley CH and Crawford A. Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2007; 25, 279–319.
46. Zeidner M, Roberts RD and Matthews G. The science of emotional intelligence: Current consensus and controversies. *European Psychologist* 2008;13, 64–78.
47. Cha CB and Nock MK. Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009; 48, 422–430.
48. Leary MR and Baumeister RF. The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology* 2000; 32, 1–62. San Diego: Academic Press Inc.
49. Brown RM, Brown SL, Johnson A, K Melder, M Sullivan and Olsen B. Empirical support for an evolutionary model of self-destructive motivation. *Suicide & Life Threatening Behavior* 2009; 39, 1–12.
50. Bandura A. *Social learning theory*. Oxford, UK: Prentice-Hall. 1977.
51. Caspi A et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297, 851–854.



ATTI DEL CONGRESSO

52. Feder A, Nestler EJ and Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature* 2009; 10, 446-457.
53. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, Turecki G and Meaney MJ. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009; 12(3), 342–348.
54. McGowan PO. Epigenomic mechanisms of early adversity and HPA dysfunction: considerations for PTSD research. *Frontiers in Psychiatry* 2013; 4, article 110.
55. Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *AnnuRev Neurosci* 2001; 24:1161–92.
56. Weaver IC et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* 2004; 7,847–854.
57. Zhang TY, Hellstrom IC, Bagot RC, Wen X, Diorio J, Meaney MJ. Maternal care and DNA methylation of a glutamic acid decarboxylase 1 promoter in rat hippocampus. *J Neurosci* 2010; 30:13130–7.
58. de Kloet ER, Joels M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nat. Rev. Neurosci.* 2005; 6,463–475.
59. Iversen AC. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry* 2009; 9, 68.
60. Litz BT. Resilience in the aftermath of war trauma: a critical review and commentary. *Interface Focus* 2014; 4: 20140008. <http://dx.doi.org/10.1098/rsfs.2014.0008>.
61. Armed Forces Health Surveillance Center. Deaths by suicide while on active duty, active and reserve components, US Armed Forces, 1998-2011. *Med Surveill Monthly Rep* 2012;19(6),7-10.
62. Luxton DD, Trofimovich L, Clark LL. Suicide risk among US Service members after psychiatric hospitalization, 2001-2011. *Psychiatr Serv* 2013;64 (7),626-629.
63. Murgatroyd C, Patchev AV, Wu Y, Micale V, Bockmuhl Y, Fischer D, et al. Dynamic DNA methylation programs persistent adverse effect so fearly - lifestress. *NatNeurosci* (2009) 12:1559–66.
64. Roth TL, Lubin FD, Funk AJ, Sweatt JD. Lasting epigenetic influence of early life adversity on the BDNF gene. *Biol Psychiatry* 2009; 65, 760–9.



ATTI DEL CONGRESSO

POSTER

PO1:01

MODELLI DI CONSUMO DI ALCOL, CAFFÈ ED ENERGY DRINK IN UN CAMPIONE DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI ITALIANI

R. Santacroce, G. Martinotti, M. Lupi, E. Cinosi, T. Acciavatti, S. Marini, M. Di Giannantonio
Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università G. d'Annunzio, Chieti

SCOPO DELLO STUDIO:

Il consumo di bevande alcoliche è considerato parte della vita sociale in molti paesi occidentali, e l'Italia non fa eccezione. Attualmente, però, la globalizzazione e l'introduzione di nuovi stili di vita stanno modificando questa tradizione, aumentando la diffusione di pattern di consumo distorti, soprattutto nel segmento più giovane della popolazione. Il binge drinking è definito come ingestione di 5 o più bevande alcoliche (4 per le femmine), in un'unica occasione, almeno una volta a settimana, ed è un modello comune tra i giovani europei. Inoltre, anche bevande contenenti caffeina e bevande stimolanti in generale stanno guadagnando popolarità tra i giovani, soprattutto per aumentare la concentrazione, come "autoterapia" per i postumi dell'eccesso alcolico, per compensare la privazione di sonno o per ridurre il bisogno di dormire; gli energy drink possono anche essere miscelati con alcolici per migliorarne il gusto. Le conseguenze sulla salute di un consumo eccessivo di tali sostanze, tuttavia, possono essere gravi. Scopo di questo studio è valutare la prevalenza e i modelli di consumo di alcol, caffè e bevande energetiche in un campione di giovani italiani.

METODI:

Un questionario è stato somministrato ad un campione di 3011 adolescenti e giovani adulti di entrambi i sessi, di età compresa tra 16 a 24 anni. Il campione è stato reclutato in diverse città italiane, nel centro e nel sud del paese, al fine di assicurare l'inclusione di giovani provenienti da diversi contesti. Ai soggetti è stato chiesto di compilare un questionario di 31 domande riguardanti la conoscenza e l'uso di potenziali sostanze di abuso; il questionario comprendeva una sezione specifica per alcool, caffeina e energy drink. Tutti i partecipanti hanno risposto alle domande in modo indipendente.

RISULTATI:

Il campione è costituito da 3011 soggetti, età media: 20,04 anni. Il consumo di alcol è stato evidenziato nel 53,6% dei soggetti testati; tra questi, l'89,6% ha talvolta avuto comportamenti di binge drinking. Considerando il campione complessivo, la percentuale di binge drinkers si attesta al 48,1%.

Un consumo regolare di bevande energetiche è stato dichiarato dal 27,4% del campione; l'80,8% dei soggetti beve caffè, ed il 24% dei giovani intervistati consuma 4 o più caffè al giorno.

CONCLUSIONI:

Nel nostro campione, quasi il 90% dei giovani adulti che consumano alcol sono anche bevitori binge. Questo risultato è superiore a quelle evidenziate da altri studi europei focalizzati sullo stesso tipo di popolazione; inoltre, studi epidemiologici simili in Danimarca e Canada hanno mostrato risultati significativamente più bassi (15,8% in Danimarca, 20% in Canada) per quanto riguarda il consumo di bevande energetiche. Questi nuovi modelli di consumo devono essere costantemente monitorati e attentamente valutati al fine di evitare rilevanti minacce per la salute pubblica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO1:03

IL TRAZODONE NEL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA ALCOLICA

T. Vannucchi

Az. Usl 4, Prato

INTRODUZIONE: ansia e depressione sono sintomi molto spesso associati alla dipendenza alcolica, vari studi hanno ipotizzato l'uso di antidepressivi, nella disassuefazione alcolica, sia per la concomitante sintomatologia ansioso-depressiva sia per un'azione anticraving conseguente ad una riduzione del desiderio ed una diminuzione del rinforzo positivo.

Scopo di questo lavoro è stato di valutare l'utilità dell'antidepressivo Trazodone (Tz), ad attività multifunzione appartenente alla categoria SARI (Serotonin-2 Antagonist/Reuptake inhibitor) con sul profilo favorevole sul sonno spesso alterato nei soggetti alcol dipendenti

METODO: studio aperto, reclutati 36 pazienti (24 M+12F; età media 42+10;) alcolodipendenti in accordo con il DSM-IV TR, consumo alcolico medio giornaliero: 120gr, anni di abuso: 7,5 + 4 anni. I pz. dopo disintossicazione acuta (6-9 giorni in regime ambulatoriale o in ospedale) sono stati divisi per 3 mesi in Gruppo A(10M+8F):trattati con Tz dose media di 175 mg + counseling; Gruppo B(14M+4F): counseling + Auto Aiuto(ACAT,Alc.An.). Il craving è stato valutato mediante VAS (Visual Analogic Scale) all'inizio del trattamento e ogni 10 giorni, l'abuso di alcolici è stato monitorato mediante esami ematochimici (MCV, AST,ALT,GGT, Transferrina Decarbossilata) e tramite le testimonianze dei famigliari, ansia e depressione sono state valutate mediante HARS- HDRS

RISULTATI: Gruppo A: 3 pz.(2 M + 1F) hanno abbandonato il trattamento, gli altri 15 pz. hanno concluso regolarmente il trattamento presentando una marcata riduzione di assunzione di alcolici (11 pz. completamente astinenti + 4 pz maschi con un consumo alcolico giornaliero < 30 g.) con normalizzazione dei controlli ematochimici e diminuzione del craving alla VAS (diminuzione avvenuta già dopo una settimana di trattamento). GruppoB: 5 pz hanno interrotto il trattamento, 6 pz astinenti con normalizzazione dei controlli ematochimici ma scarsa riduzione del craving, 7 pz consumo alcolico giornaliero ridotto ma > 30 g

CONCLUSIONI:

Il Trazodone cloridrato è un derivato triazolo piridinico multifunzionale con un duplice meccanismo d'azione, a basse dosi(25-100 mg) questa molecola possiede un'attività ipnoinducente mentre a dosi terapeutiche (150-600mg) esercita la sua attività antidepressiva bloccando la proteina di trasporto della serotonina (SERT), analogamente a quanto avviene con molecole SSRI e SNRI dai quali, però il Tz si differenzia per l'azione di blocco dei recettori 5-HT_{2A} e 5-HT_{2C}.

La tipologia dello studio in aperto, la mancanza di confronto verso placebo ed il campione di piccole dimensioni, indubbiamente pongono dei limiti a questo studio ma da quanto è emerso nella nostra esperienza i dati sembrano confermare il Tz come un utile possibilità terapeutica nel trattamento dell'alcol dipendenza sia per le proprietà anticraving sia per il profilo favorevole sul sonno spesso alterato nei soggetti alcolodipendenti



ATTI DEL CONGRESSO

PO1:04

CONSULENZA PSICHIATRICA PER L'INSERIMENTO IN LISTA TRAPIANTI DI FEGATO DI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: CORRELAZIONE TRA DURATA DELL'ASTINENZA, INVIO E PRESA IN CARICO DA PARTE DEI SERVIZI TERRITORIALI

C. Reggianini¹, M. Moscara², S. Ferrari¹, A. Laghi¹, G. Mattei¹, C. Piemonte¹, M. Rigatelli¹, G.M. Galeazzi¹

¹Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, ²Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Modena

SCOPO DEL LAVORO: Valutare l'aderenza alle indicazioni fornite durante la prima consulenza psichiatrica per l'inserimento in lista trapianti di fegato (pre-OLT) dei pazienti con disturbo da uso di sostanze (o alcool) pregresso o attuale.

MATERIALI E METODI: Studio caso-controllo. Dalla banca dati del Servizio di Consultazione Psichiatrica e Psicosomatica di Modena (SCPP), sono stati estratti i dati relativi a tutte le consulenze psichiatriche pre-OLT, effettuate nel periodo dal 01/01/2008 al 31/12/2013.

Sono stati considerati "controlli" i pazienti con pregresso disturbo da uso di sostanze astinenti da più di sei mesi e "casi" i pazienti astinenti da meno di sei mesi o con uso attuale al momento della prima consulenza pre-OLT. Si riporta l'analisi del chi-quadro.

RISULTATI: Nel periodo indicato, sono state effettuate 515 consulenze pre-OLT rivolte a 309 pazienti, di cui il 36.3% (N=112) con disturbo da uso di sostanze pregresso o attuale.

I controlli erano 80 (71.4%), mentre i casi erano 20 (17.9%); di 12 pazienti (10.7%) non si conosceva la durata dell'astinenza.

L'85.0% sia dei controlli (N=68) che dei casi (N=17) erano uomini (Chi 0.00; p=1.00), coniugati rispettivamente nel 68.7% (N=55) e nell' 80.0% (N=16) (Chi 0.51; p=0.47).

Circa un quarto dei controlli (28.7%; N=23) così come dei casi (25.0%; N=5) non risiedeva nella Regione del Centro Trapianti (Chi 0.729; p=0.39).

La diagnosi di epatopatia infettiva era molto più comune nel gruppo dei controlli: il 47.5% (N=38) contro il 15% (N=3) (Chi 5.71; p=0.02) mentre quella di epatopatia esotossica tendeva ad essere più frequente tra i casi: il 40.0% (N=8) contro il 31.2% (N=25) (Chi 0.23; p=0.63).

L'85.0% dei casi (N=17) e il 52.5% dei controlli (N=42) sono stati inviati presso i servizi territoriali psichiatrici o per le dipendenze patologiche (Chi 5.71; p=0.02) dopo la prima consulenza pre-OLT.

Il 70.0% dei casi (N=14) e il 33.6% dei controlli (N=27) sono stati valutati almeno due volte (Chi 7.22; p<0.01) dal SCPP.

Alla momento della seconda valutazione emerge che solo il 16.7% (N=2) dei casi e il 23.5% (N=4) dei controlli inviati durante la prima consulenza ai servizi territoriali risultano effettivamente in carico a tali servizi, senza differenza tra i due gruppi.

CONCLUSIONI: In Italia non è previsto un approccio standardizzato che metta in relazione la durata dell'astinenza al momento della valutazione psichiatrica pre-OLT e l'invio presso i servizi territoriali.

In accordo con ricerche già svolte, viene confermata l'ipotesi che l'aderenza alle indicazioni è molto bassa, senza differenza statisticamente significativa tra i pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze con periodo di astinenza maggiore o minore di 6 mesi.

Ulteriori ricerche appaiono necessarie per 1) l'individuazione di fattori predittivi dell'aderenza alle indicazioni dei curanti 2) valutare l'impatto della non concordanza con le indicazioni sull'iter e sull'esito del trapianto.



ATTI DEL CONGRESSO

PO1:05

FACIAL EMOTION PERCEPTION (FEP) E DISORGANIZZAZIONE IN SOGGETTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA E SUBSTANCE USE DISORDER (SUD)

F. Castellano¹, A. Lax¹, G. Gamba¹, J. Santambrogio¹, M. Tremolada¹, A. Rossetti¹, F. Amidani¹, E. Capuzzi², C. Crocamo², R. Nava², G. Carrà², C. Papagno³, M. Clerici¹

¹Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale - Università degli Studi di Milano Bicocca, Monza,

²Dipartimento di Salute Mentale, U.O. di Psichiatria, Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza,

³Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, Milano

INTRODUZIONE: La Schizofrenia è una patologia cronica caratterizzata dalla presenza di sintomi positivi, negativi, disorganizzazione del pensiero e del comportamento con una progressiva compromissione delle funzioni socio-cognitive(1). In particolare, il deficit nel riconoscimento delle emozioni può rappresentare uno degli aspetti più gravi alla base dei problemi interpersonali dei soggetti affetti da schizofrenia(2). Inoltre questi pazienti presentano spesso in comorbidità una condizione di abuso di alcol e sostanze(3).

SCOPO DEL LAVORO: confrontare la FEP in pazienti affetti da Schizofrenia che utilizzano sostanze (SKZ+SUD) rispetto agli schizofrenici senza SUD in comorbidità (SKZ-SUD).

MATERIALI E METODI: si tratta di uno studio descrittivo-osservazionale. Sono stati reclutati 53 soggetti (M=40; F=13) con diagnosi di Schizofrenia secondo il DSM-IV (valutata attraverso la Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID I). Il campione è stato suddiviso a seconda della presenza o meno dell'abuso di alcol e sostanze correlato (valutato con l'Alcohol e la Drug Use Scale -AUS e DUS- in due gruppi, che sono stati poi confrontati per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche e cliniche (Positive and Negative Syndrome Scale -PANSS- e derivati indici di Bell: sintomi positivi, negativi e disorganizzazione). E' stata analizzata quindi l'associazione tra condizione di abuso e risultati ottenuti al test di Ekman, che valuta la FEP, controllando per variabili socio-demografiche e cliniche.

RISULTATI: I due gruppi SKZ+SUD (n=20; M=16, F=4) e SKZ-SUD (n=33; M=24, F=9) presentano una differenza statisticamente significativa per età con media (SD) pari a 38,4 (10,5) negli abusatori e 46,0 (8,7) nei non abusatori (p= 0,006) e per pendenze legali (p=0,03). Al test di Ekman il gruppo degli abusatori (media=43,1; SD=6,9) mostra un punteggio statisticamente più alto (p=0,006) rispetto ai non abusatori (media=34,6; SD=12,0). La differenza di punteggio è risultata più evidente nel confronto con i poliabusatori (44,94±7,05 vs 34,6±12,04; p=0.002). E' stato inoltre osservato il ruolo della disorganizzazione idetico-comportamentale come mediatore della relazione tra condizione di abuso e punteggio al riconoscimento facciale (p=0,017). La proporzione dell'effetto di abuso sul punteggio del test di Ekman, mediato dalla disorganizzazione, è risultato pari al 48%.

CONCLUSIONI: Nei soggetti affetti da schizofrenia la FEP sembra essere meno compromessa negli abusatori rispetto ai non abusatori. Emerge inoltre un importante ruolo della disorganizzazione idetico-comportamentale come mediatore tra SKZ+SUD e FEP.

1) Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M., & Moberg, P. J. (2009). Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia bulletin*, sbn192.

2) Edwards, J., Jackson, H. J., & Pattison, P. E. (2002). Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clinical psychology review*, 22(6), 789-832.

3) Green, A., Drake, R., Brunette, M., & Noordsy, D. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 402-408.



ATTI DEL CONGRESSO

PO1:06

BINGE DRINKING E DRUNKOREXIA: NUOVI DISTURBI ALCOL CORRELATI

M. Lupi¹, T. Acciavatti¹, R. Santacroce¹, E. Cinosi¹, F. Sarchione¹, M. Corbo¹, F. Fiori¹, I. Matarazzo¹, A. Carano^{1,2}, G. Di Iorio¹, G. Martinotti¹, M. Di Giannantonio¹

¹Dipartimento di Neuroscienze e Imaging - Università G. D'Annunzio, Chieti, ²Dipartimento Salute Mentale Area Vasta 5, Ascoli Piceno/San Benedetto del Tronto

SCOPO DEL LAVORO:

Abuso di alcol e disturbi alimentari rappresentano due fenomeni diffusi in tutto il mondo. Anche se le loro radici psicopatologiche sembrano essere distinte e indipendenti, negli ultimi anni sono stati descritti come manifestazioni concomitanti, in particolare negli adolescenti e nei giovani adulti. Alla luce di questo, ci siamo proposti di indagare la diffusione del fenomeno Binge Drinking in una popolazione di giovani adulti italiani, valutando anche l'eventuale concomitante presenza di anomalie del comportamento alimentare. Lo scopo del nostro lavoro è quello di acquisire maggiori informazioni sulle principali motivazioni, caratteristiche di personalità, fattori ambientali e socioculturali sottesi a tali comportamenti, così da riuscire a individuare i soggetti più a rischio e attuare adeguati e mirati programmi di educazione e prevenzione.

MATERIALI E METODI:

Un questionario volto ad indagare le caratteristiche socio-economiche, le abitudini alcoliche e i comportamenti alimentari, è stato somministrato, tra settembre 2013 e gennaio 2014, ad un campione di circa 4000 soggetti, di età compresa tra i 18 ei 26 anni. In questo lavoro, 1.311 soggetti sono stati valutati in uno studio pilota. I dati sono stati raccolti in forma anonima e confidenziale da una équipe di psichiatri e psicologi e tutti i partecipanti hanno ricevuto una spiegazione dettagliata del disegno dello studio, fornendo il loro consenso informato. Il campione di soggetti è stato selezionato in maniera randomizzata per assicurare l'inserimento di individui provenienti da diversi contesti sociali.

RISULTATI:

Il campione pilota comprendeva 622 maschi (47.4%) e 689 femmine (52.6%) con un'età media di 22.05 anni. L' 80.5% dei soggetti risultavano consumare abitualmente bevande alcoliche e nel confronto maschi/femmine, i soggetti maschi mostravano un consumo alcolico abituale significativamente più alto (86,7% vs 75,3%; $p < .001$). Inoltre il 66,5% degli intervistati aveva avuto comportamenti di Binge Drinking con una prevalenza del 79,8% tra quelli che consumavano abitualmente alcolici ($p < .001$).

Peculiare è la percentuale del 32,2% di soggetti (con nessuna differenza statisticamente significativa tra maschi e femmine), che avevano riferito di limitare il loro apporto calorico prima di bere, con una predominanza statisticamente significativa tra coloro che consumavano alcol regolarmente ($p < .001$).

CONCLUSIONI:

Quasi l'80% dei giovani adulti che riferiva di consumare abitualmente alcol, sono risultati essere anche bevitori binge. Queste percentuali sono più alte di quelle evidenziate da altri studi europei focalizzati sullo stesso tipo di popolazione e rappresentano un potenziale rischio per la salute pubblica. In aggiunta, i nostri dati preliminari sembrano poter dare dignità al concetto di 'Drunkorexia' come un fenomeno comune anche tra i giovani adulti italiani. A questo punto, accrescere la consapevolezza che tali problematiche possano essere concomitanti, potrebbe fornire a medici ed operatori, la possibilità di intervenire con un approccio combinato di trattamento terapeutico.



ATTI DEL CONGRESSO

PO1:07

KRATOM (MITRAGYNA SPECIOSA): NEW OR OLD ENHANCER?

G. Piazzon¹, P. Simonato², E. Cinosi³, F. Bersani⁴, O. Corazza²

¹Università degli Studi di Padova, ²University of Hertfordshire, Hatfield - UK, ³Università Gabriele D'Annunzio, Chieti, ⁴Università Sapienza, Roma

Background and aims:

Kratom is a plant-based drug, classified as a Novel Psychoactive Substances (NPS) for its potential recreational use. It has been used for centuries in Southeast Asia by manual laborers to increase alertness and productivity. At higher doses, Kratom has also been used to treat pain and opium withdrawal, as it manifests opioid-like effects.

The aim of this study is to describe and understand the diffusion and use of Kratom in Western societies for non-medical purposes.

Methods:

A literature review was carried out in PsychInfo and Pubmed database. Considering the limited peer-reviewed evidence, review of additional sources of unstructured information from the Internet was carried out between September and October 2014. Additional searches were conducted using the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN), a secure Internet-based early warning system developed by Health Canada and the World Health Organization (WHO), which monitors media reports in six languages, Arabic, Chinese, English, French, Russian, and Spanish.

Results:

Kratom is one of the most widely online offered drugs. A large variety of related products are increasingly available for sale on more than 300 dedicated websites and since 2001, a growing number of subjective experiences have been posted online by users.

Reported effects include deep relaxation, lucid dreaming and a sense of floatation outside themselves. At lower doses, enhanced attention, sociability, physical energy and sexual stimulation are reported. Moreover Kratom is increasingly purchased as self-medication for its analgesic effects by individuals with chronic pain, with no need of medical prescription and to self-manage opioid withdrawal.

Withdrawal symptoms can appear after only few days of daily consumption and include symptoms such as hostility, aggression and insomnia. Several toxicological effects have been related to Kratom use: anorexia, dry mouth, problems in diuresis and constipation, darker skin, psychotic symptoms and seizures (after the ingestion high doses of the drug, taken alone or in combination with other drugs, such as Modafinil). Nine fatalities, related to the consumption of a chemically enhanced strain of Kratom, have been reported 2011. One of the major problems in evaluating the potential uses and safety of an herbal agent such as Kratom is the lack of understanding of how this may interact with prescribed medications, drugs of abuse, or even other herbal supplements.

Conclusions:

The use of Kratom is wide-spread and currently there are no sufficient information on its side-effects, interactions and addiction potential. Further studies are needed in the field. Moreover, as Kratom is often sold through unreliable online sources, users may present an increased risk of assuming enhanced or not natural products with potential toxic effects.



ATTI DEL CONGRESSO

PO2:08

OBSERVATIONAL STUDY ON THE VULNERABILITY AND NEGATIVE MENTAL HEALTH OUTCOMES OF NEET ADOLESCENTS FROM FIVE EU COUNTRIES

C. Lucarelli¹, E. Arimatea¹, V. Fiori¹, A. Moltedo-Perfetti², B. Nardi¹

¹Adolescence Centre Psychiatric Unit, Department of Experimental and Clinical Medicine, Polytechnic University of Marche, Ancona, ²Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar - Chile

Aims

Among the strategies devised to tackle the Not Employed in Education or Training (NEET) condition, the Health25 project (Health 2 you in 5 Partner Countries) tried to answer to the EU call for more tailored action for NEET adolescents by exploring the subjective ways in which 16- 21 year-old NEETs experience their condition in Austria, Denmark, France, Italy, and the UK.

Materials and methods

Each Partner recruited 50 NEET adolescents according to Health25 guidelines. A 77-item questionnaire inquired about a number of areas such as family of origin, school results, work, economic aspects, significant events, diet, substance use, health and physical pain, suicidal attempts or ideation, level of motivation and awareness. SPSS software was used for statistical analysis.

Results

Findings largely confirmed literature data about the NEET status. Family support was found to be a protective factor against addiction and school failures. Significant differences were found for health status, with country-specific differences in the expressions of psychological distress and behaviours. In particular, Danish adolescents reported the highest percentage ($p < .001$) of problems and/or physical pain (36%), unpleasant thoughts (52%) and suicide attempts (26%) compared with about 60% of the French and Austrian participants. French NEETs reported the highest proportion of mood swings (62%), whereas the British reported the lowest rate. A significantly different rate of physical problems was reported by Danish compared with Italian and French NEETs ($p < .001$). Self-harm attempts were significantly more numerous in Denmark (26%) than in Italy and Austria ($p < .001$). Nervous tension was significantly more frequent in France (58%) than in Denmark and the UK ($p < .001$). More than 30% of Danish and British participants reported alcohol abuse up to active states of acute intoxication. Results highlighted a correlation ($p < .001$) between low level of education (with multiple school failures) and greater drug consumption. Moreover, those who had been NEET longest and those who had never held a job reported a more frequent use of cannabis, whereas there was no correlation with hard drugs. Among Italian, Austrian and French adolescents, alcohol/drug use and more at-risk behaviours are more relevant ($p < .001$) in those who spent childhood without one or both parents.

Conclusions

Findings showed that the NEET condition is not characterized by a specific psychopathology; however, this status may exacerbate existing psychological difficulties and at the same time, psychological disease can lead to social-isolation and to NEET status. Among five EU Countries, despite the small sample size, the study highlighted significant differences, related to specific risk factors but also to protective resources invested by each Country at primary and secondary level of prevention. Indeed, more tailored interventions are required, because a variety of factors and situations can lead to the NEET status and because each individual experiences the condition differently.



ATTI DEL CONGRESSO

PO2:10

ITALIAN VALIDATION OF THE 125-ITEMS FORM OF THE TEMPERAMENT AND CHARACTER INVENTORY FROM ADOLESCENCE TO ADULTHOOD

M. Garzitto¹, L. Fornasari², C. Fagnani³, F. Fabbro^{1,4}, M.A Stazi³, P. Brambilla^{1,2}

¹IRCCS 'E. Medea: La Nostra Famiglia, San Vito al Tagliamento, Pordenone, ²Department of Experimental Clinical Medicine (DISM), University of Udine, ³Genetic Epidemiology Unit, National Centre of Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Italian National Institute, Rome, ⁴Department of Human Sciences (DISU), University of Udine

Aim:

Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger et al., 1994) is a widely used questionnaire operationalizing Cloninger's personality model (Cloninger et al., 1993). TCI proved to be useful in psychopathological assessment (Fossati et al., 2001, 2007). In Bipolar Disorder, it captures specific temperament dimensions (Harnic et al., 2013) and predicts addiction and compulsory behaviours (Di Nicola et al., 2010).

In Italy, TCI revised (Fossati et al., 2007) and junior (Urgesi et al., 2012) versions are available. Only parent-report form was instead used with adolescents (Andriola et al., 2012). Brief Italian version of TCI was used (Daneluzzo et al., 2005), but it was not validated in general population.

Present research aims to validate TCI short-form in an Italian general population sample of adolescents and adults.

Materials and methods:

Self-report used version consists in 125 true/false items, measuring seven dimensions organized in four temperaments: Novelty Seeking (NS, 20 items), Harm Avoidance (HA, 20), Reward Dependence (RD, 15), and Persistence (P, 5); and in three characters: Self-Directedness (SD, 25), Cooperativeness (C, 25), and Self-Transcendence (ST, 15).

Italian-speaking participants from 13 to 67 years old completed the questionnaire (1'430, 59.2% of females). Participants with more than 10% of omissions were excluded (2.7%). Analyses were conducted on six age-groups, aged: 13-14 (145 participants, 53.8% of females), 15-17 (126, 53.2%), 18-29 (221, 68.3%), 30-39 (311, 62.1%), 40-49 (326, 60.1%), and 50-69 (262, 51.5%).

Cronbach's α s were calculated to estimate scales internal consistency. Two-ways, 'Gender' x 'Age-group', ANOVAs were conducted for every scale. Tukey's post-hoc tests were performed for significant effects of 'Age-group' factor or of interaction.

Results:

Acceptable or good α s were obtained in most of scales by age-group. Poor α s (>0.50) were observed in RD for younger than 30 years groups and for 40-49 one, as in P for 40-49 group. Low α s resulted in P, for adolescents, and in NS, for 13-14 group.

'Gender' was significant in all scales, except P. Males scored higher only in SD, while they scored lower in remaining scales.

'Age-group' had effect on all scales. In post-hoc comparisons, adolescents showed higher scores in NS and HA, whereas they tended to lower scores in P, SD, and C. Older adults tended to higher scores than other adults in RD. ST scored higher in adolescents and older adults than in other adults.

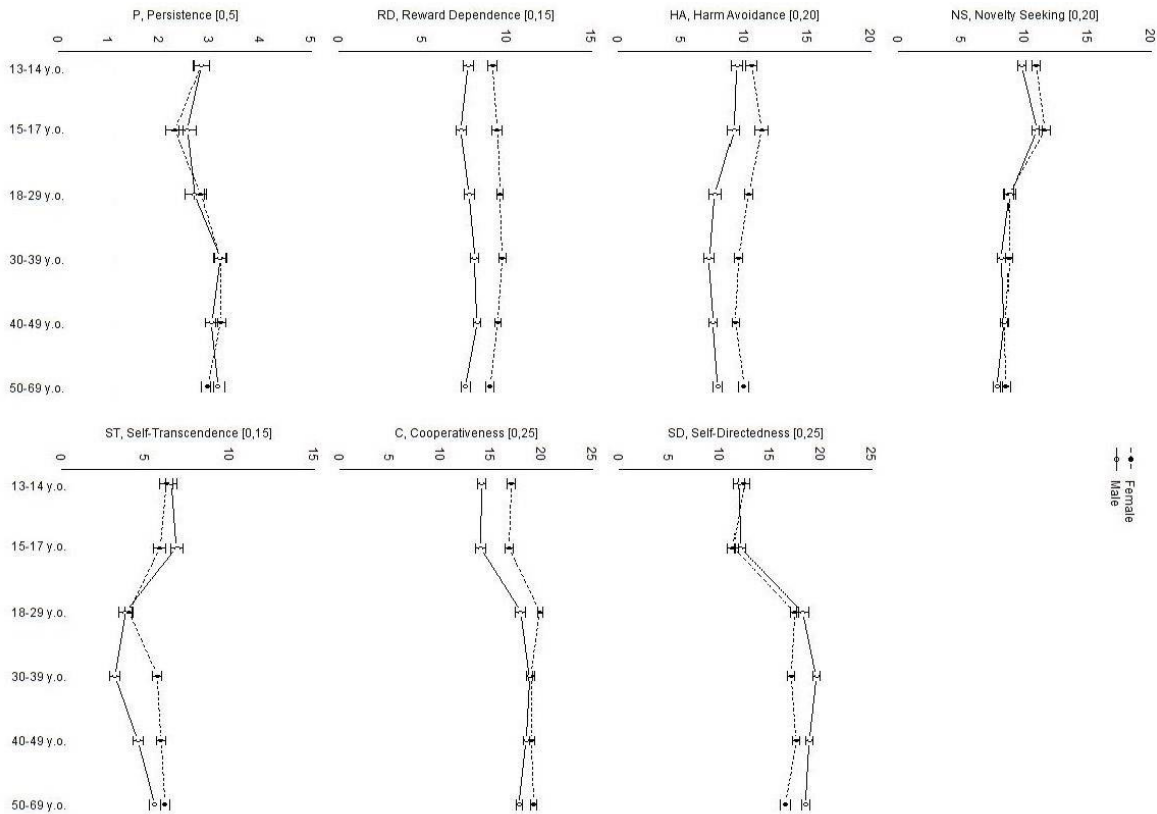
Character dimensions showed interactions: in groups aged 30-39 and 50-69, males had higher SD than females, whereas in adolescents and young adults males had lower C. ST was higher in females between 30 and 49 years.



ATTI DEL CONGRESSO

Conclusion:

TCI-125 could be a convenient tool for brief personality multidimensional assessment in clinical settings. It proved to be quite usable in a wide age-range and to capture specific features of adolescence.





ATTI DEL CONGRESSO

PO2:11

PATTERNS OF PRAGMATIC VERBAL ABILITIES IN SUBJECTS WITH FIRST EPISODE PSYCHOSIS AND MATCHED HEALTHY CONTROLS

C. Perlini¹, A. Tavano², V. Marinelli¹, O. Danzi³, M. Bellani¹, G. Rambaldelli¹, N. Dusi¹, A. Lasalvia¹, G. De Girolamo⁴, A. Fioritti⁵, P. Santonastaso⁶, G. Neri⁵, D. Ghigi⁷, M. Miceli⁸, S. Scarone⁹, A. Cocchi⁹, S. Torresani¹⁰, M. Ruggeri¹, P. Brambilla³, The Get Up Group

¹Section of Psychiatry and Section of Clinical Psychology, DSPMC, University of Verona and AOUI Verona,

²Institute of Psychology, University of Leipzig - Germany, ³Department of Experimental & Clinical Medicine,

University of Udine, ⁴Irccs Centro S. Giovanni Di Dio Fatebenefratelli, Brescia, ⁵Department of Mental

Health, Azienda Ulss, Bologna-Modena, ⁶Department of Psychiatry, University of Padova, ⁷Department of

Mental Health, Azienda Ulss, Rimini, ⁸Department of Mental Health, Azienda Ulss, Firenze, ⁹Department of

Mental Health, Milano, ¹⁰Department of Mental Health, Azienda Ulss, Bolzano

AIM OF THE WORK: Pragmatic abilities play a crucial role in daily functioning and have been suggested to be impaired in schizophrenia. Nevertheless, patterns of such deficits at the onset of the illness still need to be elucidated. The aim of this work is therefore to evaluate pragmatic verbal performance and its relationship with pre-frontal abilities in first episode of psychosis (FEP) subjects recruited in a large randomized multi-center controlled study (GET UP).

MATERIALS AND METHODS: 58 FEP (mean age \pm SD:34 \pm 9 years; 46% males) and 58 1:1 matched healthy controls (HC) were assessed on the metaphor and idiom comprehension subtask of the MEC Protocol and with WCST. A PAF Analysis with Promax rotation of open (=spontaneous explanations) and closed (=multiple choice) metaphors/idioms and WCST variables was conducted.

RESULTS: A 3-factor latent structure emerged in both groups but partially different patterns emerged. As for FEP, open metaphor/idiom explanations loaded into Factor 1 (Self-generated inferences); Factor 2 (Feedback-generated inferences) was loaded by WCST perseverative errors and by closed metaphor explanations. Finally, closed metaphors/idioms loaded into Factor 3 (Inhibition). As for HC, Factor 1 was similarly loaded but explained less variance; Factor 2 was qualitatively different (Reasoning, self+feedback-generated inferences), being loaded by the WCST number of categories and open metaphors/idioms. Factor 3 was loaded by closed metaphors.

CONCLUSIONS: Findings suggest a shared underlying cognitive construct in self-generating perceptual inferences both for verbal pragmatics and pre-frontal skills in HC and patients, while a failure to integrate different sources of perceptual evidence is found only in FEP.



ATTI DEL CONGRESSO

PO2:12

HIKIKOMORI: QUESTIONI CLINICHE E PSICOPATOLOGICHE

F. Sarchione, R. Santacroce, M. Corbo, M. Lupi, G. Martinotti, M. Di Giannantonio
Università G. d'Annunzio Chieti-Pescara, Chieti

Scopo del lavoro

La parola Hikikomori è un termine giapponese che significa “essere confinato, tirato all’interno” tradotto come “ritiro sociale” nelle culture Occidentali.

Le caratteristiche culturali, sociali, familiari ed educative giapponesi predispongono particolarmente al fenomeno del ritiro sociale. I criteri diagnostici per l’Hikikomori sono i seguenti: uno stile di vita incentrato sulla “casa”, il rifiuto di frequentare le scuola o il lavoro, la persistenza dei sintomi per almeno 6 mesi, l’esclusione di una diagnosi di schizofrenia, ritardo mentale o altro disordine mentale, la perdita delle relazioni interpersonali.

Materiali e metodi

Nel Luglio 2014 abbiamo condotto una ricerca su Pubmed e Scopus inserendo come parola-chiave “hikikomori” e selezionando gli articoli scritti in inglese, italiano e spagnolo. Da un totale di 54 risultati ottenuti, 14 articoli sono stati esclusi perché in giapponese o francese, e un articolo è stato escluso perché non correlato all’argomento. Abbiamo inoltre utilizzato la stessa parola chiave su Google Scholar e PsychInfo, ottenendo un ulteriore studio rilevante.

Risultati

La letteratura scientifica individua l’hikikomori come un fenomeno prettamente asiatico e in particolare giapponese. Recentemente, sono stati descritti casi di ritiro sociale anche in Paesi Occidentali come gli Stati Uniti, l’Australia, la Spagna and l’Italia. Tipicamente si tratta di ragazzi maschi, descritti come apatici, annoiati, nichilistici, disillusi, estraniati dal mondo della scuola e dalla società, giovani adulti primogeniti di famiglie economicamente benestanti con ruoli socialmente rilevanti. È da enfatizzare il basso tasso suicidario riscontrato in questi soggetti. Internet rappresenta l’“uscita d’emergenza” alle difficoltà vissute dagli adolescenti e dai giovani adulti che scelgono il ritiro sociale per preservarsi dal rischio di vergognarsi della propria inadeguatezza.

Conclusioni

Hikikomori è più di una patologia medica e psichiatrica, infatti è una condizione culturale complessa. La letteratura scientifica è ancora carente circa i dati epidemiologici e psicopatologici ad essa connessi per cui ulteriori ricerche scientifiche sono necessarie.



ATTI DEL CONGRESSO

PO2:13

AN OBSERVATIONAL STUDY ON ITALIAN YOUNG' WELLBEING AND BEHAVIOURS IN THE FRAMEWORK OF THE EUROPEAN PROJECT HEALTH25: NEET VS EET

C. Lucarelli¹, E. Arimatea¹, M. Talamonti¹, V. Fiori¹, A. Moltedo Perfetti², B. Nardi¹

1 Psychiatric Unit, Department of Experimental and Clinical Medicine, Polytechnic University of Marche, Ancona, 2 Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar - Chile

Aim

In the context of the Health25 EU Project, an observational study was conducted to examine the main characteristics and behaviours of a sample of Italian NEETs compared to a similar sample of adolescent students, for a better understanding of NEET condition.

Materials and methods

111 NEET and 117 EET were recruited (aged 16-23) from the same geographic area and with the same socio-demographic conditions. Within NEET group, 21 adolescents were recruited from Youth Aggregation Centres (CAG-NEET), 30 from Court Social Service for Minors (USMM-NEET) and finally were included 60 adolescents NEET, which did not belong to any structure (Other-NEET). EET group consisted of 117 young students from a Technical Industrial Institute. A 57 items self-report questionnaire was administered to investigate psychological well-being and behaviours. SPSS software was used for statistical analysis.

Results

There was no statistically significant difference between NEET and EET concerning thoughts of suicide, unpleasant thoughts, energy in the morning and nervousness, with a difference between NEET-CAG and the Other NEET about mood swings. A higher percentage of NEET answered that they usually do not drink alcohol but to have frequently used drugs in the past, compared to EET ($p < .001$). On the other hand, EET who use habitually hashish or marijuana are more than NEET. Most of the sample answered homogeneously regarding good friendship. Significant differences did not emerged regarding the awareness about their status and connection between health and find a job/start a training. Most of the sample reported good relationship with parents although a larger number of EET than NEET ($p = .005$) spend the whole childhood with parents.

Conclusions

Study underlined the heterogeneity of NEET condition and the role of socio-cultural background in the determination of psychophysical discomfort. Indeed, in Other-NEET group were included adolescents without social or family problems, and they were more similar to student peers than to NEET described in literature. Other-NEET, for example, did not present neither evident abuse conduct nor high levels of pain and psychic discomfort. However, significant differences emerged within the NEET group, where CAG-NEET presented higher levels of nervousness and mood problems. In some aspect, such as drinking, NEET showed to drink less than student peers did. EET group unexpectedly showed more difficulties in living everyday life, especially in a school context. Even if the sample was small to allow a generalization of data, NEET appeared to be less involved in everyday difficulties and not focused on the problem of their NEET status. They showed lacking of motivation and confusion in decision-making, reflecting a vague idea of future. Even if not necessarily origin of pathology, NEET condition must be tackled appropriately, because it may exacerbate existing psychological difficulties, especially when there are pre-existent socio-psychological problematic conditions.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:14

DISTURBI ALIMENTARI ED EFFETTI SULLA FERTILITÀ E SULL'ESITO DELLA GRAVIDANZA

E. Mingotto¹, N. Micali², E. Tenconi¹, F. Monaco¹, P. Santonastaso¹, A. Favaro¹

¹Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova, ²University College of London, Institute of Child Health, Behavioral and Brain Sciences Unit, London – UK

SCOPO DEL LAVORO

Gli studi riportano una diminuzione della fertilità nelle donne affette da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), in particolare nell'Anoressia Nervosa (AN), e un maggior rischio di complicanze ostetriche (OC) e perinatali. Scopi del presente studio sono: verificare se la diagnosi attuale o pregressa di DCA (AN o BN) può avere influenza su fertilità, intesa come possibilità di avere almeno una gravidanza, e sull'outcome della gravidanza stessa, inteso come rischio di aborto spontaneo o di interruzione volontaria di gravidanza (IVG); testare possibili fattori predittivi sulla possibilità di gravidanza; esplorare se è presente associazione tra dca lifetime e rischio di complicanze ostetriche o perinatali

MATERIALI E METODI

Il campione comprende 1113 donne: 414 pazienti con diagnosi di DCA (256 con AN lifetime e 158 con BN lifetime senza AN) e 699 donne non affette. Sono state raccolte in totale 944 gravidanze. La diagnosi di DCA è basata sui criteri del DSM IV. I dati sono stati raccolti tramite interviste strutturate (ISDA) e questionari autosomministrati per la valutazione di variabili temperamentalmente (TPQ). Gli outcome considerati sono: numero di gravidanze, aborti spontanei e IVG, tipo di parto, numero di ricoveri durante la gravidanza.

RISULTATI

Una diagnosi di AN lifetime aumenta significativamente la probabilità di non avere gravidanze, rispetto ai controlli e alle pazienti con diagnosi lifetime di sola BN. La diagnosi di DCA lifetime non ha influenza sul rischio di aborti spontanei. Una diagnosi di AN lifetime è correlata ad aumentato rischio di avere un'IVG rispetto ai controlli.

Tra le variabili temperamentalmente la dimensione dell'harm avoidance (HA) aumenta la probabilità di non avere gravidanze, indipendentemente dalla diagnosi. Nel sottogruppo delle pazienti i mediatori dell'aver almeno una gravidanza risultano: età di esordio più tardiva e punteggi più bassi alla scala HA.

Non si è rilevato un maggior rischio di parto cesareo o strumentale nelle donne esposte a DCA lifetime rispetto ai controlli.

Pazienti con DCA lifetime hanno maggior rischio di avere ricoveri in gravidanza per OC.

CONCLUSIONI

Le donne con AN lifetime hanno una minor probabilità di avere una gravidanza e una maggior probabilità di interruzioni volontarie di gravidanza, probabilmente associato a gravidanze indesiderate.

Donne con storia di DCA sono più esposte al rischio di OC che necessitano di ospedalizzazione. È stato ipotizzato un ciclo di rischio madre-figlio per l'AN attraverso le complicanze ostetriche e perinatali. È quindi auspicabile nelle donne con DCA in gravidanza un adeguato monitoraggio clinico multidisciplinare.

I fattori predittivi sulla fertilità e natalità della donna esposta lifetime ad un disturbo alimentare possono essere legati sia alla storia della patologia alimentare, sia a variabili temperamentalmente. Ulteriori indagini sono necessarie per confermare queste ipotesi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:15

DISREGOLAZIONE DEL SISTEMA DEGLI ENDOCANNABINOIDI NEL REWARD DA ALIMENTAZIONE IN PAZIENTI AFFETTE DA ANORESSIA NERVOSA

A. Monteleone¹, M. Nigro¹, R. Dalle Grave², M. El Ghoch², M. Cimino¹, F. Pellegrino¹, U. Volpe¹, P. Monteleone³

¹Seconda Università di Napoli, Sun, Napoli, ²Casa di Cura Villa Garda, Verona, ³Università di Salerno

Si ritiene che nella etiopatogenesi dell'anoressia nervosa (AN) un ruolo importante sia svolto dalla disfunzione dei sistemi di gratificazione ma, finora, il ruolo dei mediatori biochimici coinvolti in tali meccanismi è stato poco studiato. Gli Endocannabinoidi, tra cui l'Anandamide (AEA) e il 2-Arachidonilglicerolo (2-AG), e composti endocannabinoido-correlati, come l'Oleiletanolamide (OEA) e il Palmitoiletanolamide (PEA), sono coinvolti nella modulazione della gratificazione legata al cibo.

L'alimentazione edonica, ovvero il consumo del cibo solo per piacere, rappresenta un valido paradigma per studiare la gratificazione legata al cibo. Pertanto, abbiamo studiato il cambiamento dei livelli plasmatici dei sopraddetti mediatori in risposta all'alimentazione edonica in 7 soggetti affetti da AN in fase acuta e in 7 soggetti affetti da AN con peso recuperato e li abbiamo confrontati quelli di soggetti sani.

I risultati ottenuti evidenziano che: a) il pattern di risposta del 2-AG è differente in entrambi i gruppi di soggetti con AN rispetto ai controlli sani; b) il PEA presenta un pattern di risposta opposto a quello del 2-AG nei soggetti sani e questo pattern è parzialmente conservato nei soggetti con AN in fase acuta ma non in quelli con peso recuperato; c) i livelli plasmatici dell'AEA e dell'OEA non si comportano in maniera differente tra i vari gruppi.

Questi dati confermano il coinvolgimento degli endocannabinoidi e dei composti endocannabinoido-correlati nella gratificazione indotta dal cibo ed indicano una loro disfunzione nell'AN sia in fase acuta sia dopo il recupero del peso corporeo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:16

DAL DSM IV AL DSM 5: IMPATTO E CRITICITÀ DELLA CONVERSIONE DIAGNOSTICA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

V. Giannunzio, F. Monaco, A. Pinarello, Polloniato, A. Favaro, P. Santonastaso

Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Neuroscienze, Padova

Scopo del lavoro:

Valutare l'impatto e le criticità dell'applicazione dei criteri del DSM 5 per i Disturbi dell'alimentazione sulla distribuzione diagnostica della casistica del centro regionale dei disturbi del comportamento alimentare di Padova.

Materiali e metodi

E' stata effettuata una riformulazione diagnostica in accordo ai criteri del DSM 5 ad un campione di 3201 soggetti con diagnosi di DCA secondo il DSM IV, precedentemente sottoposti a valutazione clinica e somministrazione di intervista strutturata, semistrutturata e questionari autosomministrati (Intervista diagnostica per i Disturbi dell'Alimentazione, Eating Disorders Inventory, Hopkins Symptoms Checklist, Tridimensional Personality Questionnaire, Rosenberg, self-esteem Questionnaire)

Risultati

La conversione diagnostica determina una riduzione di DCA NAS dal 42,2% al 15,3%, un aumento della diagnosi di An dal 17,4% al 38,5% e un aumento più contenuto della diagnosi di BN (dal 30% al 33,9%) e di BED (dal 10,4% al 12,3%).

Nell'AN un cut-off di IMC <17,5 kg/m² si associa ad una maggior presenza di amenorrea e minor remissione parziale e totale oltre a IMC desiderato e raggiunto a fine trattamento più bassi. Sia nell'An che nella BN il disturbo della percezione dell'immagine corporea (negazione del criterio rispettivamente C e D) si associa ad una maggior durata di malattia e un IMC minore a fronte di una minor psicopatologia psichiatrica generale, inclusa l'ideazione suicidaria, e specifica alimentare.

Nel PD la presenza di crisi bulimiche soggettive si associa ad una remissione totale e parziale maggiore, weight suppression minore e minor ideazione suicidaria. L'applicazione dei criteri del DSM 5 non determina alcuna differenza in termini prognostici tuttavia i pazienti affetti da DCA secondo il DSM 5 ma non secondo i criteri del DSM IV presentano maggiore IMC e IMC desiderato, minor psicopatologia alimentare e generale inclusa l'ideazione suicidaria in tutte le classi.

Conclusioni

Nonostante la revisione dei criteri diagnostici del DSM 5 abbia raggiunto l'obiettivo di riduzione dei DCA NAS, i nostri risultati supportano la necessità di una migliore specificazioni diagnostica in relazione alla negazione del criterio C dell'An, D della BN (legati a peggior prognosi) e alla presenza di crisi bulimiche soggettive nel PD (elemento prognosticamente favorevole).



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:17

L'ASIMMETRIA INTEREMISFERICA NELL'ANORESSIA NERVOSA: UNO STUDIO ESPLORATIVO MULTIMODALE CON WHOLE-BRAIN MRI

C. Idotta¹, R. Manara², P. Santonastaso¹, A. Favaro¹

¹Università Degli Studi Di Padova, ²Università Degli Studi Di Salerno

SCOPO DEL LAVORO

Obiettivo del nostro studio è stata la valutazione multimodale a) delle differenze intercorrenti tra un gruppo di pazienti con Anoressia Nervosa (AN) ed uno di controlli sani in merito al volume della sostanza grigia, all'integrità microstrutturale della sostanza bianca e ai principali indici corticali; b) della presenza di differenze significative nel pattern di asimmetrie interemisferiche tra i due gruppi considerati.

MATERIALI E METODI

Il protocollo dello studio ha visto l'acquisizione di immagini 3D T1-Weighted e Diffusion Weighted di 35 pazienti con AN e 35 controlli sani appaiati per età; tutti i soggetti arruolati presentavano preferenza manuale destra. Il volume della sostanza grigia è stato valutato con VBM, la connettività anatomica con TBSS, mentre la surface analysis è stata condotta con FreeSurfer. Analizzati i due gruppi per la presenza di differenze significative e corretto per confronti multipli, si è calcolato l'Indice di Lateralità intracampionario per ogni parametro oggetto di indagine, valutando in seguito la presenza di differenze a suo carico tra i gruppi.

RISULTATI

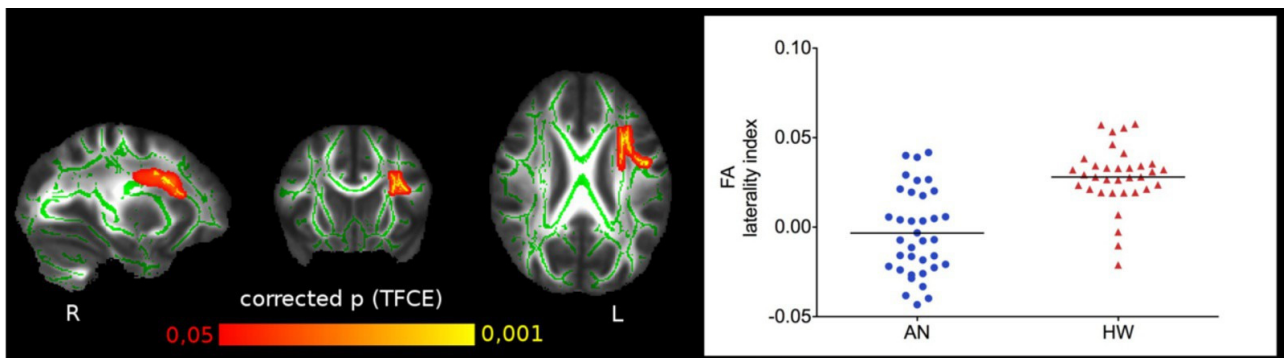
Lo studio ha evidenziato, nelle pazienti con AN, alterazioni del volume della sostanza grigia, della microstruttura della sostanza bianca e dei principali indici corticali rispetto al gruppo di controllo; sono state inoltre riscontrate differenze nel pattern di asimmetrie della sostanza bianca e dell'area corticale. In merito alla sostanza grigia, in linea con gli studi precedenti, si è rilevata una tendenza alla riduzione del volume globale, con alterazioni regionali a livello cerebellare e delle cortecce fronto-temporo-parietale. È stata evidenziata una diminuzione dell'integrità della sostanza bianca dell'emisfero sinistro, con interessamento prevalente del tratto corticospinale e del fascicolo longitudinale superiore; a carico di quest'ultimo è stata inoltre riscontrata una riduzione dell'asimmetria sinistra rispetto ai soggetti sani. Il quadro emerso dalla valutazione degli indici corticali è composito e potenzialmente complementare a quanto rilevato con le indagini voxelwise, con estensione delle anomalie al lobo occipitale; l'area corticale del giro frontale medio presenta inoltre un'alterazione dell'asimmetria rispetto ai controlli sani.

CONCLUSIONI

L'ipotesi di un alterato neurosviluppo nell'AN vede nell'anomala lateralità un potenziale endofenotipo, come dimostrato nei disturbi psicotici e in molti Disturbi del Neurosviluppo. I risultati ottenuti si pongono in linea con tale teoria, supportati dalla numerosità del campione e dalla scelta della sua composizione, volta a controllare la variabilità stato-correlata, nonché dall'approccio multimodale, in grado di definire un quadro morfologico integrato della condizione. A causa della natura esplorativa dell'indagine, che per la prima volta ha impiegato la surface analysis e lo studio dell'asimmetria in questo ambito della psicopatologia, si rendono necessarie ulteriori evidenze per confermare i risultati ottenuti, approfondire le correlazioni cliniche e psicopatologiche con le alterazioni riscontrate ed elucidare aspetti ancora oscuri nel modello eziopatogenetico proposto per tale disturbo.



ATTI DEL CONGRESSO



Cluster Index	Volume (Voxel)	p	MAX X (mm)	MAX Y (mm)	MAX Z (mm)
fascicolo longitudinale superiore	269	0,014	-28	6	26
fascicolo longitudinale superiore	18	0,039	-19	-3	44

Confronto fra gli Indici di Lateralità per l'Anisotropia Frazionata (Pazienti < Controlli) e cluster di differenza significativa



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:18

TRATTI PSICOPATOLOGICI CARATTERISTICI DELL'AREA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DEI DISTURBI DELL'UMORE IN GRAVIDANZA: L'IMPORTANZA DELLO SCREENING PRECOCE

B. Salvati¹, A.M. Strangio¹, M.L. Crosta¹, A.M. Serio², S. De Carolis², L. Rinaldi¹

¹Istituto di Psichiatria e Psicopatologia - Facoltà di Medicina e Chirurgia A. Gemelli - Università Cattolica Sacro Cuore, Roma, ²Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia - Facoltà di Medicina e Chirurgia A. Gemelli - Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Scopo del lavoro. Il lavoro è stato condotto con l'obiettivo di indagare la presenza di tratti psicopatologici in donne in gravidanza, senza evidente sintomatologia psichiatrica, al fine di dimostrare l'importanza di uno screening precoce. L'individuazione, durante la gestazione, di alterazioni psichiche e il loro trattamento, consentono la prevenzione di patologie tipiche dell'epoca post-natale quali la Depressione Post-partum e la Psicosi Puerperale.

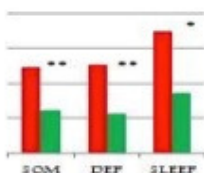
Materiali e metodi. Il nostro campione è costituito da 38 donne in gravidanza (età media 32,9 ± 5,61), alle quali, successivamente ad un colloquio clinico, sono stati somministrati i seguenti self-report: EDI (Eating Disorder Inventory), BSQ (Shape Questionnaire), ORTO-15 (Ortoressia), BDI (Beck Depression Inventory), SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised).

Risultati. 24 donne su 38 hanno riportato risultati patologici ai test, per lo più al BDI (31,6%), all'EDI (44,7%) nella sottoscala 'paura della maturità', sottolineando la crisi evolutiva che la gravidanza rappresenta. Risultati positivi all'SCL-90 (55,3%) si sono avuti nelle sottoscale 'somatizzazione', 'depressione', 'ansia', spesso in comorbidità con la precedente, e 'disturbi del sonno'.

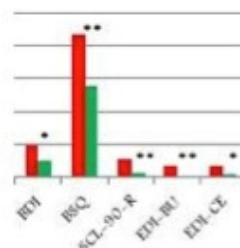
Dal nostro studio sono inoltre emerse delle correlazioni di Pearson significative tra il BMI abituale (pre-gravidico) elevato ed alcuni items di BSQ, EDI, SCL-90, dimostrando come l'eccesso di cibo e il fumo, rappresentino dei meccanismi di compenso con cui la donna cerca di gestire le proprie ansie.

Correlazione di Pearson tra BMI e BSQ / EDI / SCL-90

	BSQ	EDI-IM	EDI-BU	EDI-CE	SCL-OC	SCL-PHOE
BMI abituale						
Correlazione di Pearson	.351*	.351*	.511**	.367*	.442**	.394*
Sign.	.031	.031	.001	.023	.005	.014
N	38	38	38	38	38	38



■ FUMATRICI
■ NON FUMATRICI



■ FOV
■ TC-EUTOCICO



ATTI DEL CONGRESSO

Si è inoltre osservato come donne fumatrici in gravidanza, abbiano riportato punteggi maggiori all'SCL-90 e donne con tratti psicopatologici siano andate incontro a complicanze nel corso del parto, rallentamento della discesa del feto e conseguente POV (parto operativo vaginale). Questo dato sottolinea che le ansie materne influenzino l'andamento della gravidanza e il momento del parto, oltre allo sviluppo fisico e psichico del bambino stesso.

Conclusioni. Il riscontro della presenza di tratti psicopatologici in donne in gravidanza, venuti alla luce grazie alla nostra ricerca, dimostrano l'importanza di uno screening precoce come prassi nell'ambito di un intervento multidisciplinare nell'assistenza clinica globale alle donne in gravidanza, per consentire interventi di sostegno e prevenire l'insorgenza di disturbi tipici del post-partum.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:19

STUDIO CONTROLLATO SU COMPLICANZE OSTETRICHE ED ESITO NEONATALE NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DATI PRELIMINARI

E. Tenconi^{1,2}, F. Monaco¹, E. Mingotto¹, V. Giannunzio¹, P. Santoanastasio^{1,2}, A. Favaro^{1,2}

¹Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova, ²Centro di Neuroscienze Cognitive, Padova

SCOPO del LAVORO. Secondo numerosi studi la presenza di una diagnosi psichiatrica può aumentare il rischio di sviluppare complicanze ostetriche (OC). Negli ultimi anni numerosi studi hanno riscontrato questa associazione anche nei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Lo studio qui presentato ha indagato l'outcome di gravidanza e parto in un gruppo di donne con diagnosi lifetime di DCA.

MATERIALI e METODI: Sono state valutate le cartelle ostetriche di 153 gravidanze relative a 102 donne, 30 con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN) o Bulimia Nervosa (BN) secondo i criteri diagnostici del DSM-5 e 72 donne di controllo non affette tratte dalla popolazione generale. Si sono estrapolate dettagliate informazioni su gravidanza, parto e periodo neonatale attraverso l'analisi delle cartelle ostetriche, del nido e della Pediatria. Le variabili indagate hanno riguardato: i fattori materni (tra i quali peso, altezza, età), i fattori relativi al neonato (indice APGAR, peso, lunghezza, complicanze neonatali), i fattori relativi al parto (tipo di parto, eventuali complicanze insorte durante il parto) e fattori relativi alla prima infanzia (eventuali ricoveri nei primi due anni di vita).

RISULTATI: Ad una prima analisi, rispetto ai controlli le pazienti presentano con maggiore frequenza ricoveri in gravidanza (53% vs 47%) e maggiori problemi neonatali nella prole. Le complicanze gravidiche più frequenti sono risultate minaccia di aborto, minaccia di parto prematuro, falso travaglio ed ipercontrattilità uterina. Le complicanze di parto più frequenti nelle pazienti sono risultate cordone ombelicale intorno al collo, ipertensione arteriosa e mancata progressione. Una maggiore percentuale di figli di pazienti presenta complicanze neonatali precoci (43% vs 25%) e tardive (17% vs 6%). Le più frequenti sono risultate: patologie respiratorie, ittero, cardiopatie, tremori e cefaloematoma.

CONCLUSIONI: La presenza o meno di una diagnosi di DCA sembra influire negativamente sull'esito di gravidanza e parto, nonché sul periodo neonatale del nuovo nato. Sarebbe importante incrementare la numerosità dei campioni indagati per poter approfondire l'eventuale ruolo del sottotipo diagnostico e di altre variabili cliniche (aspetti temperamentali, fattori di stress) nell'esito della gravidanza di pazienti e controlli.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:21

ANORESSIA NERVOSA E ABILITÀ DECISIONALI: UNO STUDIO LONGITUDINALE

E. Tenconi^{1,3}, L. Brazzale¹, M. Nassuato¹, J. Lamponi¹, I. Chiappini¹, R. Dalle Grave², S. Calugi², E. Chignola², P. Santonastaso^{1,3}, A. Favaro^{1,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova, ²Dipartimento dei Disturbi Alimentari e del Peso, Casa Di Cura Villa Garda, Verona, ³Centro di Neuroscienze Cognitive, Padova

SCOPO del LAVORO. Un'alterazione a carico delle abilità decisionali sembra essere un disturbo centrale sia nell'Anoressia nervosa (AN) che in altri disturbi psichiatrici (Goschke, 2014). La maggior parte degli studi sono di tipo trasversale e dunque poco adatti a valutare gli effetti della rialimentazione e del recupero ponderale sulle abilità decisionali. Il nostro studio si propone di indagare in modo longitudinale le abilità decisionali in un gruppo di pazienti con diagnosi di AN.

MATERIALI e METODI: Si sono valutate 100 pazienti con AN (DSM-5) sottoposte a ricovero in un centro specialistico [età media 25,18±8,76 anni; scolarità media 12,08±3,44 anni; indice di massa corporea (IMC) medio T1: 14,47±1,65]. Tutte le pazienti sono state valutate in tre tempi: al momento del ricovero (T1), dopo un mese di trattamento (T2) ed alla dimissione (circa a tre mesi dall'ingresso) (T3). La valutazione neuropsicologica ha incluso l'Iowa Gambling Task (IGT) per la valutazione delle abilità decisionali. Alla T1 le pazienti sono state confrontate con 241 donne di controllo (età media 25,78±5,24 anni, scolarità media 15,52±2,70 anni e IMC medio 21,55±3,06).

RISULTATI: Le pazienti presentano abilità decisionali significativamente inferiori ai controlli sia nel net-score (Z-4,856, p 0,000) che nel learning-score, in particolare a partire dal secondo blocco. Analizzando invece le prestazioni delle pazienti AN all'IGT nei tre tempi, emerge un miglioramento significativo solo nel passaggio dal T1 al T2 (Z -2,80 p 0,005) e non dal T2 al T3 (Z -0,44 p 0,66). Dal modello multivariato il cambiamento dell'IMC e la presenza o meno di comorbidità psichiatrica (ansia e depressione) sono risultati i soli due fattori con un effetto indipendente sulla prestazione all'IGT (rispettivamente F 5,68 p 0,020; F 4,70 p 0,034; intercetta F 14,78 p 0,000). Solo le pazienti senza comorbidità migliorano in modo lineare al migliorare delle condizioni nutrizionali e al recupero del peso corporeo. Infine, suddividendo il campione di pazienti in base alla risposta alla trattamento (buono e scarso outcome) non sono emerse differenze significative all'IGT né prima del trattamento (T1), né alla dimissione (T3) [t(76) -1,18 p 0,24].

CONCLUSIONI: Lo studio conferma la presenza di un deficit di decision-making nelle pazienti AN in fase acuta di malattia. Il miglioramento delle condizioni organiche, e non tanto il recupero ponderale, sembra di per sé influire in modo importante e rapido sulle abilità decisionali nelle pazienti con la sola diagnosi di AN. La prestazione all'IGT non sembra aver valore predittivo sulla risposta al trattamento. L'AN è un disturbo psichiatrico complesso che richiede l'assunzione di una prospettiva altrettanto complessa capace di integrare tra loro aspetti nutrizionali, clinici e neuropsicologici.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:22

LE ABILITÀ MNESTICHE NELL'ANORESSIA NERVOSA: UNO STUDIO LONGITUDINALE

E. Tenconi^{1,3}, J. Lamponi¹, G. Miotto¹, R. Dalle Grave², S. Calugi², E. Chignola², P. Santonastaso^{1,3}, A. Favaro^{1,3}
¹Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova, ²Dipartimento dei Disturbi Alimentari e del Peso, Casa di Cura Villa Garda, Verona, ³Centro di Neuroscienze Cognitive, Padova

SCOPO del LAVORO. Da tempo si discute quanto le alterazioni cognitive dell'Anoressia nervosa (AN) siano una conseguenza o una causa del disturbo stesso. Scopo dello studio è quello di valutare il funzionamento cognitivo "di base" con particolare riferimento alla memoria in un gruppo di pazienti con diagnosi di AN (DSM-5) prima, durante e dopo un trattamento intensivo.

MATERIALI e METODI: Sono state valutate 100 pazienti AN sottoposte a ricovero in un centro specialistico di diagnosi e cura [età media 25,18±8,76 anni; scolarità media 12,08±3,44 anni; indice di massa corporea (IMC) medio T1: 14,47±1,65]. Tutte le pazienti sono state valutate in tre tempi: al momento del ricovero (T1), dopo un mese di trattamento (T2) ed alla dimissione (circa a tre mesi dall'ingresso) (T3). La valutazione neuropsicologica ha incluso una batteria di test neuropsicologici tra cui: Trail Making Test (TMT) A e B, Digit Span, Memoria di Prosa Immediata e Differita e Memoria con Interferenza a 10" e 30". Le prestazioni delle pazienti sono state confrontate sia con un gruppo di controllo tratto dalla popolazione generale, sia con le tabelle normative di riferimento (Mondini et al., 2011 ENB2).

RISULTATI: Rispetto ai controlli, le pazienti hanno prestazioni sovrapponibili per quanto riguarda la memoria di brano (immediata e differita) e la memoria di lavoro, sono risultate invece significativamente inferiori relativamente ad attenzione, velocità psicomotoria e flessibilità cognitiva (rispettivamente $t = -11,60$ $p < 0,000$; $t = -4,45$ $p < 0,000$; $t = 3,36$ $p < 0,001$). Dall'analisi longitudinale si osserva come la memoria di prosa (in particolare l'immediata) migliora tardivamente, solo con l'aumento del peso corporeo al T3 ($Z = -2,28$; $p < 0,022$). La memoria di prosa differita invece risulta sensibile al miglioramento delle condizioni nutrizionali già dopo il primo mese di trattamento (T2) ($T2: Z = -2,05$ $p < 0,040$), così come la memoria di lavoro, anch'essa sensibile già al miglioramento delle condizioni nutrizionali ($T2: -2,19$ $p < 0,029$) anche se poi continua a migliorare (T3: $Z = -2,04$; $p < 0,041$). La Memoria con Interferenza a 10" ed il Digit span presentano invece un andamento più stabile e sembrano meno influenzati dal miglioramento delle condizioni organiche e dal recupero ponderale (per il T3 rispettivamente $Z = 0,94$ $p < 0,347$; $Z = -1,188$ $p < 0,235$). Infine, per quanto riguarda il TMT, la prestazione migliora in modo significativo sia al T2 che al T3, soprattutto nella componente attentiva e motoria (TMT-A, rispettivamente T2: $Z = -5,19$ $p < 0,000$; T3 $-3,62$ $p < 0,000$) e non nella componente di spostamento dell'attenzione (TMT-B) (TMT B-A al T3: $Z = -0,633$ $p < 0,527$).

CONCLUSIONI: Il miglioramento delle condizioni organiche ed il recupero ponderale migliorano la maggior parte delle funzioni cognitive indagate. I risultati sembrano avvalorare una certa indipendenza delle diverse funzioni cognitive che non solo appaiono differenzialmente compromesse, ma anche differenzialmente influenzate dalla psicopatologia



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:25

FAME DI CIBO O FAME D'AMORE?

M. Zocconali

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma

SCOPO DEL LAVORO: verificare la possibile esistenza del sottile filo che collega neglect nella relazione genitore-bambino; strutturazione di un attaccamento disorganizzato; sintomi dissociativi in risposta all'abuso e insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare.

MATERIALI E METODI: Vogliamo indagare il possibile impatto del neglect sulla genesi di un disturbo bulimico in una ragazza, un single-case estratto da un campione di 30 pazienti, affetti da DCA. Età media del campione 20 anni.

Abbiamo valutato: l'attaccamento (AAI- Adult Attachment Interview); il neglect (MNBS -Multidimensional Neglect Behavior Scale); i sintomi dissociativi (DES -Dissociative Experiences Scale e DIS-Q Dissociation Questionnaire).

RISULTATI:

-AAI. L'analisi globale del trascritto ha condotto a codificare la paziente "Non Classificabile", CC/E1/F5/F2, per la contemporanea presenza di stati della mente contraddittori relativamente all'attaccamento. Risulta un livello molto basso di coerenza del trascritto.

Indicatori di preoccupazione [categorie E1/F5]; elementi di distanziamento [F2]; uno stato mentale di tipo Preoccupato/Invischiato [E1] ed uno Sicuro caratterizzato da leggera conflittualità [F5]. La sotto-categoria Sicura con presenza di aspetti di distanziamento [F2] rivela in parte la natura coartata e superficiale con la quale approccia le tematiche relative alle esperienze di attaccamento e alla loro influenza.

- DES. Il punteggio totale è 25, superiore al punteggio medio (di solito tra 10 e 20) e ai due cut-off (30 e 25). In casi di particolari ricerche, si possono valutare separatamente anche i punteggi delle sottoscale. La paziente ha riportato i seguenti: Assorbimento e coinvolgimento immaginativo 32,86; Depersonalizzazione/derealizzazione 17,50; Stati dissociativi 8,33.

-DIS-Q. Il punteggio viene calcolato sia complessivamente, che per ogni area della dissociazione: frammentazione dell'identità, perdita del controllo, amnesia e assorbimento. Tutti i valori risultano al di sopra delle medie, a parte l'area dell'assorbimento, appena al di sotto.

-Multidimensional Neglect Behavior Scale -MNBS. Utilizzata la Form-A composta da 20 items a 8 punti, due colonne distinte per madre e padre, divisa nelle sottoscale: bisogni emotivi, bisogni didattici, necessità di supervisione e bisogni fisici. Sia i punteggi parziali che il totale sono alti, ad indicare l'incidenza del comportamento gravemente trascurante.

CONCLUSIONI: La letteratura rileva che pochissimi individui hanno una narrativa così confusa da non poter rientrare nelle strategie organizzate.

Ipotizziamo che a causa di un caregiving inappropriato, non sintonizzato emotivamente, trascurante e maltrattante, la paziente possa aver sviluppato un'incapacità di organizzare in modo coerente il proprio attaccamento.

Il neglect emerge con forza ed anche se non tutte le ricerche sono concordi nel ritenere i traumi infantili e i disturbi alimentari direttamente collegati, le evidenze aumentano se si considera la funzione di mediazione dei disturbi dissociativi.

Nel complesso i risultati sono vicini a quelli che ci aspettavamo di ottenere vista la patologia, la storia familiare ed i patterns di attaccamento rilevati.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:26

INTOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE IN DONNE CON DISTURBI ALIMENTARI

M. Aloï, C. Lamanna, C. Segura-Garcia

Dipartimento Scienze della Salute, Università Magna Graecia di Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO

Molti studi hanno evidenziato come pazienti affetti da Disturbi Alimentari (DA) presentino difficoltà nell'elaborazione emotiva, soprattutto nella identificazione e descrizione delle emozioni. L'obiettivo del lavoro è estendere la ricerca nel valutare la regolazione dell'emotività, in particolar modo della risposta alla frustrazione, in pazienti affetti da DA.

MATERIALI E METODI

Ad un campione femminile composto da 17 pazienti con DA e 27 controlli sani (HC) sono stati somministrati: la Frustration Discomfort Scale (FDS), la Barratt Impulsiveness Scale (BIS) e la State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Il disegno statistico ha previsto l'uso del t-test per campioni indipendenti.

RISULTATI

I pazienti con DA hanno punteggi significativamente più alti nel total score della BIS ($t=-3.183$; $p<0.01$), mentre il gruppo HC ha mostrato punteggi maggiori nella FDS, in particolare nelle sottoscale dell'intolleranza allo stress emotivo ($t=-2.463$; $p<0.05$), alle ingiustizie ($t=-2.664$; $p<0.05$) e agli obiettivi non raggiunti ($t=-3.124$; $p<0.01$). Nessuna differenza tra i gruppi è emersa nella STAXI.

CONCLUSIONI

I dati preliminari presentati in questo studio mostrano che i pazienti con DA hanno difficoltà nella gestione dell'impulsività piuttosto che nella regolazione della frustrazione, della aggressività e della rabbia.

Studi futuri, con campioni più estesi, dovrebbero mirare a confermare questi risultati e verificare le eventuali differenze all'interno delle diverse categorie diagnostiche dei DA.

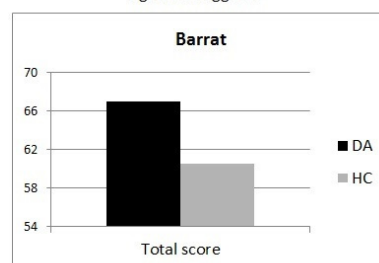
Bibliografia essenziale

Harrison A, Genders R, Davies H, et al. Experimental measurement of the regulation of anger and aggression in women with anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother.* 2011;18:445-52.

Krug I, Bulik CM, Vall-Llovera ON, et al. Anger expression in eating disorders: clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Res.* 2008;161:195-205.

Fig.1: Punteggi BIS

	DA		HC		Independent samples t-Test	
	Mean	SD	Mean	SD	t	p
S/RAB	12.11	3.25	12.94	4.06	-0.734	.467
T/RAB	21.78	5.00	21.25	6.88	0.290	.773
T-RAB/T	7.04	2.36	7.75	3.59	-0.787	.436
T-RAB/R	11.22	2.67	9.69	3.20	1.694	.098
AX/IN	18.41	5.48	18.69	5.56	-0.161	.873
AX/OUT	17.22	4.65	15.69	5.21	1.000	.323
AX/CON	23.96	4.46	22.31	5.20	1.103	.276



	DA		HC		Independent samples t-Test	
	Mean	SD	Mean	SD	t	p
Discomfort	16.00	4.03	18.81	3.36	-2.463	.018
Entitlement	20.44	5.59	24.56	4.46	-2.664	.011
Emotional intolerance	18.88	5.07	20.07	4.87	0.769	.446
Achievement	19.63	7.52	25.07	3.95	-3.124	.003
Total score	74.94	17.38	88.52	12.89	-2.930	.006



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:27

ALTERAZIONI DELLA SOSTANZA BIANCA CEREBRALE NELL'ANORESSIA NERVOSA (AN): UNO STUDIO DI DIFFUSION TENSOR IMAGING (DTI)

E. Collantoni, P. Meneguzzo, F. Monaco, D. Gallicchio, C. Idotta, R. Manara, P. Santonastaso, A. Favaro
Università Di Padova

Scopo del lavoro. Ci proponiamo di analizzare un campione di pazienti affette da AN mediante DTI per identificare eventuali alterazioni nella microstruttura della sostanza bianca e per capire la loro relazione con variabili relative al peso, alla durata di malattia ed alle caratteristiche psicopatologiche.

Materiali e Metodi. Il campione sperimentale è costituito da 35 donne con AN acuta e 35 donne sane (età media 26.1 ± 7.5 vs. 25.6 ± 6.6 ; BMI medio 15.7 ± 1.8 vs. 21.8 ± 3.1 ; esordio AN 18.5 ± 5.2). Nell'ottica di valutare il ruolo della malnutrizione nelle alterazioni rilevate sono state incluse anche 17 donne con AN guarite da almeno un anno. Le alterazioni degli indici misurati attraverso la DTI sono state analizzate attraverso il metodo detto 'trait-based spatial statistics' (TBSS) che riduce alcuni problemi metodologici legati alla compresenza di sostanza grigia e sostanza bianca negli stessi voxel (partial volume effects). Questo metodo infatti identifica uno 'scheletro' di sostanza bianca (formato da voxel al 100% di sostanza bianca) all'interno del quale vengono compiute le analisi statistiche. Gli indici utilizzati sono: anisotropia frazionata (FA), diffusività radiale (RD) e diffusività assiale (RA). Sono stati eseguiti un confronto whole-brain ed un'analisi della differenza tra emisfero destro e sinistro in casi e controlli.

Risultati. Le pazienti con AN mostrano differenze statisticamente significative rispetto ai controlli in tutti gli indici utilizzati. Le differenze in FA sono prevalentemente a sinistra e nel corpo calloso mentre le differenze che riguardano la diffusività sono prevalentemente a destra localizzandosi nel fornice e nella radiazione talamica per la RA e nel fascicolo longitudinale superiore e inferiore per la RD. I soggetti con AN mostrano inoltre una riduzione dell'asimmetria in un'area parietale dell'emisfero sinistro (in fasci che connettono le aree frontali con il lobo occipitale). Nelle pazienti guarite non emergono differenze significative rispetto al gruppo di controllo.

Conclusioni. Questi dati fanno pensare ad alterazioni della sostanza bianca diversificate in diverse aree cerebrali nei soggetti con AN. Tali alterazioni sembrano essere correlate con la malnutrizione e tendono al miglioramento nelle pazienti in remissione. La naturale asimmetria tra gli emisferi sembra essere diminuita nei pazienti con AN acuta e sembra essere solo parzialmente ripristinata dopo la guarigione.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:28

BINGE EATING DISORDER E CHIRURGIA BARIATRICA :UNO STUDIO PILOTA

S. Di Volo, C. Caterini, D. Koukouna, L. Sabbioni, G. Castellani, S. Bolognesi, A. Goracci, A. Fagiolini

Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Siena

SCOPO DEL LAVORO

La chirurgia bariatrica è attualmente considerata il trattamento più efficace nei casi di obesità grave; tuttavia sono riportate in letteratura notevoli variazioni individuali nei risultati in termini di perdita di peso e mantenimento dello stesso nel follow up a medio e lungo termine.

La prevalenza di disturbi psichiatrici in soggetti obesi candidati a intervento di chirurgia bariatrica (bendaggio gastrico, sleeve gastrectomy, bypass gastrico) è alta, ed alcune diagnosi rappresentano controindicazione all'intervento o comunque possono essere predittive della riuscita dell' intervento stesso nel medio-lungo termine.

Questo studio pilota valuta i cambiamenti dal preparatorio (T0: fase di preospedalizzazione) e nel follow up a breve-medio termine (T1: dopo 6 mesi dall'intervento chirurgico) in termini di discontrollo alimentare e qualità della vita in pazienti con Binge Eating Disorder ed obesità. L'obiettivo di questo studio pilota è valutare anche la fattibilità di uno studio più ampio, volto ad individuare possibili variabili psicopatologiche predittive dell'outcome chirurgico a lungo termine.

MATERIALI E METODI

12 pazienti (8 femmine e 4 maschi) con obesità e diagnosi di Binge Eating Disorder sono stati valutati in fase di preospedalizzazione (T0) pre intervento di chirurgia bariatrica e 6 mesi dopo tale intervento (T1). Tutti i pazienti assumevano al T0 terapia psicofarmacologica ed erano in buon compenso clinico dal punto di vista del disturbo del comportamento alimentare. I pazienti sono stati valutati tramite Binge Scale Questionnaire (BSQ), Bulimia Test Revised (BULIT-R), Uneasiness Test (BUT), Eating Disorder Inventory (EDI), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLES-Q).

RISULTATI

I risultati mostrano che il BMI medio dei pazienti alla visita di preospedalizzazione pre-intervento è 33,41 kg/m

². I risultati a 6 mesi dall'intervento chirurgico mostrano una riduzione nella media dei punteggi delle scale BSQ, BULIT-R e BUT. La riduzione dei punteggi alla EDI è promettente soprattutto nei domini di inadeguatezza, sfiducia interpersonale e bulimia, scarsamente modificati i domini di perfezionismo e consapevolezza interocettiva. Infine anche gli indici di qualità della vita mostrano un netto miglioramento.

CONCLUSIONI

Pazienti con diagnosi di Binge Eating Disorder ed obesità sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica mostrano nel breve termine (6 mesi post-intervento) una netta riduzione dei principali indici di valutazione di discontrollo alimentare e un netto miglioramento della qualità della vita. Questi risultati preliminari saranno seguiti da uno studio con un campione più ampio e con tempi di follow up più lunghi al fine di individuare variabili psicopatologiche che possano essere predittive dell'outcome dell'intervento chirurgico. Lo scopo sarà pertanto anche quello di valutare quanto l'intervento di chirurgia bariatrica è una terapia di per sé del Binge Eating Disorder.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:29

DECISION MAKING NELL'ANORESSIA NERVOSA: STUDIO CONTROLLATO SU 229 SOGGETTI

V. Giannunzio, E. Tenconi, E. Collantoni, D. Gallicchio, A. Favaro, P. Santonastaso
Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Neuroscienze, Padova

Scopo del lavoro: indagare i processi decisionali in un gruppo di 276 soggetti con An applicando il modello cognitivo Expectancy Valence model per analizzare le performance all'Iowa Gambling Task.

Materiali e metodi: a 276 pazienti ed a 243 controlli sani sono stati somministrati l'Iowa Gambling Task, il Wisconsin Card Sorting Test; il Trail Making Test; ed è stato utilizzato un modello cognitivo (Expectancy Valence model) per analizzare i risultati ottenuti all'IGT.

Risultati: i pazienti con An presentano performance all'IGT significativamente peggiori rispetto ai controlli sia nel punteggio netto che nell'indice di apprendimento. Non si evidenziano differenze significative nelle performance nè in relazione al sottotipo restrittivo o bulimico purgativo né in relazione al recupero ponderale o alla persistenza di sottopeso. Non si evidenzia alcuna correlazione significativa tra il BMI al momento della valutazione, BMI massimo o BMI minimo, età di esordio della malattia e il punteggio netto o l'indice di apprendimento all'IGT. L'applicazione dell'EVM evidenzia nel gruppo di AN una attribuzione di valore alle perdite rispetto che alle vincite (w minore) significativamente maggiore rispetto ai controlli e una maggior resistenza ai cambiamenti identificata da un tasso di aggiornamento significativamente minore (a minore) nel gruppo di studio. L'analisi dei gruppi divisi in cluster basati su differenti attitudini decisionali, evidenzia la presenza di due gruppi con performance speculari in uguale percentuale in casi e controlli. Solo nel gruppo di controllo sia diviso per cluster che indipendentemente dal cluster di appartenenza è presente una correlazione indiretta tra l'inflessibilità cognitiva e le performance all'IGT; solo nel cluster 2 delle pazienti con An è presente una correlazione diretta tra l'indice di apprendimento all'IGT e il BMI finale.

Conclusioni: i nostri risultati supportano l'idea di un'alterazione di tratto del DM nell'AN non essendo l'impairment all'IGT associato al recupero ponderale, all'età di esordio della malattia o alla severità clinica e fisica, suggerendo una diversa rilevanza dei fattori coinvolti nei soggetti sani e affetti da AN. Studi di tipo longitudinale sono necessari a chiarire tali ipotesi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:30

TRATTI PERSONOLOGICI, PROFILI EMOZIONALI E IMMAGINE CORPOREA NEI PAZIENTI CON OBESITÀ GRAVE IN FASE PRE INTERVENTO BARIATRICO

V. Currò¹, F. Cordova¹, G. Lanza¹, C. Mento¹, F. Guccione², G. Navarra², R.A. Zoccali¹

¹Sezione Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze Università degli Studi di Messina, ²Sezione Chirurgia Oncologica Dipartimento di Metodologia Chirurgica Università degli Studi di Messina

Scopo del lavoro: Lo scopo del presente studio è l'esplorazione personologica di tratti ed espressioni emozionali emergenti di pazienti gravemente obesi durante la fase di assessment psicologico-psichiatrico pre operatorio.

Materiali e Metodi: Cinquantatrè pazienti fra i 18 e i 67 anni, con BMI>35, afferenti al Policlinico universitario di Messina, sono stati valutati attraverso la somministrazione del Big Five Questionnaire (BFQ), reattivo di Rorschach, Profile of Mood States (POMS), scale cliniche Binge Scale Questionnaire ed Eating Disorder Inventory.

Risultati: I primi risultati suggeriscono configurazioni e specifici pattern inerenti le dimensioni personologiche e i fattori emozionali tra il gruppo di pazienti che presenta ricorrenti abbuffate alimentari e quello che non le presenta. In particolare, esiste una correlazione significativa ($P=0.001$) sia in riferimento alle alterazioni del versante affettivo-emotivo nei fattori della Profile of Mood States Tensione-Ansia, Depressione-Avvilimento, Aggressività-Rabbia, Vigore-Attività, Stanchezza-Indolenza e Confusione-Sconcerto che nelle sottodimensioni della personalità, in particolare il Dinamismo ed il Controllo emozionale.

Conclusioni: Esiste una correlazione fra la disposizione personologica inerente la difficoltà di controllo emozionale ed un'alterazione nei fattori emotivi, maggiormente esperita in persone che presentano abbuffate alimentari ricorrenti. L'osservazione clinica suggerisce l'importanza relativa all'emergenza del discontrollo che costituisce un elemento differenziale nell'outcome post-operatorio. I risultati incoraggiano studi longitudinali atti alla verifica delle ipotesi circa la specifica configurazione personologica emergente e l'outcome, al fine di programmare interventi a carattere psicoeducazionale per ottimizzare i risultati chirurgici, l'auto-monitoraggio e la compliance.

Note Bibliografiche:

Kalarchian MA., Marcus MD., Courcoulas AP., Cheng Y, Levine MD (2013) Preoperative lifestyle intervention in bariatric surgery: initial results from a randomized, controlled trial. *Obesity* 21 (2) 254-260.

Rieber et al., Psychological dimension after laparoscopic sleeve gastrectomy: reduced mental burden, improved eating behaviour and ongoing need for cognitive eating control. *Surgery for obesity and related diseases* 2012

Bunker C., Karr T., Saunders R., Mitchell JE., (2012) Eating behaviours post-bariatric surgery: a qualitative study of grazing. *Obes Surg* 22 (8) 1255-1231



ATTI DEL CONGRESSO

PO3:31

TRAUMI ECLATANTI E TRAUMI CUMULATIVI IN UN GRUPPO DI PAZIENTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

A. Denti, A. Nivoli, L. Loretto

Clinica Psichiatrica - Università degli Studi di Sassari

Scopo del lavoro. Il presente lavoro preliminare nasce con l'intento di valutare la relazione tra i disturbi del comportamento alimentare (DCA) ed i vissuti traumatici in età precoce.

All'origine di questi disturbi H. Bruch pone una relazione disturbata tra la bambina e la madre, che tenderebbe ad imporre le proprie sensazioni e i propri bisogni alla figlia. In un recente studio (Tasca et al 2013) si mette in relazione la psicopatologia nucleare dei DCA con gli stili di attaccamento e con le esperienze traumatiche infantili. Nelle fasi precoci dello sviluppo anche eventi traumatici non eclatanti ma ripetuti, se dovuti ad una modalità della madre costantemente inadeguata nel dosare e regolare gli stimoli esterni e interni del bambino, possono portare ad un effetto destrutturante sull'organizzazione e integrazione dell'io (M Kahan, 1964).

Materiali e Metodi. È stato studiato un campione di 32 pazienti con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo da alimentazione incontrollata (DAI) secondo il DSM 5. Sono stati utilizzati MINI Plus, EDI, SCL-90, MMPI-2. La storia personale è stata ricostruita mediante l'anamnesi e un'intervista semistrutturata e con la Childhood Traumatic Events Scale. Nel colloquio clinico si sono raccolte informazioni sulle relazioni significative precoci (nella maggior parte dei casi con la madre e il padre).

Risultati. Il campione è costituito da 32 donne, (età media 34.7 ± 13.1 anni); di cui 14 con AN (età media 26.8 ± 7.8 anni), 3 con BN (età media 26.3 ± 8.7 anni) e 15 con DAI (età media 40.5 ± 12.3 anni). Il 21% delle pazienti con AN presenta traumi significativi (separazioni dei genitori, morte di uno dei genitori, gravi malattie), il 33% tra le pazienti con BN e il 20% tra i DAI. Tutte le pazienti individuano come esperienze stressanti e condizionanti la modalità relazionale con i genitori (madre frustrante, ambivalente, poco tollerante nei confronti delle spinte verso l'autonomia della figlia; padre assente, o emotivamente distaccati). I casi più gravi di AN, BN (BMI<15, lunga storia di malattia, compromissione della realizzazione degli obiettivi di crescita) non hanno avuto nella loro storia infantile eclatanti traumi, bensì una relazione genitoriale notevolmente compromessa. Le pazienti che hanno subito gravi traumi hanno in comorbidità con il DCA altri disturbi psichiatrici.

Conclusioni. I dati derivati dal nostro campione preliminare sono in accordo con quanto descritto in letteratura. La mancata sintonizzazione degli adulti di riferimento sui bisogni del bambino, possono costituire dei traumi cumulativi, valutabili retrospettivamente, ed interferire sulla psicopatologia e sulla clinica di questi disturbi in misura maggiore rispetto ai traumi eclatanti. Sarà interessante andare ad esplorare come questa tipologia di traumi cumulativi, apparentemente non eclatanti, interferiscano sugli stili di attaccamento e sullo sviluppo dell'immagine di sé, l'auto-percezione e l'autostima di questi pazienti.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:32

INTERNET ADDICTION, UN'INDAGINE NEI SERVIZI MILANESI

I. Di Bernardo¹, C. Boroni², P. Giovannelli², M. Zabotto¹, A. Varinelli¹, R. Truzoli¹, C.A. Viganó¹, G. Ba¹

¹U.O. Psichiatria II - Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco - Università degli Studi di Milano,

²Esc Team, Milano

Scopo

Dalla prima idea che l'uso problematico di internet potesse configurarsi come dipendenza, si sono accumulate evidenze sempre maggiori su esistenza e diffusione della patologia da dipendenza da internet. Partendo dalla realtà metropolitana milanese, si è voluto indagare il livello di conoscenza di questa problematica tra gli operatori dei centri che più facilmente possono venirne in contatto: servizi neuropsichiatrici per l'infanzia e l'adolescenza (UONPIA) e centri di salute mentale e servizi per le dipendenze (SerT). Si è ritenuto opportuno accertare l'atteggiamento degli operatori in merito alla dipendenza da internet, evidenziando il livello di conoscenza del fenomeno e l'attenzione diagnostica posta nel verificare la presenza di comportamenti a rischio in pazienti con altre patologie e le eventuali indicazioni per il trattamento.

Materiali e Metodi

La ricerca ha visto coinvolti gli operatori che nel mese dell'indagine erano impegnati nelle prime visite. Il questionario usato è stato derivato da uno strumento già in uso per il Gioco d'Azzardo, riadattato per la dipendenza da internet sulla base dei parametri del test "internet Addiction Disorder" di Kimberly Young e del questionario UADI (Uso, Abuso e Dipendenza da Internet) elaborato da Del Miglio, Gamba e Cantelmi (2001). Il questionario usato nella sua versione finale è suddiviso in otto aree di indagine, ciascuna finalizzata ad approfondire un determinato aspetto della problematica.

Risultati

Hanno risposto in totale 260 operatori, di cui il 55% dai CPS, il 23% dai SerT e il 22% dalle UOMPIA. Le figure professionali che hanno risposto sono rappresentate per il 29% da medici, per il 17,6% da psicologi, per il 23,5% da personale della riabilitazione, per il 22% da infermieri e per l'8% da assistenti sociali. L'indagine evidenzia come i problemi legati alla Dipendenza da Internet siano noti e comincino ad essere diffusi. Pur sapendo che il disturbo esiste e avendo una generica formazione solo 1 su 5 operatori indaga la presenza di dipendenza specifica, quindi alla conoscenza del disturbo non corrisponde un'adeguata sensibilità diagnostica. La percezione della distribuzione del problema dipende dalla mission del servizio di appartenenza: è percepita come molto più diffusa dagli operatori dei SerT e delle UONPIA rispetto a quelli dei CPS. Il 14% degli adolescenti in carico nelle UONPIA ha una problematica correlata a internet ma tale incidenza è minore nei CPS (3.5%) e nei SerT (6%). Sebbene gli operatori dichiarino di aver letto o sentito parlare di Dipendenza da internet, affermano di sentirsi impreparati a identificare e gestire questi nuovi pazienti.

Conclusioni

Dai dati sembra dunque emergere una carenza formativa e la domanda degli operatori di approfondire la problematica, per disporre di adeguate conoscenze diagnostiche e di intervento con pazienti che manifestano problemi legati alla Dipendenza da Internet, rendendo le strutture pronte ad accogliere questi nuovi pazienti.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:33

IL RUOLO DELLE CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE E DI PERSONALITÀ NEI PAZIENTI CON MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

V. Prisco, T. Iannaccone, V. De Santis, F. Perris, M. Fabrazzo

Università degli Studi di Napoli SUN, Dipartimento di Psichiatria, Napoli

SCOPO DELLO STUDIO

Abbiamo valutato l'impatto della sintomatologia psichiatrica e delle caratteristiche di personalità sulla qualità di vita di pazienti con Rettocolite Ulcerosa (RCU) e Morbo di Chron (MC). Le Malattie Infiammatorie Intestinali (IBD) sono patologie ad eziologia sconosciuta, con decorso cronico-ingravescente e una significativa compromissione della qualità di vita (QdV).

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati 108 pazienti, 39 con RCU, 28 con MC e 41 con Sindrome del Colon Irritabile, considerati come gruppo di controllo. Per la valutazione psicopatologica sono stati utilizzati la Self-Report Symptom Inventory – Revised, la Hamilton Depression Rating Scale, il Temperament and Character Inventory e la Short Form-36. I dati socio-demografici e anamnestici sono stati raccolti con una scheda ad-hoc.

RISULTATI

Rispetto al gruppo di controllo, i pazienti con IBD presentano con maggiore frequenza sintomi dello spettro ansioso e depressivo e una significativa compromissione in diverse aree della QdV: "Attività Fisica", "Dolore Fisico", "Ruolo e Salute Fisica" e "Salute in Generale". I pazienti con RCU, rispetto a quelli con MC, presentano una più marcata sintomatologia ansioso-depressiva e una maggiore compromissione della QdV in tutti i domini indagati.

L'analisi di regressione logistica ha evidenziato che i sintomi depressivi e alcune dimensioni personologiche ("l'autodirezionalità", "l'evitamento del pericolo" e la "cooperatività"), risultano essere associate alla scadente QdV dei pazienti con IBD.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio confermano che la QdV nei pazienti con IBD non è influenzata solo dall'attività di malattia e indicano che specifici progetti di intervento mirati a migliorare le strategie di adattamento individuale potrebbero consentire una gestione più efficace della patologia somatica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:34

SINDROME METABOLICA IN PAZIENTI RICOVERATI IN S.P.D.C.: CORRELAZIONE CON CARATTERISTICHE CLINICHE

F. Solia^{1,2}, G. Rosso^{1,2}, F. Cuniberti^{1,2}, G. Maina^{1,2}

¹Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga, Orbassano, TO, ²Università degli Studi di Torino

SCOPO DEL LAVORO: è ormai noto che la prevalenza di sindrome metabolica (MetS) è più elevata nei pazienti affetti da patologie psichiatriche rispetto alla popolazione generale, con un conseguente aumento del rischio di morbilità cardiovascolare. La presenza di MetS è stata rilevata nel 35-40% degli individui affetti da schizofrenia e nel 20-65% dei pazienti affetti da disturbi dell'umore. Tra questi, il disturbo bipolare sembra essere la patologia psichiatrica maggiormente correlata alla presenza di MetS. Nel contempo sono stati evidenziati vari fattori promoventi la genesi ed il mantenimento di alterazioni dei parametri metabolici, tra cui predisposizione genetica, stile di vita e trattamenti farmacologici. Ad oggi non è chiaro se, nel determinare la presenza di MetS, abbia un peso preminente il tipo di disturbo psichiatrico o altre variabili individuali.

Scopo del presente studio è valutare il tasso di MetS in un campione di pazienti ricoverati per disturbi psichiatrici ed analizzare eventuali caratteristiche socio-demografiche e cliniche associate alla presenza di MetS.

MATERIALI E METODI: sono stati reclutati tutti i pazienti consecutivamente ricoverati dal Dicembre 2013. Sono stati esclusi: a) i soggetti che non hanno dato il consenso a partecipare allo studio; b) i pazienti affetti da condizioni mediche generali gravi o scompensate; c) donne in stato di gravidanza o nel periodo post-partum.

Ogni soggetto reclutato è stato sottoposto a:

- 1) intervista semi-strutturata per la raccolta delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche;
- 2) rilevazione dei parametri utili per la diagnosi di sindrome metabolica sulla base dei criteri indicati dal National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association (NCEP ATP-III modified criteria).

RISULTATI: le analisi preliminari sono state condotte su 90 pazienti, di cui 33 (36,7%) affetti da disturbo bipolare, 27 (30%) da disturbo dello spettro schizofrenico, 12 (13,3%) da disturbi di personalità e 18 (20%) da disturbo depressivo maggiore.

Il tasso di MetS è del 33,3% nel campione totale. Il tasso di MetS nei diversi sottogruppi diagnostici è risultato rispettivamente di: 31,4% nei soggetti affetti da disturbo bipolare, 34,3% da disturbi dello spettro schizofrenico, 20% da disturbo depressivo maggiore e 14,3% da disturbi di personalità.

Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i vari sottogruppi per quanto concerne la presenza di sindrome metabolica.

La presenza di sindrome metabolica è risultata invece correlata all'assunzione di antipsicotici atipici ($p < 0.05$) e alcool ($p = 0.008$). Infine, è emersa una correlazione tra il fumo di sigaretta e MetS nel campione dei pazienti reclutati affetti da disturbi dello spettro schizofrenico ($p = 0.012$).

CONCLUSIONI: i dati sino ad ora elaborati non permettono di evidenziare un'associazione significativa tra MetS ed uno specifico disturbo psichiatrico, mentre suggeriscono un ruolo preminente nel determinare alterazioni dei parametri metabolici dei trattamenti antipsicotici e di alcune condotte correlate ad uno stile di vita insalubre.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:35

A CHE GIOCO GIOCHIAMO?...STILI DI ATTACCAMENTO, COMORBIDITÀ PSICHIATRICA E LIVELLI DI RESILIENZA NEI GIOCATORI DI RUOLO ONLINE E NEI GIOCATORI DI RUOLO LIVE

M. Banfi, M. Valentini, M. Fojanesi, M. Gallo, F. Russo, M. Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza, Roma

SCOPO DEL LAVORO

I Massive Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPG), che offrono la possibilità di giocare insieme a molti altri giocatori, rappresentano il 46% di tutti i giochi online. Il gioco rappresenta un luogo in cui è possibile diventare ciò che si desidera, lasciando alla vita reale ciò che realmente si è. L'American Psychiatric Association ha ufficialmente riconosciuto l'Internet Gaming Disorder come una condizione che richiede di essere considerata da parte dei clinici e dei ricercatori, apparendo per la prima volta all'interno della Sezione III del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – 5 (DSM-5), che riflette l'aumento del fenomeno e la preoccupazione ad esso legata.

Dopo un periodo di gioco online, si passa solitamente al gioco dal vivo (GRV o LARP – Live Action Role-Playing), in cui si vive nel ruolo di personaggi reali o di fantasia nel modo più verosimile possibile. Questo tipo di gioco non viene attualmente riconosciuto come patologico, infatti in letteratura si trovano pochissimi dati in riferimento.

Con il presente lavoro ci si propone di valutare la comorbidity psichiatrica, lo stile di attaccamento e la resilienza in giocatori di ruolo on line e live.

MATERIALI E METODI

La ricerca in corso è condotta su 50 soggetti giocatori di ruolo on line, 50 soggetti giocatori di ruolo dal vivo, e 50 soggetti di controllo reclutati all'interno delle facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università "Sapienza" di Roma appaiati per età e genere ai campioni sperimentali.

Gli strumenti utilizzati sono :

ECR (Experience in Close Relationship) e ASQ (Attachment Style Questionnaire) per la valutazione dello stile di attaccamento

IAS (Interaction Anxiousness Scale) per la valutazione dell'Ansia Sociale (ansia di stato e Ansia di Tratto)

BFI (Big Five Inventory), per indagare le principali strutture di personalità nei pazienti e nei genitori .

STAI (State Trait Anxiety Inventory), per valutare l'ansia di tratto e l'ansia di stato.

SVS (Scala di Valutazione della Vulnerabilità correlata allo Stress), per valutare lo stress e il supporto sociale percepiti

RSA (Resilience Scale for Adult), per valutare la Resilienza

RISULTATI

Sulla base delle ipotesi iniziali e a causa della mancanza di letteratura scientifica riguardo il LARP, il presente studio mira ad ottenere risultati atti a dimostrare la similitudine di personalità dei giocatori on line e live, e l'eventuale presenza di attaccamento insicuro e di bassa Resilienza, per tracciare un fil rouge tra l'Internet Gaming Disorder e il LARP.

CONCLUSIONI

Con i risultati ottenuti dallo studio, ci si propone di dimostrare la correlazione tra personalità dei giocatori online e live, proponendo interventi preventivi a livello di stili comportamentali di riferimento.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:36

VALUTAZIONE NEUROFISIOLOGICA E DI RISONANZA MAGNETICA FUNZIONALE DEL RAPPORTO TRA DOLORE SOCIALE E DOLORE FISICO

M.C. Rossetti¹, R. Ciuffini², M. Marrelli², M. Aloisi², A.M. Puglielli¹, A. Splendiani³, M. Gallucci³, A. Rossi¹, P. Stratta⁴

¹Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologie (DISCAB), Università dell'Aquila, ²Asl 1 L'Aquila - Servizio di Neurofisiopatologia, L'Aquila, ³Asl 1 L'Aquila - Dipartimento di Neuroradiologia, L'Aquila, ⁴Asl 1 L'Aquila - Dipartimento Di Salute Mentale, L'Aquila

In ogni cultura e linguaggio vengono utilizzati gli stessi termini per definire ed esprimere il dolore sia esso psicologico che fisico. Ciò è in realtà più di una semplice e comoda metafora, in quanto i circuiti neurali utilizzati per il processamento del dolore sono gli stessi (Eisenberger, Nature Reviews Neuroscience, 2012). D'altra parte condizioni patologiche caratterizzate da dolore cronico, es. cefalea e fibromialgia, sono associate a disturbi psicopatologici e viceversa. E' verosimile che stati emotivi differenti possono influire sulla capacità di filtrare stimoli nocicettivi: emozioni negative possono peggiorare la risposta ad una stimolazione dolorosa così come emozioni positive possono migliorarla (de Tommaso et al., Consciousness and Cognition, 2008). Se così, emozioni sociali, evolutivamente più importanti, possono avere un ruolo ancora maggiore nella capacità di filtrare stimoli nocicettivi.

Lo scopo dello studio è valutare quale influenza possono avere emozioni positive o negative, con valenza sociale o meno nella risposta a stimolo somatosensoriale in popolazioni cliniche e di controllo. Ulteriore scopo è quello di individuare eventuali differenti aree specificatamente coinvolte nel processamento di stimolazioni emotive sociali e non sociali.

Sono stati arruolati in una prima fase pilota soggetti sani; verranno quindi presi in considerazione soggetti con disturbi dell'umore, disturbi psicotici, cefalea, fibromialgia.

Allo scopo di valutare la sensibilità emotiva a stimoli con valenza sociale o meno, è stato utilizzato l'International Affective Picture System (IAPS; Lang et al., Neuropsychologia, 1999), che comprende immagini basate su di un modello dimensionale delle emozioni. Da questo archivio sono state selezionate immagini con valenza positiva (es. paesaggi o fiori), negativa (es. spazzatura o escrementi) e neutra (es. uno scaffale o una lampadina). Sono state inoltre selezionate immagini con valenza positiva e negativa ma che avessero anche un significato sociale: immagini socialmente negative (es. un linciaggio o la scena di una rapina) o positive (es. coppia di innamorati o madre con bambino). Vengono anche utilizzati l'Empathy Quotient (Baron-Cohen and Wheelwright, Journal of Autism and Developmental Disorders, 2004) per la valutazione della capacità di empatia e la Psychological Pain Assessment Scale (PPAS) per la valutazione del dolore psicologico ('psychache', Pompili et al., Suicide and Life-Threatening Behavior, 2008).

Lo studio si avvale di paradigmi neurofisiologici e neuradiologici.

Valutazione neurofisiologica: durante la proiezione delle immagini dello IAPS il soggetto viene sottoposto ad una valutazione dei potenziali evocati somatosensoriali (SEP) con stimolazione elettrica applicata al nervo mediano di sinistra. Sono state identificate le componenti SEP (N9, N20, P25 ed N33) secondo le rispettive latenze e misurate le ampiezze picco-picco.

Valutazione neuroradiologica: la persona viene poi sottoposta ad esame di Risonanza Magnetica funzionale (fMRI). Nel corso dell'esame vengono proiettate le immagini dello IAPS con le cinque differenti valenze (neutre, negative, socialmente negative, positive e socialmente positive). Lo studio fMRI è acquisito con un apparecchio GE Healthcare operante a 3 Tesla utilizzando sequenze BOLD e bobina multicanale dedicata



ATTI DEL CONGRESSO

per lo studio dell'encefalo. Le immagini vengono quindi elaborate per mezzo del Brain Voyager QX 4.6 software.

Allo stato attuale, dopo valutazione di 10 soggetti sani, è stata osservata una N20 di più elevata ampiezza, che depone per un più ampio arruolamento di circuiti neuronali dopo l'esposizione a stimoli emotivi di tipo sociale con valenza negativa, mentre l'esposizione a stimolazione emotiva neutra determina un minore incremento dell'onda. Le rimanenti stimolazioni emotive si associano a ampiezze di N20 intermedie.

Il risultato, pur in un numero limitato di soggetti, ancora in assenza di confronto con campioni clinici, indica che la sensibilità ad emozioni sociali ed eventualmente la capacità di empatia abbiano un ruolo nel modulare la risposta a stimoli somatosensoriali e nocicettivi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:38

IO...UN GIORNO CRESCERO'... STILI DI ATTACCAMENTO, COMORBIDITÀ PSICHIATRICA E LIVELLI DI RESILIENZA NEI SOGGETTI AFFETTI DA BASSA STATURA IDIOPATICA E NEI CAREGIVER DI RIFERIMENTO

M. Banfi, M. Fojanesi, M. Gallo, M. Valentini, F. Russo, M. Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Gli studi effettuati da diversi autori sugli effetti di situazioni di deprivazione affettiva, maltrattamento ed abusi sullo sviluppo ed il mantenimento di uno stato di salute psicologica e fisica hanno portato alla identificazione di una condizione nota come "Nanismo Psicosociale" o "sindrome da ipopituitarismo reversibile", un quadro clinico di bassa statura associato spesso al riscontro di un deficit reversibile di ormone della crescita, cui si potevano accompagnare anche disturbi del comportamento alimentare, insonnia, depressione, enuresi, scarsa performance ai test di valutazione cognitiva.

Il presente lavoro si prefigge lo scopo di indagare le possibili relazioni tra la bassa statura idiopatica e la struttura di personalità del bambino, sviluppatasi in modo diverso oltre che per le condizioni ambientali e per i vissuti psicologici, anche per altri fattori quali la Resilienza e lo stile di attaccamento genitoriale.

MATERIALI E METODI

A 50 bambini con diagnosi di nanismo ipofisario di età compresa tra i 5 ed i 15 anni e ai loro genitori e a 50 bambini con diagnosi di bassa statura senza deficit di Gh di età compresa tra i 5 ed i 15 e ai rispettivi genitori sono stati somministrati i seguenti strumenti :

SECURITY SCALE per la valutazione della percezione della sicurezza nelle relazioni di attaccamento dei pazienti verso i propri caregiver;

ECR e ASQ per la valutazione dello stile di attaccamento nei genitori;

SAFA per la valutazione di Ansia e Depressione nei pazienti.

BFI , per indagare le principali strutture di personalità nei pazienti e nei genitori .

STAI , per valutare l'ansia di tratto e l'ansia di stato.

IAS , per valutare l'ansia sociale.

SDS, per valutare la Depressione

RSA , per valutare la Resilienza

TAS 20 per valutare l'Alessitimia

FRI , per valutare la tipologia familiare

Il gruppo di controllo è costituito da 50 bambini affetti da miopia di età compresa tra 5 e 15 anni e genitori di tali pazienti.

RISULTATI

Con la presente ricerca in corso di elaborazione, ci si propone di valutare, in un gruppo di pazienti con diagnosi di bassa statura idiopatica, la percezione della sicurezza nelle relazioni con specifiche figure di attaccamento, l'attaccamento e lo sviuppo della resilienza della coppia genitoriale, messi in relazione con specifici disturbi della sfera psichica eventualmente presenti nel paziente e/o nei genitori, quali disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi di personalità.

CONCLUSIONI

In famiglie di bambini con quadri di nanismo in cui non sembrano emergere storie di maltrattamenti, abusi o neglect, possono associarsi patologie di tipo relazionale dovute ad aspetti psicosociali mal funzionanti. Ci si propone quindi di instaurare specifiche aree di intervento terapeutico, volto alla prevenzione di sintomi di comorbidity psichiatrica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:39

IMPULSIVITÀ E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

D. Marazziti, S. Baroni, M. Picchetti, L. Dell'Osso

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Università di Pisa

SCOPO DEL LAVORO

Il gioco d'azzardo patologico (Pathological Gambling, PG) è un disturbo del controllo degli impulsi con caratteristiche cliniche comuni ad altri disturbi psichiatrici come le dipendenze, ma soprattutto il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Per tale motivo alcuni autori ipotizzano l'esistenza di un continuum impulsivo-compulsivo col PG collocato verso l'estremo impulsivo e il DOC verso l'estremo compulsivo. L'eziopatogenesi del disturbo rimane ancora da chiarire sebbene sia ipotizzabile il coinvolgimento di fattori genetici, ambientali e di diversi sistemi neurotrasmettitoriali, quali il noradrenergico, il dopaminergico, il glutammatergico e il serotoninergico. Proprio quest'ultimo sembra essere coinvolto, come modulatore, nella regolazione di comportamenti impulsivi e aggressivi. Una riduzione della densità del trasportatore plasmalemmale della serotonina (SERT) è stata riscontrata in soggetti affetti da disturbi di personalità con comportamenti aggressivi e in soggetti che hanno tentato il suicidio.

Con questo studio ci proponiamo di valutare l'impulsività nei pazienti affetti da PG, rispetto ad un gruppo di soggetti sani di controllo.

MATERIALI E METODI

Nel nostro studio sono stati inseriti 35 pazienti (tutti di sesso maschile, età media 46.23 ± 11.6 anni) con diagnosi di PG, effettuata secondo i criteri del DSM-IV e un gruppo di soggetti di controllo sani (35 uomini, età media 47.19 ± 13.4 anni). La gravità della sintomatologia è stata valutata mediante la South Oaks Gambling Screen (SOGS, Lesieur and Blume, 1987) ottenendo un punteggio di 28.9 ± 6.7 ; l'impulsività è stata valutata mediante Barrat Impulsivity Scale, versione 11 (BIS-11).

RISULTATI

I risultati hanno evidenziato un punteggio totale più alto (65.46 ± 12.08) nei pazienti con PG rispetto ai controlli (57.34 ± 11.04) alla BIS-11, soprattutto nei domini relativi all'impulsività motoria e attentiva (rispettivamente 16.34 ± 4.8 vs 11.2 ± 3.4). Anche i punteggi delle sotto-scale dell'impulsività motoria e senza pianificazione risultavano più alti nei pazienti rispetto ai controlli (rispettivamente 23.96 ± 5.1 e 18.53 ± 3.8).

CONCLUSIONI

Questi risultati suggeriscono che l'impulsività può rappresentare un elemento centrale del PG in maniera strettamente legata alla gravità del quadro clinico.

Tuttavia, ulteriori studi, condotti in un campione più ampio di pazienti PG di entrambi i sessi, sono necessari per esplorare le possibili relazioni tra impulsività e PG, e come altri disturbi specifici, come ad esempio i disturbi di personalità possano essere correlati ai sintomi del PG.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:40

VARIABILI CLINICHE, QUALITÀ DI VITA E DISTRESS SOGGETTIVO IN PAZIENTI OSPEDALIZZATI PER PATOLOGIE SOMATICHE CRONICHE

P. De Fazio 1, S. Ruberto 1, M. Caroleo 1, F. Giannini 1, P. Ciambrone 1, M. Puca 2, O. Rania 2, E. Suffredini 3, L. Procopio 3, C. Segura Garcia 1

¹Dip.Scienze della Salute Università Magna Graecia, Catanzaro, ²Spdc A.O.Pugliese-Ciaccio, Catanzaro, ³Csm Asp Crotone

Scopo del lavoro

I pazienti ospedalizzati presentano elevata comorbidità con disturbi affettivi che ne influenzano lo stato di salute, peggiorano il grado di adattamento alla malattia e compromettono l'outcome della patologia di base. Scopo del lavoro è valutare la prevalenza e la gravità della sintomatologia affettiva in una popolazione ospedalizzata per malattie oncologiche ed altre patologie fisiche croniche, stimare la qualità di vita percepita (QoL) ed il livello di distress soggettivo ed individuare quali variabili cliniche e sociodemografiche possono influenzare la sintomatologia affettiva e la QoL di questi pazienti.

Metodologia

360 pazienti ospedalizzati presso le Unità di Oncologia, Medicina Interna e Geriatria sono stati valutati mediante: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Patients Health questionnaire (PHQ-9), General Health questionnaire (GHQ) e 12-Item Short Form Survey (SF12).

Disegno statistico: statistica descrittiva, analisi univariata per la comparazione di pazienti oncologici (Gruppo A, N=154) e pazienti affetti da altre patologie croniche (Gruppo B, N=206), e analisi multivariata mediante regressione lineare multipla.

Risultati

Nel campione globalmente considerato (età media 60,1 anni: 57% sesso femminile) la prevalenza globale di sintomatologia depressiva ed ansiosa è rispettivamente del 41% e del 59,7%, mentre il 40% dei pazienti ha un valore PHQ-9 > 10. La gravità della sintomatologia depressiva secondo il PHQ corrisponde rispettivamente nel 25% e 14% ad un grado lieve e moderato, nessuno dei pazienti presentava una sintomatologia depressiva grave. Non si riscontrano differenze significative tra i gruppi nei punteggi HADS-A, HADS-D e PHQ-9; tuttavia il Gruppo A mostra valori significativamente più elevati in GHQ12 e l' SF-12 (Tab. 1) e la sintomatologia depressiva aumenta proporzionalmente al livello di gravità della patologia oncologica.

Predittori di HADS-D maggiore, uguale 8 (-2 Likelihood = 224,461; $\chi^2 = 212,580$; $p < ,001$) sono: PHQ maggiore di 10, HADS-A maggiore uguale 8, bassi indici di SF12, interventi chirurgici in anamnesi, condizioni abitative scadenti e GHQ positivo (Tab.2).

Il PCS è associato a minori valori di depressione, età più giovane, assenza di patologie oncologiche, sesso maschile, presenza di ansia e assenza di malattie del SNC (Tab.3).

Maggiori livelli di MCS risultano associati a minore HADS-D, minore HADS-A, minore PHQ, minore GHQ e la presenza di malattia oncologica (Tab.4).

Conclusioni

I pazienti oncologici sebbene hanno una peggiore salute fisica percepita godono di migliore salute mentale rispetto ai pazienti non oncologici. La presenza di depressione peggiora la qualità della vita dei pazienti ospedalizzati, indipendentemente dalla patologia di base, determinando un marcato distress e un significativo deterioramento del funzionamento generale. È auspicabile un riconoscimento precoce della sintomatologia affettiva con adeguati strumenti di misurazione al fine di intervenire in maniera corretta e tempestiva sul quadro psicopatologico dei pazienti ospedalizzati.



ATTI DEL CONGRESSO

Bibliografia

-Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. J Psychosom Res 2002;53:859-863.

Tab.1 Percentuale di soggetti positivi a ciascun test per ogni gruppo.

	Gruppo 1		Gruppo 2		X ²	p
	Fr	%	Fr	%		
HADS-A	90	58,40%	125	60,70%	0,183	0,668
HADS-D	64	41,60%	84	40,80%	0,022	0,881
PHQ	63	40,90%	81	39,30%	0,093	0,761
Immagine	43	27,90%	32	15,50%	8,200	0,004

Tab.2 Modello di Regressione Logistica. Variabile dipendente HADS-D

Variabili	Coeff.	SE	95% CI	p
Outcome: HADS-D				
(-2Likelihood= 224,461; X2=212,580; p<.001)				
PHQ _{pos}	1,529	,362	2,270-9,375	,000
HADS _{Apos}	1,172	,400	1,476-7,068	,003
PCS	-,056	,021	-,907-,985	,007
MCS	-,099	,021	-,869-,944	,000
Interchir (1)	,747	,358	1,046-4,263	,037
Minc	-,812	,522	-,160-1,235	,120
Abit	-,812	,522	-,160-1,235	,120
Abit (1)	-,027	1,188	-,095-9,988	,982
Abit (2)	1,276	,364	1,756-7,311	,000
GHQ _{tot} POS	1,384	,512	1,465-10,88	,007
Costante	3,566	1,284		,005

Tab.3 Modello di regressione lineare. Variabile dipendente PCS(SF-12).

Variabili	Coeff		t	Sig
	B	DSE		
Outcome: PCS (SF12)				
(F=88,590; R ² =0,631; p<.000)				
(Costante)	52,032	2,677	19,437	,000
HADS-D	-,426	,172	-,212	-,2481
AGE	-,162	,030	-,253	-,5488
Onco	-,830	,301	-,194	-,4231
Sex	1,396	,306	,182	3,968
HADS-A	-,559	,181	-,215	3,080
PHQ _{tot}	-,246	,131	-,152	-,1881
Minc	-,278	1,351	-,093	-,2049
GHQ _{tot}	-,255	,130	-,134	-,1958
preceditic	-,343	,215	-,073	-,1598

Tab.4 Modello di regressione lineare. Variabile dipendente MCS (SF-12).

Variabili	Coeff		t	Sig
	B	DSE		
Outcome: MCS (SF12)				
(F=88,590; R ² =0,631; p<.000)				
(Costante)	64,774	2,336	27,730	,000
HADS-D	-,695	,151	-,278	-,4600
HADS-A	-,278	,162	-,267	-,5326
PHQ _{tot}	-,428	,117	-,214	-,3669
GHQ _{tot}	-,317	,117	,182	3,968
Onco	2,178	,809	,089	2,693
Gistmitic	,125	,085	0,49	1,467
Age	-,035	,026	-,044	-,1317



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:41

TEMPERAMENTI AFFETTIVI E PSICOPATOLOGIA IN PAZIENTI OBESI CANDIDATI ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

V. Marozzi¹, S. Pacella¹, E. Barletta¹, M. Bellomo¹, G. Adami², M. Amore¹

¹Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili, Sezione di Psichiatria, Genova, ²Facoltà di Medicina e Chirurgia, Genova

SCOPO DEL LAVORO:

Numerosi studi mostrano alti tassi di comorbidità tra obesità e disturbi psichiatrici, in particolar modo Disturbi dell'Umore e Disturbi del Comportamento Alimentare (Binge eating disorder, BED); tuttavia ci sono pochi dati in letteratura sulla relazione tra obesità e temperamenti affettivi. Obiettivi primari di questo studio sono valutare se esiste un temperamento affettivo più frequentemente associato a obesità e valutare la prevalenza di BED e sintomi depressivi in una popolazione di pazienti con obesità grave in attesa di intervento di chirurgia bariatrica.

Obiettivo secondario è valutare l'eventuale correlazione tra il tipo di temperamento e la presenza di BED e sintomatologia depressiva.

METODI:

Sono stati reclutati pazienti affetti da obesità di grado severo, di età superiore o uguale ai 18 anni. I pazienti sono stati valutati trasversalmente con i seguenti strumenti: Screening-Dsm-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure-Adult, BDI-II (Beck Depression Inventory), TEMPS-B (Temps-B Temperament Evaluation Of Memphis, Pisa, Paris And San Diego) e BES (Binge Eating Scale).

RISULTATI:

Sono stati reclutati 22 soggetti, dei quali 16 femmine e 6 maschi. Nel 46% del campione si è evidenziato un temperamento ipertimico, nel 27% un temperamento irritabile, nel 18% un temperamento ciclotimico e nel 9% un temperamento depressivo. Il 40% del campione presenta una sintomatologia depressiva da moderata a grave alla BDI-II e di questi il 55% presenta un temperamento irritabile. La valutazione BES mostra un 38% del campione con diagnosi di probabile o possibile Binge Eating, dei quali la metà mostra un temperamento irritabile e l'altra metà un temperamento ipertimico.

CONCLUSIONI:

I seguenti dati preliminari sembrano indicare che il temperamento maggiormente rappresentato, nei pazienti obesi candidati alla chirurgia bariatrica, è quello ipertimico. La sintomatologia depressiva sembra essere più severa tra i pazienti con temperamento irritabile. La presenza di BED sembra più probabile nei pazienti che presentano un temperamento irritabile e ipertimico.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:42

DISFORIA DI GENERE E PSICOPATOLOGIA

V. Marozzi¹, E. Barletta¹, S. Visimberga¹, M. Belvederi Murri¹, F. Moscato¹, M. Amore¹, D. Ferone², M. Accornero², G. Pera²

¹DINOEMI -Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno Infantili-Sezione Psichiatria, Genova, ²U.O. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Genova

SCOPO DELLO STUDIO: la Disforia di Genere (DG) è una condizione clinica associata all'identificazione di un soggetto con il genere biologico opposto. Secondo il DSM-5 questa condizione non è di per se patologica, tuttavia può risultare associata a disturbi psichiatrici clinicamente significativi. L'obiettivo primario dello studio era determinare, in una popolazione di pazienti con DG, la severità di alcune dimensioni psicopatologiche quali la sintomatologia depressiva, il deficit di mentalizzazione e l'insoddisfazione relativa all'immagine corporea.

METODI: Pazienti affetti da DG, di età superiore o uguale ai 18 anni sono stati reclutati presso un servizio clinico endocrinologico in occasione dell'avvio della terapia ormonale per il riorientamento sessuale. La diagnosi di DG è stata accertata secondo i criteri del DSM-5 ed i pazienti sono stati valutati con i seguenti strumenti: BDI-II (Beck Depression Inventory), Questionario sulla Mentalizzazione (Mentalization Questionnaire, MZQ) e BUT (Uneasiness Test).

RISULTATI: I risultati preliminari vengono riferiti ad un campione composto da 15 pazienti con DG, di cui 3 FtM (sesso biologico femminile) e 12 MtF (sesso biologico maschile). Secondo i cut-off prestabiliti alla BDI, 5 pazienti soffrivano di sintomi depressivi di grado severo, 10 di grado moderato. La severità del quadro depressivo correlava con il grado di insoddisfazione corporea ($r=0.54$; $p=0.04$), in particolare con le sottoscale relative al controllo compulsivo (Compulsive Self Monitoring, $r=0.61$, $p=0.02$) e alle parti del corpo detestate ($p<0.001$). Non emergevano associazioni significative tra la severità del quadro depressivo e la capacità di mentalizzazione.

CONCLUSIONI: I dati preliminari mostrano una prevalenza molto alta di sintomi depressivi in una popolazione di soggetti con DG. I risultati suggeriscono l'esistenza di una relazione significativa tra questa dimensione psicopatologica e l'insoddisfazione per il proprio corpo, sebbene il disegno di studio trasversale non consenta al momento di verificare un nesso di causalità. I dati che emergeranno al follow-up permetteranno di esplorare gli effetti della terapia ormonale e dell'intervento di riassegnazione sulla severità della psicopatologia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:43

LA CONSULENZA PSICHIATRICA NELL'OSPEDALE GENERALE: TRA COMPLESSITÀ E COMPETENZE SPECIFICHE

L. Martire, M. Bolondi, M. Cameli, E. Carra, S. Ferrari, M. Moscara
Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

INTRODUZIONE La Psichiatria di Liaison in ospedale costituisce un campo di ricerca di approccio biopsicosociale e richiede allo Psichiatra plurime competenze. Scopo dello studio è un'analisi dell'attività svolta dal Servizio di Consulenza Psichiatrica e Psicosomatica del Policlinico di Modena per evidenziare le competenze necessarie alla Psichitria di Liaison in ospedale.

MATERIALI E METODI Studio descrittivo. Periodo esaminato: 1/1/2000-31/12/2013. Fonte dati: database del Servizio. Nel periodo considerato sono state effettuate 12404 consulenze per 22 reparti ospedalieri, di cui 5 internistici (Pneumologia, Medicina I, II, urgenza e post-acuzie) sono raggruppati come "medicine". Sono esaminati: richiesta ordinaria o urgente, diagnosi effettuate, prescrizioni e invio proposto dopo il ricovero.

RISULTATI: Il 48,51% delle consulenze è richiesto dalle Medicine.

Medicine (33.35%) e PS (12.86%) richiedono il maggior numero di valutazioni "urgenti".

Le richieste urgenti prevalgono sulle richieste ordinarie in: Chirurgia maxillo-facciale/Odontoiatria (65%), Rianimazione (57.95%) e Ostetricia-Ginecologia (51.32%). Sono richieste più rivalutazioni per lo stesso paziente, nel corso dello stesso ricovero in: Chirurgia (70.85%), sezione carceraria (66.67%) e Medicine (53.03%). Le consulenze nelle Medicine hanno come esito, con più alta frequenza, l'invio ai Servizi Territoriali: CSM (43.63%) e SerT (37.43%); mentre nei reparti di Oncologia ed Ematologia (21.38%) prevalgono gli invii al Servizio di Psicologia Ospedaliera. Il ricovero psichiatrico viene indicato nel 21.59% delle consulenze in Rianimazione e nel 14.41% in PS. In tutti i reparti prevale la diagnosi di disturbo depressivo e reazione di adattamento; in Odontoiatria, Chirurgia maxillo-facciale (21.05%), Ortopedia (23.38%) e Urologia (27.78%) prevale la diagnosi di delirium; in PS prevale il disturbo d'ansia (20.37%) e l'abuso di sostanze in gastroenterologia (21.10%). La prescrizione di psicofarmaci consiste in: AD nella maggior parte dei reparti; BDZ prevalentemente in Ginecologia-Ostetricia (46.23%), Odontoiatria-Chirurgia maxillo-facciale (34.78%) e PS (44.72%); NL in Ortopedia (47.79%), sezione carceraria (41.18%), Urologia (39.66%) e Rianimazione (34.88%). Si contattano i curanti esterni, per ulteriori informazioni in: sezione carceraria (66.67%), Ginecologia- Ostetricia (52.89%), Chirurgia (52.17%), PS (47.01%), Odontoiatria-Chirurgia maxillo-facciale (45.45%) ed Ortopedia (42.48%). La comorbilità psichiatrica prevale quando vi è una diagnosi di: tossicofilia, disturbi depressivi e di personalità.

CONCLUSIONI Come da letteratura internazionale nello studio emerge che la Psichiatria di Liaison richiede: competenze cliniche di base su comorbilità medico-psichiatrica, interazioni farmacologiche; abilità relazionali e di comunicazione con: paziente, familiari, staff curante ospedaliero, servizi territoriali per la costruzione di una precoce alleanza con il paziente ed il suo contesto. Lo scopo è aiutare i clinici nel proprio compito diagnostico e terapeutico, proseguire la presa in carico territoriale post-ricovero, quando esistente, inviare i pazienti non ancora in carico.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:44

DEPRESSIONE E MALATTIA DI CROHN: STUDIO DELLE STRATEGIE DI COPING E PROSPETTIVE DI TRATTAMENTO

R. Calzolari¹, C. Viganò¹, V. Caricasole¹, G. Maconi², G. Ba¹

¹U.O. Psichiatria 2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Milano, ²U.O Gastroenterologia Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Milano

SCOPO DEL LAVORO: Diversi studi evidenziano che in presenza di comorbidità con disturbi depressivi, che hanno una prevalenza del 29,9% nelle IBD, la Malattia di Crohn ha un decorso clinico peggiore ¹, ². La presenza di strategie di coping disfunzionali, spesso registrata in pazienti depressi ³, può a sua volta influenzare negativamente la compliance alle cure nei pazienti con Crohn con un'inevitabile ricaduta sul decorso clinico. Lo scopo di questo studio è valutare la prevalenza di sintomi ansiosi e/o depressivi nei pazienti affetti da Crohn, identificare l'eventuale presenza di un disturbo depressivo stabilendone il grado di severità ed infine analizzare le strategie di coping utilizzate dai pazienti in modo da identificare delle possibili aree di intervento.

MATERIALI E METODI: E' stato analizzato un campione di pazienti afferenti ad un ambulatorio ospedaliero specializzato in IBD utilizzando la Hospital Anxiety and Depression Scale, il questionario D del Cognitive Behavioural Assessment 2.0, la Beck Depression Inventory e il Brief-COPE. Sono stati inclusi nello studio pazienti di età compresa tra i 18 e 85 anni con diagnosi confermata di Malattia di Crohn, in stato di remissione clinica.

RISULTATI: Sono stati analizzati i dati relativi a 95 pazienti (57 maschi e 38 femmine). Di essi 21 sono risultati positivi alla HADS per sintomatologia ansiosa, 15 per sintomatologia ansiosa-depressiva e uno per sintomatologia depressiva. Ad un'ulteriore indagine (questionario D del CBA 2.0 e BDI) 7 pazienti hanno evidenziato un disturbo depressivo non noto al curante, né trattato. L'analisi delle strategie di coping ha evidenziato in questi pazienti livelli significativamente più bassi di pianificazione e ristrutturazione positiva e livelli significativamente più alti di negazione, uso del supporto emotivo e uso del supporto operativo. Strategie che possono impattare negativamente sull'aderenza alle cure di questi pazienti che tendono maggiormente alla dipendenza dagli altri e alla passività.

CONCLUSIONI: Lo studio conferma la necessità in pazienti con Crohn di un approfondimento diagnostico per indagare la comorbidità psichiatrica. Lo studio del coping offre indicazioni utili per pianificare percorsi di trattamento integrato in cui associare alle terapie farmacologiche interventi cognitivi specifici per migliorare le strategie di coping.

¹Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med.* 2004;66:79-84.

² Walker JR, Ediger JP, Graaf AL, et al. The Manitoba IBD Cohort Study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1989-1997

³Thompson JR, Mata J, Jaeggi MS, Buschkuhl M, Jonides J. Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: variations across age and depressive state. *Behav Res Ther.* 2010;48:459-466



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:45

TRENTACINQUE PAZIENTI CON UN DISTURBO DI ASSE II E CARATTERISTICHE TEMPERAMENTALI, IN COMORBIDITÀ AD EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE: RISPOSTA AL TRATTAMENTO A BREVE TERMINE CON ANTIDEPRESSIVI

V. Prisco, T. Iannaccone, M. Fabrazzo

Università Degli Studi Di Napoli SUN, Dipartimento Di Psichiatria, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

I pazienti con un disturbo di Asse II in comorbidity con Episodio Depressivo Maggiore (secondo i criteri del DSM-IV-TR) mostrano una risposta inferiore alla farmacoterapia, come rilevato anche in letteratura.

MATERIALI E METODI

La diagnosi di Asse II veniva stabilita con l'aiuto di un'intervista clinica per i disturbi di Asse II (SCID-II, ver 2.0).

I 35 pazienti venivano anche intervistati utilizzando la versione italiana (Placidi et al.) dell'Akiskal's Semi-structured Clinical Interview for Temperamental Profiles (TEMPS-I). Questa intervista è composta da 32 items e distingue 4 temperamenti affettivi di base, che non corrispondono alle categorie nosologiche del DSM -IV: depressivo, ciclotimico, ipertimico ed irritabile.

Un trattamento a breve termine (3 settimane) con Antidepressivi veniva accompagnato da un attento monitoraggio dei sintomi, utilizzando la scala a 21 items HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression). Inoltre, venivano raccolti, per ciascun paziente, le caratteristiche socio-demografiche e i dati relativi al quadro psicopatologico, utilizzando un questionario ad hoc.

RISULTATI

L'analisi del punteggio medio dell'HAM-D nel nostro campione riscontrava valori più alti per il disturbo di personalità istrionico, al baseline ed in tutti gli intervalli di trattamento ($p < .001$), rispetto agli altri disturbi di personalità; ciò corrispondeva ad una peggiore risposta al trattamento in termini di riduzione della sintomatologia depressiva.

Inoltre, i pazienti con temperamento irritabile presentavano punteggi della HAM-D significativamente superiori al baseline ed in tutti gli intervalli di trattamento ($p < .001$), rispetto ai pazienti con altri tratti temperamentali, con risposta peggiore alla terapia antidepressiva.

Si rilevava una significatività statistica del punteggio medio ottenuto alla HAM-D alla terza settimana ($p < .002$) in relazione alle caratteristiche psicopatologiche del campione. Ciò indicava una minore risoluzione della sintomatologia depressiva col decrescere dell'età di esordio del disturbo, dell'età del primo contatto psichiatrico e della prima ospedalizzazione.

CONCLUSIONI

Le comorbidity di un disturbo di personalità istrionico e di un temperamento irritabile in pazienti con episodio depressivo maggiore sono fattori predittivi di una risposta negativa al trattamento farmacologico antidepressivo. Inoltre, in tale contesto abbiamo riscontrato l'importanza delle variabili relative alla storia di malattia nell'outcome terapeutico.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:46

PREVALENZA E COMORBILITÀ DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ: UN'INDAGINE CLINICA IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI AMBULATORIALI E OSPEDALIZZATI

G. Mircoli, M. Barchiesi, G. Di Massimo, C. Lucarelli

Clinica Di Psichiatria-Ospedali Riuniti Di Ancona

Scopo del lavoro

Nella pratica clinica accade sempre più spesso di entrare in contatto con pazienti con disturbi gravi di personalità (DP) che presentano un quadro clinico polisintomatico o di comorbilità, associato spesso ad una compromissione persistente dell'adattamento psicosociale e a difficoltà nel mantenere nel tempo una relazione terapeutica valida. L'importanza di rilevare un eventuale DP concomitante in pazienti con un altro disturbo psichiatrico e/o un abuso di sostanze è finalizzata, pertanto, alla possibilità di individuare un trattamento farmacologico e/o psicoterapico adeguato che consideri la specificità di ogni disturbo al fine di favorire la prevenzione delle ricadute ed il mantenimento a lungo termine. Scopo dello studio è la valutazione della prevalenza dei DP e delle loro comorbilità in un campione di pazienti ospedalizzati e ambulatoriali.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi nello studio 329 soggetti afferiti alla Clinica di Psichiatria di Ancona sia in regime di ricovero che ambulatoriale nel periodo compreso tra gennaio 2000 e ottobre 2014. Sono state raccolte le informazioni clinico-anamnestiche ed utilizzata la seguente batteria testistica: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID II), Aggression Questionnaire (AQ), Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11), Symptom Checklist-90-R (SCL-90), la World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Sono stati individuati come criteri di inclusione: paziente al primo ricovero o al primo accesso ambulatoriale, consenso alla valutazione, età compresa tra i 18 ed i 65 anni. Sono stati esclusi dal nostro studio gli individui con diagnosi lifetime di ritardo mentale, delirium, demenza, disturbo mnesico o altri disturbi cognitivi.

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che 245 pz avevano almeno un DP, di cui 110 con 2 o più DP e 58 (52.7%) un Disturbo di Personalità Borderline (BPD). Del campione totale, il 63.8% presenta una comorbilità con altri disturbi psichiatrici, il 7.4% con abuso di sostanze e/o alcol. All'interno delle singole categorie diagnostiche è stata evidenziata una comorbilità con Disturbo Bipolare prevalente nei pz BPD e nei narcisisti mentre quella con Depressione Maggiore nei pz con DP ossessivo-compulsivo e narcisistico. Disturbi psicotici erano presenti prevalentemente nel DP schizotipico, ossessivo-compulsivo e BPD. Nei pz testati, è emerso il 17.9% di tentati suicidi. Nei BPD si rileva un maggiore tasso di comorbilità (n=28; 48.2%) e di polifarmacoterapia (n=26; 44.8%).

Conclusioni

I risultati confermano l'elevata prevalenza dei DP in pazienti psichiatrici sia ambulatoriali sia ospedalizzati e come questi influenzino negativamente il trattamento e la prognosi. Tuttavia si rendono necessarie successive indagini volte ad approfondire il ruolo dei DP in comorbilità, la risposta ai trattamenti degli altri disturbi psichici ed infine un ampliamento ed una rivalutazione della casistica alla luce del DSM 5.



ATTI DEL CONGRESSO

PO4:47

PRESA IN CARICO PSICHIATRICA DI PAZIENTI POSITIVI AL VIRUS DELL'EPATITE C CANDIDATI AL TRATTAMENTO CON INTERFERONE ALFA PEGHILATO (PEGIFN.ALFA): UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

M. Moneglia¹, A. Santangelo¹, F. Pietrini¹, A.L. Zignego², A. Ballerini¹

¹SOD Psichiatria Dipartimento Neurofarba Aoc Università di Firenze, ²Masve Dipartimento di Medicine Clinica e Sperimentale Università di Firenze

Scopo del lavoro: Il virus dell'epatite C (HCV) è la causa più frequente di epatite cronica e fattore di rischio per cirrosi epatica ed epatocarcinoma. Nonostante i recenti progressi terapeutici, PegIFN.α rimane un farmaco di prima linea nel trattamento antivirale,

ma può causare sintomi neuropsichiatrici spesso poco caratterizzati sul piano psicopatologico, come umore depresso, irritabilità, fatigue, disturbi cognitivi, del sonno e sintomi psicotici (Schafer 2010).

Tali sintomi possono avere un forte impatto sulla qualità di vita del paziente e causare una riduzione dell'aderenza alla terapia fino all'interruzione della stessa.

Lo scopo del presente lavoro è descrivere e caratterizzare i sintomi psichiatrici che possono comparire durante il trattamento con PegIFN.α ed i tassi di drop-out in un gruppo di pazienti con anamnesi psichiatrica negativa (Leutscher 2002).

Materiali e Metodi: Dopo essere stata posta indicazione per il trattamento con PegIFN.α, dodici pazienti HCV + sono stati valutati all'arruolamento (T0), dopo il primo (T1) ed il secondo mese (T2) di terapia, tramite SCID-I, MADRS, PHQ-9, HAM-D, HAM-A, ASI e MRS. All'insorgenza di sintomi psichiatrici i pazienti sono stati trattati farmacologicamente secondo buona pratica clinica.

Risultati: Confrontando i punteggi medi tra T0, T1 e T2 è stato rilevato un aumento in tutte le scale psicometriche, statisticamente significativo per HAM-D ed HAM-A. Un'analisi item per item ha mostrato un aumento significativo dei punteggi medi degli item somatici (da #11 a 14) della scala HAM-D, per la scala HAM-A, un aumento dei punteggi medi per gli item Ansia (#1), Tensione (#2) e gli item somatici (da #8 a 10, 12, 13). Eventi di drop out sono avvenuti in due pazienti (16,7%) entrambi alla fine del primo mese di terapia T1, uno a causa di un relapse virale in corso di terapia ed uno a causa di effetti collaterali somatici gravi.

Conclusioni: I pazienti in fasi iniziali di trattamento con PegIFN.α possono sviluppare una comorbidità psichiatrica in particolare tensione, ansia e sintomi somatici correlati, anche senza una storia psichiatrica positiva. Tale dato conferma la necessità di una attenta valutazione psicodiagnostica e psicometrica in pazienti che devono iniziare terapia interferonica e durante tutta la durata del trattamento.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:48

CARATTERISTICHE CLINICHE E PROFILO DI PERSONALITA' NELLA BURNING MOUTH SYNDROME: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

C. Carezana, G. Rosso, G. Ferro, G. Maina

SCDU Psichiatria, Aou San Luigi Gonzaga, Orbassano, TO

SCOPO DEL LAVORO

La Burning Mouth Syndrome (BMS) è un disturbo caratterizzato da bruciore della cavità orale con mucose non alterate patologicamente. La prevalenza lifetime nella popolazione generale oscilla fra il 2.6 e il 5.6%, con maggiore incidenza nel sesso femminile in età postmenopausale.

Nonostante l'eziopatogenesi psicogena sia controversa, molti dati di letteratura suggeriscono l'efficacia delle terapie psicofarmacologiche nella cura di BMS.

Diversi studi hanno descritto le caratteristiche della personalità, con approccio categoriale, nei soggetti affetti da BMS, con risultati discordanti.

Lo scopo dello studio è valutare, mediante un approccio dimensionale, la personalità dei pazienti affetti da BMS e indagare le eventuali relazioni con le caratteristiche cliniche del disturbo tra cui l'alessitimia.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha incluso 50 soggetti con diagnosi clinica di BMS, consecutivamente afferiti agli ambulatori del nostro Servizio, cui sono state somministrate al baseline le seguenti scale di valutazione: VAS, HARS, MADRS, BPRS, Tas-20, TCI.

Sono stati calcolati i valori assoluti di punteggio ottenuti per ciascun soggetto nelle 4 scale temperamental (Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence, Persistence) e nelle 3 caratteriali (Selfdirectedness, Cooperativeness, Self-transcendence) del TCI.

I dati ottenuti sono stati elaborati statisticamente mediante correlazioni di Pearson con i risultati ottenuti alle altre scale di valutazione e con le caratteristiche cliniche del disturbo.

RISULTATI

Le caratteristiche socio-demografiche del campione e le caratteristiche del disturbo rilevate sono riassunte nella tabella 1, mentre i punteggi alle scale di valutazione somministrate sono riportati in tabella 2.

Emerge una correlazione diretta fra i valori di Harm Avoidance e i livelli di alessitimia, una relazione inversa fra i punteggi di Reward Dependence e l'età di esordio del disturbo e una correlazione inversa fra i valori di Selfdirectedness ed i punteggi ottenuti alla Ham-D.

E' inoltre presente una correlazione inversa fra i valori di Selfdirectedness e Cooperativeness e il punteggio alla TAS, e fra questo e l'umore percepito, valutato mediante VAS (tabella 3).

DISCUSSIONE

Il presente studio è il primo a valutare un campione di soggetti affetti da BMS utilizzando quale strumento il TCI e non sono perciò disponibili in letteratura dati per il confronto dei risultati ottenuti.

Come atteso la Harm Avoidance è associata a più elevati valori di alessitimia, che a sua volta è correlata positivamente nei livelli di dolore percepito, mentre, quale dato inatteso, un'elevata Reward Dependence predispone a una minore età di esordio del disturbo.

L'obiettivo futuro, per meglio comprendere le relazioni emerse fra tratti di personalità e stile affettivo-cognitivo, e le ricadute sulle caratteristiche cliniche di BMS, sarà ampliare il campione in studio e introdurre un confronto con soggetti sani.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche

Genere, N (%)	F= 45 (90%) M= 5 (10%)
Età, media (SD)	64,58 (± 14,77)
Scolarità, media(SD)	6,84 (±3,51)
Stato civile (%)	Coniugato/a= 33 (66%) Vedovo/a= 14 (28%) Single= 2 (4%) Divorziato/a= 1 (2%)
Condizione lavorativa (%)	Pensionato/a= 27 (54%) Occupato/a= 11 (22%) Casalinga= 7 (14%) Non dichiarato= 4 (8%) Disoccupato/a= 1 (2%)
Età di esordio, media (SD)	63,91 (± 9,96)
Sede del disturbo (%)	Lingua + altre sedi= 22 (44%) Tutto il cavo orale= 12 (24%) Altre sedi= 10 (20%) Solo lingua= 6 (12%)
Durata circadiana dei sintomi (%)	Continua= 30 (60%) Incostante= 17 (34%) Non valutata= 3 (6%)
Xerostomia (%)	Sì= 31 (62%) No= 18 (36%) Non valutato= 1 (2%)
Disgeusia (%)	Sì= 37 (74%) No= 12 (24%) Non valutato= 1 (2%)

Tabella 2. Punteggi alle scale di valutazione

SCALA	SOTTOSCALA	N	MEDIA (SD)
VAS	Intensità dolore	49	6,26 (± 2,43)
	Umore	47	5,86 (± 2,68)
Ham-D	-	48	12,00 (± 7,67)
HARS	-	48	12,67 (± 8,27)
BPRS	-	48	26,88 (± 6,47)
TAS	-	44	52,54 (± 11,47)
TCI	Novelty Seeking	31	16,19 (± 5,59)
	Harm Avoidance	31	21,10 (± 6,66)
	Reward Dependence	31	13,81 (± 3,45)
	Persistence	31	4,10 (± 1,45)
	Self-directedness	31	28,16 (± 6,47)
	Cooperativeness	31	28,97 (± 6,56)
	Self-transcendence	31	13,74 (± 5,25)

Tabella 3. Correlazione tra caratteristiche cliniche e tratti di personalità

		NS	HA	RD	P	SD	C	ST
età esordio	Pearson	-0,329	0,152	-0,379*	-0,078	-0,041	-0,296	0,093
	Sig. (2-code)	0,724	0,717	0,015	0,559	0,124	0,147	0,763
VAS-d	Pearson	0,327	-0,236	0,152	-0,008	-0,003	-0,005	0,037
	Sig. (2-code)	0,072	0,201	0,413	0,964	0,987	0,98	0,845
VAS-u	Pearson	0,218	-0,262	0,146	-0,122	0,328	0,317	0,041
	Sig. (2-code)	0,486	0,74	0,732	0,26	0,189	0,225	0,83
ham-D	Pearson	0,038	-0,016	0,071	0,22	-0,374*	-0,337	-0,124
	Sig. (2-code)	0,07	0,415	0,036	0,673	0,827	0,106	0,62
HARS	Pearson	-0,13	-0,062	-0,064	0,209	-0,242	-0,224	-0,04
	Sig. (2-code)	0,839	0,932	0,705	0,234	0,038	0,064	0,507
BPRS	Pearson	0,015	-0,032	-0,002	0,105	-0,346	-0,262	-0,208
	Sig. (2-code)	0,936	0,864	0,993	0,575	0,057	0,154	0,261
TAS	Pearson	-0,206	0,638**	-0,235	0,119	-0,624**	-0,528**	-0,127
	Sig. (2-code)	0,267	0	0,203	0,525	0	0,002	0,495

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code); ** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:49

MISDIAGNOSI DI DISTURBO BIPOLARE PSICOTICO: INDAGINE RETROSPETTIVA E IMPLICAZIONI CLINICO-TERAPEUTICHE

A. Caldiroli, L. Caron, C. Cumerlato Melter, C. Dobrea, M. Cigliobianco, F. Zanelli, M. Buoli, A.C. Altamura
Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Milano, Fondazione Irccs Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

SCOPO DEL LAVORO: Il Disturbo Bipolare Psicotico spesso non viene tempestivamente riconosciuto e un trattamento con stabilizzatori dell'umore è in molti casi tardivo con implicazioni prognostiche rilevanti. Questo studio aveva come obiettivi la valutazione del tasso di misdiagnosi e la relazione tra la durata di psicosi non trattata (DUP)/durata di malattia non trattata (DUI) e la prognosi. Si sono valutate anche altre variabili cliniche associate alla prognosi del disturbo.

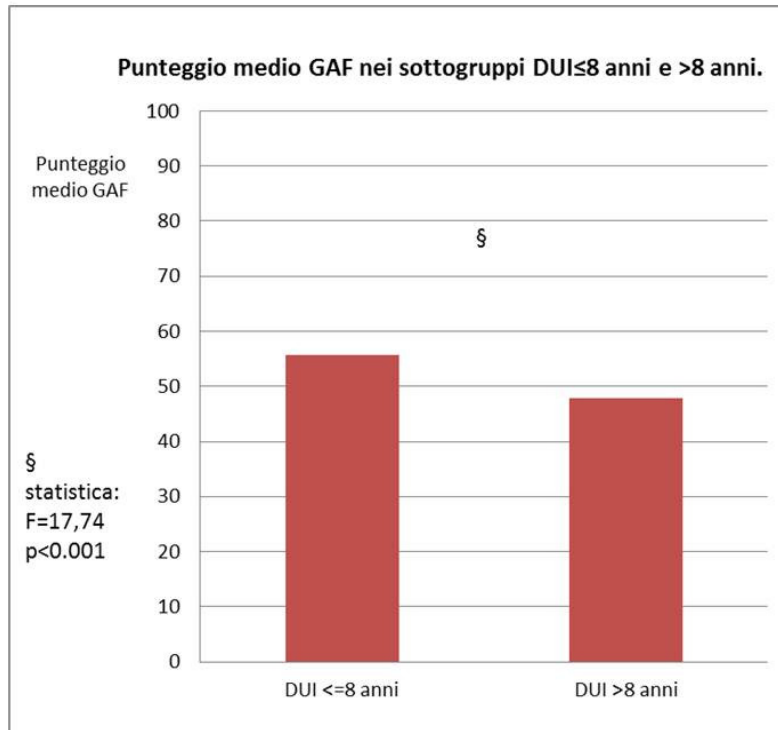
MATERIALI E METODI: Sono stati considerati 240 pazienti bipolari seguiti dai servizi sul territorio; le informazioni sono state ricavate dall'analisi retrospettiva delle anamnesi, dalle lettere di dimissione ospedaliera, dal database regionale e eventualmente da colloqui diretti. Criteri di esclusione: pazienti persi di vista da più di 12 mesi; informazioni incomplete; altre condizioni cliniche che influiscono sullo stato mentale (es ritardo mentale, demenza). Sono state considerate le variabili età, età di esordio, DUP, DUI, numero di misdiagnosi, terapia farmacologica attuale e le seguenti variabili di outcome: abuso di sostanze e tipo di abuso, tentativi di suicidio, ospedalizzazioni, ricorrenze maniacali/depressive, comorbidità psichiatrica, punteggi alla Global Assessment of Functioning (GAF). Sono state effettuate analisi statistiche descrittive. È stato calcolato il valore mediano di DUP (1anno) e DUI (8 anni) per dividere i pazienti in sottogruppi ed effettuare l'analisi della varianza per le variabili continue e il test del chi quadrato per le variabili dicotomiche. È stata eseguita una regressione logistica binaria considerando età di esordio, DUP e DUI come variabili indipendenti e alcune variabili di outcome come variabili dipendenti.

RISULTATI: Il 61,5% dei pazienti non ha ricevuto una corretta diagnosi iniziale di Disturbo Bipolare; le misdiagnosi più frequenti sono state il Disturbo Delirante (17,9%), il Disturbo Schizoaffettivo (13,8%) e diverse forme di Schizofrenia (9,6%). Pazienti con DUP>1 anno non hanno mostrato differenze significative rispetto ai pazienti con DUP<=1 anno. I pazienti con DUI> 8 anni hanno invece mostrato maggior numero ospedalizzazioni (F=6,04, p=0.015), maggior numero ricorrenze maniacali (F=5.25, p=0.023) e depressive (F=7.13, p=0.008), minori punteggi GAF (F=17.74, p<0.001) e più precoce età di esordio (F=9.93, p=0.002) rispetto al sottogruppo DUI<=8 anni. La regressione logistica ha mostrato che la DUI è predittiva di un punteggio GAF minore di 50 (OR=0.971, p=0,035) e l'età di esordio è predittiva di una mancata attività lavorativa (OR=1.027, p=0,035).

CONCLUSIONI: Più del 60% dei pazienti non ha ricevuto una diagnosi iniziale corretta. La DUP non sembra avere una influenza significativa sulla prognosi dei pazienti bipolari psicotici, mentre la DUI sembra essere un buon indicatore di outcome: quanto più è lunga, tanto è peggiore la prognosi. È fondamentale eseguire una corretta diagnosi e iniziare precocemente il trattamento con gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici a riconosciuto effetto stabilizzante; i neurolettici non incidono favorevolmente sulla prognosi.



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO5:50

DISTURBI DELLO SVILUPPO INTELLETTIVO: RICONCETTUALIZZAZIONE DEL PRIMO CRITERIO DIAGNOSTICO

S. Scuticchio, N. Varrucchi, M. Piva Merli, M. Rossi, M.O. Bertelli

Crea (centro Di Ricerca E Ambulatori) della Fondazione San Sebastiano, Firenze

Scopo del lavoro: l'approccio neuropsicologico all'intelligenza, da alcuni anni in forte ascesa, ha messo in crisi la corrispondenza tra un valore numerico di QI e il complesso profilo di funzionamento cognitivo individuale, sia nella popolazione generale che nei Disturbi dello Sviluppo Intellettivo (DSI). La metodologia di valutazione dell'intelligenza finora utilizzata ha però privilegiato l'uso di test standardizzati, in grado di misurare le sole capacità logico-deduttive ma non di fornire informazioni relative alle singole funzioni cognitive. Queste ultime costituiscono un insieme di competenze e abilità mentali che permettono all'individuo di integrare e utilizzare gli input interni ed esterni per agire il comportamento e rappresentarsi il proprio ambiente. In qualche misura esse sono correlate alle capacità di funzionamento adattivo, criterio da sempre fondamentale per la definizione di un DSI. L'obiettivo di questa ricerca è evidenziare nuove procedure diagnostiche alla luce delle recenti acquisizioni in materia d'intelligenza.

Materiali e Metodi: per raggiungere l'obiettivo è stata effettuata una mappatura sistematica della letteratura internazionale e individuati i seguenti quesiti di riferimento: "qual è l'effettiva utilità del QI come misura clinica dell'intelligenza?", "la riduzione del QI è un criterio utile per la diagnosi e la tipizzazione dei DSI?" e "le misure delle funzioni esecutive e cognitive specifiche possono rappresentare un riferimento più utile del QI per la diagnosi dei DSI e la sua sottotipizzazione?".

Risultati: nell'ultimo decennio il concetto d'intelligenza ha subito evoluzioni importanti, spostandosi progressivamente verso modelli multifattoriali. Le ricerche neurobiologiche e neuropsicologiche presentano molti più correlati con funzioni cognitive specifiche che con il QI. Nelle sindromi genetiche includenti DSI, uno stesso punteggio di QI può corrispondere a profili cognitivi molto diversi. Limiti funzionali e problemi comportamentali associati ai DSI correlano maggiormente con la compromissione di funzioni cognitive specifiche che con la riduzione del QI.

Conclusioni: nonostante le importanti variazioni apportate sembrano persistere gravi problemi di validità e sensibilità nel primo criterio diagnostico: l'intelligenza non è infatti riducibile a una generica capacità logico-deduttiva, rispetto alla soluzione di problemi privi di significato soggettivo e lontani dalle capacità esecutive della vita reale. La compromissione delle capacità cognitive dovrebbe perciò essere valutata nel modo più completo possibile, includendo misurazioni neuropsicologiche complesse che individuino le principali disfunzioni cognitive specifiche e il relativo impatto sul funzionamento della persona. Una valutazione così composta, attuabile in tutti i livelli di gravità dei DSI, favorirebbe l'affermazione di un nuovo concetto di neurocaratterizzazione funzionale e d'interventi centrati sulla persona.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:51

UNA STRANA STORIA DI EPILESSIA ED ANORESSIA NERVOSA IN ETA' EVOLUTIVA: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

E. Di Pietro¹, D. Gueraldi¹, E. Caffo²

¹Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università di Parma, Sede di Modena, ²Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università di Modena Reggio Emilia, Modena

SCOPO DEL LAVORO: Presentiamo un caso clinico di Porfiria Acuta Intermittente (PAI) in età evolutiva, manifestatasi clinicamente, come spesso accade, con una costellazione sintomatologica neurologica e psichiatrica, spesso causa di errori diagnostici. La PAI rappresenta un raro deficit ereditario della biosintesi dell'eme (0,01% della popolazione generale), con trasmissione autosomica dominante, a penetranza incompleta. Si caratterizza quindi per l'accumulo di intermedi neurotossici dell'eme, in particolare acido aminolevulinico (ALA) e porfobilinogeno (PBG). Il disturbo ha un andamento intermittente con fasi acute (Tab 1) seguite da periodi di remissione. Poiché i sintomi degli attacchi acuti di porfiria spesso mimano altre patologie note, soprattutto neurologiche e psichiatriche, la PAI è stata denominata anche the little imitator (il piccolo imitatore). In particolare è stata riscontrata in pazienti che avevano precedentemente ricevuto diagnosi di Psicosi, Disturbi d'Ansia, Depressione, Delirium, Disturbi di Conversione/Somatizzazione, insonnia e agitazione psicomotoria. In letteratura è descritta una prevalenza del PAI nella popolazione psichiatrica fino allo 0,37%. Trigger delle crisi di PAI sono: scarso di introito di carboidrati, digiuno prolungato, gravidanza, infezioni, ciclo mestruale, fumo di sigarette e farmaci porfirinogeni (Tab 2). Questo lavoro intende porre l'attenzione sulla difficoltà diagnostica di questa patologia che tende a manifestarsi con un corredo sintomatologico aspecifico e che spesso, per questo, resta misconosciuta.

MATERIALI E METODI: Presentazione di un caso clinico.

RISULTATI: S. è una ragazzina di 13 anni che presenta Dolori Addominali Ricorrenti, per i quali ha avuto diversi accessi in Pronto Soccorso pediatrico, ed un Disturbo del Comportamento Alimentare di tipo restrittivo. In anamnesi: un funzionamento cognitivo limite, Epilessia a tipo assenza dall'età di 7 anni (in terapia con Acido Valproico ed Etosuccimide) ed Eemicrania. E' giunta alla nostra attenzione per il ripresentarsi di un ulteriore episodio di addominalgia diffusa, seguito da stato letargico e anuria. Gli esami ematochimici evidenziavano una severa iponatriemia (102 mEq/l) che, associata al quadro clinico e al riscontro occasionale di urine ipercromiche, ponevano il sospetto di crisi di PAI. Sospetto diagnostico confermato poi dal dosaggio di ALA e PBG nelle urine e di porfirine su sangue (Tab 3.).

CONCLUSIONI: Il corredo clinico presentato dalla paziente, in linea con quanto segnalato in Letteratura, è riconducibile alla PAI, che spesso viene misdiagnosticata in favore di patologie psichiatriche, proprio a causa della parziale sovrapposibilità sintomatologica con cui si manifesta. Vista la aspecificità del quadro clinico, nel porre il sospetto diagnostico di PAI, diventa quindi utile farsi guidare dall'andamento intermittente e recidivante delle crisi, dalla loro correlazione con gli eventi scatenanti e dal profilo elettrolitico. Sottolineiamo infatti l'importanza di una diagnosi precoce, soprattutto al fine di prevenire, o ridurre, le sequele legate alle complicanze neuropsichiatriche di tale disturbo.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1 Manifestazioni cliniche dell'attacco acuto di PAI

Disfunzioni autonome	Dolore addominale crampiforme Tachicardia (FC>80 bpm) Ipertensione Costipazione/diarrea associati a distensione addominale con riduzione dei borborigmi Vomito e nausea Paralisi vescicale
Neuropatia periferica	Algia al collo, alla testa al torace ed agli arti Riflessi osteotendinei normali o aumentati nelle prime fase, poi lenti o assenti Debolezza muscolare Paralisi respiratoria Deficit motorio focale, asimmetrico talvolta dei nervi cranici Deficit sensitivo neuropatico Disuria e ritenzione urinaria
Encefalopatia	Sintomi comportamentali Epilessia Coma Visione offuscata Segno di Babinski Nistagmo Atassia cerebellare
Disordini metabolici	Iponatriemia Rialzo delle transaminasi Urine rosa/rosse/scure
Sintomatologia psichica	Ansia Insonnia Disorientamento S/T Allucinazioni Sintomi paranoidei

Tabella 2 Farmaci sicuri o potenzialmente scatenanti l'attacco acuto di PAI

Farmaci*	
Da evitare	Di impiego sicuro
Barbiturici	Analgesici Narcotici
Sulfonamidi	Acido acetilsalicilico
Meprobamato	Paracetamolo
Glutetimide	Fenotiazine
Metiprilone	Penicillina e suoi derivati
Etelorvinolo	Streptomicina
Mefenitoina/Succinimidi	Glucocorticoidi
Carbamazepina	Bromuri
Ac.Valproico	Insulina
Pirazoloni	Atropina
Griseofulvina	
Ergotamina e derivati	
Estrogeni e progestinici sintetici	
Danazolo	

*farmaci controindicati: elenco su www.porphyrria-europe.com e www.drugs-porphyrria.org

Tabella 3 Esami di laboratorio da eseguire nel sospetto di Porfiria Acuta e nel sospetto di attacco acuto.

Nel sospetto di Porfiria Acuta		
Urine	Sangue	Feci
PBG test qualitativo	PFST	
Porfirine totali	Porfirine totali	Porfirine totali
Dosaggio ALA e PBG		
Porfirine specifiche (mediante metodica HPLC)	Porfirine specifiche (mediante metodica HPLC)	Porfirine specifiche (mediante metodica HPLC)
Nel sospetto di attacco acuto di Porfiria		
Urine		
	PBG test qualitativo	
	Dosaggio ALA e PBG	

PBG Porfobilinogeno
ALA Acido Delta Aminolevulinico
PFST Plasma Fluorescence Scanning Test
HPLC High Performance Liquid Chromatography



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:53

BRAIN PERFUSION CHARACTERIZES FIRST EPISODE OF PSYCHOSIS PATIENTS IN RESPECT TO HEALTHY CONTROLS

L. Squarcina¹, C. Perlini¹, D. Peruzzo², U. Castellani², V. Marinelli¹, M. Bellani¹, G. Rambaldelli¹, A. Lasalvia¹, S. Tosato¹, K. De Santi¹, F. Spagnolli³, R. Cerini³, R. Pozzi Mucelli³, M. Ruggeri¹, P. Brambilla^{4,5}

¹Department of Public Health and Community Medicine, Section of Psychiatry, University of Verona,

²Department of Informatics, University of Verona, ³Department of Morphological and Biomedical Sciences, Section of Radiology, University of Verona, ⁴Department of Experimental & Clinical Medical Sciences, Udine,

⁵Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Uthouston, Houston, Texas - USA

AIM OF THE WORK

Vascular changes in the brain are relevant in schizophrenia [e.g. 1] and in bipolar disorder [2]. The study of first episode psychosis (FEP) allows the analysis of brain morphology and function without confounds to chronicity and medication. Aim of our study is to investigate if FEP patients exhibit modified brain perfusion in respect to healthy controls (HC), and to identify the most affected brain areas.

MATERIALS AND METHODS

We acquired T1 and DSC images of 35 FEP patients (45 +/- 10 years old) and 35 HC (42 +/- 8), using Gadolinium as paramagnetic agent (0.1 mmol/Kg). We defined left and right frontal, parietal, temporal and occipital lobes, insula, caudate and cerebellum on the T1 images and then non-linearly registered these ROIs to the DSC volumes. We computed cerebral blood volume (CBV), cerebral blood flow (CBF) and mean transit time (MTT) [3] in the whole brain and in the separate ROIs.

RESULTS

Mean values of all perfusion quantities resulted lower in patients, up to 12% for CBV in right frontal lobe ($p=0.03$), 11% for CBF in left cerebellum (not statistically significant) and 16% for MTT in right frontal lobe (not statistically significant). To understand if perfusion properties can be discriminative between FEP and HC we used a support vector machine (SVM) to classify subject on the basis of the histogram of perfusion values in the whole brain and in all the ROIs. We found that the classification reached accuracies over 80%, especially in the frontal brain areas.

CONCLUSIONS

We found that FEP patients show altered perfusion parameters, which allow the distinction from patients using automatic classification, showing that vascular characteristics of the brain can be considered as marker of psychosis.

[1] Agarwal, N, Bellani, M, Perlini, C, Rambaldelli, G, Atzori, M, Cerini, R, Vecchiato, F, Pozzi Mucelli, R, Andreone, N, Balestrieri, M, Tansella, M, Brambilla, P (2008). Increased fronto-temporal perfusion in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 110, 1-2:106-14.

[2] Peruzzo, D, Rambaldelli, G, Bertoldo, A, Bellani, M, Cerini, R, Silvia, M, Pozzi Mucelli, R, Tansella, M, Brambilla, P (2011). The impact of schizophrenia on frontal perfusion parameters: a DSC-MRI study. *J Neural Transm*, 118, 4:563-70.

[3] Ostergaard, L, Weisskoff, RM, Chesler, DA, Gyldensted, C, Rosen, BR (1996). High resolution measurement of cerebral blood flow using intravascular tracer bolus passages. Part I: Mathematical approach and statistical analysis. *Magn Reson Med*, 36, 5:715-25.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:54

SINTOMI OSSESSIVO-COMPULSIVI IN DUE GEMELLI MONOZIGOTI RIVELANO UN DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

E. Di Rosa¹, M. Mento², V. Leonardi², M. Crucitti², A. Bruno², R. Zoccali²

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Policlinico Universitario, Messina, ²Dipartimento di Neuroscienze, Policlinico Universitario, Messina

Scopo del lavoro: Il disturbo autistico fu inizialmente descritto come un gruppo di sintomi con carattere unitario. Le nuove conoscenze clinico-epidemiologiche, neuroanatomiche e genetiche, grazie a tecniche avanzate radiologiche e di laboratorio, rivelano nuove caratteristiche. Tre domini principali descrivono lo spettro dei disturbi autistici: comportamento ristretto/ripetitivo, ritiro sociale e compromissione del linguaggio/comunicazione. Studi sostengono l'ipotesi di un certo grado di indipendenza tra questi tipi di alterazioni, non sempre coesistenti in un paziente affetto da autismo o altri disturbi dello spettro autistico. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) include un comportamento ripetitivo forzato che assomiglia a quello osservato nello Spettro Autistico. Studi di psicopatologia, neuroanatomia, sistemi neurotrasmettitoriali e di genetica contribuiscono a confermare questo.

Materiali e Metodi: Si descrive qui il caso di una coppia di gemelli monozigoti con presentazione di sintomi DOC e uno stile fobico/evitante delle loro interazioni sociali. I due pazienti portavano il fenotipo aspecifico di plica palmare unica che suggerisce pattern genetico possibilmente alterato. Abbiamo effettuato questionari psichiatrici specifici (WAIS, YBOCS, TAS, AQ e il test proiettivo Rorschach). Test genetici (CGH array) sono stati anche somministrati ai pazienti e ai genitori.

Risultati: i due casi descritti avevano presentato comportamento ossessivo e isolamento sociale come presentazione. Test specifici successivamente hanno rivelato la contemporanea presenza di tratti ossessivi e tratti autistici significativi nonché di un profilo personologico a conferma delle anomalie alle precedenti valutazioni. Lo studio dell'assetto genetico è oggetto di valutazione per il completamento della descrizione.

Conclusioni: consapevolezza dovrebbe essere sollecitata riguardo presentazioni DOC che celano tratti autistici, specialmente nei giovani adulti, tenendo in considerazione fattori prognostici e implicazioni terapeutiche. Pattern genetici possono essere rintracciabili in familiari stretti non affetti, il cui studio aggiunge ulteriori elementi al chiarimento dei possibili fattori eziologici.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:55

SPETTRO SCHIZOFRENICO E DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: RUOLO DI ADOS-2 (AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION SCALE) E ADI-R (AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW) NELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

L. Giamboni¹, I. Maini¹, R. La Torre¹, V. Neviani², M. Gibertoni³

¹Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena,
²Ospedale Privato Accreditato Villa Igea, Il Nespolo, Modena, ³Centro per L'autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, Ausl Modena

SCOPO DEL LAVORO

Negli ultimi anni si è imposta con maggior frequenza la necessità di una diagnosi differenziale tra spettro schizofrenico e disturbi dello spettro autistico (DSA) con buon funzionamento cognitivo.

MATERIALI E METODI

Presentazione casi clinici.

RISULTATI

Caso 1: ragazzo di 16 anni. Familiarità per patologia psichiatrica. Lutto a 12 anni (padre). Dall'infanzia atteggiamento introverso. All'età di 15 anni ricovero in una RTI-M per crisi pantoclastica in sospetto esordio psicotico. Nei 5 mesi antecedenti comparsa di estremo ritiro sociale, alterazioni del comportamento, gesti auto ed etero-lesivi, delirio, allucinazioni uditive ed interessi bizzarri. Accertamenti strumentali (EEG, RMN encefalo) negativi. Alla valutazione cognitiva (WISC III) funzionamento ai limiti del deficit (QIt = 73). Dall'osservazione clinica e dai colloqui: profonda angoscia e stato di sofferenza, episodi dissociativi, agiti autolesivi. Miglioramento sintomi psicotici con Clozapina, ma persistenza di chiusura, assenza di contatto oculare e manierismi motori per cui effettuato approfondimento diagnostico per DSA. All'ADOS-2 qualità di interazione sociale fortemente inibita e passiva e stile relazionale caratterizzato da un generale ritiro con assenza di contatto oculare, amimia e umore fortemente deflesso; ambiti del ragionamento sociale nella norma (punteggio finale sotto il cut-off). All'ADI-R assenti atipie significative relative alla storia pregressa. Le criticità del profilo comunicativo sociale, riferite al momento attuale e condivise dai DSA, sono risultate con maggiore probabilità associate agli esiti dello scompenso psicotico.

Caso 2: ragazza di 14 anni. Familiarità negativa per patologia psichiatrica. In anamnesi ritardo di esordio del linguaggio, prosodia anomala, "crisi di panico" dall'età di 8 anni, problemi relazionali, tendenza ad isolarsi, paure non consuete, fastidio per rumori forti, rituali ossessivi, giochi bizzarri/ossessivi e gravi mancanze nelle autonomie personali. Da qualche anno stereotipie motorie, tic vocali e motori, manierismi motori. Negli ultimi sei mesi episodi sensoriali visivi di incerta natura. All'EEG, eseguito nell'ultimo anno, anomalie lente ed aguzze in sede fronto-centro-parietale destra, con diffusione controlaterale in corso di iperpernea. Alla valutazione cognitiva (WISC-III) competenze ai limiti inferiori di norma (QI totale 86). Approfondimento diagnostico per DSA. All'ADOS-2 sguardo "magnetico", disponibilità all'interazione ma con modalità atipiche, difficoltà nell'interpretazione delle emozioni e del pensiero altrui, manierismi motori, fastidio per i rumori; ambiti del ragionamento sociale ingenui (punteggio finale sopra il cut-off). L'intervista ADI-R colloca i problemi ad un livello precoce di sviluppo, ponendo l'accento sulle peculiarità. L'orientamento è stato quello di DSA.

CONCLUSIONI

La diagnosi differenziale di questi due quadri, che possono presentare aspetti comuni fino a sovrapporsi, merita un'attenta ricostruzione della storia evolutiva del paziente, dei prodromi e dell'esordio del disturbo ed una precisa analisi dei sintomi. ADOS e ADI-R sembrano costituire strumenti validi in questa direzione.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:56

INDICI PSICODIAGNOSTICI DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ ADULTA: RISULTATI PRELIMINARI

M. Crucitti, C. Mento, G. Pandolfo, A. Bruno, R.A. Zoccali

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Messina

Scopo del lavoro: La diagnosi di disturbo dello spettro autistico (ASD) è ormai considerata stabile nel lifespan, dal momento che è altamente probabile che i soggetti che nella prima infanzia soddisfano i criteri per il disturbo mantengano la stessa diagnosi alla rivalutazione in età giovanile e adulta. Tuttavia, la percentuale di misdiagnosis nella popolazione di soggetti autistici adulti è significativamente elevata. Il presente studio è finalizzato ad individuare elementi psicopatologici specifici in grado di orientare correttamente la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico in età adulta, con particolare riferimento alle dimensioni ideativa, affettiva e relazionale.

Materiali e metodi: tra i pazienti afferenti alla U.O.C. di Psichiatria del Policlinico Universitario di Messina sono stati selezionati 6 soggetti di età compresa tra 23 e 54 anni, che manifestavano sintomi dello spettro autistico (esordio in età infantile, deficit nella reciprocità socio- emotiva, evitamento e tendenza al ritiro relazionale, ipo-ipersensorialità, presenza di interessi specifici e ristretti). I pazienti, nel corso della loro storia clinica, avevano ricevuto diagnosi eterogenee (disturbo bipolare, depressione, schizofrenia e disturbi di personalità). L'assessment psicologico-psichiatrico ha previsto l'utilizzo dei seguenti strumenti psicodiagnostici: Wechsler Adult Intelligence Scale- Fourth Edition (WAIS-IV), Test di Rorschach, scale cliniche Autism-Spectrum Quotient (AQT) e Ritvo Autism and Asperger's Diagnostic Scale – Revised (RAADS-R), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Inoltre a tutti i soggetti è stata somministrata una batteria neuropsicologica per la valutazione delle funzioni esecutive.

Risultati: Nei pz esaminati è emerso un nucleo ossessivo ideo-comportamentale documentato da elevati punteggi alla Y-BOCS, un peculiare profilo appercettivo al test di Rorschach (elementi dettaglio e piccolo dettaglio, carenza di contenuto umano) ed alti punteggi alle scale cliniche dello spettro autistico (p.m. 16 AQ; >65 RAADS) con componenti di evitamento e difficoltà relazionali.

Conclusioni: Lo studio, i cui risultati sono da considerarsi preliminari per l'esiguità del campione, evidenzia la presenza di caratteristiche psicopatologiche peculiari negli adulti con ASD e suggerisce l'importanza di un approfondimento clinico nelle componenti ideo-comportamentali e di evitamento relazionale per una corretta individuazione di elementi dello spettro autistico rilevati talvolta tardivamente.

Bibliografia

Ritvo RA, Ritvo ER, Guthrie D, Ritvo MJ, Hufnagel DH, McMahon W, Tonge B, Mataix-Cols D, Jassi A, Attwood T, Eloff J. The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): a scale to assist the diagnosis of Autism Spectrum Disorder in adults: an international validation study. *J Autism Dev Disord*. 2011 Aug;41(8):1076-89. doi: 10.1007/s10803-010-1133-5.

Yalof J Case illustration of a boy with nonverbal learning disorder and Asperger's features: neuropsychology and personality assessment. *J Personality Assessment* 2006; 87 (1) 15-34.

Wagner EE., Rinn RC., A proposed classification scheme for Rorschach autism. *Perceptual and motor skills* 1994, 78, 29-30.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:57

SIMILARITIES IN CHANGES IN WHITE MATTER DIFFUSION IN BIPOLAR DISORDER AND SCHIZOPHRENIA INVESTIGATED WITH TBSS

L. Squarcina¹, M. Bellani¹, C. Perlini¹, G. Rambaldelli¹, V. Marinelli¹, N. Dusi¹, N. Cardobi², R. Cerini², R. Pozzi Mucelli², M. Tansella¹, A. Bertoldo³, P. Brambilla^{4,5}

¹Department of Public Health and Community Medicine, Section of Psychiatry, University of Verona,

²Department of Morphological and Biomedical Sciences, Section of Radiology, University of Verona,

³Department of Information Engineering, University of Padova, ⁴Department of Experimental & Clinical Medical Sciences, Udine, ⁵Department of Psychiatry And Behavioral Sciences, Uthouston, Houston, Texas - USA

AIM OF THE WORK

Aim of this study is to investigate the relationship between bipolar disorder (BD) and schizophrenia (SCZ) with changes in brain diffusion, in relation to healthy controls (HC). Our goals are first to understand if these two pathologies share common microstructural alterations, and to discriminate if clinical variables have an impact on diffusion properties.

MATERIALS AND METHODS

Diffusion tensor imaging (DTI) data of 33 BD patients, 19 SCZ patients and 35 HCs were acquired with a 1.5T Siemens Symphony scanner along 11 directions (TR=8900 ms, TE=104 ms, 256x256x50 voxels, 0.92x0.92x3 mm³, b=1000 s/mm²). Fractional anisotropy (FA), mean diffusivity (MD), radial diffusivity (RD), axial diffusivity (AD) and volume ratio (VR) indexes were obtained with FSL. Mode (MO)[1] was obtained with an in-house algorithm. Data were analyzed using tract-based spatial statistics (TBSS)[2], results were corrected for multiple comparisons with FSL Threshold-free cluster enhancement (TFCE)[3]. Age was treated as a nuisance variable. We tested correlations with duration of disease, use of medication, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Hamilton Depression Rating Scale and Young Mania Rating Scale scores for BD, and with length of disease, BPRS scores, medication and number of hospitalizations for SCZ, using TBSS within a GLM framework.

RESULTS

In BD, all indexes showed changes in the major white matter tracts. FA, MD, VR, AD and RD showed widespread significant differences (TFCE, p=0.05). MO decreased in corpus callosum and internal capsule. For SCZ, all indexes except AD resulted sensitive to pathology in the major white matter tracts. MO evidenced changes in corpus callosum and external capsule. In both populations, all indexes showed an increase in respect to HC except FA whose values decreased. Direct comparison between SCZ and BD groups, after correction for age and multiple comparisons, did not show statistically relevant differences. Length of the disease significantly correlated (negatively) with FA, and (positively) with VR and RD for both BD and SCZ.

CONCLUSIONS

This study shows, through an extensive analysis of DTI indexes, that BD and SCZ share similar impairments in microstructural connectivity, supporting the existence of a "continuum" of psychosis [4], which also worsen with the progression of the illnesses. Such features may represent neural common underpinnings characterizing major psychoses.



ATTI DEL CONGRESSO

- [1] Ennis, DB, Kindlmann, G. Orthogonal tensor invariants and the analysis of diffusion tensor magnetic resonance images. *Magnetic Resonance in Medicine*. 2006; 55(1):136-46.
- [2] Smith, SM, Jenkinson, M, Johansen-Berg, H, Rueckert, D, Nichols, TE, Mackay, CE, et al. Tract-based spatial statistics: voxelwise analysis of multi-subject diffusion data. *Neuroimage*. 2006; 31(4):1487-505.
- [3] Nichols, TE, Holmes, AP. Nonparametric permutation tests for functional neuroimaging: a primer with examples. *Human Brain Mapping*. 2002; 15(1):1-25.
- [4] Heckers, S (2008). Making progress in schizophrenia research. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 4:591-4.



ATTI DEL CONGRESSO

PO5:58

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO, DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO E DELLO SVILUPPO INTELLETTIVO IN TEMPO DI CRISI: RIDEFINIRE IL CONFINE DIAGNOSTICO

M. Piva Merli, M. Rossi, N. Varrucchi, D. Scuticchio, M.O. Bertelli

Crea (Centro di Ricerca e Ambulatori) della Fondazione San Sebastiano, Firenze

SCOPO DEL LAVORO: Negli ultimi 5 anni la prevalenza dell'autismo ha raggiunto livelli da vera epidemia, anche a seguito dell'introduzione della categoria di Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) attuata dal DSM-5. Negli anni '60 il disturbo riguardava 0.5 persone su 1000, mentre oggi la prevalenza supera l'1%. Questo incremento pone grandi problemi epidemiologici, economici e psicopatologici. Fra quest'ultimi il più importante è rappresentato dal confine con i Disturbi dello Sviluppo Intellettivo (DSI) e con i Disturbi dello Spettro Schizofrenico (DSS). Obiettivo dello studio è definire i confini e le sovrapposizioni cliniche fra DSI, DSA e DSS per contribuire allo sviluppo di migliori criteri e strumenti di diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica.

MATERIALI E METODI: È stata condotta una mappatura sistematica sulla base delle seguenti domande: 1) quali sono i sintomi core e i sintomi sovrapponibili di DSI, DSA e DSS?; 2) quali sono i principali problemi nella pratica clinica?; 3) quali caratteristiche diagnostiche possono essere identificate per aiutare a differenziare tra le tre categorie quando queste condizioni sono in comorbidità?

RISULTATI: Nella pratica clinica il 25-80% delle persone con disturbi dello spettro autistico presentano anche disabilità intellettiva e il 50% dei casi riceve, soprattutto in età adulta, una diagnosi di disturbo schizofrenico. I tre disturbi hanno in comune deficit delle abilità cognitive, sociali, comunicative e adattive, spesso accompagnati da comportamenti stereotipati. Anche evidenze recenti provenienti dalla genetica sulle alterazioni delle sequenze nucleotidiche che regolano la maturazione dei neuroni e le loro connessioni nel sistema nervoso centrale suggeriscono che le tre categorie diagnostiche facciano parte di un unico gruppo di disturbi del neurosviluppo, in cui complessi meccanismi epigenetici, legati alle diverse stimolazioni ambientali, determinano caratterizzazioni individuali di funzionamento cognitivo e vulnerabilità psicopatologica. Le differenze principali da utilizzare nella clinica riguardano alcune dimensioni psicopatologiche tradizionali e alcune funzioni cognitive specifiche, che si esprimono anche nell'età d'esordio e nella modalità di sviluppo patogenetico.

CONCLUSIONI: Considerando le importanti implicazioni sanitarie, sociali e culturali, una chiarificazione della distinzione tra disturbi dello spettro autistico, disturbi dello sviluppo intellettivo e disturbi dello spettro schizofrenico è necessaria. Un contributo decisivo potrebbe esser fornito dalla considerazione di criteri diagnostici specifici, di strumenti di valutazione adeguati e dall'acquisizione di competenze cliniche d'alta specializzazione.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:62

ASSOCIAZIONE DEL POLIMORFISMO COMT LEU136LEU E DELLA VARIANTE MISSENSE VAL158MET CON IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE ED IL DISTURBO BIPOLARE

M. Crucitti¹, G. Lanza¹, V. Leonardi¹, S. Lorusso¹, A. Gugliandolo², A. Bruno¹, D. Caccamo², M.R.A Muscatello¹
¹Dipartimento di Neuroscienze Università di Messina, ²Dipartimento di Scienze Biomediche e Imaging Morfofunzionale Università di Messina

SCOPO DEL LAVORO

Il presente studio ha valutato la distribuzione di due varianti genetiche dell'enzima catecol-O-metiltransferasi (COMT) e, precisamente, il polimorfismo missense G1947A (Val158Met) ed il polimorfismo sinonimo C1886G (Leu136Leu), recentemente descritto, in pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (MDD), disturbo bipolare (BD) e in controlli sani.

MATERIALI E METODI: Il campione consisteva in 112 pazienti affetti da disturbi dell'umore (44 MDD e 58 BD) diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV TR (SCID) confrontati con 58 controlli sani comparabili per età, scolarità e status socio-economico. I controlli sani sono stati sottoposti a screening per la presenza di disturbi mentali con la versione italiana della Mini-International Neuropsychiatric Interview - M.I.N.I. L'estrazione del DNA è stata effettuata su campioni di sangue periferico conservato a -20°C con la metodica Genra PureGene-DNA Purification System kit (Qiagen, Milano, Italia). La genotipizzazione del polimorfismo COMT è stata condotta mediante il sequenziamento diretto dei prodotti PCR.

RISULTATI: Non sono emerse differenze significative tra pazienti e controlli nella distribuzione del polimorfismo Val158Met. Nei controlli sani, l'allele C1886 wild-type e le frequenze del genotipo CC1886 wild-type risultavano significativamente più elevati rispetto ai pazienti uni-e bipolari. Di contro, il campione clinico si caratterizzava per la presenza significativamente maggiore dell'allele mutato G1886 e del genotipo eterozigote CG1886. Esaminando i polimorfismi combinati, nel campione clinico è stata riscontrata una frequenza significativamente elevata dell'aplotipo CG/GAVal/Met158. L'aplotipo CC/GAVal/Met158 è stato invece riscontrato in frequenza significativamente maggiore nei controlli sani rispetto ai pazienti BD e risulta associato ad una riduzione di cinque volte del rischio di malattia (OR=0.21; 95% CI= 0.05-0.78).

CONCLUSIONI. I risultati del presente studio hanno evidenziato che CG1886/GA1947Val/Met158 in doppia eterozigosi risultava l'aplotipo maggiormente rappresentato nei pazienti con disturbi dell'umore, rendendo conto di oltre il 50% della frequenza. La presenza di questo aplotipo aumenta di circa tre volte il rischio per i disturbi dell'umore, e dovrebbe essere considerata una determinante genetica dei disturbi unipolari e bipolari. Inoltre, l'aplotipo CC/GAVal/Met158 in eterozigosi è risultato protettivo nei confronti del disturbo bipolare. Sulla base dei risultati ottenuti, da considerarsi preliminari, non è possibile discriminare il MDD dal BD sulla base dello screening genetico della variante COMT Leu136Leu COMT. Tuttavia, la presenza di aplotipi specifici correlati al BD suggerisce la necessità di ulteriori indagini genetiche finalizzate alla ricerca di marker specifici per i disturbi unipolari e bipolari.

BIBLIOGRAFIA

Craddock, N., Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 381(9878), 1654-62.
Krishnan, V., Nestler, E.J. (2010). Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *Am J Psychiatry*, 167(11), 1305-20.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:63

PREVALENZA DEI DISTURBI D'ANSIA COME PRIMA MANIFESTAZIONE DI MALATTIA NEI DISTURBI DELLO SPETTRO BIPOLARE

C. Galimberti, M. Zabotto, M.M. Beltrami, C.A Viganò, G. Ba

UO Psichiatria II, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L.Sacco, Università degli Studi di Milano

Scopo del lavoro: Secondo una recente revisione sistematica (Vazquez, 2014), circa la metà dei pazienti bipolari sviluppa almeno un Disturbo d'Ansia in comorbidità nell'arco della vita. In taluni casi, nel Disturbo Bipolare (DB), l'ansia rappresenta la più precoce manifestazione di malattia prima di un episodio depressivo o (ipo)maniacale (Salvatore, 2013; Baldessarini, 2013). Obiettivo di questo studio è stato valutare la prevalenza dei Disturbi d'Ansia quale prima manifestazione clinica di malattia in una popolazione naturalistica di pazienti ambulatoriali affetti da DB, e di identificare in modo retrospettivo le variabili cliniche ed epidemiologiche che suggeriscono il rischio di bipolarità in tali pazienti.

Materiali e metodi: sono stati reclutati per lo studio i pazienti ambulatoriali con diagnosi di Disturbo dello Spettro Bipolare (DB-I, DB-II, DB NAS e Ciclotimia) secondo i criteri del DSM-IV-TR, afferenti al Centro per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi Depressivi (CTDD) presso l'Ospedale Luigi Sacco di Milano, al fine di identificare il primo episodio psichiatrico maggiore e le principali caratteristiche cliniche ed epidemiologiche attraverso la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche e, ove necessario, attraverso un'intervista semistrutturata. In base alla presenza o assenza di un esordio con Disturbo d'Ansia, i soggetti sono stati divisi in due gruppi (A+ and A-).

Risultati: sono stati analizzati i dati riguardanti 262 pazienti bipolari (28.7% DB-I, 48.1% DB-II, 17.1% DB NAS, 6.1% Ciclotimia). Un Disturbo d'Ansia rappresentava il primo disturbo psichiatrico maggiore nel 25.2% dei soggetti reclutati. Il Disturbo di Panico era la prima manifestazione nel 54.5% di tali casi, essendo dunque il più frequente sottotipo di Disturbo d'Ansia in assoluto (seguito da Disturbo d'Ansia NAS 31.8%, Disturbo d'Ansia Generalizzato 10.7%, Fobia Sociale 1.5% e Disturbo Ossessivo-Compulsivo 1.5%). Tra le variabili cliniche prese in considerazione, la familiarità per DB era comparabile tra A+ e A-, mentre l'età d'esordio era più precoce per i soggetti nel gruppo A+ rispetto al gruppo A- (28.9 vs 34.5). L'instabilità dell'umore era riportata per il 19.4% dei pazienti nel gruppo A+ e per il 27.6% dei pazienti nel gruppo A-.

Conclusioni: In una popolazione naturalistica ambulatoriale, comprendente tutto lo spettro bipolare, i Disturbi d'Ansia, in particolare il Disturbo di Panico, rappresentano una frequente prima manifestazione di malattia. Un paziente su quattro ha evidenziato un esordio di malattia caratterizzato da sintomi d'ansia. In accordo con la letteratura, questo studio conferma che le più importanti caratteristiche che suggeriscono retrospettivamente un elevato rischio di sviluppo di DB in pazienti con ansia sono la storia familiare di DB, la giovane età d'esordio e il temperamento ciclotimico o un'instabilità dell'umore.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:64

ARIPIPRAZOLE IN BIPOLAR DISORDER: A META-ANALYSIS OF EFFICACY AND SAFETY IN RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS AND OBSERVATIONAL STUDIES

M. Meduri¹, G. Gregoraci², V. Baglivo¹, M. Balestrieri¹, M. Isola³, P. Brambilla¹

¹Clinica Psichiatrica - Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine ²Istituto di Igiene - Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine, ³Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche - Sezione di Statistica, Udine

Aims

To assess the efficacy and safety of aripiprazole (ARP) alone or in combination with other antimanic drug treatments compared with placebo and other drug treatments (lithium or haloperidol). The acute (3 weeks) and the stabilization (4 to 12 weeks) phases of treatment were considered, both in adult and paediatric population.

Methods

Relevant studies were systematically located by searching electronic sources till 2014, August 19th, using EMBASE, MEDLINE, CINHAIL, PsychINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Scopus and ClinicalTrials.gov. The reference lists of other systematic reviews and meta-analyses were checked. The primary outcomes were ARP efficacy (mean change from baseline in Young Mania Rating Scale) and safety (specific adverse events).

Results

Twenty-two studies met our inclusion criteria. Sixteen were randomized clinical trials (RCTs) and 6 were observational studies. A total of 2505 patients were included in the analyses in the acute phase and of 2932 in the stabilization phase.

Acute Phase - The efficacy of ARP was superior to placebo (SMD -0.31, 95%CI -0.46, -0.16) and comparable to traditional drugs (SMD 0.01, 95%CI -0.12, 0.13).

The safety profile of ARP was overall comparable to other drugs, with a lower risk of hyperprolactinemia when compared to placebo but no studies were available for a comparison with other drugs.

Stabilization Phase - ARP showed greater effect than placebo (SMD -0.48, 95%CI -0.78, -0.18), especially in paediatric patients (SMD -1.08, 95%CI -1.32, -0.85), and performed comparably to traditional drugs (SMD -0.14, 95%CI -0.29, 0.01). When excluding non-RCTs from analyses, results were overall comparable.

The risk of adverse events with ARP was similar to other drugs, except for hyperprolactinemia, significantly lower.

Conclusions

To the best of our knowledge, this is the first meta-analysis evaluating ARP efficacy and tolerability that includes both randomized controlled trials and observational studies.

ARP is an effective treatment in children and adults with Bipolar Disorder, similar to other drugs, both at 3 and 4 to 12 weeks. Its safety profile is similar to other drug treatments, but it is not associated with hyperprolactinemia. Further studies in the maintenance phase are needed.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:65

MODULAZIONE DEL GENE COMT NELLA MEMORIA DI LAVORO E NELL'IMPULSIVITA' NEL DISTURBO BIPOLARE

S. Piccin¹, C. Bonivento¹, D. Fabbro², V. Marinelli³, M. Bellani³, R.A Paoli⁴, E. Caletti⁴, M. Cigliobianco⁴, A. Marsano⁵, M. Sala⁶, V. Abbiati⁷, M. Cappucciati⁷, N. Dusi³, C. Perlini³, M. Ruggeri³, A.C Altamura⁴, A. Serretti⁵, M. Balestrieri¹, G. Damante², P. Brambilla¹

¹Università di Udine, ²Istituto di Genetica, AOU Santa Maria della Misericordia, Udine, ³Università di Verona, Policlinico G.B. Rossi, Sezione di Psichiatria, Verona, ⁴Università di Milano, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, ⁵Università di Bologna, ⁶Azienda Sanitaria Locale Alessandria, ⁷Università of Pavia

SCOPO DEL LAVORO. I deficit cognitivi che caratterizzano il disturbo bipolare coinvolgono l'attenzione, la memoria di lavoro e le funzioni esecutive. Le basi genetiche di tali deficit non sono chiare. Recenti studi suggeriscono il coinvolgimento del gene COMT, catechol-o-omethyltransferase. Esso contiene il polimorfismo del singolo nucleotide Val108/158Met (COMT SNPs rs4680) che sembra essere coinvolto nella modulazione dei livelli di dopamina nella corteccia prefrontale (Val è associato a una maggiore attivazione). Questo studio indaga il ruolo del gene COMT sulla cognizione in pazienti bipolari utilizzando test che valutano la memoria di lavoro e l'inibizione emotiva.

MATERIALI E METODI. Hanno partecipato allo studio 42 pazienti (27 femmine, età media = 44,26 anni) e 99 volontari sani (gruppo di controllo) (66 femmine età media= 32,31 anni). Ai partecipanti è stata somministrata la batteria cognitiva Brief Assessment of Cognition in Affective disorders (BAC-A). È stato espresso il polimorfismo COMT SNPs rs4680 e tutti i soggetti sono stati tipizzati per le varianti del COMT: AA (Met/Met), GG (Val/Val) o AG (Val/Met). Le analisi statistiche sono state effettuate usando il software SPSS.

RISULTATI. In tutti i compiti somministrati i pazienti hanno mostrato risultati peggiori rispetto ai controlli (tutti $p < 0.0001$), tranne che nel compito di interferenza affettiva ($p > 0,05$). È emersa un'interazione significativa tra i pazienti e i controlli nella variante COMT nei test di memoria di lavoro ($p = 0.048$), inibizione emotiva con parole neutre ($p = 0.038$) e con parole affettive ($p = 0.042$). Non è emerso un effetto significativo della variante COMT. Analisi post-hoc: Bonferroni, $\alpha = 0,006$. Test di memoria di lavoro. I pazienti con la variante AA hanno conseguito punteggi migliori rispetto ai pazienti con la variante GG ($p = 0,012$) e AG ($p = 0,037$), ma non è stata superata da correzione di Bonferroni. I pazienti con la variante AG e GG non differivano tra loro nella prestazione ($p > 0,05$). I pazienti con la variante AA sono risultati allo stesso livello dei controlli ($p > 0,05$). Test di Inibizione emotiva (parole neutre e affettive). I pazienti con la variante AA hanno eseguito il test meglio dei pazienti con la variante GG sia con le parole neutre che con le parole affettive (rispettivamente $p = 0,025$ e $p = 0,023$) ma non è stata superata la correzione di Bonferroni. Rispetto ai controlli tutti i sottogruppi di pazienti hanno mostrato una prestazione inferiore, sia con le parole neutre che con le parole affettive ($p < 0,003$ e $p = 0,003$).

CONCLUSIONI. Lo studio è in linea con ricerche precedenti che dimostrano che i pazienti bipolari portatori dell'allele G del polimorfismo rs4680 presentano deficit in test di memoria di lavoro e controllo degli impulsi. Potrebbe essere interessante per le ricerche future esplorare come i tratti di personalità influenzino tale modulazione genetica nel disturbo bipolare.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:66

IL RUOLO DELLA DUI COME VARIABILE DI DECORSO CLINICO IN PAZIENTI GRAVIDE CON DISTURBO BIPOLARE: UNO STUDIO NATURALISTICO

M. Serati, M. Redaelli, M. Buoli, E.M Colombo, A.C Altamura

Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale, Clinica Psichiatrica, Milano

SCOPO DEL LAVORO: Pochi studi hanno valutato il decorso di pazienti gravide affette da disturbi psichiatrici maggiori [1]. Scopo di questo studio è stato quello di valutare le caratteristiche demografiche e cliniche di donne affette da Disturbo Bipolare, seguite durante la gravidanza presso l'Ambulatorio Gravidanza e Puerperio dell'U.O di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

MATERIALI E METODI: I dati clinici e demografici del campione (N=26) sono stati raccolti retrospettivamente dalle cartelle cliniche e tramite colloqui coi pazienti e i loro familiari ovvero tramite il database PSICHE della regione Lombardia. Sono state effettuate analisi descrittive. Il campione è stato suddiviso in due gruppi secondo la mediana della DUI (> 1 anno o < 1 anno). I due gruppi sono stati confrontati tramite analisi della varianza a una via (variabili continue) ovvero test del chi quadrato (variabili dicotomiche), corretti tramite test di Bonferroni.

RISULTATI: Il campione è risultato essere composto da donne di età media di 36 anni, per l'80% coniugate e con un'occupazione lavorativa. Solo una delle pazienti ha fatto ricorso ad un concepimento con procreazione medicalmente assistita; il 58% del campione ha avuto un parto vaginale, il 35% un cesareo e il 7% ha effettuato un cesareo elettivo; il 19% del campione ha avuto durante la gravidanza un ricovero in reparto di patologia della gravidanza. Il 23% del campione ha presentato un abuso di sostanze durante la gravidanza, il 19% delle pazienti ha in anamnesi un tentativo di suicidio. Le pazienti con una DUI più lunga mostrano più frequentemente una familiarità positiva per disturbo bipolare (chi-quadro=9.72; df=6; p=0.05; Phi=0.61). Inoltre, le pazienti con un tentativo di suicidio in anamnesi presenterebbero una DUI<1 anno (chi-quadro 5,31, dF=1, p=0,04, Phi= -0,45).

CONCLUSIONI: Le pazienti che presentano una familiarità positiva per disturbo bipolare di tipo I tenderebbero a richiedere aiuto medico più tardivamente; diversamente l'assenza di familiarità per disturbi psichiatrici (casi sporadici) o una familiarità positiva per depressione sembrerebbero svolgere un ruolo protettivo, portando le pazienti all'attenzione medica più precocemente. Dai dati è emerso inoltre che le pazienti che presentano in anamnesi un tentativo di suicidio giungono all'osservazione in tempi più brevi (DUI <1 anno).



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:69

L'INTERVENTO INTEGRATO PER I PAZIENTI CON DISTURBO BIPOLARE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: UNA SCELTA POSSIBILE ED EFFICACE

V. Candini¹, C. Buizza², C. Ferrari¹, F.M. Saviotti³, E. Sacchetti⁴, A. Ghilardi², G. De Girolamo¹

¹IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, ²Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia, ³Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Desenzano s/G, Brescia, ⁴Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Brescia

SCOPO DEL LAVORO

Proporre un trattamento integrato per pazienti con Disturbo Bipolare (DB), per i quali la prescrizione farmacologica risulta ad oggi la sola opportunità terapeutica all'interno dei Servizi di Salute Mentale (SSM). Ciò si verifica nonostante le principali linee guida internazionali sottolineino l'importanza dell'approccio integrato per il trattamento dei disturbi mentali ed in particolare della psicoeducazione per i pazienti con DB. Obiettivi del presente progetto sono: a) implementare un intervento psicoeducativo strutturato, secondo il modello di Colom e Vieta, all'interno della routine dei SSM; b) valutarne l'efficacia in termini di riduzione del numero di ospedalizzazioni (outcome primario); c) valutarne l'efficacia in termini di miglioramento della consapevolezza di malattia e gestione del disturbo e di riduzione del self stigma (outcome secondari).

MATERIALI E METODI

Lo studio ha coinvolto 102 pazienti ambulatoriali con diagnosi accertata di DB di tipo I e II. Tutti i pazienti hanno ricevuto il trattamento standard previsto dal servizio (terapia farmacologica) ed in aggiunta il gruppo sperimentale ha ricevuto anche la psicoeducazione (21 sessioni a cadenza settimanale). I temi affrontati sono: consapevolezza di malattia, aderenza al trattamento, identificazione precoce dei prodromi, regolarizzazione dello stile di vita. La psicoeducazione è stata condotta da due psicologhe appositamente formate. Ogni gruppo era composto da 8-12 persone.

RISULTATI

Il gruppo che ha seguito la psicoeducazione è composto da 57 pazienti, mentre quello di controllo da 45. L'età media è di 41.5 anni (SD= 9.1) per il gruppo sperimentale e di 44.8 (SD= 8.8) per il gruppo di controllo. I due gruppi risultano omogenei sia per le caratteristiche socio demografiche, sia cliniche. Nel gruppo di persone che hanno seguito la psicoeducazione, 46 (80.7%) hanno completato l'intero programma di trattamento. Durante l'anno di follow-up i pazienti che hanno frequentato la psicoeducazione hanno una media di 0.11 (SD= 0.36) ricoveri, rispetto a una media di 0.47 (SD= 0.69) del gruppo di controllo (U= 934; p= 0.001); rispetto al numero di giorni di ricovero, i pazienti del gruppo sperimentale hanno trascorso una media di 1.75 giorni di ricovero (SD= 7.0) rispetto a 10.16 giorni (SD= 16.8) registrati nel gruppo di controllo (U= 924; p=0.001) (tabella 1). In figura 1 sono riportati i dati relativi alla curva di sopravvivenza. In sede di congresso verranno presentati anche i dati relativi al follow-up a tre anni.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha dimostrato che la psicoeducazione è un intervento efficace per prevenire le ospedalizzazioni nei pazienti con DB e che ciò è possibile anche in setting di routine. È quindi auspicabile che i DSM possano credere che un trattamento integrato, che eroghi ai pazienti una terapia farmacologica appropriata insieme ad un intervento psicosociale, specifico e mirato per ogni disturbo, rappresenti l'unica via per raggiungere una qualità assistenziale adeguata.



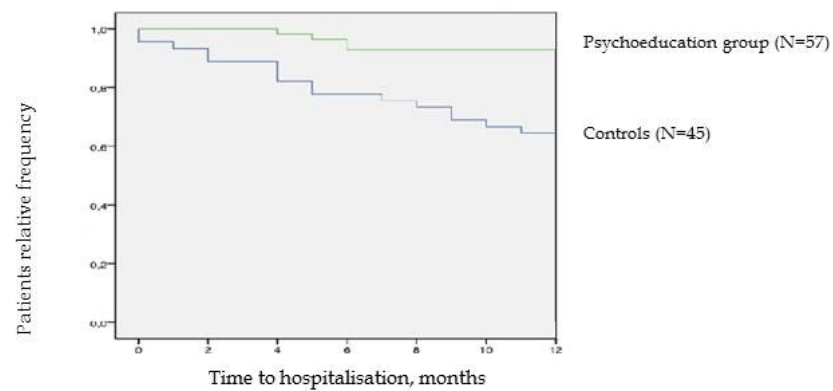
ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1. Numero medio di ospedalizzazioni e numero medio di giorni di ricovero
(intention-to-treat analyses)

	Psychoeducation group (N=57)	Controls (N=45)	Statistical Test*	p-value
Number of hospitalisations				
During psychoeducation Mean (ds)	0.05 (0.22)	0.16 (0.52)	1206	0.268
1 year follow-up Mean (ds)	0.11 (0.36)	0.47 (0.69)	934	0.001
Number of days of hospitalisation				
During psychoeducation Mean (ds)	0.93 (4.8)	2.64 (8.82)	1206	0.269
1 year follow-up Mean (ds)	1.75 (7.0)	10.16 (16.8)	924	0.001

* Mann-Whitney test

Figura 1. Curva di sopravvivenza per le ospedalizzazioni (long rank= 13.5, $p < .001$)
(intention-to-treat analyses)





ATTI DEL CONGRESSO

PO6:71

MICROSTRUCTURAL WHITE MATTER ALTERATIONS IN BIPOLAR DISORDER AND IN THE DIFFERENT PHASES OF ILLNESS

P. Magioncalda¹, M. Martino¹, B. Conio¹, N. Piaggio², R. Teodorescu³, A. Escelsior¹, V. Marozzi¹, A. Presta¹, G. Rocchi¹, L. Roccatagliata⁴, G. Northoff⁵, M. Inglese³, M. Amore¹

¹Department of Neuroscience, Section of Psychiatry, IRCCS AOU San Martino - IST, University of Genoa,

²Department of Radiology, Section of Neuroradiology, IRCCS AOU San Martino - IST, University of Genoa,

³Department of Neurology, Radiology and Neuroscience, Mount Sinai School of Medicine, New York - USA,

⁴Magnetic Resonance Research Centre on Nervous System Diseases, IRCCS AOU San Martino - IST, University of Genoa, ⁵Institute of Mental Health Research, University of Ottawa - Canada

Aim of the Work: In recent years, brain diffusion tensor imaging (DTI) studies have detected subtle microstructural abnormalities of white matter (WM) in Bipolar Disorder (BD). The aim of this work is to investigate WM alterations in BD and in the different phases of illness.

Materials and Methods: We investigated DTI-derived fractional anisotropy (FA), mean diffusivity (MD), radial diffusivity (RD) and axial diffusivity (AD) in patients with BD in manic, depressive, mixed and euthymic phases (n = 41) vs. healthy controls (n = 42), using tract-based spatial statistics (TBSS) approach. Secondly, we explored whether subgroups of patients in different phases of the illness present different patterns of WM abnormalities.

Results: We found widespread alterations in WM tracts microstructure (decrease in FA and increase in MD and RD) in BD patients compared to controls. Secondly, the WM alterations appeared to mainly characterize the depressive phase.

Conclusions: These findings suggest that the WM abnormalities in BD show a spatial diffuse pattern and a phase-dependent pattern.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:72

CORRELATION BETWEEN NEUROPLASTICITY AND OMEGA-3 FATTY ACID SUPPLEMENTATION IN BIPOLAR PATIENTS: A PRELIMINARY STUDY

E. Maggioni¹, V. Diwadkar³, R.A Paoli², C. Cinnante², E. Caletti², M. Cigliobianco², G. Cabras¹, F.M Triulzi², A.C. Altamura², P. Brambilla¹

¹Inter-University Center for Behavioural Neurosciences (ICBN), University of Udine, ²Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, ³Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences, Wayne State University School of Medicine, Detroit, Michigan - USA

Purpose

The objective of the present study is to assess the correlation between neural plasticity and innovative supplementary treatments in patients affected by bipolar disorder (BD), such as the omega-3 fatty acids. In recent years, increasing interest is being given by omega-3 supplementation in the context of psychiatric disorders. BD is associated with widespread disturbances, ranging from executive functions to episodic memory and spatial span performance (Brambilla et al. 2007, 2012). Up until now, significant beneficial effects of omega-3 on bipolar symptoms have been reported in a number of studies (e.g. Frangou et al., 2006), whereas contrasting findings emerged from (Keck et al., 2012; Murphy et al., 2012). In our study, for the first time to our best knowledge, we want to explore whether neural plasticity may predict omega-3 response in BD patients.

Methods

16 bipolar patients have been enrolled in the study so far and underwent a 3T fMRI acquisition. The fMRI experiment consists of a spatial-object paired-associate learning task (Diwadkar et al., 2008; Brambilla et al., 2011) and has the objective to capture learning dynamics and their neuronal underpinnings. After the baseline, each subject is treated for 12 weeks with 1.25 grams/day of either docosahexaenoic acid (DHA) or placebo, which are administered in a randomized blind trial and added to the usual psychotropic therapy.

Results

The fMRI data analyses are currently ongoing. We predict that omega-3 improves symptomatology and cognitive performance in comparison to placebo. Also, we expect that the functional prefronto-limbic connectivity may modulate the response to omega-3 in BD patients.

Conclusion

Omega-3 supplementation has the potential to support psychotropic therapies in reducing affective symptoms, which may in turn improve the patients' quality of life.

Bibliography

Brambilla et al., 2007. Context processing performance in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders* 9(3):230-237.

Brambilla et al., 2011. Shared impairment in associative learning in schizophrenia and bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 35(4):1093-1099.

Brambilla et al., 2013. Increased salience of gains versus decreased associative learning differentiate bipolar disorder from schizophrenia during incentive decision making. *Psychological Medicine* 43(03):571-580.

Diwadkar et al., 2008. Impaired associative learning in schizophrenia: Behavioral and computational studies. *Cognitive Neurodynamics* 2(3):207-219.

Frangou et al., 2006. Efficacy of ethyl-eicosapentaenoic acid in bipolar depression: Randomised double-blind placebo-controlled study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science* 188:46-50.



ATTI DEL CONGRESSO

Keck et al., 2006. Double-blind, randomized, placebo-controlled trials of ethyl-eicosapentanoate in the treatment of bipolar depression and rapid cycling bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 60(9):1020-1022.

Murphy et al., 2012. Omega-3 fatty acid treatment, with or without cytidine, fails to show therapeutic properties in bipolar disorder: A double-blind, randomized add-on clinical trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 32(5):699-703.



ATTI DEL CONGRESSO

PO6:73

IL LOBO PARIETALE NEL DISTURBO BIPOLARE: UNO STUDIO TRASVERSALE E LONGITUDINALE CON L'UTILIZZO DI RISONANZA MAGNETICA STRUTTURALE

A. Ferro^{1,3}, C. Bonivento^{1,3}, C. Perlini^{2,3}, N. Dusi^{2,3}, G. Rambaldelli^{2,3}, M. Bellani^{2,3}, V. Marinelli^{2,3}, B. Crespo Facorro^{4,5}, P. Brambilla^{1,3,6,7}

¹Dipartimento di Scienze Mediche Sperimentali e Cliniche (DISM), Università di Udine, ²Dip. di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sez. di Psichiatria e Sez. di Psicologia Clinica, Università di Verona, ³Centro Inter-Universitario per le Neuroscienze Comportamentali (ICBN), Università di Udine e Università di Verona, Udine e Verona, ⁴Department of Psychiatry, University Hospital Marqués de Valdecilla, School of Medicine, University of Cantabria-IDIVAL, Santander - Spain, ⁵CIBERSAM, Centro Investigación Biomédica en Red Salud Mental, Madrid - Spain, ⁶Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Texas Health Science Center at Houston, Texas - USA, ⁷IRCCS E. Medea, Istituto Scientifico, UDGEE, Udine

SCOPO DEL LAVORO

Il lobo parietale (LP) è fondamentale nel supportare specifici domini cognitivo-emotivi (attenzione, regolazione di emozioni, pianificazione e controllo motorio) che sono compromessi nel disturbo bipolare (DB). Pochi studi tuttavia ad oggi hanno studiato il LP nel DB, riportando alcune anomalie volumetriche [1]. Pertanto, in questa ricerca abbiamo investigato: 1) le differenze nel volume della sostanza bianca (SB) e sostanza grigia (SG) del LP tra pazienti con DB e soggetti sani (studio trasversale); 2) i cambiamenti dei volumi nel tempo (studio longitudinale); 3) la possibile relazione tra il LP e il funzionamento generale, come misurato dalla Global Assessment of Functioning (GAF).

MATERIALI E METODI

Trentotto pazienti destrimani con DB e 42 volontari sani destrimani comparabili per razza, genere, età, ed anni di studio hanno effettuato una risonanza magnetica (MRI) a 1.5T. Inoltre, 17 pazienti e 16 controlli hanno effettuato una seconda MRI a un intervallo medio di $2,74 \pm 1,31$ anni dalla prima. Il LP è stato tracciato manualmente con l'uso del software Brains2 e sono stati calcolati il volumi della SB e della SG.

RISULTATI

Il confronto trasversale al baseline ha mostrato un effetto significativo del gruppo sulla SG e sulla SB del LP bilaterale (tutte le $p < 0.05$), con riduzione nei pazienti rispetto ai controlli. Inoltre, solo nei controlli, ma non nei pazienti, è risultata significativa l'asimmetria della SB parietale, con la regione sinistra più grande di quella destra ($p < 0.05$).

Nello studio longitudinale sono risultati significativi gli effetti del gruppo e del tempo sulla SB (tutte le $p < 0.05$), ma non l'interazione tempo X gruppo ($p > 0.05$). Infine è stata osservata una correlazione positiva tra i punteggi alla GAF e i volumi della SB nelle persone con DB ($p < 0.001$).

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio dimostrano un potenziale coinvolgimento del LP nella fisiopatologia del DB, con particolare interessamento della SB. In particolare, si è evidenziata una riduzione significativa della SG e SB parietali nei pazienti con DB, in linea con recenti studi che ne mostrano una riduzione globale [2]. Inoltre, l'asimmetria della SB suggerisce la possibilità che alterazioni della connettività parietale tra i due emisferi possa interferire col processo di lateralizzazione della dominanza emisferica nel DB [3]. Infine, un ridotto volume della SB parietale potrebbe associarsi ad un peggior funzionamento generale, in accordo con altri studi in letteratura, nella malattia bipolare [4].



ATTI DEL CONGRESSO

- 1] Frazier et al. (2005). *Bipolar Disorder*, 7, 555–569.
- 2] De Peri et al. (2012). *Curr Pharm Des*, 18(4):486-94.
- 3] Crow et al. (1997). *Int Rev Psychiatry*, 19(4):449-57.
- 4] Forcada et al. (2011). *Journal of Affective Disorder*, 130(3):413-20.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:74

LEUCOCITOSI DA CLOZAPINA INDICE DI PERDITA DI RISPOSTA AL FARMACO

V. Prisco, T. Iannaccone, M. Fabrazzo

Università degli Studi di Napoli Sun; Dipartimento di Psichiatria, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Evidenze aneddotiche suggeriscono la possibilità di insorgenza di leucocitosi da clozapina in pazienti schizofrenici.

Tale discrasia ematica, sia transitoria che persistente, ha ricevuto poca attenzione in letteratura. Alcuni Autori suggeriscono che l'incremento dei leucociti e dei neutrofili possa essere un effetto dose-dipendente da clozapina.

MATERIALI E METODI

Riportiamo 2 casi clinici di pazienti di sesso maschile, rispettivamente di 23 e 34 anni, entrambi con diagnosi di schizofrenia e quadro psicopatologico caratterizzato da ideazione delirante a carattere persecutorio e di riferimento, allucinazioni uditive di comando, aggressività eterodiretta. Entrambi erano stati trattati per vari anni con antipsicotici di prima e di seconda generazione a dosaggi terapeutici, riportando solo miglioramenti parziali. In entrambi i pazienti fu necessario introdurre la clozapina, nel primo a un dosaggio di 200 mg/die e nel secondo a 400 mg/die. Durante il trattamento con clozapina, nonostante fossero presenti nella terapia di entrambi i pazienti benzodiazepine e stabilizzanti dell'umore, non si erano evidenziate alterazioni a carico del quadro ematologico per circa 10 anni.

RISULTATI

Dopo circa 10 anni di trattamento continuato con clozapina, tutti i parametri ematologici risultavano essere nella norma. In seguito, si sviluppò, in entrambi i casi una leucocitosi. I valori dei leucociti variavano da 12.56×10^3 a 22.26×10^3 cellule/mm³ e dei neutrofili 8.57×10^3 e 17.67×10^3 in valore assoluto. Insieme alla comparsa di leucocitosi si registrò perdita di risposta alla clozapina, con nuovo scompenso psicopatologico in entrambi i casi. Si decise, pertanto, di aumentare il dosaggio dell'antipsicotico atipico a 350 mg/die nel primo paziente e a 650 mg/die nel secondo, ma senza alcun miglioramento clinico. Dal punto di vista ematologico si registrò, invece, un incremento della leucocitosi già presente, sino a raggiungere valori compresi tra 15.56×10^3 e 24.26×10^3 cellule/mm³.

Numerosi esami vennero effettuati per chiarire la causa della leucocitosi. A parte il dato che entrambi i pazienti erano forti fumatori, non erano presenti segni di infezione. Consulenze ematologiche ed internistiche, non trovarono evidenza di patologie sistemiche o mieloproliferative.

In entrambi i pazienti il trattamento con clozapina fu interrotto. Si registrò una rapida normalizzazione dell'emocromo (1 settimana), anche se il quadro psicopatologico di entrambi rimase alterato fino all'introduzione di una nuova terapia antipsicotica, diversa dalla clozapina.

CONCLUSIONI

Questi 2 casi clinici suggeriscono che la comparsa tardiva di leucocitosi indotta dalla clozapina possa rappresentare un fattore predittivo negativo di risposta al farmaco. Inoltre, come già riportato in letteratura (Sopko et al., 2010 e Liu et al., 2011), anche in questi due casi la leucocitosi aumentava in maniera proporzionale alla dose dell'antipsicotico atipico.

Sono necessari ulteriori studi per chiarire la natura della leucocitosi da clozapina e il suo ruolo nella perdita di risposta al farmaco.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:75

COFFEE AND CIGARETTES...AND PSYCHOSIS. MODULAZIONE DIFFERENZIALE DELLA PLASTICITÀ SINAPTICA DOPAMINO-GLUTAMMATERGICA DA PARTE DI CAFFEINA E NICOTINA E DELLA LORO COMBINAZIONE CON ANTIPSICOTICI

C. Tomasetti, L. Avvisati, G. Latte, E.F. Buonaguro, C. Avagliano, G. Fico, F. Marmo, F. Iasevoli, A. De Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Traslazionale, Dip di Neuroscienze, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

Scopo: Caffaina e nicotina sono le sostanze psicoattive legali più utilizzate al mondo ed il loro consumo/abuso è particolarmente diffuso nei pazienti affetti da schizofrenia e disturbo bipolare. Caffaina e nicotina modulano direttamente ed indirettamente la neurotrasmissione dopaminergica ed attivano specifici pattern di espressione genica in peculiari regioni cerebrali. Nel presente studio abbiamo valutato l'espressione di geni e proteine della densità postsinaptica (PSD) in risposta al trattamento acuto con caffeina e nicotina, in comparazione con l'aloiperidolo, prototipo di antipsicotico tipico, ed il GBR12909, un farmaco psicomimetico ad azione cocaino-simile, nonché del trattamento combinato di caffeina e nicotina con aloiperidolo.

Materiali e metodi: Ratti maschi sono stati assegnati ai seguenti gruppi sperimentali: Salina + Veicolo (SAL+VEH); Salina + Aloiperidolo 0.8mg/kg (SAL+HAL); Salina + GBR12909 30mg/kg (SAL+GBR); Salina + Caffaina 40mg/kg (SAL+CAF); Salina + Nicotina 1.5mg/kg (SAL+NIC); CAF+HAL; NIC+HAL. I farmaci sono stati disciolti in salina, aggiustati a pH fisiologico ed iniettati per via i.p. La seconda iniezione è avvenuta a 20min dalla prima. Dopo 150min, gli animali sono stati sacrificati ed i cervelli prelevati e congelati a -80°C. Alcuni cervelli sono stati dissezionati e lisati per l'analisi di Western Blotting (WB), altri sono stati tagliati al criostato in sezioni coronali di 12µ per l'Ibridazione in Situ (ISHH).

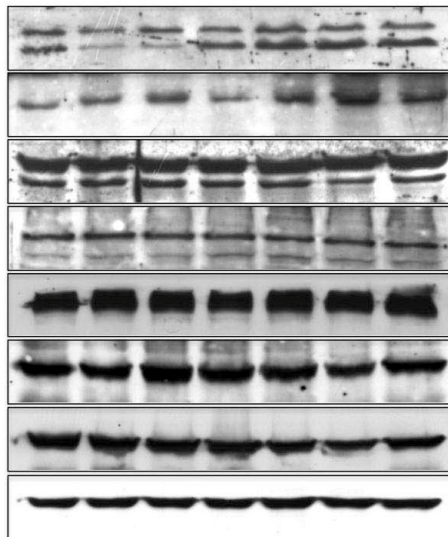
Risultati: L'analisi ISHH della PSD evidenzia una caratteristica induzione genica dei geni precoci Homer1a ed Arc da parte di HAL e GBR, con prevalente espressione nello striato dorsale e nel nucleus accumbens da parte di HAL ed una tipica espressione "a sbarra" in striato dorsolaterale e ventromediale da parte del GBR. Non si evidenzia espressione striatale dei due geni da parte di CAF, con solo una modesta induzione corticale. NIC induce Homer1a ed Arc in striato dorsomediale. La combinazione di HAL con CAF e NIC sconvolge completamente la distribuzione dei due geni indotta dai singoli farmaci: CAF+HAL inducono Homer1a ed Arc nelle estreme regioni dorsali striatali, mentre NIC+HAL induce una distribuzione più estesa nello striato ventrale rispetto ad HAL. Il gene strutturale Homer1b/c risulta up-regolato nei gruppi CAF+HAL e NIC+HAL, come effetto sinergico. L'analisi WB rivela una over-espressione delle proteine Homer1a e Arc nei gruppi CAF+HAL e NIC+HAL. Vi è inoltre una modesta down-regulation dei recettori D1 nel gruppo CAF+HAL con correlato aumento di espressione degli mGluR5.

Conclusioni: I dati dimostrano che caffeina e nicotina sono in grado di modulare geni coinvolti nell'interazione postsinaptica dopamino-glutammatergica. La loro combinazione con antipsicotici induce una modulazione differenziale e sinergica rispetto a quella prodotta dai singoli farmaci, con il coinvolgimento di specifiche regioni cerebrali. Tali risultati aprono la strada alla definizione degli effetti molecolari sottostanti l'utilizzo di caffè e tabacco in pazienti psicotici in trattamento, nonché al possibile futuro utilizzo di tali sostanze come ulteriore strumento terapeutico.

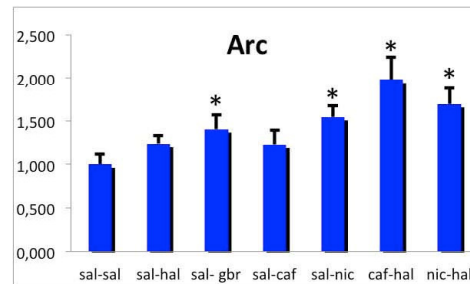
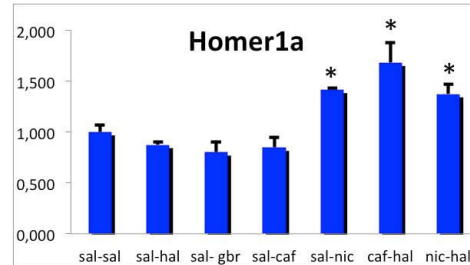


ATTI DEL CONGRESSO

Results



Sal-Sal
Sal-Hal
Sal-Gbr
Sal-Caf
Sal-Nic
Caf-Hal
Nic-Hal



	Homer1a	Arc	Homer1b/c	Homer2a/b	mGluR5	D1Rs	GlycoDAT
Sal-Sal							
Sal-Hal							
Sal-Gbr		+					
Sal-Caf							
Sal-Nic	+	+					
Caf-Hal	+	+					
Nic-Hal	+	+					



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:76

IL CIRCUITO PROLATTINA CORRELATO INFLUENZA L'ETÀ DI ESORDIO DELLA MALATTIA SCHIZOFRENICA NELLE DONNE: PROSPETTIVE TERAPEUTICHE PER UN MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE COGNITIVA

C. Serritella¹, L. Carizzone¹, T. Salvati²

¹Dipartimento di Psichiatria Asl Caserta, ²Dipartimento di Neuropsichiatria Sun, Napoli

SCOPO DEL LAVORO:

Il circuito neuroendocrino deputato al controllo della regolazione dei valori della prolattina plasmatica influenza la performance cognitiva dei pazienti con Schizofrenia ad andamento cronicizzante.

La Combination di farmaci antipsicotici di nuova generazione con razionale farmacocinetico differente ma ad azione sinergica modulando il circuito neurotrasmettitoriale potrebbe addurre ad un miglioramento della performance cognitiva.

MATERIALI E METODI:

Abbiamo effettuato al T0 prelievi ematici per il dosaggio della prolattinemia a 4 soggetti uomini schizofrenici drug-free di età media pari a 38 anni, con età media di esordio malattia pari a 19,75 e a 4 soggetti donne schizofreniche drug-free di età media pari a 26, con età media di esordio malattia pari a 16,50. Abbiamo somministrato al T0 il test di personalità di Rorschach e prescritto una terapia con CLOZAPINA (posologia media/die negli uomini pari a 325mg e posologia media/die nelle donne pari a 250mg) in combination con PALIPERIDONE PALMITATO. Al tempo T1 (a 3 mesi dalla prescrizione della terapia) abbiamo ripetuto i dosaggi della prolattinemia.

RISULTATI:

Al Test t di Student risulta una differenza significativa tra le medie dei 2 gruppi {M,F} relativamente all'età all'osservazione $p < 0.05$, all'età di esordio malattia $p < 0.0001$, alla prolattinemia al T0 $p < 0.0001$, alla prolattinemia al T1 $p < 0.0011$.

Risulta una correlazione negativamente significativa al test R di Pearson tra l'età all'osservazione e la prolattinemia sia al T0 $p < 0.001$ sia al T1 $p < 0.001$ nei due gruppi di studio {M,F}. Non risulta nessuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi relativamente agli indici cognitivi misurati attraverso il Test di Rorschach.

CONCLUSIONI:

I valori di prolattinemia risultano significativamente più elevati nelle donne rispetto agli uomini sia a T0 sia a T1, con un esordio di malattia significativamente più precoce nelle donne: di conseguenza, è possibile che all'età di esordio la prolattinemia fosse tendenzialmente già più elevata in tale gruppo.

La Combination CLOZAPINA – PALIPERIDONE PALMITATO comporta un decremento dei valori di prolattinemia al T1 nei 2 gruppi di studio: gli indici cognitivi al Test di Rorschach verranno rivalutati al T12 (ad un anno).

L'età di esordio della malattia è correlata al circuito della prolattina diversamente modulato nelle donne rispetto agli uomini, pertanto la Combination utilizzata risulta sortire maggiori benefici proprio nelle donne.



ATTI DEL CONGRESSO

***Fig.1a Valutazione della prolattinemia al tempo T0 e T1 rispetto all'età di esordio malattia nel gruppo M.**

***Fig.1b Valutazione della prolattinemia al tempo T0 e T1 rispetto all'età di esordio malattia nel gruppo F.**

Fig.2 Rapporto tra Età all'osservazione rispetto età esordio malattia, nei due gruppi {M,F}.

***Fig.3 Rapporto tra Età all'osservazione media rispetto età media di esordio malattia con valutazione prolattinemia al tempo T0 e T1, nei due gruppi {M,F}.**

***Fig.4a Rapporto tra prolattinemia al tempo T0 e T1 rispetto età di esordio malattia nel gruppo M.**

Prolattina / Età esordio (UOMO)	
Età	39, 39, 39, 39
# prolattina T0	36,43, 46, 58,2, 38,79
# prolattina T1	32,12, 46, 44,12, 33,3

***Fig.4b Rapporto tra prolattinemia al tempo T0 e T1 rispetto età di esordio malattia nel gruppo M.**

Prolattina / Età esordio (DONNA)	
Età	15, 15, 15, 15, 17, 17
# prolattina T0	97,02, 112,21, 55,01, 99,45
# prolattina T1	58,02, 65, 65, 55,58

****Fig.5a Rapporto tra prolattinemia al tempo (T0 e T1) e BMI al tempo (T0 e T1) rispetto alla somministrazione di clozapina nel gruppo M.**

Prolattina-Clozapina-BMI UOMO	
Dosaggio Clozapina	100, 200, 300, 400
# prolattina T0	36,45, 48, 58,2, 38,79
# prolattina T1	32,12, 46, 44,12, 33,3
# BMI T0	23,88, 23,03, 26,03, 27,24
# BMI T1	21,19, 20,42, 25,41, 26,52

****Fig.5b Rapporto tra prolattinemia al tempo (T0 e T1) e BMI al tempo (T0 e T1) rispetto alla somministrazione di clozapina nel gruppo F.**

Prolattina-Clozapina-BMI DONNA	
Dosaggio Clozapina	200, 200, 300, 300
# prolattina T0	97,02, 112,21, 91,02, 99,45
# prolattina T1	58,02, 65, 65, 55,58
# BMI T0	22,29, 23,84, 24,58, 23,54
# BMI T1	21,19, 20,42, 24,41, 21,79

***Nota Fig. 1a/b, Fig.3 e Fig. 4a/b:**
Risultato al test "t di Student"

Caratteristiche Demografiche & Ormonali {M,F}	p <
Età	0,05
Età esordio malattia	0,0001
Prolattina T0 (ng/ml)	0,0001
Prolattina T1 (ng/ml)	0,0115

***Nota Fig.5a e Fig. 5b:**
Correlazione al test R di Pearson

Caratteristiche Biometriche & Ormonale, rispetto al dosaggio Clozapina/die {M,F}	p <
Prolattina T0 (ng/ml)	0,001
Prolattina T1 (ng/ml)	0,001
BMI T0 (Kg/m²)	0,001
BMI T1 (Kg/m²)	0,001
Clozapina (mg/die)	0,001



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:78

QUANTO SAPIAMO SULL'ACCOPIAMENTO DELLE PROTEINE G AI RECETTORI DELLA SEROTONINA?

V. Vivenzio¹, M. Giulietti², F. Piva², B. Nardi¹

¹Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze dell'università Politecnica delle Marche, Ancona,

²Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche e Odontostomatologiche dell'università Politecnica delle Marche, Ancona

SCOPO DEL LAVORO

I recettori della serotonina sono recettori accoppiati alle proteine G, le quali attivano meccanismi intracellulari. Poiché si ritiene che una varietà di disturbi psichiatrici e/o risposte farmacologiche siano correlati ad un'alterata affinità ligando-recettore, studi di associazione hanno analizzato polimorfismi del recettore e degli effettori a valle per spiegare la base genetica di tali diversi fenotipi. Per questi motivi è importante ottenere informazioni sul ruolo delle proteine G nel determinare le risposte cellulari.

MATERIALI E METODI

Sono stati utilizzati i database UniProt e Entrez Gene per stabilire le isoforme proteiche note per ogni sottotipo di proteina G; è stata effettuata una ricerca bibliografica per elencare tutte le combinazioni eterotrimeriche ed i complessi recettoriali della serotonina conosciuti. È stato eseguito un filtraggio dei dati ottenuti, escludendo le combinazioni eterotrimeriche non possibili, utilizzando database di proteomica (Human Protein Reference Database, Human Proteinpedia e Human Protein Atlas) e di trascrittomica (Human Transcriptome Map, Cancer Gene Anatomy Project e Allen Brain Atlas).

RISULTATI

Le isoforme proteiche note per G α , G β e G γ esaminate attraverso i database UniProt ed Entrez Gene, possono essere rispettivamente fino a 53, 38 e 20, formando potenzialmente circa 40.000 eterotrimeri. È stata svolta una ricerca bibliografica e stilata una lista delle associazioni nei tessuti neurali umani o in modelli simili. Per ogni recettore sono stati riportati gli eterotrimeri, i tessuti o linee cellulari in cui sono stati osservati. Per valutare gli effetti del ligando, l'efficacia dei farmaci ed i loro effetti collaterali è importante prendere in considerazione gli effetti sinergici di tutto l'eterotrimerico attivato, per cui sono stati annotati i secondi messaggeri. Sono state analizzate anche dati per ridurre il numero di combinazioni filtrando quelli non possibili in un particolare tessuto neurale a causa di uno o più componenti non espressi.

CONCLUSIONI

Solo un numero molto limitato di combinazioni eterotrimeriche e complessi proteina G-recettore sono stati esaminati sperimentalmente su possibili migliaia suggeriti da analisi dei dati di espressione. Inoltre questi sono per lo più stati ottenuti utilizzando linee cellulari di insetto, criceto, ratto e, in misura minore, umane. I risultati suggeriscono ulteriori possibili interazioni che dovrebbero essere esaminate sulla base delle nostre analisi dei dati di espressione.

Mutazioni genetiche o polimorfismi delle proteine G potrebbero alterare l'efficacia della trasduzione, spiegando così la non attivazione di vie intracellulari, nonostante la presenza del ligando e l'assenza di variazione nucleotidica del recettore. Pertanto, la conoscenza del ruolo e della distribuzione di proteine G contribuirebbe alla valutazione dei loro polimorfismi e allo sviluppo di farmaci con azione mirata sulle proteine G.



ATTI DEL CONGRESSO

(Tabella 1: eterotrimeri associati al recettore 5-HT1A)

Coupling G subunits	Not coupling G subunits	Notes	Second messenger
5-HT1A receptor			
Gαs-β-γ		In guinea pig hippocampus	-
Gαi1-β-γ Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ Gαo-β-γ	Not(Gαs-β-γ)	Human receptor and bovine G-proteins, in vitro reconstitution into E. coli membranes. Affinity order is Gαi3 > Gαi1 > Gαi2 > Gαo.	-
Gαi1-β-γ Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ	Not(Gαs-β-γ)	Human receptor transfected in human HeLa and hamster CHO cells; affinity order is Gαi3 > Gαi2 > Gαi1	cAMP
Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ		Human receptor transfected in hamster CHO cells	cAMP
Gαo-β-γ	Not(Gαs-β-γ) Not(Gαi1-β-γ) Not(Gαi2-β-γ) Not(Gαi3-β-γ)	Human receptor transfected in insect Sf9 cells	-
Gαi1-Gβ1-Gγ1 Gαi1-Gβ1-Gγ2 Gαi1-Gβ1-Gγ3 Gαi1-Gβ1-Gγ5 Gαi1-Gβ1-Gγ7 Gαi2-Gβ1-Gγ2 Gαi3-Gβ1-Gγ2 Gαo-Gβ1-Gγ2 Gαz-Gβ1-Gγ2	Not(Gαs-Gβ1-Gγ2) Not(Gαq-Gβ1-Gγ2)	Human receptor, rat Gαs, Gαi1, Gαi2, Gαi3, Gαo, murine Gαq, human Gαz, bovine Gβγ transfected in insect Sf9 cells. Gγ1 less effective than Gγ2, Gγ3, Gγ5, Gγ7.	-
Gαq-Gβ1-Gγ2 Gαz-Gβ1-Gγ2	Not(Gαi2-Gβ1-Gγ2) Not(Gαi3-Gβ1-Gγ2) Not(Gαs-Gβ1-Gγ2)	Human receptor, rat Gαs, murine Gαq, human Gαz, bovine Gβγ transfected in insect Sf9 cells; weak coupling with Gαq	-
Gαi1-β-γ Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ Gαo-β-γ Gαz-β-γ		Human receptor and G-proteins transfected in hamster CHO cells, affinity order is Gαi2 > Gαi3, Gαi1, Gαo > Gαz	-
Gαi1-β-γ Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ Gαo-β-γ		Human receptor and rat Gαs transfected in insect Sf9 cells	-
Gαz-Gβ1-Gγ2		Human receptor and G-proteins transfected in Sf9 cells	-
Gαi1-β-γ Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ		Rat receptor and G-proteins transfected in rat GH4C1 cells.	cAMP
Gαi1-β-γ Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ		Human receptor and G-proteins transfected in human HeLa cells, affinity order is Gαi1 > Gαi2 > Gαi3	-
Gαi2-β-γ	Not(Gαi1-β-γ) Not(Gαi3-β-γ) Not(Gαo-β-γ)	Rat receptor and G-proteins transfected in human HEK293 cells	cAMP
Gαz-β-γ		In rat hypothalamic paraventricular nucleus	-
Gαi/o-β-γ Gαs-β-γ		Human receptor transfected in human HEK293 cells.	cAMP
Gαi3-β-γ		Human receptor co-expressed with rat G-protein in monkey COS-7 cells.	-
Gαi1-β-γ	Not(Gαi-β-γ)	Human receptor transfected in hamster CHO cells.	-
Gαi1-β-γ	Not(Gαi-β-γ)	Reconstitution in insect Sf9 cell expressing receptor and rat Gαi1 and bovine Gαt	-
Gαq-Gβ1-Gγ2 Gαi2-Gβ1-Gγ2		Recombinant human receptor, mouse Gαq, rat Gαi2, bovine Gβγ co-expressed in insect Sf9. Strong coupling with Gαi2, weak with Gαq.	-
Gαi/o-β-γ	Not(Gαq-β-γ)	In situ reconstitution in insect Sf9 cells with purified human receptor, squid Gαz, bovine Gαi and Gαo	-
Gαo-β-γ Gαi3-β-γ	Not(Gαi1-β-γ) Not(Gαi2-β-γ) Not(Gαs-β-γ) Not(Gαz-β-γ)	In rat cortex	-
Gαi3-β-γ	Not(Gαo-β-γ) Not(Gαi1-β-γ) Not(Gαi2-β-γ) Not(Gαs-β-γ) Not(Gαz-β-γ)	In rat anterior raphe area	-
Gαo-β-γ Gαi1-β-γ Gαi3-β-γ	Not(Gαs-β-γ) Not(Gαz-β-γ) Not(Gαi2-β-γ)	In rat hippocampus	-
Gαo-β-γ Gαi1-β-γ Gαi3-β-γ Gαz-β-γ	Not(Gαs-β-γ) Not(Gαi2-β-γ)	In rat hypothalamus	-
Gαo-β-γ Gαi3-β-γ Gαs-β-γ Gαq-β-γ	Not(Gαi1-β-γ)	In rat hippocampus	-
Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ Gαo-β-γ	Not(Gαs-β-γ) Not(Gαz-β-γ) Not(Gαi1-β-γ)	In rat dorsal raphe nucleus	cAMP
Gαi2-β-γ Gαi3-β-γ		Human receptor transfected in hamster CHO cells	cAMP



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:80

REAZIONI CUTANEE DA CARBAMAZEPINA, DOSE E TEMPO INDIPENDENTI, IN PAZIENTI AFFETTI DA PSICOSI CRONICA

V. Prisco, T. Iannaccone, M. Fabrazzo

Università degli Studi di Napoli Sun; Dipartimento di Psichiatria, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Evidenze aneddotiche tendono a suggerire l'utilizzo della carbamazepina nel trattamento dell'impulsività in pazienti con psicosi cronica. Diversi eventi avversi a tale farmaco sono stati già segnalati in letteratura e tra questi le reazioni cutanee di entità medio-grave sono quelle più frequenti. Lesioni eritemato-papulose, al primo utilizzo del farmaco, suggeriscono una natura idiosincrasica di tale effetto avverso.

MATERIALI E METODI

Riportiamo due casi clinici di pazienti di sesso maschile, rispettivamente di 30 e 53 anni, entrambi con diagnosi di psicosi cronica ed un quadro psicopatologico caratterizzato da ideazione delirante a sfondo persecutorio, comportamento irritabile e pretestuoso con tendenza all'aggressività eterodiretta verbale e fisica, disinibizione ed insonnia.

Tali pazienti furono trattati con carbamazepina, rispettivamente, a 600 mg /die e 200 mg/die, in associazione con benzodiazepine e antipsicotici. Entrambi effettuavano ecografia addominale, con annessa valutazione degli enzimi epatici. Tutte le indagini praticate di routine al momento del ricovero, ECG ed EEG risultavano negative. Il riferito anamnestico di entrambi mostrava assenza di patologie epatiche o allergie a farmaci ed alimenti.

RISULTATI

Dopo 2 settimane di trattamento con carbamazepina si evidenziava, in entrambi i casi, la comparsa di reazioni cutanee di entità tale da richiederne la sospensione immediata. Erano presenti lesioni pomfoidi di tipo papulo-eritematoso, localizzate soprattutto su mani, piedi e tronco (più estese nel pz di 30 anni). I pazienti lamentavano prurito, stato di spossatezza con cefalea e febbre serotina. Al rilevamento di tali manifestazioni dermatologiche si richiedeva screening allergologico con tests allergometrici (Prick test, Patch test) per allergeni inalanti ed alimentari. Il dosaggio delle IgE sieriche totali e di quelle specifiche non era compatibile con un'allergopatia, anche in concomitanza di test cutanei negativi.

Evidenziata la negatività di tali indagini laboratoristiche si sospendeva il farmaco e si praticava besametasona 4 mg i.m. per quattro giorni con graduale risoluzione della sintomatologia suddetta. Il paziente di 30 anni mostrava un miglioramento più lento, a causa delle estese lesioni al tronco.

CONCLUSIONI

Questi 2 casi clinici suggeriscono che le reazioni cutanee indotte dalla carbamazepina possono rappresentare un fenomeno di entità medio-grave, che rappresenta un'emergenza medica. Tali eventi avversi, ad insorgenza improvvisa e tempo indipendenti sono da imputare ad alterazioni geniche a carico degli alleli HLA-A31:01 e HLA-B15:02 (Genin et al., 2014 e Thorstensen et al., 2014). La farmacovigilanza le annovera nelle idiosincrasie, il cui carattere di risoluzione va da spontaneo, graduale dopo sospensione fino a letale. Alla luce di questi dati, studi di farmacogenetica sono necessari per individuare fattori predittivi di suscettibilità individuale nella risposta alla carbamazepina.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:81

TRATTAMENTO CON ANTIPSIKOTICI E SINDROME METABOLICA: UN CONFRONTO IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI SCHIZOFRENICI E BIPOLARI

V. Prisco, M. Boccardi, C. Fantini, F. Catapano, M. Fabrazzo

Università degli Studi di Napoli Sun; Dipartimento di Psichiatria, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'associazione del trattamento con antipsicotici e rischio di insorgenza di Sindrome Metabolica (SM) in un'ampia coorte di pazienti schizofrenici e bipolari adulti.

MATERIALI E METODI

Nel presente studio, di tipo retrospettivo, sono stati inclusi 535 pazienti ricoverati presso il Dipartimento Assistenziale dell'Università di Napoli SUN in regime ordinario o in Day Hospital nel periodo compreso tra Gennaio 2005 e Gennaio 2014. Sono stati inclusi tutti i pazienti in terapia con i seguenti farmaci in monoterapia o in associazione: aloperidolo, olanzapina, risperidone, paliperidone, quetiapina, aripiprazolo, clozapina. Sono stati valutati diversi parametri quali età, sesso, dose di farmaco assunta, periodo di assunzione del farmaco antipsicotico e terapia farmacologica concomitante, tempo d'insorgenza della SM (entro un anno), peso corporeo e altezza con relativo BMI, glicemia, trigliceridemia, colesterolo HDL e pressione arteriosa. La SM è stata diagnosticata in accordo ai criteri ATP III. Il dosaggio di tutti i farmaci antipsicotici è stato calcolato in Equivalenti (Eq) di aloperidolo ed espresso come dose giornaliera di farmaco. I pazienti schizofrenici praticavano una dose giornaliera di farmaco significativamente più alta rispetto ai pazienti bipolari ($5.9 \text{ mg/die} \pm 4.2 \text{ mg/die}$ vs $4.9 \text{ mg/die} \pm 4.0 \text{ mg/die}$, $p=0.010$).

RISULTATI

L'analisi di regressione logistica nei pazienti schizofrenici e bipolari mostrava che la dose giornaliera dei farmaci espressi in dose Eq di aloperidolo, si associava ad aumentato rischio di SM indipendentemente dall'età e dal sesso.

La clozapina era il farmaco che induceva più rapidamente l'insorgenza della SM ($4,41 \pm 2,82$ mesi), seguita dall' aloperidolo ($6,06 \pm 3,918$) e dall' olanzapina ($6,14 \pm 3,35$). Il risperidone causava insorgenza di SM in un tempo medio di $9,13 \pm 3,24$ mesi seguito da quetiapina ($9,86 \pm 2,56$), paliperidone ($10,6 \pm 2,22$) e aripiprazolo ($10,67 \pm 2,31$). Il rischio di sviluppare SM risultava essere maggiormente associato all'utilizzo di olanzapina e clozapina nei pazienti schizofrenici e quetiapina e olanzapina nei pazienti bipolari. La terapia con antipsicotici nei pazienti che sviluppavano SM determinava, infatti, rialzi significativi dei livelli di glicemia, BMI, pressione arteriosa sistolica, HDL e trigliceridi, in entrambi i gruppi di pazienti psicotici. Inoltre, la dose Equivalente giornaliera di antipsicotico correlava significativamente con i livelli di trigliceridi, nei pazienti schizofrenici, e con i livelli di trigliceridi e HDL nei pazienti con disturbo bipolare. Nel nostro campione di soggetti schizofrenici e bipolari, il trattamento con aripiprazolo si associava ad un'incidenza piuttosto bassa di SM (10% dei soggetti schizofrenici e 2,3% dei soggetti bipolari), in linea con i dati della letteratura scientifica.

CONCLUSIONI

I nostri risultati sottolineano, pertanto, la necessità di un accurato monitoraggio dei parametri metabolici prima dell'inizio e durante la terapia con antipsicotici, in accordo con le linee guida dell' American Diabetes Association e dell' American Psychiatric Association.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:82

IL RAPPORTO TRA CONCENTRAZIONE PLASMATICA DI NOR-CLOZAPINA E DOSE GIORNALIERA DI CLOZAPINA È UN INDICE DI RISPOSTA AL TRATTAMENTO CON CLOZAPINA

V. Prisco, T. Iannaccone, M. Fabrazzo

Università degli Studi di Napoli Sun; Dipartimento di Psichiatria, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Lo studio ha indagato le relazioni tra concentrazioni plasmatiche di clozapina (CZ) e nor-clozapina (NCZ), indice metabolico della clozapina (NCZ/CZ), rapporto tra concentrazione plasmatica di norclozapina e dose giornaliera di clozapina (NCZ/D) e la risposta al trattamento con clozapina nei pazienti schizofrenici.

MATERIALI E METODI

I pazienti reclutati per questo studio erano 12 pazienti schizofrenici resistenti al trattamento trattati con clozapina da sei settimane. Il nostro campione era composto da 4 maschi e 8 femmine di età compresa tra i 35 e 52 anni, reclutati nel Dipartimento di Psichiatria di Napoli SUN. La diagnosi di schizofrenia è stata stabilita secondo i criteri dell'ICD-10 (9 con schizofrenia paranoide e 3 di tipo residuo) e con storia di malattia da più di 10 anni, resistenti al trattamento con altri antipsicotici tipici ed atipici. Tutti i pazienti arruolati erano trattati con clozapina, acido valproico, lorazepam o delorazepam.

RISULTATI

La valutazione clinica è stata effettuata al T0 e dopo sei settimane di terapia con clozapina (T6), usando la BPRS. Le concentrazioni plasmatiche di clozapina e norclozapina sono state determinate con la cromatografia liquida ad alta risoluzione (HPLC). L'elaborazione statistica, tramite l'analisi della varianza (ANOVA) e il test del chi quadrato, è stata effettuata mediante il programma statistico SPSS 19, ed utilizzata per trovare correlazioni tra i diversi parametri in studio e lo score della BPRS.

CONCLUSIONI

Non sono emerse correlazioni significative tra CZ, NCZ, NCZ/CZ e miglioramento clinico alla BPRS nei pazienti schizofrenici in trattamento. Una correlazione significativa si è trovata invece tra NCZ/D e la risposta clinica al trattamento con clozapina nel nostro campione ($p < .0012$).



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:83

LA VARIABILITÀ GENETICA MODULA LA CO-ESPRESSIONE DELL'INTERATTOMA D2 ED INTERAGISCE CON LA SOMMINISTRAZIONE DI BROMOCRIPTINA NEL PREDIRE L'ATTIVITÀ PREFRONTALE DURANTE WORKING MEMORY IN SOGGETTI SANI

P. Selvaggi¹, P. Di Carlo¹, G. Pergola¹, B. Gelao¹, G. Blasi², A. Bertolino¹

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso, Università degli Studi di Bari 'Aldo Moro', Bari, ²Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziata 'Policlinico di Bari'

SCOPO DEL LAVORO. Varianti geniche legate al signaling del recettore dopaminergico D2 sono state associate alla Schizofrenia e a fenotipi intermedi rilevanti per questo disturbo come l'attività prefrontale durante Working Memory (WM). La somministrazione di agonisti e antagonisti del recettore D2 modula la WM e i suoi correlati neurofisiologici. Obiettivo del presente studio è di investigare se la stimolazione farmacologica con D2-agonisti modifichi la relazione tra varianti geniche associate ai livelli trascrizionali dell'interattoma D2 e la risposta neurale durante WM.

MATERIALI E METODI. Moduli di geni co-espressi sono stati identificati nella corteccia prefrontale post-mortem proveniente da 199 soggetti non psichiatrici mediante Weighted Gene Co-expression Network Analysis utilizzando BrainCloud. È stato selezionato il modulo contenente il trascritto dell'isoforma long del recettore D2 (D2L, prevalentemente post-sinaptica) e calcolata la prima componente principale (module eigengene, ME). È stata quindi valutata l'associazione tra gli SNP dei geni del modulo e il ME. L'effetto degli SNP sul ME è stato utilizzato per computare un punteggio poligenico (PS) di coespressione. Inoltre, in uno studio in vivo randomizzato, controbilanciato e controllato con placebo 38 partecipanti sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale durante WM (2-Back) dopo somministrazione orale di 1.25mg di Bromocriptina. Tutti i partecipanti sono stati genotipizzati per l'intero genoma e per ciascuno di loro è stato calcolato il PS e misurati i livelli di prolattinemia pre- e post-scansione. Modelli lineari generali sono stati utilizzati in SPM8 per investigare l'effetto di PS e di bromocriptina su attività prefrontale e livelli di prolattina.

RISULTATI. Ottantacinque geni costituivano il modulo contenente il trascritto D2L. Otto SNP erano associati con ME con correzione per comparazioni multiple. SPM8 ha rivelato una interazione fra bromocriptina/placebo e PS in corteccia prefrontale (BA 10 e 46, cluster-level FWE-corrected $p < 0.05$). In particolare, nella condizione Placebo all'aumentare del PS era presente un decremento dell'attività prefrontale ($r = -0.13$; $p = 0.03$). Al contrario, nella condizione Bromocriptina la relazione fra PS e attività prefrontale era opposta ($r = 0.13$; $p = 0.03$). Infine, il decremento di prolattinemia tra la condizione placebo e la condizione bromocriptina correlava positivamente con il PS nei maschi ($N = 17$; $r_2 = 0.31$; $p = 0.023$).

CONCLUSIONI. I risultati suggeriscono che la stimolazione farmacologica del recettore D2 inverte la relazione fisiologica tra marker genetici predittivi della coespressione dell'interattoma D2L e risposta della PFC durante WM. La correlazione tra PS e misure di prolattinemia fornisce una ulteriore validazione biologica di questo approccio. Lo studio di effetti combinati di più geni consente di approfondire la relazione tra vie di segnale molecolare e diversi fenotipi complessi e distali rispetto agli effetti dei geni.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:85

MODULAZIONE DELLA PLASTICITÀ SINAPTICA IN DIFFERENTI MODELLI TRANSGENICI DI IPERDOPAMINERGIA: IMPLICAZIONI TRASLAZIONALI PER LE PSICOSI

G. Latte¹, F. Iasevoli¹, M. Mereu², E.F. Buonaguro¹, L. Avvisati¹, G. Fico¹, C. Avagliano¹, G. Mazzola¹, A. De Bartolomeis¹, F. Papaleo³

¹Dipartimento di Neuroscienze Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche, Università Federico II di Napoli, ²Ircs E. Medea/Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Padova, ³Department of Neuroscience and Brain Technologies, Istituto Italiano di Tecnologia, Genova

Scopo del lavoro

Disfunzioni della neurotrasmissione dopaminergica, in particolare iperattività sottocorticale ed ipoattività a livello prefrontale, sono considerate centrali nella fisiopatologia delle psicosi. Tuttavia, la modulazione genetica nella plasticità sinaptica da parte della neurotrasmissione dopaminergica, ed il suo ruolo nella fisiopatologia delle psicosi, non sono del tutto chiariti. La catecol-O-metiltransferasi (COMT) è il principale enzima deputato al catabolismo della dopamina in corteccia prefrontale. Il gene COMT è stato associato a diverse condizioni neuropsichiatriche, inclusa la schizofrenia, e può esercitare un'influenza genere-specifica sulle performance cognitive. Topi knock-out (KO) per COMT mostrano iperdopaminergia prefrontale associata ad incremento della working memory ed aumento delle risposte di stress. Il trasportatore per la dopamina (DAT) è la principale proteina responsabile del reuptake della dopamina a livello striatale. Topi KO per DAT presentano incremento di dopamina nello striato e nel nucleus accumbens e iperattività locomotoria.

Materiali e metodi

L'espressione genica di Arc (Activity-regulated cytoskeleton-associated protein) è stata studiata mediante ibridazione in situ in un modello murino di: i. iperdopaminergia corticale (topi KO in eterozigosi per COMT, maschi e femmine), ii. iperdopaminergia striatale (topi KO in eterozigosi per DAT, maschi e femmine) e iii. iperdopaminergia combinata cortico-striatale (topi KO in doppia eterozigosi COMT-DAT, maschi e femmine). Arc è un Immediate-Early Gene la cui trascrizione è regolata in risposta all'attività sinaptica, che svolge un ruolo critico nei meccanismi di plasticità sinaptica e nei processi di apprendimento e memoria. L'espressione di Arc è stata studiata in regioni corticali e sottocorticali specifiche per il sistema dopaminergico e di interesse per la fisiopatologia della schizofrenia, mediante analisi della varianza e test post-hoc di Student-Newmann-Keuls.

Risultati

Nei topi femmina l'espressione di Arc risulta ridotta in condizioni di doppia eterozigosi COMT-DAT, ma non in condizioni di singola eterozigosi COMT o DAT, nelle cortecce orbitale ventrale e laterale, insulare agranulare e prefrontale. Nei topi maschi non risulta modificata dalle differenti condizioni di eterozigosi. La condizione di eterozigosi COMT evidenzia le maggiori differenze di genere, con una aumentata espressione di Arc nei maschi in diverse regioni sottocorticali (caudato-putamen dorsolaterale e ventromediale, core e shell del nucleus accumbens).

Conclusioni

Perturbazioni della neurotrasmissione dopaminergica determinate da diversi modelli di iperdopaminergia cortico-sottocorticale determinano un pattern sesso- e regione-specifico di modifiche dell'espressione di Arc, che potrebbero quindi avere effetti differenziali su attività sinaptica e plasticità sinaptica. La modulazione dell'espressione di geni coinvolti nel metabolismo della dopamina, modificando fenomeni di



ATTI DEL CONGRESSO

plasticità sinaptica a livello delle vie dopaminergiche, potrebbe modificare la risposta a terapie convenzionali e rappresentare di per sé un potenziale target terapeutico per la schizofrenia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:88

LIVELLI DI INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 (IGF-1) E DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

D.F. Chiodelli^{1,2}, G. Rosso^{1,2}, R. Zanardini³, C. Ferrari⁴, L. Bocchio-Chiavetto^{3,5}, G. Maina^{1,2}

¹A.O.U. S. Luigi Gonzaga, Orbassano, TO, ²Università degli Studi di Torino, ³Unità di Neuropsicofarmacologia, I.R.C.C.S. S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, ⁴I.R.C.C.S. S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, ⁵Facoltà di Psicologia, Università Ecampus, Novedrate, Como

SCOPO DEL LAVORO:

Negli ultimi anni in letteratura vi è crescente interesse verso il ruolo dei fattori neurotrofici nella patogenesi dei disturbi psichiatrici. L'Insulin-Like Growth Factor-1 (IGF-1) è una delle molecole studiate poiché partecipa alla regolazione dell'omeostasi tissutale del SNC: agisce sulla crescita neuronale e modula la sintesi e il rilascio dei neurotrasmettitori e l'attività dei recettori delle monoamine. E' quindi ipotizzabile un suo ruolo nella patogenesi dei disturbi psichiatrici. Dati preliminari, in effetti, suggeriscono il coinvolgimento di IGF-1 nella fisiopatologia dei disturbi dell'umore: alcuni studi hanno riscontrato un'aumento dei livelli plasmatici nei pazienti depressi o con disturbo bipolare; altri hanno rilevato una variazione nell'espressione di IGF-1 in cervelli murini in seguito a somministrazione cronica di antidepressivi. Ad oggi non vi sono studi sul rapporto tra IGF-1, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e risposta alla terapia antiossessiva.

Il nostro studio si propone di: a) valutare eventuali alterazioni dei livelli di IGF-1 in pazienti drug-naïve affetti da DOC rispetto ai controlli sani; b) analizzare eventuali variazioni di tali livelli in corso di terapia con inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI).

MATERIALI E METODI:

Abbiamo reclutato un gruppo di 46 pazienti drug-naïve affetti da DOC (YBOCS \geq 16) e un gruppo di 46 controlli sani appaiati per età e sesso. I livelli sierici di IGF-1 sono stati misurati tramite metodo ELISA al baseline (T0) e dopo 8 (T8) e 12 settimane (T12) di trattamento con SSRI.

RISULTATI:

I livelli basali di IGF-1 nei pazienti con DOC erano aumentati rispetto ai controlli sani (147.13 \pm 57.74 ng/ml vs. 126.05 \pm 54.47 ng/ml; p=0.05). Non emergevano correlazioni con le caratteristiche cliniche dei pazienti o con la risposta al trattamento. I livelli di IGF-1 si riducevano dopo 12 settimane di trattamento con SSRI (102,48 ng/ml; p=0.036).

CONCLUSIONI:

Il nostro lavoro rivela per la prima volta un aumento dei livelli di IGF-1 sierico basale nei pazienti drug-naïve con DOC e una riduzione degli stessi dopo 12 settimane di terapia antiossessiva. Utili ulteriori studi per valutare in modo più approfondito il ruolo di IGF-1 nella patogenesi del DOC come potenziale marcatore sia di patologia che di risposta alle terapie antiossessive.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:89

DISTURBI PSICHIATRICI E DISFUNZIONI SESSUALI: UNO STUDIO PILOTA

G. Costoloni, S. Di Volo, A. Foggi, M. Neri, S. Bolognesi, A. Goracci, A. Fagiolini

Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Sezione Psichiatria, Università degli Studi di Siena

SCOPO DEL LAVORO

Scopo del lavoro e' valutare il funzionamento sessuale nei pazienti ricoverati in regime ordinario, di Day Hospital e ambulatoriali prima e dopo l'esordio della patologia psichiatrica.

MATERIALI E METODI

38 pazienti (20 maschi e 18 femmine) di eta' media 44,08 anni (DS 14,087) con diagnosi psichiatrica (30 disturbo ipolare, 7 disturbo d'ansia) sono stati valutati tramite Arizona Sexual Experience Escape (ASEX), Work and Social Adjustment Scale (W-SAS), Clinical Global Impression (CGI). Il questionario ASEX e' stato modificato andando a valutare la funzionalita' sessuale rispettivamente prima e dopo l'esordio della patologia psichiatrica. E' stata condotta una analisi descrittiva del campione, riportando le medie dei valori per ogni item nei due momenti (T0 attuale e T1 prima dell'esordio).

RISULTATI

Ogni item della ASEX e' stato valutato con un punteggio da 5 a 0 (da decisamente forte a nessun desiderio sessuale) al T0 e T1. I risultati medi mostrano una riduzione in termini di: desiderio sessuale 3,87 (DS 1,339) e 2,82 (DS 1,373), facilita' di raggiungimento di eccitazione sessuale 4,26 (DS 1,519) e 3,18 (DS 1,291), erezione (uomini) 5,00 (DS 0,858) e 3,60 (DS 0,940), lubrificazione (donne) 4,26 (DS 1,485) e 3,47 (DS 1,307), orgasmo 3,95 (DS 1,293) e 2,74 (DS 1,083). Relativamente al soddisfacimento degli orgasmi sono state riportate le seguenti medie: 4,68 (DS 1,141) e 3,39 (DS 1,516). Per quanto riguarda la W-SAS, i risultati indicano un peggioramento di tutti gli item analizzati. Infine, i risultati della CGI mostrano un punteggio di gravita' della malattia medio di 3,87 (DS 0,991) con un indice di efficacia (rapporto tra effetto terapeutico ed effetti collaterali) di 6,55 (DS 3,168).

CONCLUSIONI

Dopo l'esordio della patologia psichiatrica si verifica un peggioramento della funzionalita' sessuale e del funzionamento globale in tutti gli item analizzati. Questi dati preliminari verranno completati con un campione piu' ampio e che tenga in considerazione ulteriori variabili quali comorbidita' mediche e psichiatriche e uso di farmaci psichiatrici ed internistici.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:92

ANTIPSIKOTICI E IMPULSIVITÀ IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI CON PSICOSI: RISULTATI PRELIMINARI

G. Di Emidio^{1,2}, V. Di Ubaldo², A. Collazzoni², P. Stratta³, A. Rossi²

¹Asl Teramo, Ospedale Di Giulianova, ²Università dell'Aquila, ³Asl L'Aquila, Centro di Salute Mentale di L'Aquila

Scopo del lavoro

Si vuole osservare come la diversa generazione di antipsicotico utilizzata per la terapia influisca sulla dimensione "impulsività".

Materiali e metodi

Un campione di 37 soggetti psicotici (caucasici, di entrambi i sessi, dai 18 ai 57 anni di età, con scolarità compresa tra licenza elementare e laurea) è stato sottoposto ad una valutazione del livello di impulsività mediante lo studio della tendenza al "Jumping to Conclusion" (JTC) e la Barrat Impulsiveness Scale. E' stata inoltre effettuata una valutazione psicopatologica mediante PANSS.

I dati ottenuti sono stati reciprocamente confrontati mediante correlazioni bivariate e, dopo aver diviso il campione in base alla terapia antipsicotica assunta (tipico/atipico), nuovamente posti in relazione tra loro.

Risultati

Nel campione totale, sintomi negativi e impulsività "no planning" correlano direttamente.

Nei pazienti trattati con antipsicotici tipici, sintomi positivi e JTC risultano in relazione inversa, così come sintomi positivi e impulsività "totale", mentre diretto è il rapporto tra sintomi negativi e impulsività sia di tipo cognitivo che di non pianificazione, tra sintomi psicopatologici generali e totali e impulsività totale.

Si apprezza significatività statistica inversa tra la sintomatologia positiva, generale e totale e l'impulsività cognitiva nei soggetti trattati con antipsicotici atipici.

Conclusione

In un campione di soggetti psicotici che non siano distinti in base alla terapia antipsicotica assunta, all'aumentare dei sintomi negativi aumenta la tendenza a non pianificare.

Nel sottocampione di soggetti trattati con antipsicotici di prima generazione: quanto maggiori sono i sintomi positivi tanto minore è la tendenza al JTC e all'impulsività totale, quanto maggiori sono i sintomi negativi tanto maggiore è l'impulsività cognitiva e di non pianificazione, quanto più importante è la psicopatologia generale e totale tanto più marcata è l'impulsività totale.

Nel sottocampione di soggetti trattati con antipsicotici di seconda generazione: quanto più evidenti sono i sintomi psicopatologici positivi, generali e totali tanto minore è l'impulsività cognitiva

Non è stato in questo studio considerato un gruppo di controllo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:93

CAMBIAMENTI ETA'-CORRELATI NELL'ESPRESSIONE DEL GENE GRM3 E SUE VARIANTI DI SPLICING IN CORTECCIA PREFRONTALE SONO ASSOCIATI A NUOVI TRASCRITTI ANTISENTO: RILEVANZA PER LA SCHIZOFRENIA

E.F. Buonaguro^{1,3}, G. Ursini^{2,3}, J.H. Shin³, A.E. Jaffe³, Y. Jia³, T.M. Hyde^{3,4,5}, J.E. Kleinman³, A. De Bartolomeis¹, D.R. Weinberger^{3,4,5,6,7}

¹Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Traslazionale, Università Federico II, Napoli, ²Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Università Aldo Moro, Bari, ³Lieber Institute for Brain Development, Johns Hopkins Medical Campus, Baltimore, Maryland - USA, ⁴Department of Psychiatry, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland - USA, ⁵Department of Neurology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland - USA, ⁶Department of Neuroscience, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland - USA, ⁷Institute of Genetic Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland - USA

Polimorfismi (SNP) del gene GRM3, codificante per il recettore metabotropico del glutammato mGluR3, sono stati associati con psicosi, nonché con attività prefrontale e prestazioni cognitive in soggetti sani e schizofrenici. Precedenti studi suggeriscono che lo splicing alternativo del gene GRM3 potrebbe avere un ruolo nella patogenesi della schizofrenia. GRM3 è affiancato da un trascritto antisenso non ancora caratterizzato (hg19:chr7:85.103.669-86.274.156). In questo studio abbiamo indagato la relazione tra l'espressione di GRM3 e sue isoforme (GRM3delta4, GRM3delta2, GRM3delta2delta3) e il trascritto antisenso in soggetti sani e schizofrenici. Abbiamo poi analizzato l'associazione tra l'espressione del trascritto antisenso e delle varianti di splicing di GRM3 e due SNPs recentemente associati a schizofrenia, rs12704290 e rs11982256, situati rispettivamente all'interno dei geni GRM3 e DMTF1. Abbiamo inoltre studiato l'espressione dei geni KIAA1324L e DMTF1 poiché rs12704290 e rs11982256 mappano in regioni che includono tali geni per linkage disequilibrium.

Tramite RNA-sequencing sono stati ottenuti dati di espressione da tessuto postmortem di corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) per 125 individui caucasici e afro-americani che rispettavano i criteri DSM-IV per la schizofrenia (età > 17 anni) e per 301 controlli (feti-85 anni, di cui 185 soggetti di età > 17 anni). Le analisi di covarianza sono state condotte con età, sesso, razza e numero d'integrità dell'RNA (RIN) come covariate base. Mediante regressione, abbiamo analizzato la relazione tra espressione genica ed età, e tra espressione del trascritto antisenso, GRM3 e sue isoforme. In soggetti sani, l'espressione del trascritto antisenso ($r = -0.24, P < 0.0001$) e di GRM3 ($r = -0.25, P < 0.0001$) diminuisce con l'età. L'espressione di GRM3 e del trascritto antisenso sono risultate fortemente correlate tra loro nel corso della vita ($r = 0.61, P < 0.0001$). Risultati simili sono stati ottenuti considerando la correlazione tra isoforme di GRM3 e trascritto antisenso. Abbiamo trovato differenze nell'espressione del trascritto antisenso ($P = 0.01$) e della variante di splicing GRM3delta4 ($P = 0.05$) tra soggetti schizofrenici e controlli. La correlazione tra il trascritto antisenso, GRM3 e sue isoforme è risultata significativa in pazienti schizofrenici e controlli. Non è stata riscontrata associazione degli SNPs considerati con il trascritto antisenso, GRM3 e sue isoforme. Infine l'espressione di KIAA1324L e di DMTF1 è risultata positivamente correlata con GRM3 ($P < 0.0001$).

I principali risultati dello studio sono stati il ritrovamento di una correlazione significativa con l'età dell'espressione del trascritto antisenso e GRM3, una correlazione positiva della loro espressione reciproca, nonché una riduzione dell'espressione del trascritto antisenso e di GRM3delta4. L'espressione del trascritto antisenso correla anche con l'espressione delle isoforme note di GRM3. Il trascritto antisenso del gene GRM3 potrebbe svolgere un ruolo cruciale nella regolazione dello splicing di questo locus genico, e rivelarsi importante ai fini dello sviluppo di nuovi farmaci, essendo mGluR3 un promettente target farmacologico per il trattamento della schizofrenia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:95

MINOCICLINA IN ADD-ON AD ALOPERIDOLO MODIFICA L'ESPRESSIONE DI GENI PRECOCI (IMMEDIATE EARLY GENES) IMPLICATI NELLA NEUROTRASMISSIONE GLUTAMATERGICA IN MODELLI ANIMALI

E.F. Buonaguro^{1,2}, F. Iasevoli¹, C. Tomasetti¹, G. Latte¹, R. Rossi¹, L. Avvisati¹, C. Avagliano¹, G. Fico¹, G. Mazzola¹, F. Marmo¹, A. De Bartolomeis¹

¹Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Traslazionale, Università Federico II, Napoli, ²Lieber Institute for Brain Development, Johns Hopkins Medical Campus, Baltimore, Maryland - USA

SCOPO DEL LAVORO - La minociclina è una tetraciclina con potenziale neuroprotettivo che si è mostrata efficace nel revertire comportamenti simil-psicotici in modelli di ipofunzione del recettore N-Metil-D-Aspartato (NMDA). In questo studio abbiamo valutato se minociclina in add-on ad aloperidolo può influenzare l'espressione di due geni precoci, Homer1a e Arc, implicati nella trasmissione glutamatergica e rimodellamento sinaptico. Abbiamo condotto questo studio in ratti esposti o non alla ketamina, per mimare rispettivamente una condizione di psicosi glutamatergica acuta e condizioni naturali.

MATERIALI E METODI - Ratti Sprague-Dawley (n=7) sono stati assegnati ai seguenti gruppi: Veicolo+veicolo (VEH+VEH); Veicolo+aloperidolo 0,8mg/kg (VEH+HAL); Veicolo+minociclina 45mg/kg (VEH+MYN); Veicolo+aloperidolo 0,8mg/kg+minociclina 45mg/kg (VEH+HAL+MYN). Nel secondo esperimento, il veicolo è stato sostituito da ketamina 30mg/kg, ottenendo i seguenti gruppi di trattamento: KET+VEH; KET+HAL; KET+MYN; KET+HAL+MYN. L'espressione genica è stata valutata mediante ibridazione in situ. L'analisi della varianza è stata effettuata per valutare differenze significative ($p < 0.05$) tra i gruppi di trattamento.

RISULTATI

Homer1a

-Esperimento con veicolo. In corteccia insulare, sia HAL che MYN da soli o in combinazione hanno ridotto significativamente l'espressione di Homer1a rispetto al VEH. In striato, Homer1a è stato significativamente indotto da HAL in quasi tutte le regioni. MYN di per sé non ha influenzato l'espressione genica. Il gruppo HAL+MYN non ha mostrato differenze nell'espressione genica rispetto al gruppo trattato con solo HAL.

-Esperimento con ketamina. L'espressione di Homer1a è stata significativamente ridotta da HAL+MYN in corteccia agranulare mediale e motoria. In striato, HAL ha indotto un'aumentata espressione di Homer1a solo in caudato-putamen ventrolaterale. MYN ha limitatamente ridotto l'espressione di Homer1a HAL-mediata.

Arc

-Esperimento con veicolo. In corteccia, l'espressione di Arc è stata ridotta dalla combinazione HAL+MYN rispetto al solo VEH. L'espressione di Arc è stata aumentata da HAL o MYN usati singolarmente, rispetto alla loro combinazione. Al contrario, in striato, sia HAL che HAL+MYN hanno indotto significativamente l'espressione di Arc rispetto al VEH, mentre la sola MYN l'ha ridotta.

-Esperimento con ketamina. Il profilo di espressione osservato nell'esperimento con veicolo è stato confermato anche in questa fase sperimentale.

CONCLUSIONI

La minociclina riduce l'espressione striatale di Arc e, in combinazione con aloperidolo, riduce l'espressione corticale di Arc aloperidolo-mediata e l'espressione cortico-striatale di Homer1a sia nell'esperimento con veicolo che con ketamina. La minociclina incide in modo diverso sui pathways NMDA-dipendenti e riduce l'aumento dei livelli di dopamina dopo blocco farmacologico del recettore NMDA. Pertanto, minociclina può attenuare l'effetto acuto dell'aloperidolo sulla trasmissione dopaminergica e glutamatergica, con possibili rilevanti conseguenze sull'efficacia terapeutica e gli effetti collaterali.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:96

VALUTAZIONE DEI PARAMETRI METABOLICI IN PAZIENTI TRATTATI CON PALIPERIDONE PALMITATO: FOLLOW-UP A 6 MESI

G. Di Salvo¹, G. Rosso^{1,2}, E. Pessina³, A. Martini³, G. Maina^{1,2}

¹Azienda Ospedaliera-Universitaria San Luigi Gonzaga, Orbassano, TO, ²Università degli Studi di Torino,

³Dipartimento Salute Mentale Asl Cuneo 2, Cuneo

SCOPO DEL LAVORO

Gli antipsicotici in formulazione long-acting sono un'importante risorsa nel trattamento dei pazienti schizofrenici, la cui scarsa compliance rappresenta spesso un ostacolo alla cura. Uno dei più recenti antipsicotici long-acting introdotti in commercio è il paliperidone palmitato. Un importante effetto collaterale degli antipsicotici di seconda generazione è costituito dall'alterazione dei parametri metabolici e dall'aumento del rischio di insorgenza di sindrome metabolica. Lo scopo di questo studio è di valutare l'alterazione dei parametri metabolici in un campione di pazienti trattati con paliperidone palmitato.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati a partire da Marzo 2014 pazienti ambulatoriali e ricoverati sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- diagnosi di schizofrenia, altri disturbi psicotici o disturbo bipolare (DSM-5)
- terapia in corso con paliperidone palmitato
- consenso a partecipare allo studio

I criteri di esclusione sono stati: a) grave o scompensata patologia medica o neurologica; b) stato di gravidanza; c) attuale abuso/dipendenza da alcol/sostanze psicoattive.

I soggetti inclusi sono stati valutati all'ingresso nello studio e a 6 mesi di follow-up tramite:

- 1) intervista semi-strutturata per la raccolta delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche e scale di valutazione della gravità dei sintomi e degli effetti collaterali (PANSS, HAM-D, AIMS, DOTES);
- 2) visita medica generale ed esami ematochimici, allo scopo di rilevare i parametri utili per la diagnosi di sindrome metabolica sulla base dei criteri indicati dal National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association (NCEP ATP-III modified criteria).

RISULTATI

Le analisi preliminari sono state condotte su 40 pazienti, di cui 32 (80%) affetti da un disturbo dello spettro schizofrenico e 8 (20%) da disturbo bipolare.

Tra i pazienti 13 (32.5%) erano drug-free al momento dell'inclusione nello studio, 18 (45%) assumevano una terapia psicofarmacologica per via orale o in formulazione long-acting e 8 (20%) erano già in terapia con paliperidone palmitato.

Confrontando i parametri metabolici al baseline e al follow-up, emerge un aumento statisticamente significativo del BMI (baseline: 26 ± 5.3 ; follow-up: 27 ± 4.3 ; $p: 0.006$) e della circonferenza addominale (baseline: 96.9 ± 15 ; follow-up: 99.6 ± 13.6 ; $p: 0.041$), mentre non risultano variazioni significative degli altri parametri metabolici.

Non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne il tasso di sindrome metabolica al baseline (N=14, 56%) e al follow-up (N=12, 52.2%).

CONCLUSIONI

Dai dati sino ad ora elaborati risulta che la somministrazione di paliperidone palmitato non determini un incremento dei tassi di sindrome metabolica a 6 mesi dall'inizio della terapia. Inoltre, le analisi preliminari



ATTI DEL CONGRESSO

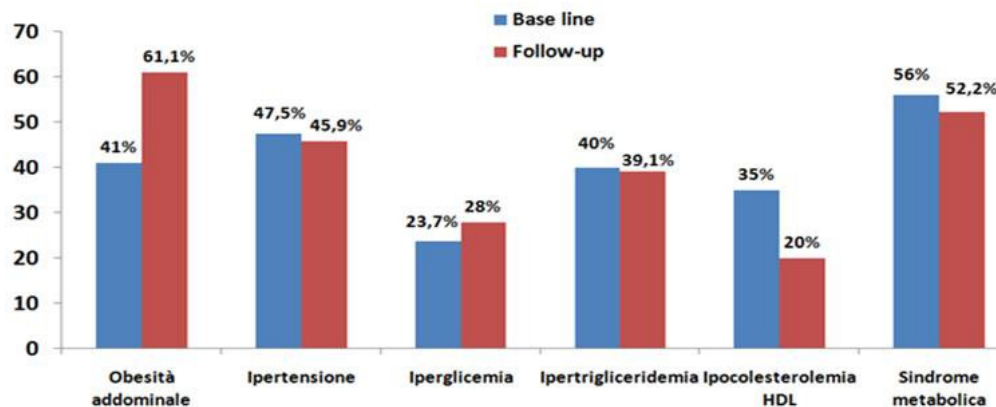
sembrano indicare che in pazienti già in terapia con altri antipsicotici in formulazione long-acting lo switch a paliperidone palmitato si correla ad un miglioramento di alcuni parametri metabolici.

Ci proponiamo di ampliare il campione e di aumentare l'estensione del follow-up, al fine di completare l'analisi dei dati e confermare i risultati preliminari.

Tabella I: Parametri metabolici al baseline e al follow-up di un campione di 40 pazienti trattati con Xeplion

	Baseline		Follow-up		t	p	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
BMI	26	5.3	27	4.7	-2.9	0.006	
Circonferenza addominale	96.9	15	99.6	13.6	-2.1	0.041	
PAO	sistolica	123.5	18	123.6	18	-0.7	0.9
	diastolica	79.5	12.9	81.3	9.3	-1	0.3
Glicemia	94.5	26	100	40.3	-1.1	0.3	
Trigliceridi	185.4	186.6	173.6	109.5	0.3	0.8	
Colesterolo HDL	45.6	11.8	45.2	11.9	0.2	0.8	
Colesterolo totale	199.3	69.2	199.7	70	-0.5	0.9	

Figura I: Criteri per la sindrome metabolica e tassi di sindrome metabolica al baseline e al follow-up in un campione di 40 pazienti trattati con Xeplion





ATTI DEL CONGRESSO

PO7:97

LATENZA AI TRATTAMENTI E ALTRE VARIABILI CORRELATE ALL'ESORDIO NELLA SCHIZOFRENIA VS ALTRI DISTURBI PSICOTICI

B. Grancini, L. Cremaschi, M.C. Palazzo, G. Camuri, B. Benatti, L. Oldani, C. Dobrea, C. Arici, M. Maggi, A. Cattaneo, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

Università degli Studi di Milano, Dip. di Neuroscienze, Fondazione Irccs Ca Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Scopo del lavoro: la durata di malattia non trattata o DUI, definita come l'intervallo di tempo tra l'esordio di uno specifico disturbo psichiatrico e l'impostazione del primo trattamento farmacologico a dosaggi e tempi adeguati in soggetti complianti, ha assunto sempre maggiore importanza nella pratica clinica psichiatrica in considerazione della sua correlazione con l'outcome di malattia. In particolare, una maggiore DUI nei Disturbi Psicotici, soprattutto nella Schizofrenia, è stata correlata ad un peggior outcome (Penttilä et al, 2014). Lo studio della DUI e dei parametri clinici correlati risulta fondamentale nell'identificazione di variabili modificabili su cui agire al fine di ridurre la latenza ai trattamenti. Ad oggi la presenza di possibili differenze in relazione ai suddetti parametri nella Schizofrenia e in altri Disturbi Psicotici è stata oggetto di indagini in misura ridotta.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 92 pazienti, affetti da Disturbi dello Spettro Schizofrenico (Schizofrenia, Disturbo Delirante, Disturbo Schizoaffettivo, Disturbo Schizofreniforme) ed è stato somministrato loro il Questionario sull'Esordio Psicopatologico e sulla Latenza ai Trattamenti (QEP-LAT) (Dell'Osso et al, 2013), con l'intento di indagare le principali variabili cliniche e socio-demografiche correlate all'esordio e al primo trattamento farmacologico. Il campione totale è stato suddiviso in base alla diagnosi in due sottogruppi: pazienti affetti da Schizofrenia e pazienti affetti da altri Disturbi Psicotici. Le variabili sono state analizzate utilizzando one-way ANOVA con post-hoc test (Bonferroni) per le variabili continue e Test del Chi Quadrato per le variabili categoriali.

Risultati: il confronto tra i due sottogruppi (Tabella 1) ha mostrato una differenza statisticamente significativa riguardo all'età d'esordio ($F=8.81$; $p=0.004$), l'età alla prima diagnosi ($F=9.32$; $p=0.003$) e l'età al primo trattamento ($F=10.31$; $p=0.002$); in particolare, i soggetti affetti da Schizofrenia presentano un'età d'esordio media significativamente più precoce (23.68 ± 6.86) rispetto ai pazienti affetti da altri Disturbi Psicotici (31.51 ± 15.00). Le analisi non hanno mostrato una differenza statisticamente significativa in termini di DUI, per quanto minore nei pazienti affetti da Schizofrenia (36.00 ± 48.41 mesi) rispetto ai pazienti affetti da altri Disturbi Psicotici (43.85 ± 84.99 mesi), verosimilmente a causa delle dimensioni ridotte del campione. Non sono emerse differenze significative in termini di familiarità per disturbi psichiatrici, presenza di eventi stressanti precedenti l'esordio, l'utilizzo di benzodiazepine come primo trattamento, la scelta del primo terapeuta, la decisione autonoma o meno di recarsi da uno specialista e il contesto del primo trattamento.

Conclusioni: i risultati del presente studio hanno mostrato un'importante differenza nell'età d'esordio dei due sottogruppi, suggerendo un diverso carico genetico nei Disturbi dello Spettro Schizofrenico. Un ampliamento del campione e nuove analisi potrebbero far emergere nuove differenze in termini di DUI e altre variabili ad essa correlate tra i diversi Disturbi dello Spettro Schizofrenico.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1. *Principali variabili cliniche e socio-demografiche nel campione totale e nei due sottogruppi*

		Schizofrenia n=37 (40%)	Disturbo Delirante e Psicosi n=55 (60%)	Campione totale n=92
Genere	Maschile	25 (68%)	30 (55%)	55 (60%)
	Femminile	12 (32%)	25 (65%)	37 (40%)
Età		46.24 (±11.65)	45.07 (±15.17)	45.54 (±13.81)
Età all'esordio ^a		23.68 (±6.86)	31.51 (±15.00)	28.36 (±12.93)
Età alla prima diagnosi ^b		27.11 (±6.26)	35.54 (±15.72)	32.17 (±13.41)
Età al primo trattamento ^c		26.68 (±6.22)	35.16 (±15.23)	31.75 (±13.05)
Familiarità per disturbi psichiatrici	Negativa	18 (49%)	35 (64%)	53 (58%)
	Positiva	19 (51%)	20 (36%)	39 (42%)
Eventi stressanti correlate all'esordio	No	19 (51%)	26 (47%)	45 (49%)
	Si	18 (49%)	29 (53%)	47 (51%)
Benzodiazepine come primo trattamento	No	28 (76%)	45 (82%)	73 (79%)
	Si	9 (24%)	10 (18%)	19 (21%)
Primo terapeuta	Psichiatra	20 (54%)	33 (60%)	53 (58%)
	Psicologo	3 (8%)	5 (9%)	8 (9%)
	Neurologo	2 (6%)	2 (4%)	4 (4%)
	Altro Medico	12 (32%)	15 (27%)	27 (29%)
Decisione	Autonoma	6 (16%)	4 (7%)	10 (11%)
	Non autonoma	31 (84%)	50 (91%)	81 (88%)
Contesto	Ambulatoriale	22 (59%)	30 (54%)	52 (56%)
	Ospedaliero	15 (41%)	25 (46%)	40 (44%)
DUI (mesi)		36.00 (±48.41)	43.85 (±84.99)	40.70 (±72.31)

Statistiche: ^aF=8.81; p=0.004

^bF=9.323; p=0.003

^cF=10.31; p=0.002



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:98

UTILIZZO OFF-LABEL DI CLOZAPINA, RASSEGNA DELLA LETTERATURA

A. Ghidoni, G. Mattei, L. Pingani, S. Ferrari, G.M. Galeazzi, M. Rigatelli

Clinica Psichiatrica, Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

SCOPO DEL LAVORO

In Italia è off-label la prescrizione di Clozapina in pazienti non affetti da schizofrenia resistente o psicosi resistente in corso di malattia di Parkinson. La rassegna individua i temi dei lavori circa prescrizione off-label di Clozapina, a cui è attribuibile fino oltre il 50% del suo utilizzo .

MATERIALI E METODI

Ricerca Pubmed, in settembre 2014, utilizzando il termine "Clozapine" associato a: Off-label, Bipolar, Indication, Prescription, Personality, Tardive Dyskinesia, Parkinson, Early Onset Psychosis, Aggressiv*, Suicid*. Inclusi studi prospettici, retrospettivi, case-report, review e meta-analisi. Spoglio degli abstract per verifica della pertinenza e del full-text dei lavori inclusi per l'analisi tematica. Limiti: Humans, English, French, Italian, Last 10 Years.

RISULTATI

Dei 908 items prodotti dalla ricerca, 56 sono stati inclusi.

Disturbo Bipolare e Schizoaffettivo. Efficacia e sicurezza in: controllo dei sintomi psicotici, impulsività, auto-aggressività, suicidalità, insonnia, giorni di osservazione e ricovero, contenzione, funzionamento, rischio di demenza, risposta in pazienti resistenti al trattamento convenzionale, come monoterapia o augmentation.

Abuso di sostanze. Riduzione di: uso, craving, attivazione dell'insula in test neuropsicologici, ricadute rispetto ad altri antipsicotici atipici, abuso/dipendenza di cannabis e alcool in pazienti con schizofrenia.

Disturbi di personalità. Specialmente borderline e antisociale. Efficacia in: gravità, giorni di ricovero e poli-farmacoterapia, impulsività, discontrollo degli impulsi, aggressività, rabbia, comportamenti violenti, pazienti resistenti al trattamento di prima linea, miglioramento globale in concomitante insufficienza mentale.

Discinesia Tardiva. Anche in casi resistenti alla sospensione della terapia antipsicotica. Miglioramento persistente a dosaggi medi. Efficacia in discinesia indotta da levodopa in Parkinson grave.

Demenza. Efficacia nell'agitazione psicomotoria resistente.

Aggressività. Riduzione in pazienti con disturbo schizofrenico, bipolare, dello spettro autistico, PTSD, deficit intellettivo. Associato miglioramento in: impulsività, aderenza alla terapia, abuso di sostanze, deficit cognitivi.

Rischio suicidario. Indicazione recentemente approvata da FDA. Diminuzione del comportamento suicidario indipendentemente dalla co-somministrazione di antidepressivi. International Suicide Prevention Trial (InterSePT) ne riporta la superiorità rispetto agli altri antipsicotici.

Età infantile. Efficacia in: adolescenti con disturbo bipolare, disturbo esplosivo intermittente e PTSD con associata riduzione di polifarmacoterapia (stabilizzatori dell'umore, antidepressivi, ansiolitici), schizofrenia ad esordio precoce resistente.

Altro. Riportati miglioramenti in: Corea di Huntington, Sindrome di Pisa, DOC/blefarospasmo/polidipsia in comorbidità con sintomi psicotici, Sindrome Velocardiofaciale.

CONCLUSIONI

Clozapina è utilizzata in uno spettro psicopatologico più ampio di quello approvato dalle agenzie regolatorie. La rilevanza clinica delle situazioni in cui è stato riportato l'uso (in particolare: suicidio, aggressività) suggerisce l'importanza di ulteriori studi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:99

LATENZA AI TRATTAMENTI E ALTRE VARIABILI CORRELATE ALL'ESORDIO NEI DISTURBI DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO IN RELAZIONE ALL'EPOCA D'ESORDIO

B. Grancini, L. Cremaschi, M.C. Palazzo, G. Camuri, B. Benatti, L. Oldani, C. Dobrea, C. Arici, M. Maggi, A. Cattaneo, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

Università degli Studi di Milano, Dip. di Neuroscienze, Fondazione Irccs Ca Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Scopo del lavoro: la correlazione tra durata di malattia non trattata (DUI) ed outcome di malattia nei disturbi dello spettro schizofrenico è stata oggetto di diversi studi (Penttilä et al, 2014). La DUI è a sua volta influenzata da elementi caratteristici della patologia, da fattori socio-culturali, dall'accessibilità ai servizi psichiatrici e, conseguentemente, dal periodo storico. In tal senso, il presente studio si propone di indagare la presenza di eventuali differenze in termini di DUI e variabili ad essa correlate in relazione all'epoca storica d'esordio.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 92 pazienti affetti da Disturbi dello Spettro Schizofrenico (Schizofrenia, Disturbo Delirante, Disturbo Schizoaffettivo e Disturbo Schizofreniforme) e sono state raccolte le principali variabili cliniche e socio-demografiche correlate all'esordio e al primo trattamento con la somministrazione del Questionario sull'Esordio Psicopatologico e sulla Latenza ai Trattamenti (QEP-LAT) (Dell'Osso et al, 2014). Il campione totale è stato suddiviso in base all'epoca d'esordio, avendo stabilito due cut-off temporali, in 3 sottogruppi: pazienti con esordio collocabile prima del 1978, pazienti con esordio tra il 1978 e il 2000 e pazienti esorditi dopo il 2000. Le variabili sono state analizzate utilizzando one-way ANOVA con post-hoc test (Bonferroni) per le variabili continue e Test del Chi Quadrato per le variabili categoriali.

Risultati: nel confronto tra i 3 sottogruppi (Tabella 1), le analisi hanno mostrato una significativa diminuzione dell'età e un significativo aumento dell'età d'esordio nei pazienti esorditi dopo il 2000 rispetto al gruppo di pazienti con esordio tra il 1978 e il 2000 ($F=14.44$; $p<0.001$; $F=6.76$; $p=0.002$). Inoltre, è stata osservata una diminuzione statisticamente significativa della DUI nel gruppo di pazienti esorditi tra il 1978 e il 2000 rispetto ai pazienti con esordio prima del 1978 ($F=12.33$; $p<0.001$; 158.00 ± 158.37 mesi per i pazienti esorditi prima del 1978 e 46.00 ± 72.53 mesi per i pazienti esorditi tra il 1978 e il 2000). Non sono emerse differenze significative in termini di età alla prima diagnosi, età al primo trattamento farmacologico, familiarità per disturbi psichiatrici, presenza di eventi stressanti precedenti l'esordio, l'utilizzo di benzodiazepine come primo trattamento, la scelta del primo terapeuta, la decisione autonoma o meno di recarsi da uno specialista e il contesto del primo trattamento (ambulatoriale o ospedaliero).

Conclusioni: i risultati mostrano un aumento dell'età d'esordio nel tempo, suggerendo una diversa distribuzione dei disturbi dello spettro schizofrenico e conseguente diverso carico genetico nei 3 sottogruppi. La diminuzione della DUI è significativa soprattutto nel confronto tra i pazienti esorditi prima del 1978 e i pazienti esorditi tra il 1978 e il 2000 e potrebbe essere conseguenza degli importanti cambiamenti avvenuti nella cura dei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico in seguito alla promulgazione della Legge 180 in Italia, risalente al 1978.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1. *Principali variabili cliniche e socio-demografiche nel campione totale e dei sottogruppi in base all'epoca d'esordio.*

		Esordio prima del 1978 n=6 (6%)	Esordio tra il 1978 e il 2000 n=42 (46%)	Esordio dopo il 2000 n=44 (48%)	Campione totale n=92
Genere	Maschile	3 (50%)	24 (57%)	28 (64%)	55 (60%)
	Femminile	3 (50%)	18 (43%)	16 (36%)	37 (40%)
Età ^a		62.00 (±10.41)	49.93 (±9.04)	39.11 (±14.63)	45.54 (±13.81)
Età d'esordio ^b		17.33 (±5.24)	25.26 (±9.19)	32.82 (±14.95)	28.36 (±12.93)
Età alla prima diagnosi		32.50 (±13.16)	29.70 (±11.74)	34.36 (±14.72)	32.17 (±13.41)
Età al primo trattamento		30.50 (±14.17)	29.09 (±10.52)	34.45 (±14.74)	31.75 (±13.05)
Familiarità per disturbi psichiatrici	Negativa	3 (50%)	20 (48%)	30 (68%)	53 (58%)
	Positiva	3 (50%)	22 (52%)	14 (32%)	39 (42%)
Onset related stressful events	No	5 (83%)	22 (52%)	18 (41%)	45 (49%)
	Sì	1 (17%)	20 (48%)	26 (59%)	47 (51%)
Benzodiazepine come primo trattamento	No	4 (67%)	33 (79%)	36 (82%)	73 (79%)
	Sì	2 (33%)	9 (21%)	8 (18%)	19 (21%)
Primo terapeuta	Psichiatra	1 (17%)	26 (62%)	26 (59%)	53 (58%)
	Psicologo	2 (33%)	3 (7%)	3 (7%)	8 (9%)
	Neurologo	1 (17%)	2 (5%)	1 (2%)	4 (4%)
	Altro medico	2 (33%)	11 (26%)	14 (32%)	27 (29%)
Decisione	Autonoma	0 (0%)	6 (14%)	4 (9%)	10 (11%)
	Non autonoma	6 (100%)	36 (86%)	39 (89%)	81 (88%)
Contesto del primo trattamento	Ambulatoriale	4 (67%)	26 (62%)	22 (50%)	52 (57%)
	Ospedaliero	2 (33%)	16 (38%)	22 (50%)	40 (43%)
DUI ^c (mesi)		158.00 (±158.37)	46.00 (±72.53)	19.63 (±27.03)	40.70 (±72.31)

Statistiche:

^aF=14.44; p<0.001

^bF=6.76; p=0.002

^cF=12.33; p<0.001



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:101

DIFFERENZE NELLA LATENZA AI TRATTAMENTI NEL TEMPO IN PAZIENTI CON DISTURBI DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO, DISTURBI DELL'UMORE E D'ANSIA

B. Grancini, L. Cremaschi, M.C. Palazzo, G. Camuri, B. Benatti, L. Oldani, C. Dobrea, C. Arici, M. Maggi, A. Cattaneo, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

Università degli Studi di Milano, Dip. di Neuroscienze, Fondazione Irccs Ca Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Scopo del lavoro: i disturbi psichiatrici sono malattie associate ad un alto tasso di disabilità e ad una lunga durata di malattia non trattata (DUI); inoltre, spesso non vengono diagnosticati e trattati adeguatamente (Henderson et al, 2009). In particolare, la durata di malattia non trattata o DUI, definita come l'intervallo di tempo tra l'esordio di uno specifico disturbo psichiatrico e l'impostazione del primo trattamento farmacologico a dosaggi e tempi adeguati in soggetti complianti, è influenzata da fattori socio-culturali, dall'affinamento degli strumenti diagnostici e dei percorsi terapeutici. Lo studio della DUI e delle variabili ad essa correlate in relazione a diverse epoche storiche risulta uno strumento assai utile per esplorare la natura di tale correlazione.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 562 pazienti, affetti da Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Bipolare, Distimia, Ciclotimia, Disturbi dell'Adattamento, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Disturbo di Panico, Disturbo di Ansia Sociale, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Delirante, Disturbo Schizoaffettivo e Schizofrenia; è stato somministrato loro il Questionario sull'Esordio Psicopatologico e sulla Latenza ai Trattamenti (QEP-LAT) (Dell'Osso et al, 2014), con l'intento di indagare le principali variabili cliniche e socio-demografiche correlate all'esordio e al primo trattamento farmacologico. Il campione totale è stato suddiviso in base all'anno d'esordio in 3 sottogruppi: pazienti con esordio collocabile prima del 1978, pazienti con esordio tra il 1978 e il 2000 e pazienti con esordio dopo il 2000. Le variabili sono state analizzate utilizzando one-way ANOVA con post-hoc test (Bonferroni) per le variabili continue e Test del Chi Quadrato per le variabili categoriali.

Risultati: le analisi di confronto tra i 3 gruppi (Tabella 1) hanno mostrato un aumento significativo dell'età d'esordio, età alla prima diagnosi ed età al primo trattamento nei pazienti con esordio dopo il 2000 rispetto ai pazienti con esordio tra il 1978 e il 2000 ($F=65.57$; $p<0.001$; $F=11.22$; $p<0.001$; $F=11.00$; $p<0.001$) e una significativa diminuzione della DUI nel tempo (esordio prima del 1978: 192.25 ± 184.52 mesi, esordio tra il 1978 e il 2000: 77.00 ± 96.62 mesi ed esordio dopo il 2000: 19.00 ± 31.67 mesi; $F=50.56$, $p<0.001$). Inoltre, i pazienti con esordio dopo il 2000 riferivano più frequentemente la presenza di eventi stressanti precedenti l'esordio ($X^2=23.4$, $p<0.001$) e una riduzione della prescrizione di benzodiazepine come primo trattamento ($X^2=9.92$, $p=0.007$) rispetto ai pazienti esorditi tra il 1978 e il 2000. Nel confronto tra i pazienti esorditi prima del 1978 e quelli esorditi tra il 1978 e il 2000, diminuiva la scelta del neurologo come primo terapeuta ($X^2=16.50$, $p=0.011$).

Conclusioni: i risultati dello studio mostrano una progressiva e statisticamente significativa riduzione della DUI nel tempo, oltre a differenze significative tra i gruppi con diversa epoca d'esordio riguardo alle variabili correlate all'esordio. Sviluppi futuri valuteranno tali cambiamenti in sottogruppi omogenei per diagnosi.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1. Principali variabili cliniche e socio-demografiche nel campione totale e dei sottogruppi in base all'epoca d'esordio.

		Esordio prima del 1978 n=48 (9%)	Esordio tra il 1978 e il 2000 n=233 (41%)	Esordio dopo 2000 n=281(50%)	Campione totale n=562
Diagnosi	Disturbi dello spettro schizofrenico	6 (12%)	43 (18%)	44 (16%)	93 (17%)
	Disturbi dell'umore	32 (67%)	116 (50%)	157 (56%)	305 (54%)
	Disturbi d'ansia	10 (21%)	66 (28%)	75 (27%)	151 (27%)
Genere	Maschile	23 (48%)	112 (48%)	152 (54%)	287 (51%)
	Femminile	25 (52%)	121 (52%)	129 (46%)	275 (49%)
Età ^a		64.44 (±9.00)	50.73 (±11.41)	43.13 (±14.71)	48.10 (±14.38)
Età all'esordio ^b		19.60 (±6.43)	26.81 (±10.72)	37.45 (±15.18)	31.51 (±14.32)
Età alla prima diagnosi ^c		35.78 (±15.42)	32.78 (±12.46)	38.69 (±14.94)	36.00 (±14.26)
Età al primo trattamento ^d		35.62 (±15.37)	33.23 (±12.73)	39.02 (±14.76)	36.33(±14.26)
Familiarità per disturbi psichiatrici ^e	Negativa	25 (52%)	98 (42%)	164 (58%)	287 (51%)
	Positiva	23 (48%)	135 (58%)	117 (42%)	275 (49%)
Eventi stressanti precedenti all'esordio ^f	No	25 (52%)	96 (41%)	73 (26%)	194 (35%)
	Si	23 (48%)	137 (59%)	208 (74%)	368 (65%)
Benzodiazepine come primo trattamento ^g	No	38 (79%)	138 (59%)	195 (69%)	371 (66%)
	Si	10 (21%)	95 (41%)	86 (31%)	191 (34%)
Primo terapeuta ^h	Psichiatra	19 (40%)	110 (47%)	122 (43%)	251 (45%)
	Psicologo	3 (6%)	29 (12%)	41 (15%)	73 (13%)
	Neurologo	11 (23%)	16 (7%)	20 (7%)	47 (8%)
	Altro medico	15 (31%)	78 (34%)	98 (35%)	191 (34%)
Decisione	Autonoma	17 (35%)	84 (36%)	103 (37%)	204 (36%)
	Non autonoma	30 (63%)	141 (61%)	153 (54%)	324 (58%)
Contesto del primo trattamento	Ambulatoriale	36 (75%)	189 (81%)	224 (80%)	449 (80%)
	Ospedaliero	10 (21%)	39 (17%)	52 (19%)	101 (18%)
DUI ⁱ (mesi)		192.25 (±184.52)	77.00 (±96.63)	19.00 (±31.67)	57.84 (±98.33)

Statistiche:

^aF=63.09; p<0.001 ^bF=65.57; p<0.001 ^cF=11.22; p<0.001 ^dF=11.00; p<0.001 ^eχ²=13.57; p=0.001
^fχ²=20.22; p<0.001 ^gχ²=9.92; p=0.007 ^hχ²=16.50; p=0.011 ⁱF=50.56; p<0.001



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:102

L'ASENAPINA NEL TRATTAMENTO DELLA MANIA NEL CPS DI BRESCIA SUD

G. Fazzari, A. Campana, F. Lucchi, G. Seggioli

AO Spedali Civili di Brescia - UOP 23 Montichiari, Brescia

SCOPO DEL LAVORO

L'efficacia dell'asenapina nel trattamento della mania è ben noto. Perplessità nascono dalle limitazioni legate alla modalità di somministrazione di asenapina in pazienti acuti, che, specie quando non ospedalizzar, i può renderli meno complianti alla terapia.

Nel presente studio abbiamo valutato l'efficacia e la praticabilità di un trattamento pazienti affetti da mania con asenapina a dosi comprese tra 10 e 20 mg.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione 30 pazienti affetti da disturbo bipolare I, già in carico, che si sono presentati al CPS di Brescia Sud in fase di mania e che si è ritenuto di non dover ospedalizzare in SPDC e di poter trattare sul territorio.

Alla terapia stabilizzante in corso, che ove necessario è stata ottimizzata, è stata inserita asenapina a dosi comprese tra i 10 e i 20 mg

I pazienti sono stati valutati con YMRS, CGI-BIP e VGF ai tempi 0-7-14-21-28 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi; sono stati eseguiti esami ematochimici ogni 6 mesi e verificato il peso ad ogni controllo.

RISULTATI

I risultati hanno confermato l'efficacia e la tollerabilità di asenapina nel trattamento acuto della mania e del disturbo bipolare a lungo termine.

CONCLUSIONI

Riteniamo che l'introduzione sin dalla fase acuta di mania di un farmaco dotato di un'ottima attività sedativa e con un buon profilo di tollerabilità quale l'asenapina sia da privilegiare, considerando che si tratta di un trattamento che andrà proseguito molto a lungo, in associazione ai classici stabilizzanti dell'umore.

L'asenapina ha confermato di essere un farmaco di prima scelta, in associazione agli stabilizzanti dell'umore, nel trattamento delle fasi maniacali, e nella terapia di mantenimento del disturbo bipolare.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:103

L'ASENAPINA NEL TRATTAMENTO DELLA MANIA GRAVE IN SPDC

G. Fazzari, O. Benzoni, R. Bologna, G. Buila, G. Valenti, D. Zubani
SPDC UOP 23- Montichiari, BS

SCOPO DEL LAVORO

L'efficacia di aripiprazolo ed asenapina nel trattamento della mania è ben nota. Perplessità nascono dalla limitazioni legate alla modalità di somministrazione di asenapina in pazienti acuti.

Nel presente studio abbiamo valutato l'efficacia e la praticabilità di un trattamento iniziale di pazienti affetti da mania severa nei primi 3 giorni con aripiprazolo e lorazepam, con successiva randomizzazione ed inserimento in un primo braccio di asenapina 20 mg e nel secondo braccio aripiprazolo 30 mg.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione 20 pazienti ricoverati in SPDC con diagnosi di mania e punteggio alla YMRS superiore o uguale a 38.

Nei primi tre giorni sono stati trattati con aripiprazolo im e lorazepam im. Quando possibile, sin dal 3° giorno è stato introdotto trattamento randomizzato con asenapina 20 mg o aripiprazolo 30 mg,

Sono stati valutati con YMRS, CGI-BIP e VGF ai tempo 0-7-14-21-28.

RISULTATI

I risultati hanno confermato l'efficacia e la tollerabilità di aripiprazolo e asenapina nel trattamento della mania.

CONCLUSIONI

Riteniamo che l'introduzione sin dalla fase acuta di mania di un farmaco con un buon profilo di tollerabilità quale l'asenapina sia da privilegiare, considerando che si tratta di un trattamento che andrà proseguito molto a lungo, in associazione ai classici stabilizzanti dell'umore.

Aripiprazolo ed asenapina ha confermato di essere farmaci di elezione nel trattamento delle fasi maniacali, anche gravi, del disturbo bipolare



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:104

L'ADERENZA AI TRATTAMENTI LONG-TERM CON SGA IN SOGGETTI PSICOTICI: STUDIO PRELIMINARE SULL'INCIDENZA DI SINTOMATOLOGIA COLLATERALE E DROP-OUT

A. Francomano, M. Dazzo, S. Gentile, F. Piazza, V. Di Giorgio, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria-Dip. Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Univ. degli Studi di Palermo

SCOPO DEL LAVORO

L'aderenza al trattamento farmacologico costituisce un problema critico nella terapia di mantenimento della schizofrenia. Gli antipsicotici atipici long acting sono indicati nel trattamento di mantenimento dei pazienti adulti con schizofrenia e sono importanti per il miglioramento della compliance. Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia del trattamento long acting con SGA (olanzapina e paliperidone in monoterapia), in pazienti affetti da disturbi psicotici, in termini di compliance al trattamento, qualità della vita, condizione psicopatologica e incidenza di effetti collaterali (aumento di peso, sedazione, ipotensione, leucopenia, effetti extrapiramidali, sindrome metabolica, iperprolattinemia) rispetto al trattamento con long acting di prima generazione FGA.

MATERIALI E METODI

Sono stati confrontati 15 soggetti, di età compresa tra 20 e 54 anni, con diagnosi clinica di schizofrenia, in trattamento mensile o bisettimanale, da almeno 24 mesi, con olanzapina e paliperidone long acting successivo a switching farmacologico da olanzapina e paliperidone orale assunti da almeno un anno, con un gruppo di 15 soggetti in trattamento depot con FGA, di età media di 46 anni. La valutazione è avvenuta tramite somministrazione in due tempi (T0-T1), ad intervallo temporale di 6 mesi, di strumenti di valutazione clinica e di funzionamento sociale CGI, Q-LES, PANSS, WHODAS II e tramite rilevazione periodica di parametri laboratoristici e fisici (peso, altezza, BMI, PAO sistolica e diastolica).

RISULTATI

Nei soggetti in trattamento long acting con SGA si è registrata una riduzione del tasso di sospensione arbitraria della terapia (75%), anche nei casi di assenza di caregiver, maggiore rispetto ai controlli. Si è assistito a una riduzione dei tassi di ricadute con stabilizzazione della sintomatologia clinica (miglioramento superiore al 30% del punteggio totale PANSS e punteggio CGI migliorato rispetto ai controlli che hanno riportato miglioramento PANSS inferiore al 25.6% e punteggi CGI invariati). La minore incidenza di effetti collaterali rispetto ai soggetti trattati con FGA ha determinato un miglioramento della qualità della vita con conseguente maggiore compliance al trattamento. La posologia di paliperidone e olanzapina depot è stata mantenuta costante nel 70% dei casi, ridotta nel 19%, aumentata nel 6% e nel 7% si è ridotto l'intervallo tra somministrazioni; aumenti di peso clinicamente significativi si sono registrati solo nel 7% dei soggetti e in nessuno di questi pazienti si sono verificati eventi di eccessiva sedazione o ipotensione.

CONCLUSIONI

L'utilizzo di terapia long term con SGA, data la migliore tollerabilità e la minore incidenza di effetti collaterali, determina alti livelli di adesione al trattamento e un miglioramento della qualità di vita. Oltre al miglioramento dei sintomi psicotici, la minore medicalizzazione e il minore ricorso ad ambienti ospedalieri fortemente stigmatizzanti hanno permesso una migliore gestione clinica del paziente stesso, in alcuni casi anche con la riduzione della posologia iniettiva del farmaco.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:105

AMPLIAMENTO DELL'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SULL'ENTITÀ DELLA PRESCRIZIONE DI ANTIDEPRESSIVI DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE SUL TERRITORIO NAPOLETANO

A. Fusco, C. Cucciniello, N. Formisani, S. Orlando, F. Riccio, D. D'Ari, M. Piantadosi, M.R. Fiorentino, E.B. De Notaris

Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

Scopo di questo lavoro è continuare la valutazione dell'entità della prescrizione di Antidepressivi da parte dei Medici di Medicina Generale della II e IV Municipalità di Napoli. La raccolta delle informazioni è avvenuta dal gennaio 2012 al giugno 2014 ed è stata effettuata attraverso le schede riassuntive trimestrali relativamente alle prescrizioni di Antidepressivi.

È stato somministrato un questionario di autovalutazione per i Medici di Medicina Generale che ha indagato: i criteri per far diagnosi e prescrivere la terapia in campo psichiatrico, il livello di conoscenza delle differenti opzioni terapeutiche a disposizione del medico e della rete di servizi sul territorio cittadino del SSN, nonché il collegamento con i servizi di supporto al disagio psichico.

Attraverso il raffronto delle schede riassuntive si è constatato un incremento delle prescrizioni di Antidepressivi da parte degli MMG sul territorio. Tale trend è stato riscontrato raffrontando i dati raccolti nel 2012 con i dati relativi agli anni precedenti e risulta confermato dalla successiva comparazione dei dati raccolti nel 2014. I risultati del questionario hanno posto in evidenza una buona preparazione riguardo ai criteri di diagnosi e terapia in campo psichiatrico.

L'aumento della prescrizione di farmaci antidepressivi sembra essere correlato all'aumentata richiesta di assistenza psichiatrica da parte di quella fetta di popolazione che sfugge al trattamento specialistico. Tale fenomeno si collega strettamente con l'aggravamento delle condizioni socio-economiche della popolazione generale, dovuto alla recessione economica che ha colpito il nostro Paese negli ultimi anni.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:106

EFFICACIA, TOLLERABILITÀ E REMISSIONE: 20 ANNI DI OSSERVAZIONE DI SWITCHING DA ANTIPSIOTICI TIPICI AD ATIPICI

F. Franza¹, A. Battista¹, A. Cervone², L. Calabrese¹, V. Fasano¹, N. Fiorentino¹, M. Iandoli¹, A. Soddu¹, S. De Guglielmo¹, B. Solomita¹, G. Del Buono³

¹Casa di Cura Neuropsichiatrica Villa dei Pini, Avellino, ²Dipartimento Salute Mentale, Foggia, ³Dipartimento Salute Mentale, Salerno

SCOPO DEL LAVORO

Gli antipsicotici atipici (SGA) sono attualmente considerati come farmaci di prima scelta nel trattamento della schizofrenia. Numerosi studi hanno dimostrato la loro superiorità in termini di efficacia, tollerabilità rispetto agli antipsicotici di prima generazione (FGA). Nel trattamento della schizofrenia, molti pazienti hanno avuto una sostituzione della terapia iniziale con FGA con i nuovi antipsicotici e questo switching è diventato una pratica comune. Lo scopo del nostro studio è stato quello di determinare il mantenimento, l'efficacia e la tollerabilità degli antipsicotici in pazienti schizofrenici osservati per un periodo di venti anni, con un confronto di FGA con SGA. Abbiamo anche registrato il tasso di discontinuità terapeutica, alcune variabili sociodemografiche e gli eventi avversi associati al cambiamento farmacologico. I dati raccolti durante il periodo di osservazione sono stati valutati retrospettivamente.

MATERIALI E METODI

Questo studio rappresenta una osservazione retrospettiva dello switching da antipsicotici convenzionali ad antipsicotici atipici in 112 pazienti schizofrenici (DSM IV; DSM IV-TR) osservati in regime di ricovero e ambulatoriale per un periodo di 20 anni in "real world". Sono stati raccolti dati riguardanti l'efficacia, la remissione, i drop-out, gli effetti collaterali dei diversi antipsicotici (aloperidolo, clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo). È stata effettuata una analisi statistica dei dati ottenuti con le seguenti scale di valutazione CGI, SANS, SAPS, PANSS, QLI nei tempi di intervallo da baseline a 20 anni [5 periodi temporali T].

RISULTATI

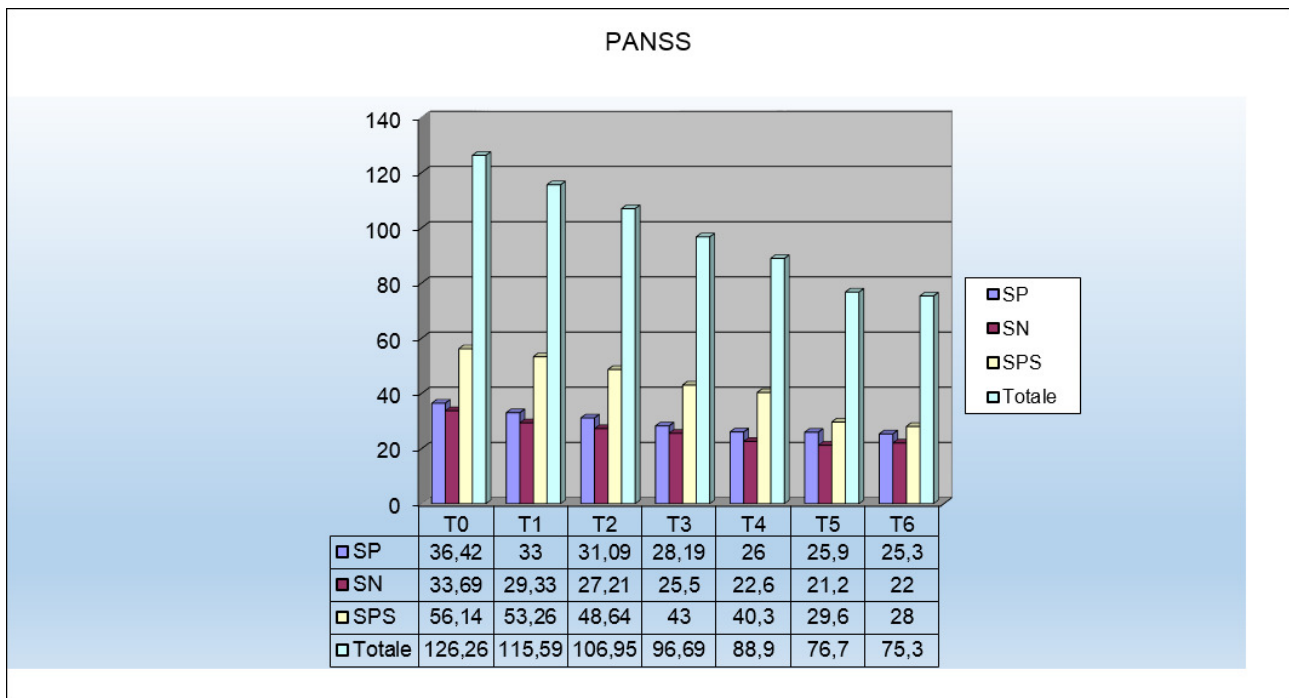
In dati raccolti hanno evidenziato nel gruppo della clozapina, un tasso di remissione più alto che negli altri gruppi; il 29,23% di pazienti che hanno iniziato il trattamento con risperidone e il 41,75% con quetiapina hanno interrotto la terapia con la necessità di iniziare una nuova terapia con l'assunzione di un antipsicotico tipico (aloperidolo; aoperidolo depot). Una importante percentuale di pazienti (7,12%) che hanno sospeso la "prima" terapia con aoperidolo sono tornati ad assumerlo alla fine del periodo di osservazione, in seguito ad una valutazione dei costi benefici in termini di efficacia clinica e di effetti collaterali.

CONCLUSIONI

Questo studio suggerisce che molti pazienti schizofrenici clinicamente stabili mantengono uno stato di remissione dopo aver iniziato uno switching verso antipsicotici atipici, ma è interessante notare che alla fine del periodo di osservazione (20 anni), il 7,12% dei pazienti che assumevano ancora antipsicotici tipici, orale e long-acting, e il 51,18% riportavano un profilo terapeutico soddisfacente rispetto a precedenti trattamenti farmacologici con un antipsicotico di seconda generazione



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO7:107

GLI STABILIZZATORI DELL'UMORE NEL TRATTAMENTO DEL COMPORTAMENTO IMPULSIVO NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: UNA REVISIONE SISTEMATICA

S. Marini¹, E. Cinosi¹, T. Acciavatti¹, M. Lupi¹, R. Santacroce¹, L. Di Tizio¹, S. Dezi¹, M. Corbo¹, I. Matarazzo¹, C. Ranalli², M. Di Giannantonio¹

¹Università G. D'Annunzio, Chieti, ²Ospedale G. Mazzini, Teramo

Scopo dello studio: Nessuno farmaco ha effetti terapeutici sulle cause del disturbo borderline di personalità, ma può solo curare i sintomi specifici della malattia. Inoltre, l'effetto terapeutico rimane modesto. Per queste ragioni, l'obiettivo di questa revisione sistematica è quello di analizzare l'uso degli stabilizzatori dell'umore e antiepilettici in studi clinici randomizzati per il trattamento del comportamento impulsivo nel disturbo borderline di personalità, in assenza di comorbidità in Asse I.

Metodi: Una ricerca della letteratura è stata condotta nel mese di marzo, 2014. Le banche dati PubMed e Scopus sono state utilizzate per trovare studi per l'inclusione nella revisione sistematica. Le parole usate nei criteri di selezione della letteratura sono state: 'disturbo di personalità borderline'; 'Litio'; 'Valproato'; 'Carbamazepina'; 'Topiramato'; 'Lamotrigina'. In ogni ricerca, le parole chiave sono state utilizzate insieme con gli operatori logici: 'e'. I seguenti criteri sono stati utilizzati dai revisori per selezionare gli articoli da introdurre nella revisione sistematica: 1. Diagnosi di disturbo di personalità borderline ha confermato tramite l'Intervista Clinica Strutturata per il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision; 2. Studi clinici randomizzati; 3. Punteggi di discontrollo del comportamento utilizzando la scala State-Trait-Anger-Expression-Inventory; 4. Nessuna comorbidità in Asse I. In questo modo, tre (n = 3) studi rilevanti sono stati ottenuti per la revisione sistematica.

Risultati: Nei gruppi di pazienti trattati rispettivamente con topiramato e con lamotrigina, Nickel et al. (2004, 2005) e Tritt et al. (2005) hanno trovato miglioramenti significativi nelle sottoscale Rabbia di Stato, Rabbia di Tratto, Rabbia Agita e Controllo della Rabbia della scala State-Trait-Anger-Expression.

Conclusioni: Gli studi clinici randomizzati riguardanti il discontrollo comportamentale, valutato con la scala State-Trait-Anger-Expression, nel disturbo borderline di personalità, senza disturbi di Asse I si basano su topiramato e lamotrigina. Ogni gruppo di farmaci ha registrato un significativo miglioramento nei punteggi totali per il discontrollo comportamentale. Sono necessari ulteriori studi con numerosità campionaria maggiore.

References:

1. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, et al. (2004). Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 1515–1519.
2. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, et al. (2005). Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biological Psychiatry* 57, 495–499.
3. Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, et al. (2005). Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Psychopharmacology* 19, 287–291.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella: Studi inclusi nella revisione sistematica

AUTORI	DIAGNOSI	N	TERAPIA	DOSAGGI	DISEGNO DELLO STUDIO	RISULTATI
Nickel et al. (2004)	Disturbo Borderline di Personalità	31 femmine	Topiramato	Inizio con 50 mg/die, poi aumentato a 250 mg/die per 3 settimane	Studio clinico randomizzato con disegno parallelo, 8 wk	Miglioramenti significativi nelle sottoscale Rabbia di Stato, Rabbia di Tratto, Rabbia Agita e Controllo della Rabbia della STAXI nel gruppo in trattamento con Topiramato
Nickel et al. (2005)	Disturbo Borderline di Personalità	44 maschi	Topiramato	Inizio con 50 mg/die, poi aumentato a 250 mg/die per 3 settimane	Studio clinico randomizzato con disegno parallelo, 8 wk	Miglioramenti significativi per il gruppo in trattamento con Topiramato nelle sottoscale Rabbia di Stato, Rabbia di Tratto, Rabbia Agita e Controllo della Rabbia della STAXI
Tritt et al. (2005)	Disturbo Borderline di Personalità	27 femmine	Lamotrigina	Inizio a 50 mg/die, poi aumentato a 100 mg/die durante la 3ª settimana, 150 mg/die durante la 4ª e la 5ª settimane, e 200 mg/die dalla 6ª alla 8ª settimane	Studio clinico randomizzato con disegno parallelo, 8 wk	Miglioramenti significativi nelle sottoscale Rabbia di Stato, Rabbia di Tratto, Rabbia Agita e Controllo della Rabbia della STAXI nel gruppo in trattamento con Lamotrigina

STAXI, State-Trait-Anger-Expression-Inventory scales.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:108

ALTERAZIONI EMOZIONALI DOPO TERAPIE ANTIDEPRESSIVE A LUNGO TERMINE

D. Marazziti¹, H.S. Akiskal², F. Albanese¹, M. Picchetti¹, S. Baroni¹, L. Dell'Osso¹

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Sezione di Psichiatria, Università di Pisa, ²International Mood Center San Diego, California - USA

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo dello studio è stato di indagare i possibili cambiamenti di alcune caratteristiche delle relazioni amorose durante il trattamento a lungo termine della depressione con farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e triciclici (TCA), per mezzo di un test specificamente progettato, il cosiddetto questionario Sex – Attachment - Love Test (SALT).

MATERIALI E METODI

Il campione era composto da 192 pazienti ambulatoriali (123 donne e 69 uomini, età + DS : 41,2 + 10,2 anni), affetti da depressione lieve o moderata, secondo i criteri del DSM - IV - TR, trattati solo con antidepressivi (SSRI o TCA) per un periodo di almeno sei mesi, e coinvolti in una relazione amorosa.

Il Sex - Attachment -Love Test (SALT) è un questionario fatto di 40 item volto a esplorare le possibili variazioni di tre dimensioni tipiche della relazione romantica: il sesso, l'attaccamento e l'amore.

RISULTATI

I risultati hanno evidenziato che gli effetti degli SSRI e dei TCA sono diversi nei due sessi. Infatti, il punteggio totale della dimensione 'Amore' era più alto negli uomini che assumevano SSRI rispetto alle donne (25,71 + 5,35 vs 23,18 + 6,99, $t = 2.13$, $p = .036$), e quella della dimensione 'Sesso' era più alta nelle donne che assumevano TCA (32.06 + 6.03 vs 35.70 + 6.99, $t = -2.41$, $p = 0,019$) rispetto agli uomini.

DISCUSSIONE

I risultati hanno evidenziato che gli SSRI hanno un impatto significativo sui sentimenti di amore e di attaccamento verso il partner soprattutto negli uomini, mentre le donne che assumevano TCA mostravano maggiori effetti collaterali sessuali rispetto agli uomini.

Questi risultati rappresentano le prime osservazioni di un effetto diverso degli SSRI e dei TCA nei due sessi. In particolare, gli SSRI sembrano provocare più alterazioni di alcune caratteristiche emozionali dei TCA, ma solo negli uomini, mentre le donne sembrano essere 'preservate' da questo effetto collaterale, perché forse le loro emozioni sono diverse e più profonde rispetto agli uomini.

I presenti risultati, pur necessitando di approfondimenti in studi futuri, dimostrano comunque che esiste un effetto degli antidepressivi nelle relazioni amorose e che questo effetto è legato al sesso.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:109

IL TRATTAMENTO CRONICO CON PALMITOILETANOLAMIDE RIDUCE IL DOLORE E LE DISFUNZIONI EMOTIVO-COGNITIVE IN MODELLI ANIMALI NEUROPATICI

F. Marmo¹, R. Romano², G. Latte¹, L. Avisati¹, C. Tomasetti¹, F. Guida², F. Iasevoli¹, L. Luongo², S. Maione², A. De Bartolomeis¹

¹Department of Neuroscience, Reproductive and Odontostomatological Sciences, Naples, ²Department of Experimental Medicine, Pharmacology Division, Second University of Naples SUN, Naples

SCOPO DEL LAVORO

Il dolore neuropatico determina modificazioni corticali a lungo termine delle sinapsi glutammatergiche ed alterate risposte comportamentali. La palmitoiletanolammide (PEA) è un composto analogo ai cannabinoidi endogeni, coinvolto nella modulazione di processi patologici nel sistema nervoso centrale come l'infiammazione e la risposta al dolore. PEA agisce sui neuroni legando PPAR α (peroxisome proliferator-activated receptor), stimolando indirettamente i recettori degli endocannabinoidi (CB1 e CB2), agendo da falso substrato dell'enzima FAAH che catalizza la sintesi di cannabinoidi endogeni. Scopo dello studio è analizzare gli effetti comportamentali e molecolari della PEA su un modello murino di dolore neuropatico.

MATERIALI E METODI

Topi maschi CD-1 con neuropatia di 15 giorni generata mediante legatura del nervo sciatico (Spared Nerve Injury, SNI) sono stati trattati per 15 giorni con PEA (dose:10mg/kg/i.p.) e testati mediante paradigmi comportamentali di umore e cognizione (Tail Suspension, Marble Burying, Object Recognition Test). Successivamente è stata analizzata l'espressione nei sinaptosomi della corteccia prefrontale mediale (mPFC) di recettori glutammatergici (NR2b, mGluR5, mGluR7), PPAR α , Immediate Early Genes Homer1a e della sua forma costitutiva Homer1b, molecole strutturali della Densità Postsinaptica (Psd-95 e Shank1), BDNF e il suo recettore Trkb.

RISULTATI

In modelli murini di dolore neuropatico PEA incrementa la soglia meccanica e nocicettiva termica, il tempo di immobilità al Tail Suspension e l'indice di riconoscimento al Object Recognition Test ($p < 0.05$). L'analisi proteica nei sinaptosomi della mPFC mediante Western Blotting ha evidenziato che PEA riduce NR2b (sham/PEA vs sham/veh e SNI/PEA vs SNI/veh), aumenta l'espressione di mGluR5 (SNI/veh vs SNI/PEA), riduce quella di mGluR7 (sham/PEA vs sham/veh). Inoltre PEA riduce l'espressione di Psd-95 (SNI/PEA vs SNI/veh) e aumenta quella di Shank1 (sham/PEA vs sham/veh). PEA reverte l'induzione di Homer1a nell'SNI, ma non ha effetto sulla forma costitutiva Homer1b, normalizza la riduzione del BDNF indotta nel SNI, l'espressione di Trkb e riduce la fosforilazione di Akt e S6 ($n=4$; $p < 0.05$).

CONCLUSIONI

In modelli murini di dolore neuropatico PEA allevia l'allodinia e l'iperalgia, migliora le funzioni cognitive ed ha effetto antidepressivo. Nei sinaptosomi della mPFC PEA normalizza l'espressione di NR2b, mGluR7, Trkb e BDNF e reverte l'induzione di Homer1a. Si potrebbe ipotizzare che le modificazioni biochimiche a livello delle sinapsi glutammatergiche siano alla base degli effetti analgesici e comportamentali della molecola nel dolore neuropatico ed inoltre che PEA agisce sui cambiamenti neuroplastici a lungo termine e sui disturbi affettivo/cognitivi associati al dolore neuropatico. Le variazioni dell'espressione di Homer1a, Psd-95 e Shank1 potrebbero dimostrare un effetto della PEA sulla plasticità sinaptica sia in condizioni basali che nel dolore neuropatico. La riduzione dei recettori NR2B e mGluR7, ed il ripristino dei livelli della neurotrofina BDNF è stata associata all'effetto antidepressivo ed ansiolitico di alcuni farmaci in uso.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:110

DURATA DI MALATTIA NON TRATTATA, STABILIZZANTI DELL'UMORE E ANTIPSICOTICI ATIPICI NEL TRATTAMENTO A LUNGO TERMINE DEL DISTURBO BIPOLARE

M.L. Meloni¹, D. Primavera¹, A. Murru², I. Pacchiarotti², M. Oliva¹, B. Carpiniello¹

¹Section of Psychiatry, Department of Public Health, Clinical and Molecular Medicine, University of Cagliari,

²Bipolar Disorders Unit, Hospital Clínic de Barcelona, Idibaps Cibersam, Barcelona - Spain

Scopo del lavoro: La sopravvivenza del farmaco è un importante parametro clinico che presenta delle implicazioni sia sul giudizio del clinico che del paziente riguardo all'efficacia e alla tollerabilità del trattamento [1]. L'obiettivo principale di questo studio è di valutare la sopravvivenza dei farmaci usati in monoterapia e in terapia di combinazione nei pazienti affetti da Disturbo Bipolare (DB), e di valutare come queste caratteristiche possano differire in base a maggiore o minore Durata di Malattia non Trattata.(DUI)

Materiali e metodi: La DUI è definita come il tempo trascorso tra l'insorgenza del primo episodio di malattia e la somministrazione di un primo adeguato trattamento farmacologico [2].

Il campione è stato reclutato in un periodo di tempo compreso fra Marzo 2012 e Marzo 2014, dai dati provenienti dalle cartelle cliniche dei pazienti seguiti in regime ambulatoriale. Su 118 pazienti inclusi nel nostro studio, 79 individui (pari al 66.9%) sono stati diagnosticati come Disturbo Bipolare di tipo I. Il campione si mostra equamente suddiviso in due sottogruppi DUI<1anno (N=59), DUI>1anno (N=59). Abbiamo estratto la sopravvivenza per ogni stabilizzante dell'umore (litio, antiepilettici, antipsicotici atipici) dall'inizio della sua somministrazione fino a uno dei seguenti eventi causa di sospensione: causa non nota o spontanea volontà del paziente; scarsa efficacia senza ricovero; scarsa tollerabilità; ospedalizzazione per eccitamento; ospedalizzazione per depressione grave e/o tentato suicidio. Per le variabili qualitative, è stato utilizzato il test di Pearson chi quadro in tabelle di contingenza, per le variabili quantitative un'analisi di varianza (ANOVA). Per il litio è stata effettuata l'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Meier, e le differenze tra i due gruppi DUI sono state comparate utilizzando i test log-rank a un livello $p=0.005$ di significatività.

Risultati: I due sottogruppi non mostrano differenze statisticamente significative riguardo all'età ($F=1.189$ $p=0.278$), al genere (chi quadro= 0.034, $p=1.000$) e alla durata di malattia ($F=2.760$, $p=0.099$). Il sottogruppo DUI>1 anno è più frequentemente associato a un disturbo di personalità di qualsiasi tipo ($p=0.005$). I due sottogruppi DUI non mostrano differenze nell'utilizzo di qualsiasi tipo di terapia (mono/politerapia) ($p=0.160$) e nemmeno nella sopravvivenza totale dei farmaci ($p=0.160$), benchè il sottogruppo DUI>1 anno presenti una sopravvivenza dei farmaci generalmente minore. L'incidenza di tentativi suicidari è significativamente associata al sottogruppo DUI>1 anno ($p=0.021$). Nell'analisi di sopravvivenza dei trattamenti in monoterapia il sottogruppo DUI<1 anno mostra sopravvivenze mediamente maggiori (CI 25.26-40.84). L'analisi di sopravvivenza del Litio (Kaplan-Meier) non ha mostrato significatività ($p=0.377$).

Conclusioni: Sono state apprezzate differenze quantitative che paiono coerenti con il dato che i pazienti con una maggiore durata di malattia non trattata soffrono di un DB meno controllabile con i trattamenti oggi giorno a nostra disposizione.



ATTI DEL CONGRESSO

Tab. 1. Caratteristiche del campione incluso nello studio.

Variabile	Campione totale (n=118)	
	n	%
Genere femminile	65	55.1
DUI < 1 anno	59	50
Diagnosi		
DB tipo I	79	66.9
DB tipo II	31	26.3
D. Schizoaffettivo	2	1.7
DB NAS	6	5.1
Comorbidità		
Asse I	75	63.6
D. Personalità	23	19.5
Uso di sostanze	45	38.1
	media	DS
Età	52.51	13.35
Durata di malattia	21.59	10.83

Note: DUI = Durata di malattia non Trattata; DB = Disturbo Bipolare; D. = Disturbo; NAS = Non Altrimenti Specificato; DS = Deviazione Standard.

Tab. 2. Caratteristiche di base del campione incluso, suddiviso nei due sottogruppi studiati.

Variabile	DUI<1 anno (n=59)		DUI>1 anno (n=59)		Test	
	n	%	n	%	χ^2	P
Genere femminile	33	55.9	32	54.2	0.034	1.000
Diagnosi						
DB tipo I	41	69.5	38	64.4	0.813	0.846
DB tipo II	15	25.4	16	27.1		
D. Schizoaffettivo	1	1.7	1	1.7		
DB NAS	2	3.4	4	6.8		
Comorbidità						
Asse I	34	57.6	41	69.5	1.793	0.251
D. Personalità	5	8.5	18	30.5	9.127	0.005
Uso di sostanze	20	33.9	25	42.4	0.898	0.449
	Media	DS	Media	DS	F	P
Età	53.20	12.66	50.84	13.71	1.189	0.278
Durata di Malattia	19.79	9.67	23.47	11.17	2.760	0.099

Note: DUI = Durata di Malattia non Trattata; DB = Disturbo Bipolare; D. = Disturbo; NAS = Non Altrimenti Specificato; DS = Deviazione Standard.

Tab. 3. Caratteristiche relative al corso di malattia e ai trattamenti effettuati del campione incluso, suddiviso nei due sottogruppi studiati.

Variabile	DUI<1 anno (n=59)		DUI>1 anno (n=59)		Test	
	mediana	IC	mediana	IC	F	p
Tentativi di suicidio	0.00	0.23-0.66	0.00	0.62-2.07	5.446	0.021
Cambi di terapia	2.00	2.10-4.15	3.00	3.12-5.50	2.260	0.135
Sopravvivenze (mesi)						
totale	10.50	19.61-28.50	10	15.69-23.79	1.982	0.160
monoterapie	12.00	25.26-40.84	12	16.55-32.36	2.315	0.129
politerapie	7.00	11.38-18.79	8.00	12.08-18.41	0.038	0.931
	N	%	N	%	C2	p
Uso di litio lifetime	25	42.4	28	47.5	0.308	0.711

Note: IC = Intervalli di Confidenza.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:111

IL RUOLO DELLA FARMACOGENETICA E DELLE INTERAZIONI FARMACOCINETICHE NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

M. Olivola, P. Bardi, G. Amodeo, D. Koukouna, L. Bossini, A. Fagiolini
Università degli Studi di Siena

SCOPO DEL LAVORO:

Descrivere gli effetti clinici delle terapie psichiatriche con farmaci metabolizzati dal CYP2D6 in pazienti a seconda del loro profilo genetico e del loro corrispettivo fenotipo metabolico: metabolizzatori rapidi, metabolizzatori estensivi, metabolizzatori intermedi e metabolizzatori lenti.

MATERIALI E METODI:

Il campione è costituito da 80 pazienti 38 maschi e 42 femmine, età media al tempo basale anni 43,7, (range 17-78 anni) affetti da disturbo di panico, depressione maggiore, disturbo bipolare, e disturbi psicotici. Tali pazienti in trattamento con farmaci psicotropi sono sottoposti a valutazione psichiatrica e ad analisi genotipica. Lo studio è stato approvato dal comitato etico e i pazienti hanno dato il loro consenso informato. L'indagine clinica è costituita da una scheda anagrafica che comprende nome, cognome, data di nascita, terapia psichiatrica attuale e pregressa, altri trattamenti farmacologici, risposta clinica ai farmaci, funzionalità epatica e renale. Sono stati prelevati campioni di sangue (5 ml) da una vena antecubitale nella posizione supina. Per l'analisi genotipica del gene CYP2D6: Sono stati raccolti 10 ml di campione di sangue in tubi EDTA ed è stato estratto DNA genomico dai leucociti del sangue periferico seguendo i metodi standard. Le analisi genotipiche sono state effettuate dall'analizzatore INFINITY, piattaforma automatizzata, che combina estensioni di primer allele specifiche e qualificazioni di specifici primer fluorescenti che raccoglie prove su un BioFilmChip (AutoGenomica).

RISULTATI:

La nostra popolazione appare così suddivisa:

Il 5% del nostro campione di studio sono metabolizzatori rapidi, di questi il 50% riferisce una terapia inefficace e il 50% riferisce effetti collaterali importanti.

Il 59% del nostro campione di studio sono metabolizzatori estensivi, di questi il 21% riferisce un buon compenso psicopatologico, il 19% riferisce una terapia inefficace e il 60% riferisce effetti collaterali importanti.

Il 32% del nostro campione di studio sono metabolizzatori intermedi, di questi il 64% riferisce effetti collaterali importanti, il 28% riferisce una terapia inefficace, l'8% riferisce un buon compenso psicopatologico.

Il 5% del nostro campione di studio sono metabolizzatori lenti, di questi il 75% riferisce effetti collaterali importanti e il 25% riferisce una terapia inefficace.

CONCLUSIONI:

Questo studio può essere utile per lo psichiatra al fine di progettare la posologia dei farmaci psicotropi; le informazioni riguardanti le interazioni farmacologiche di un dato farmaco unite al genotipo del CYP2D6 di un dato paziente potrebbero evitare la comparsa di effetti collaterali, l'inefficacia della terapia, la tossicità e i continui aggiustamenti della terapia.

Le analisi del genotipo citocromico P2D6 in psichiatria migliorano la gestione del paziente psichiatrico, permettendo di personalizzare le terapie con dosi e tempi mirati al singolo paziente sulla base del suo fenotipo metabolico.



ATTI DEL CONGRESSO

PO7:115

LIVELLI PLASMATICI DI OSSITOCINA IN PAZIENTI CON DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO (DOC)

D. Marazziti, S. Baroni, V. Falaschi, G. Guazzini, A. Piccinni, A. Lombardi, L. Dell'Osso

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Università di Pisa

SCOPO DEL LAVORO

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una patologia caratterizzata dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Numerosi studi confermano l'ipotesi di un'alterazione del sistema serotoninergico nella genesi del DOC. Tale ipotesi si basa su osservazioni cliniche e sperimentali, tra cui l'efficacia degli inibitori selettivi della serotonina (SSRI) in questo disturbo.

La serotonina (5-HT) sembra quindi giocare un ruolo chiave nell'eziopatogenesi del DOC. Tuttavia recentemente, è stato ipotizzato un coinvolgimento di altri neurotrasmettitori e di neuropeptidi, come l'ossitocina (OT).

Data la scarsità di informazioni su un possibile coinvolgimento dell'OT nel DOC, il nostro studio si propone di valutare i livelli plasmatici di OT in un gruppo di 44 pazienti ambulatoriali con DOC, rispetto ad un gruppo di soggetti sani di controllo. Lo studio si propone inoltre di eventuali correlazioni tra le caratteristiche cliniche e l'attaccamento romantico, valutato con un apposito questionario.

MATERIALI E METODI

La diagnosi è stata effettuata secondo i criteri del DSM-IV-TR, mentre la gravità del DOC è stata misurata con la Y-BOCS.

L'attaccamento romantico è stato valutato mediante la versione italiana del questionario Experiences in Close Relationships (ECR). I livelli plasmatici di OT sono stati valutati mediante un kit RIA.

RISULTATI

I livelli OT (media \pm DS, pg/ml) erano significativamente più alti nei pazienti rispetto ai soggetti di controllo ($4,30 \pm 1,36$ vs $2,55 \pm 2,18$, $p > 0.001$).

Il confronto tra i punteggi dell'ansia e dell'evitamento nella scala dell'ECR ha evidenziato un punteggio medio significativamente più alto nei pazienti rispetto ai controlli (4.4 ± 0.2 vs 3.1 ± 0.3 , $p > 0.01$, e $2,9 \pm 0,2$ vs $2,0 \pm 0,3$. $P > 0.01$, rispettivamente).

Inoltre, è stata evidenziata una correlazione positiva tra i livelli di OT e gli stili di attaccamento "timoroso.evitante" ($r = 0.352$, $p = 0.054$) e "distanziante" ($r = 0.379$, $p = 0.044$), ma solo nei pazienti di sesso maschile.

CONCLUSIONI

Presi nel loro insieme, questi risultati suggeriscono che l'OT potrebbe essere coinvolta nella fisiopatologia del DOC e anche nell'attaccamento romantico dei pazienti, con una specificità di genere.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:02

PREVALENZA E IMPLICAZIONI CLINICHE DELLA DURATA DI MALATTIA NON TRATTATA NEL DISTURBO BIPOLARE

M. Oliva¹, A. Murru², D. Primavera¹, M.L. Meloni¹, I. Pacchiarotti², B. Carpiniello¹

¹Section of Psychiatry, Department of Public Health, Clinical and Molecular Medicine, University of Cagliari,

²Bipolar Disorders Unit, Hospital Clínic de Barcelona, Idibaps Cibersam, Barcelona - Spain

Scopo del lavoro

La Durata di Malattia non Trattata (DUI) è una misura della latenza che intercorre tra l'insorgenza dei primi sintomi e il primo trattamento ed è una variabile potenzialmente modificabile che ha notevoli implicazioni cliniche [1]. La maggior parte degli studi pubblicati si concentra sulla relazione tra DUI e decorso clinico della schizofrenia, mentre l'impatto di questa variabile nei disturbi affettivi è ancora poco studiato [2]. L'obiettivo del presente studio è di esplorare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti affetti da disturbo bipolare (DB) in relazione alla DUI.

Materiali e metodi

Sono stati reclutati 119 pazienti con diagnosi DSM IV di DB di tipo I o II, i cui dati sono stati estratti dalle cartelle cliniche. Dopo aver ottenuto 2 sottogruppi (DUI<1 anno, n=59, e DUI>1 anno, n=60), abbiamo analizzato e confrontato le variabili demografiche e cliniche con tavole di contingenza e test chi quadro; abbiamo utilizzato l'analisi di varianza a una via (ANOVA) per valutare le differenze per le variabili quantitative. Abbiamo utilizzato una assunzione di normalità anche per le variabili intervallari, utilizzando il test ANOVA. I valori di p sono stati considerati a due code e il livello di significatività statistica è stato deciso per p<0.05. Le analisi statistiche sono state effettuate con lo Statistical Package for Social Sciences (SPSS v.18.0.0. for Windows®).

Risultati

Oltre la metà del campione presenta familiarità per malattia mentale. 47,9% dei pazienti non ha avuto alcuna diagnosi precedente, il 24,4% Depressione Maggiore, il 5% disturbo schizoaffettivo.

Il gruppo DUI>1 ha mostrato una maggiore comorbidità con i disturbi di Asse I (N=52, p=0,000) e con i disturbi di Asse II (N=16, p=0,032) rispetto al gruppo DUI<1. Il decorso con recupero interepisodico è maggiormente rappresentato nel gruppo DUI<1 (p=0,000). Il gruppo DUI<1 ha una più elevata età di insorgenza dei primi sintomi (p=0,000) con un valore medio di 30,25 (DS ±10,478) vs una età media di 22,57 (DS ±11,594) del gruppo DUI>1 anno; il gruppo DUI>1 ha presentato un maggior numero di cambi di terapia (p=0,004) con una mediana di 16 (IC 3-29) contro un numero inferiore di cambi di terapia, con mediana 7 (IC 2-18) del gruppo con DUI<1 anno e ha presentato significativamente più ricadute (p=0.001) con una maggiore tendenza alle ricadute depressive (p<0.001) e ipomaniacali (p=0.009). I pazienti con DUI<1 anno avevano una Polarità Predominante [3] di qualsiasi tipo rispetto a quelli con DUI >1 anno (p=0.032).

Conclusioni

Nel DB, una DUI di maggiore durata è associata ad un decorso di malattia (misurata come ricadute, cambi di terapie, presenza di comorbidità e recupero interepisodico) globalmente peggiore.



ATTI DEL CONGRESSO

Variabili	DUI < 1 anno (n=59)		DUI > 1 anno (n=60)		F	p	Variabili	DUI < 1 anno (n=59)		DUI > 1 anno (n=60)		F	p
	Mediana	IC	Mediana	IC				Mediana	IC	Mediana	IC		
Ospedalizzazioni totali	1,00	0-9	2,00	0-11	3,201	0,079	Episodi totali	7.50	5.98-8.56	10.00	9.57-14.29	12.862	0.001
							Episodi maniacali	0.00	0.05-0.48	0.00	0.20-0.76	1.563	0.216
							Episodi ipomaniacali	3.00	2.44-4.16	5.00	4.06-6.63	7.401	0.009
							Episodi misti	0.00	0.07-0.20	0.00	0.04-0.11	0.180	0.673
Cambi di terapia totali	7,00	2-18	16	3-29	8,831	0,004	Episodi depressivi	3.00	2.95-4.32	5.00	4.91-7.23	13.896	<0.001
								N	%	N	%	X ²	p
	Media	DS	Media	DS			Presenta di Polarità Predominante	17	28.8	8	13.3	4.296	0.032
Età dei Primi Sintomi	30,25	10,48	22,57	11,59	14,386	0,000	Tipo di P. Predominante						
Età di Esordio	31,00	9,70	26,12	11,04	6,558	0,12	Nessuna	13	43.3	21	72.4	5.645	0.052
							Depressiva	10	33.3	6	20.7		
							Maniacale	7	23.3	2	6.9		



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:03

CORRELATI SOCIO-DEMOGRAFICI E CLINICI DI ATTI VIOLENTI CONTRO LA PERSONA IN UNA POPOLAZIONE CLINICA DI UTENTI DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE. STUDIO DI COORTE PRESSO IL DSM DELL'AO SAN GERARDO DI MONZA.

A. Ornaghi¹, M. Bava¹, G. Brambilla¹, V. Bulgari², V. Candini², G. Carrà³, C. Crocamo⁴, G. De Girolamo², G. Gamba¹, L. Iozzino², A.P. Perin¹, J. Santambrogio¹, M. Clerici¹

¹Department of Surgery and Translational Medicine, University of Milano Bicocca, Monza, ²Irccs, St. John of God, Fatebenefratelli, Brescia, ³Division of Psychiatry, University College London - UK, ⁴Department of Public Health, Neuroscience, Experimental and Forensic Medicine, University of Pavia

SCOPO DELLO STUDIO

Il DL 52/2014 ha previsto la chiusura degli OPG per il 31 marzo 2015. Quale futuro per questi pazienti? Sul territorio nazionale mancano strutture adeguate pronte ad accoglierli. Lo studio VARIVISAME (VALutazione Rischio Violenza SALute MEntale), si propone di identificare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e sociali dei soggetti affetti da disturbi mentali autori, nel corso della loro vita, di comportamenti violenti contro la persona, identificando le variabili che consentono di distinguere tali pazienti da pazienti psichiatrici che non hanno mai mostrato tali agiti.

MATERIALI E METODI

Lo studio include una coorte di pazienti, di età compresa fra i 18 e 70 anni, autori e non di atti violenti contro la persona, appaiati secondo età, sesso e diagnosi psichiatrica.

È stata prevista una valutazione clinica e psicosociale (Scheda Paziente; BPRS; SLOF; SCID I e II), un assessment dell'aggressività e dell'impulsività (STAXI-2; BIS-11), una valutazione neuropsicologica (WCST; BACS), un assessment del riconoscimento emotivo (FEEL) e del rischio di recidiva in atti violenti (MOAS).

RISULTATI

I soggetti che hanno compiuto atti violenti risultano descritti dalle seguenti caratteristiche sociodemografiche: sesso maschile (89%), età media di 47 anni, celibi/nubili (50%), basso livello culturale (56% licenza media), vivono spesso con i propri genitori (39%) o con il proprio partner (22%) che sono anche le vittime più frequenti degli agiti violenti (33% e 22%). Le diagnosi più frequenti in questo gruppo risultano essere quelle di disturbo dell'umore (50%) e disturbi psicotici (22%) sull'asse I, e di un disturbo di personalità del cluster B (55%) sull'asse II. Molti pazienti (79%) hanno in anamnesi almeno un ricovero in reparto di psichiatria e il 28% di questi ha avuto un ricovero in regime di TSO. Si sono evidenziati correlati di abuso e di dipendenza da alcool (22%) e sostanze stupefacenti (29%). Il 56% dei soggetti ha compiuto un agito violento nei sei mesi precedenti alla rilevazione. Secondo i risultati della valutazione testale i soggetti che hanno compiuto atti violenti presentano minor "accettabilità e adattamento sociale" (SLOF); ridotta capacità di problem-solving, astrazione, autoapprendimento e maggior comportamento perseverativo (WCST); deficit nella memoria esecutiva e nella rapida elaborazione delle informazioni (BACS); difficoltà nel riconoscimento di uno stato collerico (FEEL); maggior rabbia di tratto, rabbia temperamento, rabbia reazione ed espressione della rabbia all'esterno (STAXY-2). BPRS, BIS-11 e MOAS non hanno mostrato differenze fra i due gruppi.

CONCLUSIONI

Peculiari caratteristiche socio-demografiche e neuropsicologiche descrivono il paziente autore di agiti violenti (Dack et al, 2013; Elbogen and Jonhson, 2009; Petit, 2005). Tali specificità permettono e permetteranno, in un'ottica futura di ampliamento del campione e di follow-up, di delineare il profilo di questi pazienti e di migliorarne la prognosi clinica e sociale.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:04

L'ENDOFENOTIPO ALLARGATO, CONFRONTO TRA GENITORI E FRATELLI DI SOGGETTI AUTISTICI. UNO STUDIO PRELIMINARE.

M. Tricoli, A. Calcerano, F.T. Garito, S.M. Fiocco, L. Galati Rando, E. Manitta, A. Natoli, C. Spanò, F.R. Marzullo

Centro Diurno Autismo Navacita- Dipartimento Salute Mentale Asp Messina, Naso, ME

Introduzione

Con tale lavoro si cerca di esplorare, oltre al rapporto tra le caratteristiche BAP (Broad Autism Phenotype) nei genitori anche quello nei fratelli.

Alcune ricerche hanno dimostrato che i genitori biologici dei bambini con autismo mostrano tratti BAP in misura maggiore rispetto ai genitori di confronto (Sasson NJ, Lam KSL, et al. 2013). Altri studi si sono concentrati sulle coppie di genitori per cercare di scoprire se la responsabilità genetica per l'autismo aumenta quando entrambi i genitori presentano caratteristiche BAP.

Negli anni, però, sono stati fatti pochi studi sui fratelli non gemelli. Sarebbe interessante vedere la concordanza di BAP nei fratelli e valutare la concordanza di genere sia con il fratello con autismo, sia con il genitore principalmente coinvolto nella trasmissione.

Sarebbe anche importante valutare le differenze nei tre settori (sociale, comunicazione e comportamenti ripetitivi), dei fratelli che presentano BAP.

Metodologia

La ricerca è stata condotta su genitori e fratelli di soggetti autistici (diagnosticati presso strutture abilitate e con strumenti standardizzati). Il campione è composto da 14 madri, 13 padri e 10 fratelli di soggetti autistici.

Strumenti

Per analizzare il livello BAP nei fratelli dei soggetti autistici, cercando così di individuare la linea genetica dei tratti, si è deciso di adottare il Broad Autism Phenotype Questionnaire. Il questionario prende in considerazione tre aree (la distanza sociale, il linguaggio pragmatico e la rigidità mentale), considerate caratteristiche fondamentali del BAP.

Risultati

I risultati mostrano, nelle madri e nei padri con almeno un figlio autistico, alti punteggi nell'area "rigidità" ($M=3.80$), anche se non in tutti (circa il 58%). Elevati punteggi nella medesima area si evidenziano in tutti i fratelli analizzati (100%), con una media lievemente inferiore rispetto alle madri e ai padri ($M=2.90$).

Conclusioni

Relativamente al gruppo di controllo è stato possibile evidenziare alti punteggi nell'area "distanza sociale". Quest'ultimo dato ci suggerisce che alti punteggi nell'area "rigidità" dei gruppi sperimentali potrebbero essere predittori di BAP. Ricerche future potrebbero approfondire ulteriormente quest'ultimo aspetto e con l'ampliamento del campione essere indirizzate alla valutazione delle funzioni esecutive e dell'attenzione selettiva. Inoltre sarebbe interessante, a nostro avviso, valutare la differenza di BAP dei fratelli con un solo soggetto autistico e quelli con più fratelli con lo stesso disturbo.



ATTI DEL CONGRESSO

Bibliografia

Maxwell et al. The broad autism phenotype predicts child functioning in autism spectrum disorders *Journal of Neurodevelopmental Disorders* 2013, 5:25

V. Eapen, et al. Exploring links between genotypes, phenotypes, and clinical predictors of response to early intensive behavioral intervention in autism spectrum disorder; *Frontiers Human Neuroscience* published: 11 September 2013

N.J Sasson et al. Autism and the broad autism phenotype: familial patterns and intergenerational transmission; *Journal of Neurodevelopmental Disorders* 2013, 5:11



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:05

STUDIO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO IN UNA POPOLAZIONE AD ALTO RISCHIO SUICIDARIO

A. Filippo, A. Strati, A.F. Buchignani, D. D'Epiro, M. Falcone, M. Strati, M. Strati
Dipartimento di Salute Mentale A.S.P. Cosenza

SCOPO DEL LAVORO

Studio demografico-epidemiologico riferito all'ultimo trentennio, con dati epidemiologici nel primo ventennio e statistici nell'ultimo decennio. E' emersa l'alta incidenza di agiti suicidari in una specifica contrada di un paese di montagna (Acri). Dai dati emersi è scaturita una valutazione del rischio suicidario in rapporto al profilo demografico-sociale della popolazione ed alle condizioni psico-fisiche dei soggetti.

MATERIALI E METODI

I dati epidemiologici raccolti sono relativi ad una ricerca accurata eseguita in collaborazione con il CSM ed il comune di Acri (CS).

RISULTATI

Il dato emergente era costituito da una percentuale pari al 76% dei soggetti suicidari mai presi incarico dai servizi, il 18% in cura ai servizi ed un 6% passati solo dal PS. Tra le tecniche di suicidio praticate, l'impiccagione era prevalente sugli uomini mentre l'annegamento prevaleva nelle donne.

CONCLUSIONI

Centrale è il ruolo del servizio psichiatrico e le sue strategie d'intervento finalizzate alla riduzione dei tassi suicidari attraverso una costante valutazione dei fattori di rischio e l'attuazione di misure preventive mirate.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:06

LO STIGMA PERCEPITO IN UN GRUPPO DI PAZIENTI CRONICI CON DISTURBI DELLO SPETTRO PSICOTICO: UN CONTRIBUTO DI RICERCA SU UN CAMPIONE SICILIANO

F. Seminerio¹, L. Sideli¹, E. La Cascia¹, A. Francomano¹, G. Tripoli¹, R. Sartorio¹, M. Barone¹, C. Maiorna², M. Inguglia², G. Vassallo², L. Nava², S. Rubino², A. Rizza², E. Baiamonte², M. Capillo², M. Di Fiore², D. La Barbera¹

¹Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo, ²Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Azienda Sanitaria Provinciale 6, Palermo

Scopo del lavoro: Dati di letteratura da anni hanno individuato nel self-stigma un fattore che ostacola il funzionamento sociale e psicologico delle persone affette da patologie psichiatriche. Partendo da questo assunto, lo studio propone di indagare le opinioni di un gruppo di pazienti cronici palermitani affetti da disturbi psicotici e le convinzioni circa le cause del loro disturbo mentale.

Materiali e metodi: Lo studio, condotto all'interno dei diversi servizi di salute mentale della città di Palermo, ha coinvolto 26 pazienti cronici affetti da disturbi dello spettro psicotico ai quali è stato somministrato il Questionario sulle Opinioni degli Utenti dei servizi di salute mentale (QOU) sviluppato da utenti schizofrenici e operatori della salute mentale, utilizzando una procedura focus-group¹ che comprende 24 item raggruppati in 6 sottoscale: 1) Problemi Affettivi; 2) Distanza Sociale; 3) Utilità dei farmaci e dei trattamenti psicosociali; 4) Diritto di Essere Informati; 5) Riconoscibilità; 6) Giustizia Sociale.

Risultati: Il gruppo dei 26 pazienti cronici (Età $M=30,0 \pm 10,6$) presenta delle differenze significative nelle sei sottoscale che indagano le varie dimensioni dello stigma percepito ($FR= 23,33$ $p<0,001$) con dei valori di Rango medio maggiori in Riconoscibilità ($rm=3,86$), Distanza Sociale ($rm=3,72$) e Giustizia Sociale ($rm=3,30$) rispetto alle sottoscale Problemi Affettivi ($rm=2,76$) e Diritto di Essere Informati ($rm=1,86$). Inoltre nel gruppo dei pazienti è presente una maggiore percezione dello stigma nella dimensione Distanza Sociale in coloro che credono che la schizofrenia sia imputabile a cause sociali piuttosto che a cause biologiche (Kruskal-Wallis $DSoc$ $X^2=6,648$ $p=0,036$). Rispetto alla sottoscala Utilità dei farmaci e dei trattamenti psicosociali, il 57% dei pazienti ($N=15$) ritengono utili i trattamenti farmacologici, la percentuale sale se vengono valutate l'efficacia dei trattamenti psicosociali (69% $N=18$).

Conclusioni: Dalle opinioni dei pazienti emergono alti livelli di stigma nella sfera della socialità, sia in termini di uguaglianza che di distanza percepita, connesso anche alla riconoscibilità della malattia da parte degli altri. Rispetto alle credenze sulle cause di malattia individuate dai pazienti, e coerentemente con i dati di letteratura², quelle psicosociali (es: traumi infantili, difficoltà scolastiche o lavorative) risultano maggiormente connesse alla sottoscala della Distanza Sociale. Inoltre, questi dati diventano utili nella progettazione di interventi psicoeducational rivolti a migliorare l'insight dei pazienti stessi al fine di prevenire e ridurre le credenze negative circa la malattia mentale, migliorare il coping e sostenere l'autostima.

¹Magliano L., Fiorillo A. et al. 2009. Development and validation of a self-reported questionnaire on users opinions about schizophrenia: a participatory research. *Int. Journal of Soc. Psych.* 55: 425

²Magliano L., Fiorillo A., Del Vecchio H. et al. 2009. What people with schizophrenia think about the causes of their disorder. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18: 48-53.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:07

STRESS PERCEPITO, CARICO EMOTIVO, DISREGOLAZIONE EMOTIVA E CRITICISMO GENITORIALE NEI FAMIGLIARI DI PAZIENTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: STUDIO CASO-CONTROLLO

N. Morandotti, P. Malinverni, E. Grandi, A. Cebrelli, E. Caverzasi

Centro Interdipartimentale per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi della Personalità - Università degli Studi di Pavia

Scopo del Lavoro: testare l'ipotesi che i livelli di stress percepito, criticismo genitoriale e disregolazione emotiva nei famigliari di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) siano maggiori rispetto a famigliari di persone prive di disturbi psichiatrici, mentre che i primi abbiano minore capacità empatica; abbiamo ipotizzato che nei famigliari di pazienti con DBP i livelli di stress percepito siano correlati con i livelli di sovraccarico. Lo studio di queste variabili è finalizzato alla pianificazione di interventi psicoeducativi che offrano strumenti volti a migliorare le capacità comunicative, di mentalizzazione e di gestione delle situazioni emotivamente difficili. Infatti, i famigliari di questi pazienti frequentemente si rivolgono al servizio di salute mentale, esprimendo disagio, stress o intense emozioni da loro percepite a causa della sofferenza dei loro cari o delle difficoltà nell'interazione con loro quando mettono in atto comportamenti drammatici.

Materiali e metodi: abbiamo somministrato a 13 famigliari di pazienti con DBP e a 18 soggetti di controllo (famigliari di persone senza disturbi psichiatrici) appaiati per sesso, età e scolarità, questionari autosomministrati per la misurazione di criticismo genitoriale (PCI-A), sovraccarico del caregiver (CBI) (solo nei famigliari dei pazienti con DBP), stress percepito (PSS), disregolazione emotiva (DERS), livelli di empatia (Empathy Quotient)

Risultati: abbiamo rilevato nei famigliari di pazienti con DBP livelli di stress percepito e disregolazione emotiva significativamente maggiori rispetto ai controlli ($p < 0.05$); i livelli di stress percepito sono apparsi correlati negativamente con i livelli di empatia ($r = -0.63$) e positivamente con i livelli di disregolazione emotiva ($r = 0.62$); inoltre i livelli di empatia, per quanto non differissero rispetto ai soggetti di controllo, solo nei famigliari dei pazienti DBP erano negativamente correlati con i livelli della DERS, sottoscala "mancanza di chiarezza" ($r = -0.69$).

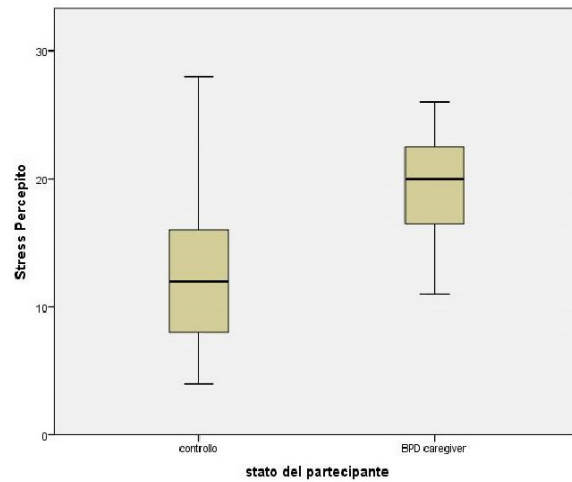
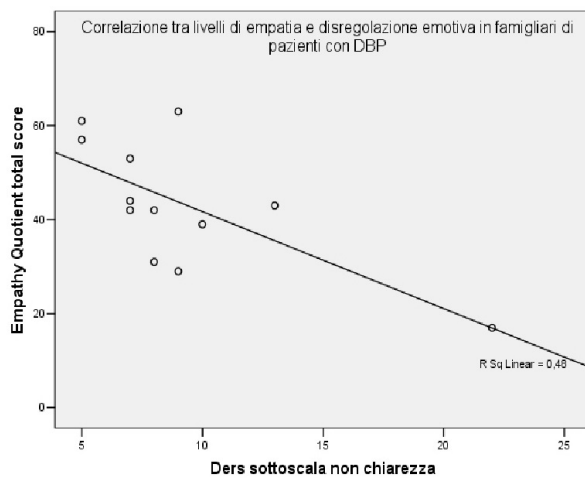
Conclusioni: i famigliari di pazienti con DBP esperiscono elevati livelli di sovraccarico e stress; quest'ultimo è correlato con le loro capacità empatiche e con le loro difficoltà di regolazione emotiva; inoltre i livelli di mancanza di chiarezza delle emozioni sono correlati negativamente con i livelli di empatia. Proporremo a questi famigliari incontri psicoeducazionali che offrano informazioni sul DBP, promozione di maggiore capacità di validazione e mentalizzazione circa gli stati mentali dei loro cari. Infatti, dati disponibili in letteratura suggeriscono che interventi psicoeducazionali rivolti a famigliari di pazienti con DBP e altri disturbi psichiatrici abbiano efficacia nel migliorare le capacità di fare fronte alle difficoltà dei loro cari e migliorare l'alleanza terapeutica. Verificheremo in seguito se questi interventi favoriranno la riduzione dei livelli di stress percepito, mediante il miglioramento dell'empatia, della capacità di mentalizzazione e regolazione emotiva.



ATTI DEL CONGRESSO

Caratteristiche demografiche dei famigliari dei pazienti BPD e dei soggetti di controllo

Caratteristiche demografiche dei famigliari dei pazienti BPD e dei soggetti di controllo		
	Famigliari di pazienti BPD (n = 13)	Controlli (n = 18)
Sesso femminile, n (%)	8 (72.0)	13 (61.5)
Età, media (SD)	60.6 (8.0)	56.2 (5.9)
Tipo di relazione con il paziente BPD: genitore, n (%)	12 (92,3)	18
Coniugati, n (%)	12 (92.3)	16 (88,9)
Numero di figli, (SD)	2.2 (1.0)	1,61 (0.8)





ATTI DEL CONGRESSO

PO8:08

ASSOCIAZIONE FRA COMPONENTI INDIPENDENTI DELLA CONNETTIVITA' CEREBRALE DURANTE CONTROLLO ATTENTIVO E RISCHIO GENETICO PER SCHIZOFRENIA

L. Antonucci^{1,2}, P. Taurisano¹, L. Fazio¹, M. Piarulli¹, R. Vitale¹, T. Quarto^{1,4}, R. Romano¹, B. Gelao¹, A. Di Giorgio^{1,3}, A. Rampino¹, G. Blasi¹, A. Bertolino^{1,5}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ³Dipartimento di Neuroradiologia, Irccs Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, FG, ⁴Cognitive Brain Research Unit, Institute of Behavioural Sciences, Helsinki - Finland, ⁵Pred, Nord Dta, F. Hoffman-La Roche Ltd., Basel - Switzerland

SCOPO DEL LAVORO: Diversi studi hanno messo in evidenza che anomalie dell'elaborazione attentiva sono associate a rischio genetico per schizofrenia, e che alterazioni della connettività cerebrale durante elaborazione cognitiva sono presenti in pazienti con questo disturbo. D'altro canto, non è noto se la connessione funzionale corticale e sottocorticale durante elaborazione attentiva è un fenotipo associato a rischio genetico per la schizofrenia, tale da poter essere considerato un fenotipo intermedio della malattia. Una strategia per chiarire questo aspetto è lo studio di fratelli non affetti di pazienti con schizofrenia (SIB). In questo studio abbiamo indagato i pattern di connettività funzionale durante controllo attentivo in controlli sani (NC), SIB e pazienti affetti da schizofrenia (SCZ) a livello di aree corticali e sottocorticali al fine di comprendere la relazione tra tale fenotipo ed il rischio genetico di schizofrenia.

MATERIALI: 358 NC, 40 SIB e 55 SCZ sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale (fMRI) durante lo svolgimento del compito Variable Attentional Control (VAC). È stata condotta un'Analisi delle Componenti Indipendenti (ICA) con GIFT 2.0, che ha scomposto il segnale BOLD registrato durante l'esecuzione del VAC in componenti indipendenti (IC). L'affidabilità delle IC è stata valutata attraverso l'ispezione visiva, l'indice di stabilità (IQ) e la presenza di una correlazione positiva tra ogni IC e un template relativo al network del controllo attentivo. Identificate le Componenti di Interesse (COI), sono state condotte delle ANOVA al fine di testare l'effetto della diagnosi sulla forza di connettività tra le aree facenti parte di tali COI ($p < 0,05$ con correzione FWE per piccoli volumi). Infine, sono state condotte delle correlazioni (r di Pearson) con l'obiettivo di valutare nei cluster significativi la relazione tra la connettività e la performance comportamentale durante il VAC.

RISULTATI: Una COI (la numero 21) è risultata essere la più correlata al network del controllo attentivo ($R^2 = 0,037$). L'ANOVA ha evidenziato un effetto della diagnosi in BA47 e nel talamo di sinistra: in queste regioni gli SCZ mostravano una minore forza di connettività all'interno della COI rispetto ai SIB, che a loro volta avevano una minore forza di connettività rispetto agli NC. Inoltre, è emersa una correlazione positiva fra accuratezza durante il VAC e forza di connettività nelle aree suddette a livello dell'intero campione (BA47: $r = 0,20$ - $p = 0,0001$; talamo: $r = 0,18$ - $p = 0,0001$).

CONCLUSIONI: Questi dati suggeriscono che la riduzione della connettività prefrontale (BA47) e talamica durante controllo attentivo è associata a rischio genetico per schizofrenia e predice il deficit di accuratezza durante tale funzione cognitiva. Su queste basi, l'alterata connettività in tali regioni cerebrali potrebbe essere considerata un fenotipo intermedio di interesse per lo studio della schizofrenia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:09

STUDIO PRELIMINARE SULL'INFERENZA SOCIALE NEI PAZIENTI SCHIZOFRENICI E NEI LORO FAMILIARI

M. Zocconali, M. Paolemili, A. Buzzanca, C. Squarcione, M. Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma

SCOPO DEL LAVORO :

Deficit nella social cognition sono stati evidenziati in individui affetti da schizofrenia messi a confronto con individui sani. Obiettivo del nostro lavoro è lo studio del rapporto tra inferenza sociale, come parametro fondamentale della social cognition, e caratteristiche psicopatologiche nei pazienti affetti da schizofrenia e nei loro familiari di primo grado.

MATERIALI E METODI: Il campione è costituito da 39 pazienti afferenti all'Ambulatorio Specialistico dell'Area delle Psicosi e dai loro 21 familiari di primo grado e 32 controlli sani. Oltre ai dati demografici, sono stati raccolti dati psicopatologici attraverso la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e sull'inferenza sociale mediante The Awareness of Social Inference Test (TASIT). Il TASIT si articola in tre parti:

Parte 1: test di valutazione delle emozioni (felice, sorpreso, neutrale, triste, arrabbiato, ansioso e disgustato) Parte 2: prova di inferenza- sociale minima (sincerità, sarcasmo semplice, sarcasmo paradossale)

Parte 3: prova di inferenza- sociale arricchita (Menzogna, Sarcasmo). Le analisi statistiche sono condotte mediante il software SPSS versione 17.0.

RISULTATI: Dati preliminari ottenuti da una analisi della correlazione tra performance nel TASIT e caratteristiche psicopatologiche misurate attraverso la PANSS, evidenziano una correlazione positiva significativa tra sintomi negativi globali ed il riconoscimento delle emozioni negative ($p < 0,001$). La correlazione significativa tra sintomi negativi totali si ritrova anche con l'item "menzogna" ($p = 0,001$) e "sarcasmo" ($p = 0,008$) (TASIT - parte 3). Le correlazioni significative sono state riscontrate nel gruppo dei pazienti. Analizzando i singoli item negativi della PANSS, è stata riscontrata una correlazione significativa nei pazienti tra l'item "Ritiro emotivo" ($p = 0,004$) "Ritiro sociale" ($p = 0,008$) e "Pensiero stereotipato" ($P = 0,004$) e la "Menzogna" rilevata dal TASIT parte 3. Il "Sarcasmo", rilevato dal TASIT parte 3 è risultato significativamente correlato con l'item "Pensiero stereotipato" della scala negativa della PANSS ($p = 0,004$) nel gruppo pazienti. Una correlazione significativa al livello 0,05 (2-code) è stata rilevata anche con alcuni item della scala positiva della PANSS e punteggi di sintesi della parte 2 e 3 del TASIT, sempre nel gruppo pazienti. Tali correlazioni sono in corso di ulteriori approfondimenti.

CONCLUSIONI: Le correlazioni significative riscontrate tra sintomi psicopatologici negativi e difficoltà nell'inferenza sociale confermano le nostre ipotesi e i precedenti studi a riguardo. Trattandosi di uno studio esplorativo e preliminare è ancora prematuro fornire dei commenti puntuali. I sintomi negativi si confermano predittivi delle difficoltà d'interazione sociale negli individui affetti da schizofrenia. La difficoltà di pensiero astratto appare predominante, anche in questo studio, come fattore condizionante la scarsa inferenza sociale. Anche le difficoltà di espressione delle proprie emozioni nei pazienti schizofrenici appaiono però condizionare una scarsa performance nel prevedere le emozioni e i comportamenti altrui.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:10

UTILIZZO DELL'EDIMBURG DEPRESSION SCALE E DEL PATIENT HEALT QUESTIONAIRE 9 NELLO SCREENING DELLA DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA

C. Di Venanzio^{1,2}, M.C. Rossetti^{1,2}, V. Sanarelli^{1,2}, E. Gregori², C. Capanna³, A. D'Alfonso⁴, G. Carta⁴, A. Rossi²
¹Scuola di Specializzazione In Psichiatria Università degli Studi dell'Aquila, ²Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria Ospedale San Salvatore Dell'Aquila, ³DISCAB Dipartimento di Scienze Biologiche Cliniche ed Applicate Università degli Studi dell'Aquila, ⁴U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia Ospedale San Salvatore Dell'Aquila

INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO: La depressione è una delle cause di disabilità più frequenti nelle donne, 1 la gravidanza ed il puerperio sono periodi nei quali il rischio di sviluppare una depressione aumenta. La depressione perinatale è un disordine mentale che insorge durante la gravidanza o 12 mesi dopo il parto. 2 La depressione perinatale può avere le caratteristiche di un episodio depressivo minore o maggiore, come descritto dal DSM-V, ma con un'ideazione riguardante il parto ed il puerperio. La prevalenza della depressione in gravidanza è variabile a seconda del periodo gestazionale preso in considerazione, del metodo usato e della popolazione presa in esame. Recenti studi descrivono la prevalenza della depressione perinatale in un range che va dall'8% al 51%³. Lo scopo dello studio è misurare la prevalenza della depressione in gravidanza utilizzando due strumenti di screening: Edimburg Depression Scale (EDPS) (Cox JL. 1987) e del Patient Healt Questionaire 9 (PHQ-9) (Kroenke K. 2001).

MATERIALI E METODI: Da maggio a novembre 2014 abbiamo intervistato 270 donne durante la visita di pre-ospedalizzazione alla 38^a settimana di gestazione presso il reparto di Ginecologia ed Ostetricia del nostro ospedale di riferimento. I criteri di inclusione sono stati: età >18 anni, capacità di fornire il consenso informato, gravidanza fisiologica non a rischio, comprensione della lingua italiana. Le donne sono state intervistate da un clinico che ha somministrato loro la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan DV. 1998), successivamente hanno compilato una scheda socio-demografica e i test autosomministrati EPDS e PHQ-9.

RISULTATI: Delle 270 donne intervistate il 20% (n=56) è stato escluso, perché non rispettava i criteri d'inclusione, 214 donne hanno completato lo studio, con un'età media + deviazione standard di 32.9 + 4.6 anni. 50 donne gravide (23.3%) ha ricevuto una diagnosi di depressione all'intervista diagnostica MINI, esse sono risultate appartenere ad una classe sociale medio-alta: il 98% ha un grado d'istruzione elevato, il 52% un lavoro, il 98% ha un partner fisso. Il 20% ha dichiarato di aver avuto un precedente episodio depressivo, il 22% riferisce una depressione post partum in passato, il 22% un trattamento psicofarmacologico pregresso, il 22% ha una familiarità per patologia psichiatrica. 54 donne hanno riportato un punteggio del EDPS >9, con una sensibilità del 76.0% e una specificità del 91.3%, mentre 64 hanno riportato un punteggio del PHQ-9 >5 con una sensibilità di 78.7% e una specificità di 65.5%. Le donne che hanno riportato una positività per una sintomatologia depressiva ad entrambi i test sono risultate 47 con un aumento della sensibilità al 94.0%.

CONCLUSIONI: 23.3% delle donne in gravidanza è affetto da depressione. L'assessment per lo screening della depressione in gravidanza migliora utilizzando entrambi i test EDPS e PHQ-9 poiché aumenta la sensibilità.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:11

LA CREAZIONE DI UN CENTRO CRISI PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO, COME INTERVENTO PSICOSOCIALE IN RISPOSTA ALLA CRISI ECONOMICA LOCALE

R. Merli¹, E. Macchiarulo², C. Biolla¹, A.A. Cianchini¹, L. Baldassarri H.V.H.¹, D. Barone¹, A. D'Amato¹, A. Gioeli¹, C.S. Esposito¹, F. Branca¹

¹Soc Psichiatria UM1 ASL BI, Biella, ²Anteo Coop. Sociale Onlus, Biella

SCOPO DEL LAVORO

La provincia di Biella, con circa 180.000 abitanti e fortemente caratterizzata dalla presenza di una rilevante industria tessile, presenta da decenni tassi di suicidio superiori alla media piemontese e circa doppi della media italiana. Da oltre un decennio questa provincia vive una progressiva crisi economica che ha determinato un forte ridimensionamento del numero di aziende e di addetti nel settore tessile locale, con un generale disorientamento nel mutato scenario del mondo del lavoro e dell'identità lavorativa biellese. Questo studio mostra i collegamenti temporali tra l'andamento della crisi economica e quello delle crisi suicidarie (suicidi, tentativi o ideazione di suicidio) nell'area geografica in esame, che hanno portato alla decisione di creare, all'interno di un Centro di Salute Mentale, un Centro Crisi per la prevenzione del suicidio.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti i tassi di disoccupazione della provincia di Biella dal 2001 al 2013, il numero di casi di crisi suicidaria (ideazione o tentativo di suicidio) visti in consulenza psichiatrica presso l'ospedale di Biella dal 2001 al 2013, il numero dei suicidi ed i metodi usati dal 2004 al 2013 e infine i dati di attività del Centro Crisi dal 2009 al 1° semestre 2014.

RISULTATI

I tassi di disoccupazione totali nel periodo 2001-2013 si sono più che triplicati, i casi di crisi suicidaria visti in consulenza psichiatrica presso l'ospedale di Biella nel periodo 2001-2013 sono aumentati di oltre il 60% a partire dal 2008 rispetto al periodo precedente. Nel 2013 il numero assoluto di suicidi, che mostrava una progressiva tendenza al ribasso dal 2006, è raddoppiato rispetto ai 3 anni precedenti. Nei primi 5 anni e mezzo di attività il Centro Crisi ha trattato tra ambulatorio ed ospedale 520 casi, suddivisi in tentativi o ideazioni di suicidio, sopravvissuti e crisi psicosociali senza rischio suicidario.

CONCLUSIONI

Una correlazione positiva tra andamento della crisi economica e andamento delle crisi suicidarie nella provincia di Biella, potrebbe essere preso in considerazione, con particolare evidenza negli anni 2008-2009, in cui all'aumento del tasso di disoccupazione ha corrisposto un aumento dei Tentativi di Suicidio, giunti all'osservazione psichiatrica. Un aumento dei suicidi è presente a partire dal 2013, forse in relazione al perdurare della crisi economica. Sulla base delle osservazioni fatte e dei dati di letteratura, che ritengono la diffusione dei servizi di emergenza uno strumento utile per gestire il rischio suicidario, si ritiene valida la scelta di creare nel 2009 un Centro Crisi con team dedicato alla gestione psicoterapeutica territoriale delle crisi psicosociali e suicidarie, integrato da competenze di farmacoterapia ed assistenza sociale.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:12

DEPRESSIONE INTERFERONE CORRELATA IN PAZIENTI CON EPATITE C: VALORE PREDITTIVO DEI FATTORI PSICOSOCIALI

M. Masotti¹, M. Belvederi Murri¹, A.C. Cecere², L. Rossi¹, S. Visimberga¹, G. Sammito³, M. Brunacci³, G.V. Torres², A. La Marca², A. Picciotto³, A. Bellomo², M. Amore¹

¹Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili, Genova,

²Dipartimento di Salute Mentale, Struttura Complessa di Psichiatria, Foggia, ³U.O. Gastroenterologia, Ospedale San Martino, Genova

SCOPO DEL LAVORO: E' noto che la terapia con Interferone-alfa (IFN) in corso di infezione HCV è associata all'insorgenza di disturbi depressivi. Tuttavia sono ancora scarse le conoscenze relative a fattori che permettano di identificare i pazienti maggiormente a rischio.

Lo scopo dello studio era esaminare le associazioni tra diversi fattori psicosociali e lo sviluppo di depressione persistente in pazienti affetti da HCV e in terapia con IFN.

METODOLOGIA: Lo studio di coorte prospettico prevedeva la valutazione dei pazienti alla baseline (inizio terapia IFN), a 4, 8, 24 settimane, mediante intervista clinica e test psicometrici. La sintomatologia depressiva era valutata tramite la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). Altri strumenti validati venivano utilizzati per valutare i sintomi maniacali, ansiosi, ideazione suicidaria, temperamento, alessitimia e qualità di vita.

RISULTATI: I risultati preliminari sono disponibili per 61 pazienti. La severità dei sintomi depressivi aumentava significativamente in corso di terapia IFN per raggiungere un picco a 4 settimane. Un terzo dei pazienti continuava a manifestare sintomi clinicamente significativi a 24 settimane e/o riceveva terapia farmacologica antidepressiva. Nei modelli multivariati sviluppare sintomi di irritabilità a 4 settimane (aOR= 6.5; p=0.03) ed il vivere soli (aOR= 7.4; p=0,06) erano predittivi della presenza di depressione clinicamente significativa a 24 settimane. Il modello preliminare dimostrava buoni livelli di sensibilità e specificità.

CONCLUSIONI: Sia tratti psicologici (irritabilità) che fattori sociali (il vivere soli) erano predittivi della persistenza di depressione a 24 settimane dopo terapia con IFN in pazienti con HCV. I risultati, se confermati in campioni più ampi, potranno servire a migliorare l'individuazione precoce di pazienti vulnerabili per disturbi depressivi, in modo da orientare la terapia precocemente e migliorare gli esiti clinici.



ATTI DEL CONGRESSO

PO8:13

SUICIDIO E RICERCHE ONLINE

P. Solano¹, E. Pizzorno², M. Ustulin³, R. Vecchio¹, G. Serafini¹, M. Amore¹

¹Clinica Psichiatrica, Dpt. Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Genova, ²Istituto di Medicina Legale, Dpt. Scienze della Salute, Università di Genova, ³Biostatistics Unit, Dpt. Statistics and Epidemiological Mathematics, Seoul National University, Seoul - Korea

Scopo del lavoro

Nel Mondo Occidentale, Internet è disponibile alla maggior parte della popolazione. In Italia, secondo Eurostat, il 56% della popolazione si connette almeno una volta a settimana. Internet è diventato essenziale per cercare informazioni in ambito di salute e spesso i soggetti con disturbi mentali vi cercano notizie relative ai propri disturbi, in quanto meno stigmatizzante e più riservato. In letteratura aumentano le evidenze di una correlazione tra comportamenti suicidari e ricerca su motori on-line di termini correlati al suicidio. In particolare, notizie riguardanti il suicidio di personaggi pubblici aumenterebbe il numero di suicidi nella popolazione generale, fenomeno noto come "copycat suicide" o "effetto Werther". Pertanto, sono state sviluppate apposite linee guida su come affrontare l'argomento sui media. Scopo di questo lavoro è analizzare, nel periodo 2009-2014, l'associazione tra la ricerca sui motori di ricerca Google (Google Search e Google News) della parola suicidio.

Materiali e metodi

I dati sono ottenuti dalla versione italiana di Google Trend per il 2009-2014. Il termine utilizzato è stata la parola italiana "suicidio". L'analisi statistica è stata condotta mediante Stata. È stato utilizzato un modello statistico di Poisson, per verificare una possibile associazione tra il numero delle ricerche per "suicidio" su Google Search (variabile S) e il numero delle medesime ricerche su Google News (variabile N), tenendo conto anche del tempo per verificare se vi sia una stagionalità.

Risultati

La variabile N è associata con la variabile S ($p < 0,05$); al crescere della variabile N cresce anche la variabile S in maniera significativa. Allo stesso modo, la variabile S è associata positivamente alla variabile "tempo". Quando la variabile tempo è suddivisa in stagioni (primavera, estate, autunno, inverno), si ottiene che la stagione è associata significativamente alla variabile S e alla variabile N, con un picco caratteristico in primavera. Da ultimo, si è visto che vi è una correlazione significativa tra la variabile S ed N. In particolare, l'indice di correlazione di Spearman è del 74% ($p < 0,05$).

Conclusioni

La correlazione tra le ricerche su Google Search per la parola "suicidio" e le ricerche per il medesimo termine su Google News mostra come l'aumento di ricerche della parola "suicidio" si accompagni ad un aumento di notizie che riportano tale evento. Tuttavia ciò non è sovrapponibile in tutte le stagioni nell'intervallo di tempo considerato, infatti le ricerche su Google Search superano le notizie riportate su Google News in primavera. Tale andamento rispecchia quanto già rilevato in studi epidemiologici che mostrano un incremento dei tentativi di suicidio e dei suicidi in primavera che potrebbe spiegare il significativo aumento delle ricerche su Google Search rispetto a Google News. Tale dato può essere utile per lo sviluppo di strategie di prevenzione on line efficaci nell'ambito della popolazione generale.



ATTI DEL CONGRESSO

PO9:14

I DISTURBI D'ANSIA SONO CORRELATI A UN PIÙ RAPIDO DECLINO DELLE FUNZIONI COGNITIVE? UNO STUDIO PRELIMINARE

E. Sangiorgio¹, D. Caldirola¹, P. Cavedini¹, G. Diaferia¹, C. Ruffini¹, G. Perna^{1,2,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Suore Ospedaliere, Villa San Benedetto Menni, Foripsi, Albese Con Cassano, CO, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht - The Netherlands, ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard Miller School of Medicine, Miami University, Miami, Florida - USA

SCOPO DEL LAVORO

In letteratura è riportato che i sintomi d'ansia sono associati a un più rapido invecchiamento cerebrale. Tuttavia, poco indagata è la relazione tra i disturbi d'ansia e il funzionamento cognitivo valutato attraverso i test cognitivi. L'obiettivo del nostro lavoro è studiare la relazione tra i disturbi d'ansia e le performance neuropsicologiche in pazienti ricoverati per un programma di riabilitazione psichiatrica.

MATERIALI E METODI

Partecipanti. Sono stati reclutati 21 pazienti affetti da disturbi d'ansia, di età compresa tra 50-75 anni. Nel campione 5 pazienti erano affetti da Disturbo di Panico con Agorafobia (23,80%), 7 da Disturbo d'Ansia Generalizzato (33,33%) e 9 da Disturbo d'Ansia NAS (42,85%).

Strumenti di valutazione. All'inizio del ricovero sono state valutate le seguenti variabili: 1) gravità di malattia attraverso la Clinical Global Impression-Severity Scale, 2) performance neuropsicologiche con il test di Anna Pesenti (memoria verbale a breve e a lungo termine), Matrici Attentive (attenzione selettiva), Copia e Rievocazione differita della Figura di Rey (abilità prassico-costruttive e memoria visuo-spaziale a lungo termine), Fluenza Fonemica (produzione linguistica su stimolo fonemico e memoria di lavoro), Fluenza Semantica (produzione linguistica su stimolo semantico) e Test dei Gettoni (comprensione verbale). In riferimento al campione normativo italiano i punteggi dei test neuropsicologici sono stati corretti per sesso, età, scolarità ed espressi in punteggi equivalenti (0-1= prestazione deficitaria; 2-3-4= prestazione nella norma). Nel campione normativo italiano il 10,7% dei soggetti ottiene una prestazione al di sotto del limite di normalità e l'89,93% ottiene una prestazione nella norma.

Analisi Statistiche. Per confrontare le prestazioni neuropsicologiche tra il nostro campione e il gruppo normativo italiano è stato utilizzato il test Chi-Quadrato. La gravità, la durata di malattia e la distribuzione dei farmaci tra i soggetti con prestazioni neuropsicologiche al di sotto del limite di normalità e prestazioni nella norma sono state indagate con il test U di Mann-Whitney e il test esatto di Fisher.

RISULTATI

Rispetto al campione normativo i pazienti con disturbi d'ansia mostrano deficit nel test di Anna Pesenti-memoria verbale ($\chi^2=57.62$; $p < 0.001$), Matrici Attentive-attenzione selettiva ($\chi^2=16.49$; $p = 0.001$), Copia e Rievocazione della Figura di Rey-abilità prassico-costruttive e memoria visuo-spaziale ($\chi^2=22.73$; $p = < 0.001$; $\chi^2=68.84$; $p = < 0.001$), test dei Gettoni-comprensione verbale ($\chi^2=22.73$; $p = < 0.001$). Nessuna significativa differenza è emersa per gravità, durata di malattia e distribuzione dei farmaci tra i pazienti con disturbi d'ansia con prestazioni neuropsicologiche deficitarie e nella norma.

CONCLUSIONI

I risultati emersi indicano una significativa relazione tra i disturbi d'ansia e la presenza di deficit cognitivi in soggetti con età superiore ai 50 anni. Ciò suggerisce che i disturbi d'ansia possano essere associati ad un più precoce invecchiamento cerebrale. Questi risultati indicano l'importanza di approfondire le ricadute dei disturbi d'ansia sul funzionamento cognitivo dei soggetti affetti.



ATTI DEL CONGRESSO

PO9:16

AGITAZIONE NELL'ANZIANO: STUDIO SUL TRATTAMENTO IN SETTINGS DIVERSI

I. Baldini, G. Costoloni, A. Goracci, S. Bolognesi, A. Fagiolini
Università di Siena

SCOPO DEL LAVORO

L'obiettivo dello studio è quello di valutare le pratiche prescrittive di psichiatri e internisti toscani nel trattamento dell'agitazione nell'anziano e individuare eventuali differenze nella scelta dei farmaci tra questi due gruppi di medici.

MATERIALI E METODI

Un questionario, in autosomministrazione, è stato compilato da 47 psichiatri e 37 internisti toscani. Il questionario è costituito da 5 sezioni: le prime quattro riportano una lista di 32 farmaci usati nelle quattro cause più frequenti di agitazione (patologie psichiatriche, delirium, demenza e patologie organiche), di cui i medici devono indicare la frequenza prescrittiva con una scala da 1 a 4 (mai, qualche volta, spesso, sempre). L'ultima parte riporta i fattori condizionanti la scelta del farmaco (esperienza, rapidità d'azione, disponibilità, sicurezza, precedenti trattamenti), valutati in base all'importanza con una scala da 1 a 5 (per niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo).

RISULTATI

Il farmaco somministrato più frequentemente nell'agitazione da cause psichiatriche è la promazina, sia in soluzione iniettabile da 25 mg che in gocce 4g/100ml (rispettivamente il 50,6 e il 57,8% dei medici ha risposto spesso/sempre). Per quanto riguarda il delirium, solo la promazina in soluzione iniettabile da 25mg ha superato la soglia del 50% (il 60,7% dei medici ha risposto spesso/sempre), mentre la formulazione in gocce è preferita dal 48,8% dei medici. Nella demenza i farmaci più usati sono la promazina in soluzione iniettabile da 25 mg (52,3%) e in gocce 4g/100ml (52,4%). Nel caso delle patologie organiche, invece, nessun farmaco ha superato la soglia del 50%, ma la promazina iniettabile ha raggiunto il 49,8% e quella in gocce il 45,1%. Per quanto riguarda i fattori condizionanti la scelta del farmaco, tutti sono stati ritenuti molto importanti dai medici intervistati (esperienza 53%, rapidità 57,8%, sicurezza 59%, precedenti trattamenti 55,4%), tranne la disponibilità, che ha ricevuto risposte maggiormente distribuite tra le varie scelte, ma il 40,2% dei clinici ha indicato l'opzione molto importante. Sono state riscontrate, infine, differenze statisticamente significative nella somministrazione di molti farmaci tra psichiatri e internisti, soprattutto per gli antipsicotici di seconda generazione. Ad esempio, nell'agitazione da cause psichiatriche, la quetiapina in compresse da 25 mg ha ricevuto il 46,8% di preferenze dagli psichiatri e il 22,2% dagli internisti, mentre l'olanzapina in compresse da 10 mg è stata scelta dal 25,5% degli psichiatri, ma dallo 0% di internisti.

CONCLUSIONI

La promazina è il farmaco preferito nel trattamento dell'anziano agitato, indipendentemente dalla causa scatenante. Gli antipsicotici atipici, indicati come farmaci di prima scelta dalle linee guida, sono scarsamente utilizzati e, prevalentemente, dagli psichiatri.



ATTI DEL CONGRESSO

PO10:17

VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE RIFLESSIVA NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

N. Morandotti¹, A. Boldrini¹, A. Merelli¹, G.Z. De Vidovich¹, N. Brondino¹, S. Ricciardo², P. Ambrosi¹, T.E. Vecchi³, P. Luyten⁴, E. Caverzasi¹

¹Centro Interdipartimentale per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi della Personalità, Università degli Studi di Pavia, ²Università degli Studi di Pavia, ³Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia, ⁴Research Department of Clinical, Educational, and Health Psychology, University College London - UK

Scopo del lavoro:

le ricerche e le osservazioni di Peter Fonagy sui pazienti con Disturbo Borderline di personalità (DBP) hanno sottolineato l'importanza della funzione riflessiva (FR): essa fa riferimento ai processi che sottostanno alla capacità di mentalizzazione, ossia di focalizzarsi sugli stati mentali propri e degli altri e di collegare i comportamenti a stati mentali intenzionali. Fonagy e Bateman (2004) suggeriscono ad esempio che sintomi della sfera impulsiva, importante aspetto sintomatologico del DBP, possono essere mediati da un'alterata FR.

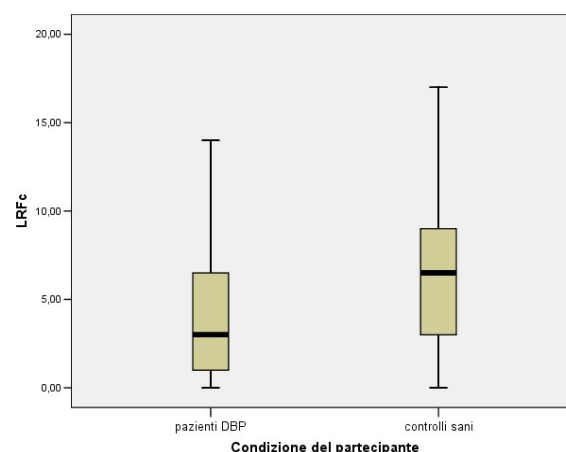
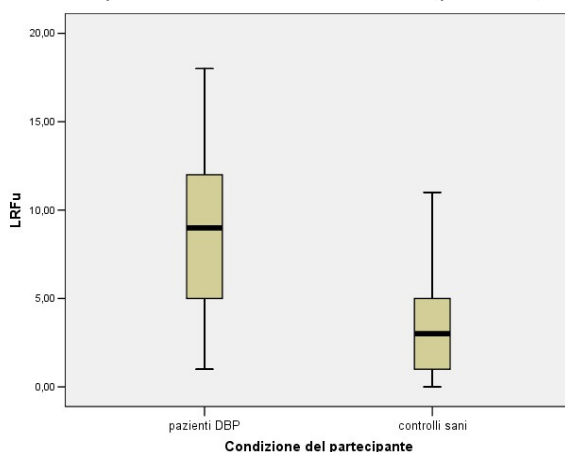
Lo scopo dello studio è verificare l'ipotesi che nei soggetti con DBP che afferiscono al nostro servizio, la FR sia deficitaria rispetto a un gruppo di soggetti sani di controllo. I risultati di queste analisi possono infine sostenere nella decisione di offrire ai nostri pazienti il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT) (Bateman e Fonagy, 1999).

Materiali e Metodi:

sono stati reclutati 55 pazienti DBP e 55 soggetti sani di controllo, appaiati per sesso, età e livello di istruzione. I pazienti sono stati sottoposti a un assessment mediante le scale SCID I, SCIDII, SWAP 200, oltre a strumenti per la misurazione del funzionamento globale (VGF), sintomatologia ansiosa e depressiva (HAM-D, HAM-A), sintomatologia dissociativa (DES); inoltre, per la valutazione della FR è stato utilizzato Reflective Function Questionnaire (RFQ). Esso è composto da due sottoscale, ciascuna composta da affermazioni il cui livello di consenso espresso con un punteggio da uno a sette (il minimo rappresenta forte disaccordo e il massimo un forte accordo con la sentenza) correla con un determinato livello di funzione riflessiva. Tale strumento è stato somministrato anche ai soggetti di controllo.

Risultati:

i soggetti DBP hanno ottenuto, rispetto ai volontari sani, punteggi inferiori alla sottoscala LRFc ($P < 0.05$) del RFQ, e superiori alla sottoscala LRFu ($p < 0.001$).





ATTI DEL CONGRESSO

Conclusioni:

Nei soggetti DBP del campione esaminato è emersa una ridotta funzione riflessiva; infatti, i soggetti DBP hanno minori punteggi alla sottoscala LRFc, che indica il grado di certezza riguardo gli stati mentali ed è normalmente adattativa, mentre punteggi superiori alla sottoscala LRFu, che indicando il grado di incertezza riguardo agli stati mentali, è sempre maladattiva.

Tali risultati ci portano a ritenere che la difficoltà a riconoscere gli stati mentali propri e altrui, sia un fattore che media in questi soggetti l'instabilità relazionale, il discontrollo degli impulsi, la fragilità identitaria, le distorsioni cognitive. Riteniamo che i pazienti DBP da noi esaminati possano beneficiare di un trattamento MBT e ci aspettiamo che in coloro nei quali sarà possibile osservare un miglioramento clinico dopo un periodo di follow up, questo sarà mediato dal miglioramento della funzione riflessiva.



ATTI DEL CONGRESSO

PO10:18

“SECONDA PELLE DISEGNATA” E TENTATIVI DI SUICIDIO

R. Vecchio¹, P. Solano¹, L. Bruzzone¹, M. Magagnoli¹, M. Respino¹, D. Prestia¹, M. Pompili², G. Serafini¹, M. Amore¹

¹Clinica Psichiatrica, Dpt. Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Genova, ²Sezione di Psichiatria, Università degli Studi La Sapienza, Roma

Scopo del lavoro

Modificazioni corporee quali tatuaggi e piercings sono associate ad un maggior numero di agiti autolesivi e tentativi di suicidio, soprattutto nella popolazione adolescente. Tale correlazione sembra in parte spiegata da un'alterata relazione con il corpo, oggetto di entrambi i comportamenti. In particolare, il ricorso alla -art sembra spiegato dalla necessità di formare una “seconda pelle tatuata”, meglio in grado di contenere un Sé frammentato. Il corpo diventa quindi un “oggetto concreto”, non più integrato nel Sé e, come tale, facilmente attaccato in quanto percepito come un vincolo, un peso che lega ad una realtà dolorosa. Mente e corpo vengono pertanto percepiti come separati, uno carceriere dell'altra. Scopo di questo studio è indagare la tesi proposta da queste teorie attraverso uno studio caso-controllo nel quale abbiamo valutato la correlazione tra tentativi di suicidio, presenza di tatuaggi ed episodi dissociativi in una popolazione adulta di pazienti psichiatrici ospedalizzati.

Materiali e metodi

Abbiamo arruolato soggetti ricoverati per tentativo di suicidio (casi) nel periodo tra il 1° febbraio 2013 e 1° febbraio 2014. Per ogni caso è stato arruolato un soggetto controllo accoppiato per genere ed età, ricoverato nello stesso intervallo di tempo per un motivo differente da tentativo di suicidio. I due gruppi sono stati valutati attraverso: intervista semistrutturata riguardante le modificazioni corporee; SCID-I; SCID-II; CES-D; DES; MBSRQ; ISS.

Risultati

È presente una relazione positiva tra presenza di tatuaggi e tentativi di suicidio; una correlazione negativa tra depressione maggiore e presenza di tatuaggi. I pazienti con tatuaggio sono più giovani e hanno in anamnesi più spesso multipli tentativi di suicidio. Inoltre, i pazienti con -art hanno più di frequente familiarità per patologia psichiatrica ed un numero più elevato di sintomi dissociativi. Più frequentemente i soggetti riferiscono di aver eseguito il tatuaggio per “prendere dentro”; “tenere con loro” quanto tatuato. I casi hanno presentato più di frequente motivazioni quali la ricerca di una propria identità oppure il tentativo (estremo) di non perderla.

Conclusioni

I nostri risultati mostrano una particolare relazione mente – corpo che vede coinvolti sia la presenza di tatuaggi che i tentativi di suicidio. Differentemente da precedenti studi che studiavano tale correlazione su popolazioni di adolescenti, la nostra ricerca mostra risultati simili in un campione di soggetti adulti, mostrando come determinati funzionamenti della mente permangano e si rafforzino in età adulta. Ulteriori studi sono necessari al fine di ottenere ulteriori evidenze.



ATTI DEL CONGRESSO

PO10:19

PSICOTERAPIA IN TEMPO DI CRISI: LA PSICOANALISI DI GRUPPO IN CONTESTI ISTITUZIONALI

V. Errico¹, A. Argentiere^{1,2}, G. Cinquemani^{1,3}, G. Fiore^{1,2}

¹Funzione Alfa, Associazione di Psichiatria e Psicoanalisi Campana, Salerno, ²Unità Operativa Salute Mentale DS 67, DSM, ASL Salerno, ³Unità Operativa Materno Infantile DS 25-26, Asl Napoli 1, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

L'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, orientate all'efficienza economica e al raggiungimento dei migliori risultati con il minor dispendio di capitale umano, unitamente al blocco di nuove assunzioni nel S.S.N. ha determinato una progressiva riduzione dell'offerta di interventi psicoterapeutici, in contrasto con una crescente richiesta e con un incremento del disagio psicologico. La psicoterapia individuale nelle istituzioni pubbliche appare ormai una chimera, inaccessibile per le lunghissime liste di attesa prodotte dalla carenza di operatori formati e dalla inevitabile lunga durata che gli interventi comportano. Partendo da queste considerazioni, vengono riportate quattro esperienze cliniche di conduzione di gruppi terapeutici, proponendo un modello specifico di Psicoanalisi di Gruppo in contesti istituzionali. Il modello adottato si ispira a quello proposto da W.R. Bion e sistematizzato da F. Corrao. In questa cornice teorica, il Gruppo Analitico si costituisce non come una somma di individui ma come un «insieme unitario» che rappresenta un «contesto autointerpretantesi» capace di favorire le connessioni tra i livelli del fantastico, del simbolico e del reale, ai fini di una trasformazione di significati e/o di significanti.

MATERIALI E METODI

Quattro gruppi a funzione analitica sono stati attivi in diverse istituzioni pubbliche campane (3 U.O.S.M. e 1 U.O.M.I.) per la durata di due anni (gruppi aperti, a termine). Due gruppi hanno accolto pazienti nevrotici, uno pazienti psicotici, uno adolescenti problematici. Ogni gruppo si è riunito una volta a settimana per la durata di 1 ora e 30 minuti. In media il numero dei partecipanti è stato 7 per ogni gruppo. Tutti i pazienti hanno sostenuto colloqui preliminari di selezione.

RISULTATI

Tutti i gruppi sono stati portati a termine evidenziando significativi miglioramenti clinici obiettivati dalla riduzione o sospensione della terapia farmacologica, per i pazienti che ne assumevano, e dalla non necessità di proseguire nuovi percorsi terapeutici al termine della psicoterapia di gruppo.

La nascita di dispositivi gruppali all'interno delle Istituzioni ha avuto positive ricadute sulle Istituzioni ospitanti, determinando l'instaurarsi di una comunicazione più fluida tra le varie gruppaltà interne all'Istituzione con una riduzione della conflittualità tra gli operatori.

CONCLUSIONI

Il piccolo gruppo a funzione analitica si propone come una modalità di intervento rapida, efficace ed economica. Appare un contenitore in grado di promuovere movimenti trasformativi nei suoi partecipanti, anche in quelli più regrediti. Si mostra particolarmente idoneo ad essere adoperato all'interno dei mutevoli contesti istituzionali pubblici e privati. Il gruppo analitico non può considerarsi una pura operazione tecnica avulsa dal contesto in cui si realizza e non può prescindere da un'adeguata formazione e competenza di chi lo mette in atto.



ATTI DEL CONGRESSO

PO10:20

IMPLEMENTAZIONE DEL COUNSELING INTERPERSONALE IN UN MODELLO DI COLLABORATIVE STEPPED CARE

F. Mongelli¹, C. Sighinolfi¹, M. Menchetti¹, C. Ghirardini¹, N. Colombini², F. Martino³, M. Rigatelli², A. Sasdelli⁴, E. Simoni², P. Tedesco⁴, B. Valenti³, D. Berardi¹

¹Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, ²Dipartimento di Salute Mentale, Ausl di Modena, ³Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Ausl di Bologna, ⁴Scuola di Specializzazione di Psichiatria, Università di Bologna

Scopo del lavoro: L'obiettivo dello studio è valutare la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia del Counseling Interpersonale (IPC), un intervento psicologico sviluppato per la depressione nel setting delle Cure Primarie. Lo studio è stato condotto nei centri di Bologna e Modena, nell'ambito di un più ampio programma di collaborazione strutturata fra Servizi Territoriali di Salute Mentale e Medici di Medicina Generale (MMG).

Materiali e metodi: I MMG venivano informati dello studio e invitati a segnalare pazienti con diagnosi di depressione qualora ritenessero indicato un intervento di tipo psicologico. Per ogni paziente il MMG doveva rispondere a due interviste, una pre- e una post-intervento. Per valutare i pazienti sono stati impiegati i seguenti strumenti: MIni Neuropsychiatric Interview (MINI), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Work and Social Adjustment Scale (WSAS), State Trait Anxiety Inventory (STAI) e General Satisfaction Questionnaire (GSQ-20.2). Sono stati arruolati tutti i pazienti adulti che riportavano un punteggio $> 0 = 5$ al PHQ-9 e potevano scegliere tra tre forme di intervento di Counseling Interpersonale (Counseling Interpersonale, Counseling Interpersonale per la Depressione nelle Cure Primarie e intervento di auto-aiuto guidato IPC). Sono stati programmati 3 follow-up a 1, 3 e 6 mesi.

Risultati: Sono stati inviati al progetto 103 pazienti. Vi era un tasso di completamento del 70.9 %. Il 66% dei pazienti si è detto soddisfatto del servizio ricevuto, il 26.4% per lo più soddisfatto, il 3.8% moderatamente soddisfatto e il 3.8% molto insoddisfatto. Anche i MMG hanno espresso un buon livello di soddisfazione (67.5%). Al follow-up a 3 mesi, il campione ha riportato una riduzione statisticamente significativa del valore medio al PHQ-9 di 6.4 punti ($p < 0.001$) e il tasso di remissione (PHQ-9 <5) ammontava al 52.8%. Anche il punteggio alla WSAS presentava una significativa riduzione al follow-up.

Conclusioni: Il Counseling Interpersonale si è dimostrato un intervento fattibile, accettabile ed efficace, adatto al contesto delle Cure Primarie. Dopo trattamento con IPC emergeva una riduzione significativa dei sintomi depressivi e un notevole impatto sul funzionamento.



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:21

LA SMALL GESTATIONAL AGE CONTRIBUISCE AD AUMENTARE IL RISCHIO DI SCHIZOFRENIA INFLUENZANDO LA PERFORMANCE DI WORKING MEMORY

A. Porcelli¹, D. Marvulli¹, G. Maddalena¹, M.A. Nettis¹, A. Bonvino¹, R. Romano¹, B. Gelao¹, M. Mancini¹, L.A. Antonucci^{1,2}, S. Trizio¹, G. Ursini^{1,4}, G. Blasi¹, A. Di Giorgio^{1,3}, A. Bertolino^{1,5}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ³Irccs Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo, FG, ⁴Lieber Institute for Brain Development, Johns Hopkins University Medical Campus, Baltimore, Maryland - USA, ⁵Pred, Nord Dta, Hoffmann-La Roche, Ltd, Basel - Switzerland

Scopo dello studio: Le complicanze ostetriche influenzano negativamente il neurosviluppo; tra queste, il basso peso alla nascita costituisce una complicanza associata ad alterazioni morfometriche cerebrali e al rischio di sviluppare disturbi psichiatrici, quali ad esempio la schizofrenia. Inoltre, diversi studi hanno identificato nel basso peso alla nascita un potente predittore del funzionamento cognitivo in età adulta. In particolare, uno studio preliminare ha dimostrato che i nati con ridotto indice di peso alla nascita ponderato per età gestazionale (Small Gestational Age - SGA) avrebbero in età adulta un quoziente intellettuale più basso rispetto ai normopeso (N-SGA). Poiché la Working Memory (WM), tra i domini cognitivi, rappresenta uno dei fenotipi più strettamente associati alla schizofrenia, nel presente studio abbiamo valutato l'associazione fra SGA e performance comportamentale durante WM.

Materiali e Metodi: Sono stati reclutati 200 soggetti sani a cui è stato somministrato il 2-Back per la valutazione della performance di WM. La McNeil-Sjöström Scale, somministrata alle madri dei partecipanti, è stata usata per la raccolta delle complicanze perinatali, tra cui il peso alla nascita. L'indice SGA, utilizzato comunemente per stimare il ritardo di crescita intrauterino, è stato calcolato ponderando il peso alla nascita con l'età gestazionale (EG) e il sesso, rispetto alla normale curva di crescita. La griglia di Denver è stata usata per distinguere i soggetti in SGA (peso inferiore al 10° percentile) o N-SGA. In base a tale suddivisione, il nostro campione è risultato costituito da 45 soggetti SGA e 155 soggetti N-SGA. L'ANOVA e il χ^2 sono stati utilizzati per valutare la distribuzione dei dati socio-demografici nei due gruppi e per indagare l'associazione fra SGA e performance cognitiva.

Risultati: I due gruppi SGA e N-SGA sono risultati paragonabili per una serie di variabili socio-demografiche (tutti i $p > 0,06$), incluse età (media \pm DS: 26,78 anni \pm 6,79), sesso (M/F: 88/113), indice di stato socio-economico parentale (Hollingshead: 39,63 \pm 17,06) ed intelligenza premorbosa (Test di Intelligenza Breve: 115,75 \pm 3,63). L'ANOVA, con predittore lo stato di SGA e variabile dipendente la performance al 2-Back, ha dimostrato che i soggetti N-SGA avevano una maggiore accuratezza al 2-Back rispetto agli SGA [$F(1,196)=4,83$; $p=0,03$].

Conclusioni: I nostri risultati indicano che la Small Gestational Age è associata alla performance di WM in età adulta, suggerendo un meccanismo attraverso il quale essa possa contribuire ad aumentare il rischio per la schizofrenia. In particolare, i soggetti con SGA mostravano peggiore accuratezza al 2-Back rispetto ai normopeso. Ulteriori studi nei pazienti con schizofrenia e nei loro fratelli contribuiranno a delucidare il meccanismo attraverso il quale la variazione genetica interagisce con la SGA nell'influenzare il fenotipo intermedio di disfunzione di WM nella schizofrenia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:22

CONFRONTO DELLE STRATEGIE DI COPING TRA IL DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO E LA SCHIZOFRENIA

L. Sandei, I.M. Bava, I. Mancini, C. Mingrone, C. Montemagni, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze- Università degli Studi di Torino

Scopo del lavoro. Le persone con sintomi psicotici si trovano ad affrontare eventi potenzialmente stressanti che non dipendono esclusivamente dal disturbo, ma che ad esso si sommano con importanti implicazioni per il funzionamento sociale e personale. La ricerca sulle strategie di coping nei pazienti psicotici è piuttosto limitata. I pazienti affetti da schizofrenia tendono a utilizzare una limitata gamma di stili di coping, rappresentata da strategie per lo più inflessibili, inefficaci e maladattative come l'evitamento. Non essendo disponibili dati sul disturbo schizoaffettivo, l'obiettivo del presente studio è stato valutare le strategie di coping e le loro relazioni con la psicopatologia e il funzionamento in due gruppi di pazienti in fase stabile, uno con schizofrenia e uno con disturbo schizoaffettivo.

Metodi. Sono stati reclutati 147 pazienti ambulatoriali consecutivi, 89 con diagnosi di schizofrenia e 58 con diagnosi di disturbo schizoaffettivo, secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV-TR). La gravità di malattia e la psicopatologia sono state indagate tramite CGI-S, SANS, SAPS, CDSS. Il funzionamento è stato valutato con PSP. La valutazione delle strategie di coping è stata effettuata per mezzo del Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), costituito da tre scale di valutazione, che consentono di identificare tre stili di coping: task-oriented, emotion-oriented e avoidance-oriented. Le differenze tra i due gruppi sono state valutate usando il test chi-square per le variabili categoriali e l'analisi della varianza (one-way ANOVA) per le variabili continue. L'analisi di regressione lineare univariata è stata applicata per valutare le relazioni tra stili di coping e variabili cliniche.

Risultati. I pazienti con disturbo schizoaffettivo utilizzano maggiormente lo stile di coping emotion-oriented rispetto ai pazienti con schizofrenia ($F=10.668$, $p<0.001$). Lo stile di coping emotion-oriented è correlato alla sintomatologia negativa in entrambi i gruppi di pazienti ($p<0.05$). Nella schizofrenia sia lo stile di coping emotivo ($p<0.004$) sia quello di evitamento ($p<0.05$) sono correlati al funzionamento. Nel disturbo schizoaffettivo, lo stile di coping operativo è correlato ai sintomi depressivi ($p<0.05$).

Conclusioni. I risultati di questo studio, se confermati, suggeriscono che i pazienti con schizofrenia e il disturbo schizoaffettivo differiscono negli stili di coping applicati agli eventi stressanti della vita quotidiana e nella relazione degli stessi con le tipologie di sintomi e con il funzionamento. In entrambi i gruppi i sintomi negativi correlano con atteggiamenti di rassegnazione e mancanza di speranza, mentre solo nella schizofrenia il funzionamento sembra essere influenzato dagli stili di coping. Queste evidenze risultano rilevanti per i trattamenti psicosociali delle persone con psicosi, che dovrebbero essere calibrati sul funzionamento neurocognitivo, sulla personalità e sul profilo sintomatologico individuale, tenendo conto di come questi aspetti funzionino da variabili moderatrici e mediatrici del coping.



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:23

CROSS-FREQUENCY MODULATION NELL'ATTIVITÀ EEG EVENTO CORRELATA: DATI PRELIMINARI SU UN CAMPIONE DI SOGGETTI DI CONTROLLO

P. Marconi¹, R. Tambelli¹, M.P. Penna^{2,5}, E. Pessa^{3,5}, P.L. Bandinelli^{4,5}, C. Trentini¹

¹Dip. Psicologia Dinamica e Clinica - Sapienza Università di Roma, ²Dip. di Pedagogia, Psicologia, Filosofia - Università di Cagliari, ³ Dip. di Psicologia - Università di Pavia, ⁴Dip. Scienze Umane, Università Lumssa, Roma, ⁵Airs- Associazione Italiana Ricerca sui Sistemi, Milano

INTRODUZIONE

Il fenomeno della CfM sembra rappresentare un elemento chiave della integrazione cerebrale (He et al, 2010), caratterizzando l'apprendimento (Tort et al, 2009), le funzioni cognitive superiori e il pensiero eulogico (Allen et al, 2011) nonché l'emergenza della consapevolezza (Melloni et al, 2007, Tononi, 2010).

METODI

In un campione di 10 soggetti con anamnesi personale e familiare negativa per disturbi psicopatologici, è stata studiata l'attività bioelettrica cerebrale evocata da un compito molto simile al Wisconsin Card Sort Test, correlandola ad alcune dimensioni psicopatologiche rilevate tramite scale di valutazione (PANSS, BPRS, MMSE, QoL Brief, TAS). I dati EEG sono stati raccolti con Geodesic 256 Canali con frequenza di campionamento di 250 Hz. Sono state valutate sia le consuete onde osservabili nei primi 500 ms (Ne, N1, P2, N2, P3a, P3b) sia le perturbazioni di spettro presenti nei primi 800 ms. L'attività EEG è stata scomposta in componenti attraverso un'analisi delle componenti indipendenti; queste componenti sono state aggregate tra soggetti tramite analisi dei cluster. Sul segnale EEG non frammentato e su quello frammentato è stata calcolata anche la CfM, come indice di modulazione e vettore risultante.

RISULTATI

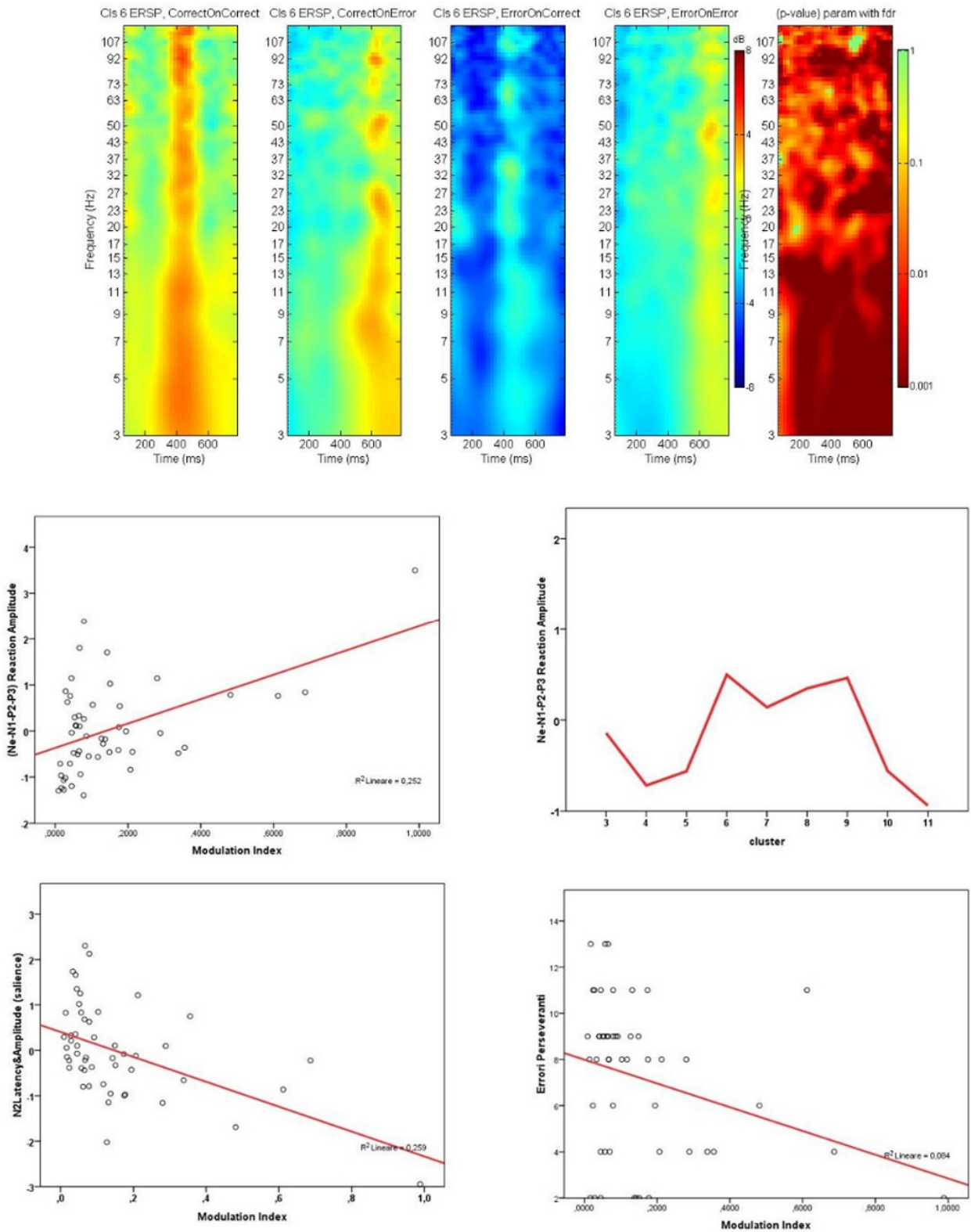
Le attività ERP hanno evidenziato 4 dimensioni: l'intensità della reazione di risposta, la latenza degli eventi precoci, la latenza di quelli tardivi e la reazione di salienza. Le risposte comportamentali hanno evidenziato 3 dimensioni: la capacità di concentrazione, la capacità di correzione dell'errore, e la velocità di decisione. Le perturbazioni di spettro significativamente differenti in funzione della condizione di errore o di correttezza sono state osservate in un cluster dove è anche significativamente più intensa la reazione di risposta osservata. L'intensità della reazione di risposta è apparsa correlarsi con minori errori di perseverazione e con un aumento degli indici di CfM, mentre l'opposto si osserva nel caso dell'intensità e della precocità dell'onda N2 (attribuzione di salienza). Un aumento dell'indice di CfM si correla con una riduzione degli errori perseveranti.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti confermano il possibile ruolo della CfM nei processi di integrazione cerebrale e nella generazione di condizioni funzionali con maggiori capacità di adattamento e quindi meno a rischio di esprimere disturbi formali del pensiero



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO11:24

LA RESILIENZA: UNA PROTEZIONE PER IL BURNOUT?

C. Modafferi, C. Chiorri, F. Bracco, C. Sonaglio

Università degli Studi di Genova

I cambiamenti odierni in ambito sanitario comportano per i lavoratori un maggiore carico e ritmo di lavoro, in un'organizzazione sempre più complessa. A queste problematiche si aggiungono: l'esposizione alla sofferenza e alla morte, i conflitti interpersonali, i problemi comunicativi e la mancanza di supporto che espongono i lavoratori ad un aumento del rischio burnout. La letteratura evidenzia come resilienza e capitale psicologico (PsyCap) possano essere risorse potenziabili per migliorare il benessere dei lavoratori. Lo scopo del presente lavoro è indagare la relazione tra resilienza, PsyCap e burnout nel personale di terapia intensiva di 3 diversi ospedali: TI1 (N = 25, F% = 68), TI2 (N = 39, F% = 62) e TI3 (N = 29, F% = 83). Gli operatori hanno compilato una batteria di questionari self-report indaganti misure di resilienza, burnout, PsyCap, personalità, soddisfazione lavorativa e stress.

È stata eseguita un'analisi delle correlazioni per verificare la relazione tra le variabili, un'analisi delle componenti principali (ACP) per sintetizzare e parzializzare l'informazione contenuta nelle scale di resilienza e PsyCap ed i punteggi della ACP sono stati utilizzati come predittori in un'analisi di regressione con le scale del burnout come criteri.

Per valutare la forza dell'associazione tra i punteggi delle scale, al netto degli effetti sociodemografici (età, qualifica, anni di lavoro, genere e gruppo) e delle variabili di controllo (tratti di personalità), è stato utilizzato il coefficiente di correlazione parziale. Si sono evidenziate molteplici correlazioni significative (Tabella1) in cui diverse scale della Resilience Scale for Adults (RSA) e del Psychological Capital Questionnaire (PCQ) mostrano correlazioni positive con la scala realizzazione personale del Maslach Burnout Inventory (MBI) e con la soddisfazione rispetto al proprio lavoro. Si sono evidenziate diverse correlazioni negative con le scale dello stress e le altre scale del MBI. Solo la scala stile strutturato della RSA mostra una correlazione positiva debole con la percezione di stress mentale.

È stata eseguita un'ACP sulle variabili che ha evidenziato una soluzione a 2 fattori (Tabella2; 47% della varianza spiegata). Sulla componente Resilienza saturano le scale della RSA ed alcuni tratti di personalità ad essa legati. Sulla componente PsyCap saturano le scale della PCQ, la soddisfazione lavorativa, estroversione, apertura e, in negativo, lo stress mentale e fisico. È stata eseguita un'analisi di regressione per la predizione del burnout utilizzando come predittori i punteggi nelle componenti (Tabella3). La componente PsyCap è risultata predittiva rispetto all'Esaurimento emotivo e alla Depersonalizzazione, entrambe le componenti sono risultate predittive della Realizzazione personale.

I risultati sembrano suggerire che livelli maggiori di resilienza, di PsyCap, di soddisfazione lavorativa e livelli inferiori di stress, sono associati a livelli inferiori burnout. Ricerche future che utilizzino un disegno di ricerca longitudinale dovranno indagare se, sul piano causale, queste caratteristiche rappresentano effettivamente dei fattori protettivi.



ATTI DEL CONGRESSO

Tabella 1- Tavola delle correlazioni parziali tra i diversi strumenti e le scale della RSA e PCQ. In grassetto le correlazioni statisticamente significative. * = $p < ,05$, ** = $p < ,01$, *** = $p < ,001$; $r < ,10$, effetto trascurabile; $,10 \leq r < ,30$ effetto debole, $,30 \leq r < ,50$ effetto moderato, $r \geq ,50$ effetto grande (Cohen, 1988)

	RSA_Percezione di sé	RSA_Percezione del futuro	RSA Stile strutturato	RSA_Competenze sociali	RSA_Coesione familiare	RSA_Risorse sociali	PCQ_Autoefficacia	PCQ_Speranza	PCQ_Resilienza	PCQ_Ottimismo
MBI_Realizzazione personale	-,34**	-,29**	,02	-,18	-,28*	-,14	-,19	-,45**	-,19	-,46**
MBI_Esaurimento emotivo	,33**	,17	,05	,20	,34**	,16	,29**	,37**	,23*	,39**
MBI_Depersonalizzazione	-,21	-,34**	-,02	-,10	-,27*	-,17	-,24*	-,29**	-,10	-,26*
Stress mentale	-,26*	-,10	,22*	-,04	-,11	,03	-,10	-,19	-,26*	-,39**
Stress fisico	-,22	-,08	,12	-,09	-,12	-,20	-,03	-,21	-,11	-,21
Soddisfazione lavoro	,29*	,25*	,10	,15	,24*	,21	,12	,52**	,26*	,37**

Tabella 2 - Analisi delle componenti principali. Le saturazioni inferiori a |.30| sono state omesse per facilitare l'ispezione dei risultati

Matrice delle componenti ruotate

	Componenti	
	1	2
	Resilienza	PsyCap
SoddisfazioneLavoro		,66
StressMentale		-,68
Stress_Fisico		-,60
RSA_PercezionediSè	,73	,45
RSA_PercezionedelFuturo	,71	,35
RSA_StileStrutturato	,50	
RSA_CompetenzeSociali	,62	,37
RSA_CoesioneFamiliare	,66	,33
RSA_RisorseSociali	,81	
PCQ_Autoefficacia		,44
PCQ_Speranza	,37	,66
PCQ_Resilienza		,63
PCQ_Ottimismo		,75
TIPI_Estroversione		,55
TIPI_Amicalità	,64	
TIPI_Coscienziosità	,62	
TIPI_Nevroticismo	-,62	-,38
TIPI_Apertura		,49

Metodo di estrazione: Analisi delle Componenti Principali.

Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.

a. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 3 iterazioni.

Tabella 3 - Analisi di regressione

Criterio	Predittori	R ² aggiustato	Coefficienti non standardizzati	Coefficienti standardizzati	Coefficienti non standardizzati	t	Sig.
			B	Errore standard	Beta		
MBI_Esaurimento emotivo	PsyCap	,36	-,87	,12	-,61	-7,35	<,001
MBI_Realizzazione personale	Resilienza	,47	,59	,07	,62	8,23	<,001
	PsyCap		,29	,07	,30	3,97	<,001
MBI_Depersonalizzazione	PsyCap	,15	-,50	,12	-,40	-4,12	<,001



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:26

A DIFFERENT ROLE OF RESILIENCE IN SUICIDAL AND NON-SUICIDAL DEPRESSIVE PATIENTS

A. Tosone¹, A. Collazzoni², M.C. Rossetti¹, I. De Lauretis¹, I. Santini¹, P. Stratta³, C. Marucci², A. Rossi^{4,5}

¹Resident in Psychiatry, Unit San Salvatore Hospital, L'Aquila, ²Psychologist, Researcher at Discab Department of Clinical and Applied Sciences and Biotechnology University of L'Aquila, ³Psychiatrist at Asl 4, L'Aquila, Department of Mental Health, L'Aquila, ⁴Psychiatrist In Chief, Unit San Salvatore Hospital, L'Aquila, ⁵Full Professor at Discab Department of Clinical and Applied Sciences and Biotechnology University of L'Aquila

Background: suicidal ideation is modulated by several risk and protective factors. **Aim:** to evaluate the clinical differences between suicidal and non-suicidal patients with special attention to depression, interpersonal sensitivity, humiliation and resilience.

Method: 100 consecutively admitted patients with an index depressive episode were recruited. The Brief Symptom Inventory (BSI), The Humiliation Inventory (HI) and The Resilience Scale for Adult (RSA), were administered.

Results: Higher scores for humiliation, interpersonal sensitivity and depression in the suicidal group, and higher score for resilience in the non-suicidal group were observed. A different pattern of relationships were found in suicidal and non-suicidal patients. The resilience factors social resources and familial cohesion were strongly and negatively correlated with humiliation, interpersonal sensitivity and depression in the former group. **Limitations:** The cross-sectional nature of the study with the lack of the psychopathological evolution can limit our conclusions.

Conclusions: Resilience factors can modulate and reduce the impact of the suicidal risks. Assessing risk and protective factors could enhance the ability to intervene appropriately.



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:27

RECOVERY: ASSESSMENT DEGLI UTENTI DEL CD E DELLA CTA DEL MDSM1 DELL'ASP DI PALERMO

G. Vassallo¹, A. Di Falco², L. Sideli³, F. Seminerio³, C. Casa¹, D. La Barbera¹, V. Barone³

¹U.O. Psichiatria, A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo, ²Asp Palermo, ³Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

SCOPO DEL LAVORO

La ricerca negli ultimi anni ha incrementato il suo interesse sulle variabili che ostacolano il processo della recovery nelle gravi patologie psichiatriche.

L'obiettivo di tale studio è di raccogliere dati utili ad una progettazione mirata alla diversa utenza dei servizi presi in considerazione (CD e CTA), per definire un percorso riabilitativo personalizzato orientato alla Recovery.

Sono stati esaminati i correlati del self stigma, dell'insight e della qualità globale di vita. Infine sono stati confrontati i risultati ottenuti ai test dagli utenti dei due diversi servizi.

MATERIALI E METODI

La ricerca ha previsto la descrizione di un campione di 24 utenti, 14 della CTA (7 uomini e 7 donne) e 10 del CD (8 uomini e 2 donne) del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Palermo, con diagnosi di Disturbo psicotico o Disturbo psicotico in comorbidità con disturbo di personalità, (DSM-IV)

Le scale di valutazione utilizzate sono state:

- IS – Insight Scale:
- DCS – Devaluation of Consumers Scale
- DCFS – Devaluation of Consumer Families Scale
- The GQoL- C.I. – The Global Quality of life Clinical Index
- GAF – Global Assessment of Functioning
- PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale
- SONG-TEST- Seeking of Noetic Goals Test

		GAF	DCS	DCFS
PANSS	Completazione di	-.778**	-.502	-.523
	Pearson			
	Sig. (2-coda)	.008	.139	.121
	N	10	10	10
GQoL-CI	Completazione di	-.488	-.798**	-.209
	Pearson			
	Sig. (2-coda)	.152	.006	.562
	N	10	10	10
SONG-TEST	Completazione di	-.351	-.602	-.771**
	Pearson			
	Sig. (2-coda)	.320	.066	.009
	N	10	10	10

	SESSO		MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
	F	M		
ETA'	49.14	39.86	44.50	12.02
SCOLARITA'	7.14	7.43	7.29	1.59
PANSS	75.71	93.14	84.43	16.02
GAF	128.29	115.86	122.07	16.50
IS	16.9	20.06	18.7	5.7
The GQoL-CI	0.7	0.4	0.6	0.8
SONG-TEST	25.9	23.0	24.4	5.8
DCS	5.4	3.9	4.6	1.7
DCFS	3.9	4.1	4.0	1.5

*LA CORRELAZIONE E' SIGNIFICATIVA AL LIVELLO 0,05 (2-CODE)
**LA CORRELAZIONE E' SIGNIFICATIVA AL LIVELLO 0,01 (2-CODE)



ATTI DEL CONGRESSO

		GAF	INSIGHT	DCS	DCFS
PANSS	Combinazione di Pearson	-.605*	,232	-,525	-,073
	Sig. (2-coda)	,022	,425	,054	,805
	N	14	14	14	14
GQeL-CI	Combinazione di Pearson	,042	-.491	-,184	-.803*
	Sig. (2-coda)	,887	,075	,529	,022
	N	14	14	14	14

	MEDIA CD	MEDIA CTA
ETA'	44,8	44,5
SCOLARITA'	9,4	7,3
PANSS	72,8	84,4
GAF	135,5	122,1
INSIGHT	13,6	13,7
GQeL-CI	1,3	0,6
SONG-TEST	21,4	24,4
DCS	5,8	4,6
DCFS	4,1	4,0

RISULTATI

Sebbene si evidenzino significative differenze tra i due gruppi di utenti, dall'analisi dei dati emerge comunque, sia per il CD che per la CTA, una correlazione negativa tra la psicopatologia ed il funzionamento psicosociale, e tra lo stigma percepito e la qualità globale di vita. Si evidenzia inoltre negli utenti della CTA una psicopatologia più grave, un maggiore insight ed una minore qualità di vita.

CONCLUSIONI

I fattori presi in considerazione risultano essere caratteristiche predominanti nel raggiungimento della Recovery. Il percorso da seguire dovrà però essere differente a seconda dell'utenza su cui si intende progettare l'intervento. Il lavoro sull'insight non potrà comunque prescindere da un intenso lavoro di rete per favorire l'inserimento sociale e da un continuo lavoro per ridurre lo stigma in tutti noi, al fine di migliorare la qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

Amador X.F., David A.S. (2009), Insight e Psicosi. Consapevolezza di malattia nella schizofrenia e nei disturbi correlati, Fioriti Editore, Roma.



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:28

RUOLO DEI FATTORI DI RESILIENZA NEL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS, UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

F. Vellante, F. Sarchione, M. Brunetti, G. Sepede, F. Fiori, G. Martinotti, M. Di Giannantonio
Dipartimento di Neuroscienze Cattedra di Psichiatria Università G. D. Annunzio di Chieti

Introduzione

Il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) è una condizione psichiatrica che può svilupparsi in seguito ad un evento traumatico, intendendo quest'ultimo come contatto attuale o potenziale, diretto o indiretto con la morte.

Solo alcuni dei soggetti esposti a trauma sviluppano disturbi psichiatrici, altri invece fronteggiano adeguatamente l'evento stressogeno. Ciò che permette tale tipo di risposta non patologica rientra nelle caratteristiche adattive dell'uomo e viene definito resilienza.

Scopo del lavoro

Obiettivo del presente studio osservazionale è stato quello di indagare la relazione esistente tra la gravità dei sintomi psichiatrici successivi a trauma e alcune caratteristiche personologiche che possono costituire aspetti di resilienza.

Materiali e metodi

L'indagine è stata condotta da Febbraio 2012 a Luglio 2014; 70 soggetti esposti a trauma sono stati valutati presso l'Università G. d'Annunzio di Chieti e sono stati suddivisi in base ai punteggi ottenuti alla scala Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) e ai criteri DSM-5 in: pazienti PTSD (PTSD PZ) e controlli traumatizzati (CT). La resilienza è stata valutata attraverso la Scala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). È stata fatta un'analisi tra punteggi totali CAPS e CD-RISC, utilizzando la correlazione di Pearson, prima nel campione totale e poi nei due gruppi (PTSD PZ vs CT) separatamente.

Risultati

È stata rilevata una correlazione negativa tra punteggi CAPS e CD-RISC nel campione totale ($R=-0.34$, $p=0.004$) e nel gruppo CT ($R=-0.42$, $p=0.012$), mentre nel gruppo PTSD PZ la correlazione non arriva alla significatività statistica ($R=-0.20$, $p=0.249$).

Conclusioni

È possibile supporre che un alto livello di resilienza sia correlato a sintomi post-traumatici più lievi in soggetti esposti a trauma, soprattutto in coloro che non sviluppano il PTSD, potendo costituire così un fattore protettivo, pur considerando come potenziali bias di questo studio l'eterogeneità dei traumi e il non aver tenuto presente pregresse esposizioni traumatiche.



ATTI DEL CONGRESSO

PO11:30

SELF-STIGMA AS A MEDIATOR BETWEEN SOCIAL CAPITAL AND EMPOWERMENT AMONG PEOPLE WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN EUROPE: THE ASPEN STUDY

M. Lanfredi¹, S. Zoppei², C. Ferrari¹, C. Bonetto², T. Van Bortel³, G. Thornicroft⁴, L. Knifton⁵, N. Quinn⁵, G. Rossi¹, A. Lasalvia²

¹Ircs Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, ²University of Verona, ³University of Cambridge - UK, ⁴ King S. College London Institute of Psychiatry, London - UK, ⁵University of Strathclyde, Glasgow - UK

AIM OF THE WORK

We tested the hypothesis that poor individual social capital and higher self-stigma directly influence the level of empowerment. Moreover, we tested simultaneously the additional hypothesis that social capital indirectly affects empowerment mediated through the intensity of reported self-stigma.

MATERIALS AND METHODS

This is a cross-sectional multi-site study conducted on a sample of 516 people with MDD in 19 European countries. Inclusion criteria were: a diagnosis of Major Depressive Disorder (MDD) (single episode or recurrent) according to DSM-IV-TR criteria; a major depressive episode within the past 12 months (but not at time of interview); signed informed consent; ability to understand and speak the main local language; at least 18 years old. Exclusion criterion was: being a psychiatric in-patient at the time of recruitment. Structural Equation Models (SEM) were developed to examine the direct and indirect effects of self-stigma and social capital on empowerment. The hypothesized model, included three latent variables: self-stigma that was indexed with four subscale items of the with the Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI); empowerment was measured using four subscales items of the using the Boston University Empowerment Scale (BUES); social capital as the common factor of the three measures of social support, social networks and interpersonal trust (European Social Survey; Oslo 3-Item Social Support Scale). The model designated both social capital and self-stigma as predictors of empowerment, and self-stigma as a mediator of empowerment. Moreover, number of lifetime depressive episodes (< 5 vs. > 6 depressive episodes), previous psychiatric admissions (yes vs. no), employment status (paid work vs. unpaid work), were included in SEM model as exogenous variables based on their significant associations with ISMI and/or BUES as detected in previous analyses.

RESULTS

There was no evidence of effects of the number of hospitalizations, number of depressive episodes and employment on self-stigma and empowerment. Social capital and self-stigma accounted for 56% of the total variability in empowerment. Social capital had a direct and negative effect on self-stigma ($r = -0.72$, $p < 0.001$ and 52% of self-stigma variability explained by social capital) indicating that higher social capital was related to lower self-stigma. Moreover, social capital had both a direct effect ($r = 0.27$, $p < 0.001$) and an indirect effect ($r = 0.38$, $p < 0.001$) on empowerment, suggesting that self-stigma partially mediated the relationship between social capital and empowerment.

CONCLUSIONS

Social capital plays a key role in the appraisal of empowerment, both directly and through the indirect effect mediated by self-stigma. In order to improve empowerment of people with MDD we identify strategies to foster individual social capital, and to overcome the negative consequences related to self-stigma for attainment of life goals.



ATTI DEL CONGRESSO

PO12:31

EFFICACIA DEL GRUPPO PSICOEDUCAZIONALE SU PAZIENTI ED OPERATORI DI UN REPARTO PSICHIATRICO. UNO STUDIO RETROSPETTIVO CASO-CONTROLLO PRESSO IL SPDC1-MODENA CENTRO.

G. Mattei¹, F. Raisi¹, M. Burattini², S. Ferrari¹, G.M. Galeazzi¹, F. Mazzi², L. Pingani¹, F. Starace², P. Vallone², M. Rigatelli¹

¹Dipartimento di Medicina Clinica, Diagnostica e di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, ²Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche di Modena

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'efficacia (effectiveness) dell'attività di gruppo psicoeducazionale su pazienti e infermieri di un reparto di psichiatria.

MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo caso-controllo, condotto su pazienti ricoverati presso il SPDC1 di Modena. Periodo di osservazione: 1/1/2013 – 31/3/2014. Casi e controlli erano costituiti da pazienti che avevano o no partecipato al gruppo psicoeducazionale durante il ricovero. Mediante analisi della sopravvivenza, si sono studiati i tempi di ricaduta in un follow-up fisso di sei mesi per ogni paziente. Sono stati inoltre raccolti e analizzati dati inerenti il "clima di reparto" e il livello di gradimento soggettivo dell'attività di gruppo psicoeducazionale espresso dai pazienti che hanno partecipato. Analisi statistica: STATA 13.0

RISULTATI

Campione di 82 pazienti, 55% donne, diagnosi più frequenti: disturbi psicotici (56%) e disturbi di personalità/disturbi da uso di sostanze (22%). Casi: 39 pazienti, età media 42 anni (SD = 13.32), donne 53.85%. Controlli: età media 45 anni (SD = 12.84), donne 55.81%. Non sono emerse differenze significative per quanto concerne i tempi mediani di ricovero. Gli unici 3 pazienti ricaduti in TSO facevano parte del gruppo dei controlli (non esposti al gruppo), mentre tutti i pazienti ricaduti tra i casi (pazienti esposti al gruppo) venivano ricoverati in regime di ricovero volontario. Tuttavia, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi. I risultati delle regressioni multiple di Cox non hanno raggiunto i livelli di significatività prefissati ($p < 0.05$). Per quanto concerne l'atmosfera di reparto, il valore mediano registrato sui pazienti e sugli operatori da parte degli operatori stessi non presentava differenze significative nei giorni in cui si svolge il gruppo rispetto a quelli in cui il gruppo non viene svolto. Per quanto riguarda il livello di gradimento espresso dai pazienti nei confronti dell'attività di gruppo, sono state raccolte 30 schede sulle 39 assegnate ai pazienti reclutati. Sono emersi giudizi soprattutto positivi tra cui "ho trovato il gruppo utile", "ho appreso strategie che mi saranno utili per affrontare situazioni difficili dopo la dimissione", "parteciperò nuovamente al gruppo".

CONCLUSIONI

La mancanza di significatività dei risultati ottenuti non ha consentito di stabilire se l'attività di gruppo psicoeducazionale sia in grado di ridurre la frequenza di riospedalizzazione in SPDC a 6 mesi. Tuttavia, il giudizio positivo e favorevole espresso dai pazienti che hanno preso parte a tale attività incoraggia a proseguirla, e ad effettuare ulteriori studi che ne valutino l'efficacia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO12:32

TRADUZIONE E ADATTAMENTO ITALIANO DEL PROGRAMMA COMPUTERIZZATO "COMPUTERISED INTERACTIVE REMEDIATION OF COGNITION TRAINING FOR SCHIZOPHRENIA"(CIRCUITS)

M. Chieffi, A. Mucci, I. Di Crosta, C. Aiello, D. Pietrafesa, D. Palumbo, G. Piegari, S. Galderisi, M. Maj
Dipartimento di Psichiatria dell'università degli Studi di Napoli SUN, Napoli

Scopo del lavoro

CIRCuiTS è un programma ideato dalla Prof.ssa Til Wykes e dalla Dott.ssa Clare Reeder del King's College di Londra, per migliorare le funzioni cognitive e metacognitive dei pazienti con schizofrenia. È un programma computerizzato di rimedio cognitivo con l'obiettivo di migliorare negli stessi soggetti diverse funzioni cognitive. I deficit cognitivi costituiscono caratteristiche centrali e persistenti della schizofrenia e hanno un impatto significativo sulla qualità della vita, sui sintomi e sull'esito funzionale. Tra tutti, il funzionamento esecutivo è quello che ha maggiore impatto sulla vita delle persone. Per tale motivo, CIRCUITS mira in particolare a migliorare le funzioni esecutive oltre che l'attenzione e la memoria. Mira inoltre ad allenare la capacità delle persone di riflettere sui propri punti di forza e sulle proprie debolezze, funzioni metacognitive, allo scopo di migliorare le abilità della vita quotidiana e i comportamenti in situazioni sociali più complesse. È stato utilizzato con successo nella versione originale e tradotto in francese, olandese, danese e spagnolo (in corso). La versione italiana di CIRCuiTS è stata sviluppata dal nostro gruppo per potere disporre di uno strumento di riabilitazione relativamente agevole, efficace e gratuito.

Materiali e Metodi

Il lavoro di traduzione è stato effettuato, in accordo con il King's College, in collaborazione con SPIKA, la società che ha costruito la versione inglese del programma nonché le altre versioni esistenti e che ha fornito il manuale per la traduzione. CIRCuiTS è stato tradotto e adattato in modo da essere sovrapponibile alla versione inglese. Sono stati tradotti testi, file audio (recitati da attori professionisti), animazioni e tutte le parti che compongono il programma.

Risultati

Il software italiano è sovrapponibile alla versione originale. Laddove possibile consiste in una traduzione fedele; in altri casi è stato necessario adattare alcune parti, altrimenti poco comprensibili per le persone di lingua e cultura italiana (ricette, giochi di parole etc.).

Consiste di 31 tipologie di compiti per ciascuno dei quali esistono 10-14 livelli di difficoltà, sono proposte diverse strategie per affrontarlo e dopo il completamento sono mostrati i risultati e la persona deve esprimere un giudizio sintetico sulla difficoltà incontrata e sull'utilità delle strategie usate.

Conclusioni

Grazie alla costante collaborazione con il King's College, il nostro gruppo ha messo a punto la versione italiana di CIRCuiTS, adattandola al contesto culturale del nostro Paese. È ora in corso la validazione della versione Italiana di CIRCuiTS che prevede un test di accettabilità su soggetti di controllo per valutare chiarezza, comprensibilità e facilità d'uso. Lo stesso test sarà effettuato su psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica; un ulteriore test di fattibilità dell'intervento sui pazienti. Superato il test di accettabilità e fattibilità si potrà procedere all'utilizzazione del programma in popolazioni di pazienti sia a scopo clinico che di ricerca.



ATTI DEL CONGRESSO

PO12:33

EFFICACIA DELL'INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI D'ANSIA SUL BIAS DEL JUMPING TO CONCLUSIONS: UN'INDAGINE SU GIOVANI UTENTI IN REGIME AMBULATORIALE

L. Giusti, D. Ussorio, A. Salza, M. Malavolta, A. Aggio, M. Casacchia, R. Roncone

Unità Psichiatria, Dip. Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'ambiente, Università Dell'Aquila, L'Aquila

Scopo del lavoro. I disturbi d'ansia sono, ad oggi, i disturbi più diffusi tra i giovani. L'ansia patologica rappresenta una condizione grave che può compromettere, in modo significativo, la qualità della vita (Beard et al., 2010) e il funzionamento scolastico/lavorativo e interpersonale (Kessler et al., 2003) di chi ne è affetto. Numerosi studi sulle distorsioni cognitive che caratterizzano le persone con disturbi d'ansia hanno confermato la tendenza di questi pazienti a prestare maggiore attenzione agli stimoli spiacevoli e minacciosi, lasciando sullo sfondo quelli che suscitano emozioni positive (bias attentivo) (Bar-Haim et al., 2007). Un bias cognitivo molto studiato nella schizofrenia, ma poco nei disturbi d'ansia, è il Jumping to conclusions (JTC), tendenza, da parte dei pazienti, a prendere decisioni affrettate sulla base di insufficienti dati di realtà. Circa il 40-70% delle persone affette da schizofrenia mostrano questo specifico modello di risposta a situazioni sociali (Moritz et al., 2010; Moritz & Woodward, 2007; Lincoln et al., 2010). Il presente studio si propone di studiare il bias cognitivo JTC in giovani pazienti affetti da disturbi d'ansia e di valutare l'efficacia di un intervento cognitivo -comportamentale di gruppo basato sul manuale di Andrews et al. (Andrews et al., 2003), integrato con i moduli 2 e 7 del Training Metacognitivo di Moritz et al. (2005).

Metodi e materiali: Per valutare l'efficacia dell'intervento, effettuato nel periodo compreso tra maggio-dicembre 2014, 35 utenti sono stati sottoposti ad una batteria di test pre e post trattamento. Tra gli strumenti utilizzati il Symptom check list 90-Revised (SCL-90), lo Stay and Anxiety Inventory (STAI-Y1 e STAI-Y2), l'Anxiety -Sensitivity Index (ASI), lo Specific Level of Function Scale (SLOF) e la versione computerizzata del Fish Task (Moritz, et al., 2005), compito utile a valutare il bias cognitivo del JTC.

Risultati: All'inizio del trattamento il 75 % dei pazienti mostrava un'alta tendenza a saltare rapidamente alle conclusioni, mentre il restante 25% tendeva a non prendere alcuna decisione, suggerendo la presenza di una certa variabilità nella distribuzione di tale bias nei disturbi d'ansia. Al termine del nostro intervento gli utenti hanno mostrato, rispetto al baseline, un miglioramento significativo nella sintomatologia e nel funzionamento, attraverso l'acquisizione di efficaci strategie di controllo e gestione del disturbo. In relazione al JTC gli utenti hanno mostrato un cambiamento significativo nell'accuratezza delle loro decisioni.

Conclusioni: La CBT nella riabilitazione dei disturbi d'ansia risulta efficace sulla sintomatologia e sul funzionamento, attraverso l'acquisizione di efficaci strategie di controllo e di gestione del disturbo. Tra gli effetti secondari di un aumentato controllo della sintomatologia si colloca, verosimilmente, una riallocazione delle risorse cognitive, che consentirebbe una più accurata valutazione, selezione e integrazione delle informazioni presenti nel contesto sociale, come mostrato dalla riduzione del bias cognitivo del JTC.



ATTI DEL CONGRESSO

Bibliografia

- Andrews G. et al. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo.* Centro Scientifico Editore. 2003.
- Bar-Haim Y, et al. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychol Bull.* 2007; 133:1-24.
- Beard C, et al. Health-related quality of life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients. *J Anxiety Disord.* 2010; 24:559-564.
- Lincoln TM, et al. The effect of state anxiety on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophr Bull.* 2010 Nov;36(6):1140-8.
- Moritz S, et al. *Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT). Manual.* Hamburg: VanHam Campus. 2005
- Moritz S, et al. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry,* 2010, 23(6); 561-569.
- Kessler RC. The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108:19-27.
- Stein MB, Heimberg RG. Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *J Affect Disord.* 2004; 79:161-166.



ATTI DEL CONGRESSO

PO12:34

INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER MIGLIORARE LO SVILUPPO EMOTIVO IN ADULTI E BAMBINI CON AUTISMO E DISABILITÀ INTELLETTIVA

M. Tricoli, A. Calcerano, F.T. Garito, S.M. Fiocco, L. Galati Rando, E. Manitta, A. Natoli, C. Spanò, F.R. Marzullo

Centro Diurno Autismo Navacita- Dipartimento Salute Mentale Asp Messina, Naso, ME

Introduzione

Le emozioni comunicano intenzioni, desideri, stati d'animo e risultano fondamentali alla vita della nostra specie, fondata su interazioni sociali e di gruppo. I bambini autistici sembrano poco capaci di esprimere le proprie emozioni in maniera significativa e di apprezzare le reazioni emozionali degli altri. Nelle ricerche di Sigman, et al. (1986), è emerso, invece, che i bambini autistici in età prescolare (circa 2 anni) non erano affatto neutri o monotoni nei loro affetti rispetto ai coetanei che non presentavano lo stesso disturbo. Ciò che emergeva di differente negli autistici è che questi presentavano maggiore lentezza nell'espressione di reazioni negative o mostravano manifestazioni incongrue e bizzarre, positive e/o negative. Le espressioni emozionali dopo l'infanzia sono codificate culturalmente e devono essere apprese, alla stregua del linguaggio e delle convenzioni sociali (FRITH, 1999). Tale apprendimento è possibile anche nel bambino autistico per quanto lento, difficile e frequentemente distorto per lo scarso adattamento delle convenzioni sociali alle particolari modalità di acquisizione di tali soggetti.

Metodologia

L'ipotesi è che il trattamento intensivo di tipo cognitivo-comportamentale (8 ore al giorno per 5 giorni a settimana) migliori, sia negli adulti che nei bambini con autismo, il livello di sviluppo emotivo. Ci si aspetta che nei bambini questo miglioramento possa essere più immediato ed evidente.

Campione

La ricerca è stata condotta su un gruppo di 20 soggetti autistici, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV. Nello specifico, 10 soggetti sono di età compresa tra i 6 e i 17 anni e 10 sono di età compresa tra i 18 e i 32 anni. Tutti seguono un trattamento intensivo presso il Centro Diurno «Navacita». Per valutare il livello di sviluppo emotivo (T0) è stata utilizzata la scheda di valutazione SAED. La stessa scheda è stata somministrata dopo un anno (T1).

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio includevano:

1. Q.I. <75;
2. Non avere lesioni cerebrali in atto

Per tutti è stata fatta una valutazione clinica e una valutazione del livello intellettivo.

Risultati

Dall'analisi dei dati emergono, sia nei negli adulti che nei bambini, differenze statisticamente significative tra il prima e il dopo e in tutte le dieci aree del SAED. Tuttavia, dall'analisi delle frequenze, emerge come, per i bambini, il passaggio da una fase all'altra dello sviluppo emotivo sia più immediato ed evidente rispetto agli adulti. In definitiva, lo studio mette in luce che un trattamento intensivo di tipo cognitivo-comportamentale conduce a dei miglioramenti nello sviluppo emotivo sia negli adulti che nei bambini con autismo, ma che tali progressi sono più rilevanti nei bambini.

Bibliografia

T.Sappok , G.Budczies , S.Bolte , I.Dziobek , A.Dosen and A.Diefenbacher.

Emotional Development in Adults with Autism and Intellectual Disabilities: A Retrospective, Clinical Analysis
Pubblicato online il 16 settembre 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0074036



ATTI DEL CONGRESSO

PO12:35

L'INTERVENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE PER PAZIENTI CON DISTURBI MENTALI GRAVI IN UN SPDC

V. Prisco, L. Del Gaudio, F. D'Angelo, T. Iannaccone, F. Perris, M. Fabrazzo
Università degli Studi di Napoli Sun, Dipartimento di Psichiatria, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo (ICCG), si basa sul modello di trattamento individuale cognitivo-comportamentale delle psicosi descritto da Fowler et al., (1998), Morosini (1998), Guidi et al. (1998) e sul modello di intervento psicoeducativo integrato di Falloon et al. (2004). Questo lavoro si prefigge i seguenti obiettivi: 1) introdurre e adattare l'intervento cognitivo-comportamentale di stampo psicoeducativo con un approccio individuale e non di gruppo per pazienti ricoverati presso l'SPDC della II Università degli Studi di Napoli SUN; 2) ridurre i livelli di coercizione percepita; 3) migliorare la cura di sé e la relazione terapeutica; 4) aumentare la compliance ai trattamenti.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto da un'equipe formata da uno psichiatra e un riabilitatore. I pazienti inclusi nello studio avevano le seguenti caratteristiche: a) età tra 18 e 65 anni; b) diagnosi di Sindromi depressive con manifestazioni psicotiche, Disturbo Bipolare con manifestazioni psicotiche, Sindromi Schizofreniche, con compromissione nel funzionamento sociale (punteggio GAF<50); c) gravità del quadro clinico (punteggio TAG>5); d) capacità di fornire il consenso informato. I pazienti sono stati valutati al momento del ricovero (T0) e alla dimissione (T1). L'intervento è stato articolato in 5 incontri. Gli strumenti di valutazione sono stati: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall e Gorham, 1962); 2) Threshold Assessment Grid (TAG), (Slade et al., 2002); 3) Global Assessment of Functioning (GAF), (Aas IH., 2010); 4) Cantril Ladder, and Mac Arthur Perceived Coercion Scale; 5) Helping Alliance Scale (HAS); 6) Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), (Priebe S., 1999); 7) Questionario sulle opinioni degli utenti (QSE). Le principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti sono state raccolte con un questionario ad hoc.

RISULTATI

Il campione dello studio includeva 10 pazienti (5 maschi e 5 femmine), con età media di 44.2 (DS=7.98) anni, ricoverati tra maggio e settembre 2014. Al termine del ricovero i pazienti presentavano un miglioramento statisticamente significativo del funzionamento sociale, dei problemi psicologici e del quadro psicopatologico ($p<.05$). Due pazienti (20%) sono stati riospedalizzati.

CONCLUSIONI

L'intervento cognitivo-comportamentale di stampo psicoeducativo con approccio individuale mostra, nonostante i limiti dello studio (numero esiguo del campione e assenza del gruppo di controllo), efficacia nel migliorare il funzionamento sociale, la cura di sé, l'aderenza al trattamento, stabilire degli obiettivi alla dimissione e migliorare nel complesso la qualità di vita dei pazienti. Pertanto questo intervento può rappresentare uno strumento importante per il trattamento integrato dei disturbi mentali gravi negli SPDC.



ATTI DEL CONGRESSO

PO12:36

IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO "SOCIAL COGNITION INDIVIDUALIZED ACTIVITIES LAB": UNO STUDIO PILOTA

D. Palumbo, G. Piegari, M. Chieffi, A. Mazza, R. Giugliano, F. De Riso, V. D'Alise, A. Mucci, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria dell'università degli Studi di Napoli SUN, Napoli

Scopo del lavoro - I pazienti con psicosi presentano deficit significativi in una vasta gamma di domini cognitivi che includono sia quelli neurocognitivi (es. attenzione, memoria) che la cognizione sociale (es., riconoscere le emozioni, le intenzioni degli altri). Il nostro gruppo di ricerca ha già dimostrato l'efficacia di un programma riabilitativo focalizzato sulla neurocognizione, il Neurocognitive Individualized Training (NIT), in pazienti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo. Recentemente sono stati studiati i rapporti tra cognizione sociale e funzionamento nella vita reale ed è stato riportato che i deficit della cognizione sociale incidono negativamente sul funzionamento sociale ed occupazionale. Pertanto il presente progetto è finalizzato ad implementare un nuovo programma riabilitativo individualizzato che associa il NIT a un training per la cognizione sociale, il Social Cognition Individualized Activities Lab (So.C.I.A.L.).

Materiali e Metodi - La studio ha previsto le seguenti fasi:

- 1) implementazione di materiali ecologici per la componente psicosociale del So.C.I.A.L. (foto e video realizzati da professionisti);
- 2) addestramento degli operatori coinvolti nello studio;
- 3) attuazione dell'intervento nel gruppo pilota di pazienti;
- 4) valutazione dell'attrito e del gradimento dei pazienti coinvolti mediante il Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; il cui punteggio varia tra 8 e 32, con punteggi più alti indicativi di maggiore soddisfazione).

Sono stati reclutati 5 pazienti, afferenti all'ambulatorio del nostro dipartimento, con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-IV (durata di malattia minore di 10 anni). Il programma prevede una durata complessiva di 20 settimane, con due incontri settimanali comprendenti una seduta individuale di NIT (80 min.) e un incontro di gruppo (80 min.) per il training di due aree:

- 1) Riconoscimento delle Emozioni (primi 10 incontri): allena la capacità di discriminare le emozioni attraverso l'utilizzo degli strumenti costruiti ad hoc. Prevede inoltre un role-play per allenare i pazienti a riconoscere "dal vivo" le emozioni altrui.
- 2) Teoria della Mente (successivi 10 incontri): allena la capacità di attribuire stati mentali agli altri attraverso l'uso degli strumenti costruiti ad hoc. È previsto un role-play per allenarsi "in diretta" a comprendere le intenzioni altrui.

Risultati - Sono state completate le fasi di sviluppo dei materiali e il modulo "riconoscimento delle emozioni". I pazienti hanno partecipato con continuità al programma e hanno riportato un punteggio medio al CSQ-8 di 26.6, indicativo di elevata soddisfazione.

Conclusioni - La conduzione del gruppo pilota è un passo necessario atto alla misurazione della fattibilità dell'intervento e i risultati sono incoraggianti, in particolare per l'alto grado di soddisfazione riportato dai pazienti. Tale risultato sembra confermarsi per il modulo "Teoria della Mente", ancora in corso. Si sottolinea che il So.C.I.A.L. è pensato come la combinazione di due approcci riabilitativi (neurocognitivo e della cognizione sociale) per ottenere un impatto quanto più possibile incisivo sul funzionamento nella vita reale del paziente con schizofrenia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:37

DISTURBI PSICHICI IATROGENI ED INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO CON INF

G. Simonetti¹, G. Boncompagni², A. Scuteri¹, M. Bernardi¹, P. Andreone², G. Taruschio²

¹A.O.U. Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, ²DSM, U.O. SPDC, Azienda USL Bologna

Scopo del lavoro: il trattamento delle epatiti croniche virali (ECV) da HCV con Interferone (INF), Ribavirina (RBV) e nuovi antivirali (DAA) è frequentemente complicato dall'insorgenza di effetti collaterali su diversi organi o apparati, tra questi dal 10% al 40% possono interessare il SNC (astenia, letargia, insonnia, irritabilità, allucinazioni, ansia, cefalea, parestesie, discontrollo degli impulsi, psicosi, dissonnia, alterazioni delle funzioni cognitive, depressione, mania, etc). La comparsa di disturbi psichiatrici è di norma causa di interruzione del trattamento con regressione della sintomatologia neurotossica. Questo lavoro si pone l'obiettivo di valutare la prevalenza degli eventi avversi gravi in corso di terapia antivirale.

Materiali e metodi: studio retrospettivo su 590 pazienti HCV+ che sono stati sottoposti alla terapia antivirale standard (Interferone peghilato e Ribavirina) tra il 2005 ed il 2011 presso gli ambulatori epatologici del Policlinico Universitario Sant'Orsola Malpighi.

Risultati: nella nostra personale esperienza di 590 soggetti trattati con Interferone Peghilato e Ribavirina, 285 (48,3%) hanno sviluppato degli eventi avversi di tipo psichiatrico, tra questi: 3/285 (1%) un disturbo del comportamento, 6/285 (2%) sintomi psicotici, 35/285 (12,3%) sintomi neurocognitivi, 16/285 (5,6%) stato confusionale. Il 90,6% (260/285) dei pazienti che ha sviluppato sintomi psichiatrici in corso di terapia ha terminato il trattamento.

Conclusioni: la nostra esperienza sembra indicare che la comparsa di fenomeni neurotossici gravi non rappresenta una controindicazione assoluta al proseguimento della terapia antivirale in pazienti con ECV HCV correlata. In presenza di tali disturbi psichici iatrogeni, come per altre complicanze del trattamento antivirale (anemia, leucopenia, ect..) è possibile continuare la terapia attraverso un attento monitoraggio specialistico e introduzione di specifica terapia psicofarmacologica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:38

TRIPLICE TERAPIA PER PAZIENTI HCV+ E DISTURBI PSICHIATRICI

G. Simonetti¹, G. Boncompagni², A. Scuteri¹, M. Bernardi¹, P. Andreone¹, G. Taruschio²

¹A.O.U. Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna, ²DSM, U.O. SPDC, Azienda USL Bologna

Scopo del lavoro:

Fino al 2011 la terapia universalmente accettata per eradicare il virus dell'HCV (denominata Standard o Duplice terapia) si basava sull'utilizzo di Interferone peghilato in associazione a Ribavirina e permetteva di ottenere tassi di negativizzazione del virus intorno al 40-50% per il genotipo 1 e fino all'80% per i restanti genotipi virali (Strader et al. 2012). Nel maggio 2011 la FDA e l'European Medicines Agency hanno approvato due nuove molecole (Telaprevir e Boceprevir) da usare in combinazione alla terapia standard per la cura dei pazienti con genotipo 1 (Triplice terapia).

La terapia antivirale duplice induce effetti collaterali di tipo psichiatrico, come depressione, insonnia, irritabilità, disturbi cognitivi, con tassi di prevalenza che oscillano tra il 30-70% dei pazienti trattati (Schafer et al. 2012). Pochi studi hanno analizzato l'insorgenza di sintomi psichiatrici in corso di Triplice terapia.

Materiali e metodi:

studio prospettico con utilizzo di intervista clinica, su 84 pazienti HCV+ che sono stati sottoposti alla terapia antivirale duplice e triplice presso gli ambulatori epatologici del Policlinico Universitario Sant'Orsola Malpighi.

Risultati: 57/84 (67.9%) pazienti è stato sottoposto a triplice terapia. 29/57 (50.9%) pazienti in triplice e 14/27 (51.9%) in duplice terapia hanno avuto bisogno di usufruire del servizio di consulenza psichiatrica, senza differenze significative tra i gruppi (p. 0.560); allo stesso modo più della metà di ogni gruppo ha necessitato di una psicofarmacoterapia senza differenze tra i gruppi (p. 0.512).

Conclusioni: la nostra esperienza sembra indicare che la comparsa di eventi avversi di tipo psichiatrico con conseguente necessità di monitoraggio della salute mentale in corso di terapia antivirale, non viene influenzata dall'aggiunta dei nuovi farmaci.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:39

CORRELATI NEURALI DELLA DISREGOLAZIONE EMOTIVA NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: EFFETTO DEL TRATTAMENTO ED EVENTI AVVERSI INFANTILI

B. Vai, L. Sforzini, S. Poletti, R. Visintini, C. Maffei, F. Benedetti
Ircs Ospedale San Raffaele, Milano

SCOPO DEL LAVORO

Compromissioni nelle abilità di social cognition e di processing emotivo giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Diversi studi hanno identificato una disregolazione dell'attività di aree frontali e limbiche durante compiti di social cognition in questo disturbo: un'iperattivazione dell'amigdala e un'ipoattivazione di aree frontali potrebbero rappresentare un correlato neurale del DBP, associato in particolare alla disregolazione emotiva. Sebbene un'alterata risposta funzionale di questo circuito possa identificare un possibile biomarker per il DBP, nessuno studio ha mai valutato l'effetto di un trattamento e di eventi avversi infantili (ACE – fattori spesso considerati nell'eziopatogenesi del disturbo) sulla risposta neurale.

Questo studio ha quindi lo scopo di comparare le risposte funzionali durante un compito di processing implicito tra soggetti sani, pazienti affetti da DBP, disturbi bipolare e schizofrenia, e d'indagare l'effetto di ACE e di 6 mesi di psicoterapia e trattamento farmacologico con clozapina a bassi dosaggi sull'attività neurale di soggetti affetti da DBP.

MATERIALI E METODI

Acquisizioni fMRI a 3.0 Tesla sono state usate per studiare i correlate neurali in risposta alla elaborazione implicita di volti esprimenti paura e rabbia in 22 soggetti di sesso femminile: 11 controlli sani, 11 pazienti affetti da DBP.

Un'Analisi della Varianza (ANOVA) a due vie ha invece permesso di valutare l'effetto di due fattori: diagnosi (sani vs DBP) e ACE (alti vs bassi). Infine, un'ulteriore ANOVA è stata effettuata in 10 soggetti (5 DBP, testati prima e dopo il trattamento, e 5 controlli sani abbinati) per indagare l'effetto del trattamento combinato.

RISULTATI

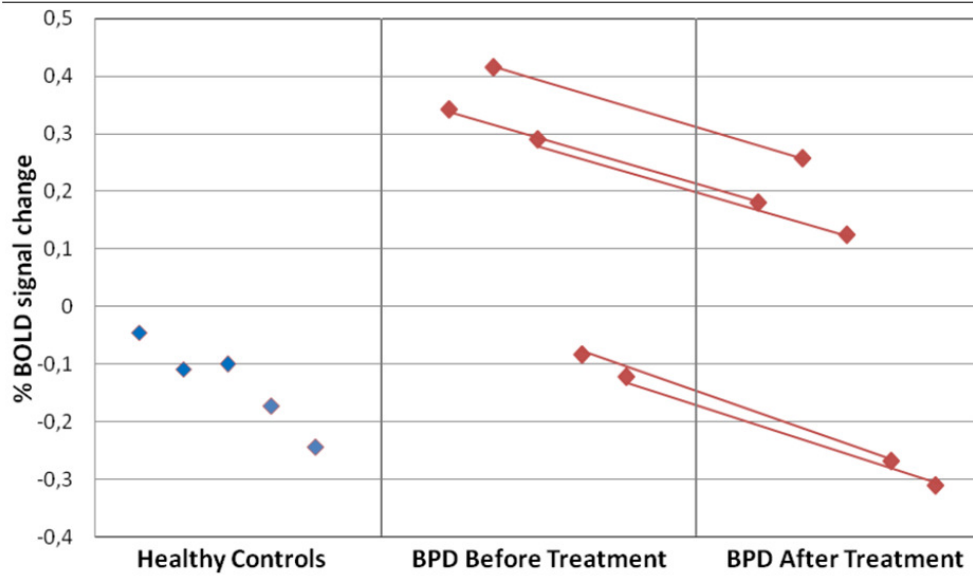
Pazienti borderline hanno mostrato un carico significativamente maggiore di ACE rispetto a soggetti di controllo. In entrambi i gruppi un alto carico di ACE è stato associato a una minore attivazione dell'amigdala e a una maggiore risposta della corteccia prefrontale dorsolaterale. Soggetti borderline, tuttavia, hanno riportato un'iperattivazione basale dell'amigdala e un'ipoattivazione delle regioni prefrontali rispetto ai controlli. Il trattamento integrato ha causato un ampio miglioramento sintomatico, affiancato dalla normalizzazione dell'attività dell'amigdala.

CONCLUSIONI

Per quanto riguarda gli ACE, una maggiore attivazione nella corteccia prefrontale dorsolaterale suggerisce la richiesta di un controllo cognitivo maggiore sulle aree limbiche che ha portato, dopo un trattamento clinicamente efficace, a una normalizzazione della reattività dell'amigdala agli stimoli avversi. Cambiamenti di misure fMRI di attività cortico-limbico potrebbero essere di rilevanza clinica nel DBP e potrebbero fornire marcatori biologici affidabili per l'efficacia del trattamento.



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO13:40

VALUTAZIONE DELL'ESITO DI PROGRAMMI RIABILITATIVI RESIDENZIALI PER PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI PSICHIATRICI MAGGIORI

M. Zabotto¹, F. Bonfanti², F. Re¹, L. Sforzini¹, R. Truzoli¹, C.A. Viganó¹, G. Ba¹

¹U.O. Psichiatria II - Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco - Università degli Studi di Milano,

²CDL In Tecnica Della Riabilitazione Psichiatrica - Università degli Studi di Milano

Il primo passo di ogni percorso riabilitativo strutturato è la pianificazione di un progetto terapeutico elaborato in equipe che tiene conto di bisogni, risorse, disabilità residue e fattori ambientali e che definisce esiti e aspettative che si intendono realizzare (Ba, 2003). Se la disabilità è il punto di partenza, il recovery, inteso come 'ripresa' di funzionamento della persona nella sua globalità e non solo come riduzione della disabilità, è la nostra destinazione e la riabilitazione è la strada che percorriamo (Lieberman 2012; Strauss 1989).

Scopo del lavoro è una valutazione dell'esito in termini di recovery dei progetti riabilitativi degli ospiti di una struttura riabilitativa residenziale ad alta intensità (CRA).

Materiali e metodi. Lo studio, osservazionale e retrospettivo, è stato condotto su un campione di pazienti di una Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza dal 2010 al 2013. I percorsi (descritti nei singoli PTR) sono analizzati usando indicatori psicopatologici e di funzionamento. Per questo lavoro sono riportati solo i punteggi della GAF ed il modello delle 5 AREE DI SPIVAK, per rilevare i cambiamenti in aree specifiche. La valutazione è stata effettuata all'ingresso (t0), a conclusione del percorso residenziale (t1) e ad 1 anno dalle dimissioni (t2).

Risultati. Sono stati valutati 26 pazienti che avevano completato il progetto di cura. Dall'analisi dei dati è emerso che a termine del percorso in CRA il funzionamento globale di tutti i pazienti risulta significativamente migliorato pur partendo da livelli compromessi: al t0 la media GAF è 31.46 (DS 8.2) mentre a t1 arriva a 40.8 (DS 9.07); ad un anno dalle dimissioni si mantiene a 41.4 (DS 13.06) con un cambiamento nel tempo statisticamente significativo ($p < 0.001$). La valutazione delle aree di Spivak mostra un miglioramento in tutte le aree nel 26% dei casi, nel 32% il miglioramento è almeno in 3 aree su 5. Nel campione in esame la maggior parte dei pazienti alle dimissioni prosegue con programmi più emancipativi e favorevoli l'inclusione sociale: il 54% torna al domicilio, il 14% va in appartamento protetto e tutti mantengono i contatti con il CPS. Il 31% dei casi che prosegue presso strutture residenziali corrisponde in toto a pazienti che già all'ingresso mostravano altre problematiche sociali e/o comorbidità o gravi disabilità.

Conclusioni. Si conferma l'effetto positivo sul funzionamento globale di pazienti con disturbi psichiatrici maggiori di una presa in carico integrata terapeutico riabilitativa con progetti definiti e monitorati nel tempo. Lo studio, anche se condotto retrospettivamente, conferma l'utilità e la necessità della valutazione costante del percorso, usando strumenti strutturati associati ad altri informali, quali utili supporti agli operatori nella quotidianità di un servizio riabilitativo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:41

USO DELLA VENLAFAXINA A RILASCIO OSMOTICO AD ALTI DOSAGGI CON IL TRAZODONE

M. Viola¹, F. Margari²

¹Specialista In Psichiatria, Lecce, ²Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Bari

SCOPO DEL LAVORO: indagare la risposta terapeutica ottenuta in un caso clinico, con l'uso concomitante della Venlafaxina a Rilascio Osmotico ad alto dosaggio e il Trazodone a 150 mg con formulazione a rilascio nelle 24h, quando il pz. non risponde ad altre terapie (Nortriptilina, Paroxetina).

MATERIALI E METODI: è stato analizzato il caso clinico di Vincenzo, giunto in ambito privatistico, che aveva una gravissima forma Depressiva con un punteggio all' HAMILTON D uguale a 39.

Il metodo adottato si è basato sull'osservazione clinica e sui punteggi ottenuti all' medesima scala dopo adeguato trattamento Psicofarmacologico con Venlafaxina a Rilascio Osmotico a 300 mg/ die, con Trazodone a 150 mg a rilascio nelle 24h. ,con Aprazolam 0,50 mg a progressivo riduzione di dosaggio e Estazolam 2 mg.

RISULTATI: dopo circa 60 giorni si è assistito a un netto miglioramento della sintomatologia depressiva, con regressione completa delle idee di morte, è stato possibile una riduzione progressiva delle benzodiazepine, la psicomotricità è notevolmente migliorata insieme al sonno e vi è stata la completa scomparsa dell' ansia. Dopo tale periodo presentava all' HAMILTON D un punteggio di 9.

CONCLUSIONI: l'utilizzo della Venlafaxina attiva a 300 mg/die sia sul reuptake serotoninergico, che noradrenergico, unitamente all' azione del trazodone che a 150 mg /die ha una azione sui recettori 5HT2a e 5HT2c e sui recettori H1 ha determinato il miglioramento del core della depressione grave agendo sull'umore e la psicomotricità (grazie alla azione della Venlafaxina sia sul sistema serotoninergico che noradrenergico) sull'ansia e l'insonnia (grazie all'azione sui recettori 5HT2a, 5 HT2c e H1) senza sviluppare sdr. serotoninergica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:43

BIPOLAR DEPRESSION AND DRUG RESISTANCE. PARTIAL SLEEP DEPRIVATION ADDED TO ANTIDEPRESSANT: A CASE REPORT.

L. Di Tizio, S. Dezi, M. Corbo, T. Acciavatti, E. Cinosi

Dipartimento di Neuroscienze, imaging e Scienze Cliniche, Università G. D'Annunzio, Chieti

AIM OF THE WORK

Bipolar disorder places a significant burden on individuals, caregivers and family, and the broader community. Current treatments are believed to be more effective against manic symptoms, leaving a shortfall in recovery during the depressive phase of the illness. Bipolar depression is often unrecognized and difficult to treat because of two opposite problems: treatment resistance and risk of manic switch. Individuals with bipolar disorder spend more time depressed than manic or hypomanic, and treating bipolar depression is a clinical challenge. Antidepressant monotherapy is commonly used, despite guidelines advising against this practice. Compelling evidence indicating that these agents are effective treatments for bipolar depression is lacking, but evidence does indicate that these agents may lead to a manic or hypomanic switch in some patients. This demonstrates the urgent need for more efficient antidepressant treatments for bipolar depression. Sleep deprivation is effective and fast-acting antidepressant methods. The underlying molecular mechanisms of sleep deprivation are not well understood; especially possible mechanisms explaining the rapid, but transient antidepressant effect of sleep deprivation are unknown. We report a clinical case of a 35 year-old bipolar patient with a depressive episode treated with partial sleep deprivation during 1 week with the idea to enhance pharmacological treatment response. The patient who had shown poor responsivity to the pharmacological treatment during her clinical history both during the maniacal and depressive phases, in the week of sleep deprivation was treated with valproic acid 1g and sertraline 50mg. Can sleep deprivation prompt a rapid and stable antidepressant response in bipolar disorder?

MATERIALS AND METHODS

All data were collected and recorded during the week of the sleep deprivation in the patient's hospitalization. During 1 week, patient was administered 3 consecutive total sleep deprivation cycles (each composed of a period of 36 hours awake followed by recovery sleep).

Severity of depression was rated according to the Hamilton Depression Rating Scale before and after the treatment.

RESULTS

Before and after the mixed treatment the Hamilton Depression Rating Scale score for the patient was the same.

CONCLUSIONS

Although under the point of view of clinical results there have been no improvements of the depressive symptoms, the time spent by the operators with the patient during the deprivation has allowed a radical study of the psychopathological picture. It has also been highlighted the need' for a strong motivation of the patient to participate in cycles of sleep deprivation. the nature of depression disorder, eroding the motivational capacity of the patient, contributes to make the completion of the sleep deprivation treatment more difficult.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:44

TERAPIA LONG TERM CON SGA IN PAZIENTI PSICOTICI CRONICI: RISULTATI PRELIMINARI SULLE EVIDENZE RELATIVE AL MIGLIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO COGNITIVO E DELLE AUTONOMIE SOCIALI

A. Francomano, M. Dazzo, S. Gentile, F. Piazza, V. Di Giorgio, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria - Dip. Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università degli Studi di Palermo

SCOPO DEL LAVORO

In una larga maggioranza di pazienti affetti da disturbo psicotico cronico si riscontrano sia deficit cognitivi sia disabilità sociale, con incapacità di adempiere ai principali ruoli attesi in un definito ambito funzionale, con mancato raggiungimento di soddisfacenti livelli di qualità di vita, riduzione delle probabilità di successo degli interventi terapeutici e prognosi peggiore. Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia del trattamento con terapia long term con SGA in termini di funzionamento cognitivo e autonomia sociale rispetto al trattamento con long acting di prima generazione.

MATERIALI E METODI

Sono stati confrontati 15 soggetti con diagnosi clinica di psicosi cronica, di età compresa tra 20 e 54 anni, in trattamento, mensile o bisettimanale, con paliperidone o olanzapina long acting (dopo switch farmacologico dalle rispettive formulazioni orali assunte da almeno un anno) con un gruppo di 15 soggetti di età media di 46 anni in trattamento depot con FGA. La valutazione è avvenuta tramite somministrazione in due tempi (T0-T1), ad intervallo temporale di 6 mesi di MMSE, CGI, FAB, Matrici di Raven p38, Trail Making Test, Q-Lindex, PANSS e WHODAS II in entrambi i gruppi.

RISULTATI

Nei soggetti in trattamento long acting con SGA con olanzapina e paliperidone si sono complessivamente raggiunti valori minori alla PANSS nelle singole scale, con netta diminuzione del punteggio di diversi item quali appiattimento affettivo, ritiro emozionale, mancanza di fluidità nel colloquio e ritiro sociale attivo, rispetto agli stessi test somministrati ai pazienti in terapia con FGA. Sul piano cognitivo si è registrato un lieve miglioramento di alcune funzioni superiori (flessibilità mentale, programmazione e controllo inibitorio e autonomia dall'ambiente) rilevato alla FAB; maggiore capacità di codifica e comprensione alle Matrici di Raven; miglioramento dell'attenzione visiva al TMT. Nel corso delle due osservazioni (T0-T1), inoltre, si evince un iniziale miglioramento del funzionamento globale alla valutazione CGI e WHODAS II, in particolare i domini della partecipazione sociale e delle interazioni con gli altri. L'analisi dell'andamento dei risultati ottenuti con il Quality of Life Index evidenzia cambiamenti positivi nei punteggi relativi alle condizioni di salute, allo stato d'animo e alla vita quotidiana nel corso delle due valutazioni tra casi e controlli.

CONCLUSIONI

L'utilizzo di terapia long term con antipsicotici di seconda generazione determina, nel campione analizzato rispetto al gruppo dei controlli, maggiore capacità di comunicazione e comprensione e un lieve miglioramento della qualità della vita e del funzionamento sociale, con possibilità di maggiore apertura relazionale e più valida integrazione nel proprio contesto.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:45

PERSISTENZA NEL TEMPO DEGLI EFFETTI DEL RIMEDIO COGNITIVO NELLA SCHIZOFRENIA

G. Deste¹, S. Barlati¹, P. Cacciani¹, R. Poli³, E. Sacchetti^{1,2}, A. Vita^{1,2}

¹Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Spedali Civili, Brescia, ²Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia, ³Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri, Cremona

Obiettivi. Gli interventi di rimedio cognitivo si sono dimostrati efficaci in pazienti affetti da schizofrenia. La persistenza degli effetti positivi di tali terapie è tuttora oggetto di discussione. Questo studio è volto a valutare la persistenza degli effetti di interventi di rimedio cognitivo un anno dopo il completamento degli interventi stessi.

Metodi. 56 pazienti affetti da schizofrenia, trattati con interventi di rimedio cognitivo o interventi riabilitativi abituali sono stati rivalutati con misure cliniche, neuropsicologiche e di funzionamento psicosociale un anno dopo il completamento degli interventi riabilitativi.

Risultati. A un anno di follow-up, i vantaggi del rimedio cognitivo rimanevano significativi per quanto riguarda le variabili cliniche e specifici domini cognitivi. Le misure di funzionamento psicosociale mostravano un incremento progressivo al follow-up.

Conclusioni. I risultati di questo studio suggeriscono la stabilità nel tempo degli effetti positivi degli interventi di rimedio cognitivo nella schizofrenia, con effetti persistenti a un anno di distanza dal completamento degli interventi stessi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:46

LA RECOVERY COME MODELLO RIABILITATIVO: IMPATTO SULLE RELAZIONI E LA QUALITÀ DI VITA

S. Damiani¹, S. Bonera¹, R. Cirila¹, G. Meroni¹, T. Veglia², M. Pizzochero¹, P. Politi²

¹Cooperativa Sociale Casa del Giovane, Centro Diurno per la Salute Mentale, Pavia, ²Università degli Studi di Pavia, Department of Brain and Behavioral Sciences, Pavia

SCOPO DEL LAVORO

In psichiatria la riabilitazione è una parte cruciale del percorso di cura. Troppo spesso, tuttavia, si assiste a un fallimento dei progetti riabilitativi, rischiando da un lato l'istituzionalizzazione degli utenti e dall'altro il burnout degli operatori. E' inevitabile che le ripercussioni di questi stress impattino negativamente sulla società. Sono quindi necessarie soluzioni alternative in grado di migliorare i risultati terapeutici ed educativi e favorire il reinserimento sociale degli utenti psichiatrici nel territorio che gli appartiene.

L'end-point primario di questo studio è quello di verificare l'efficacia di un approccio riabilitativo che abbia come fondamento i precetti di recovery, empowerment, la valorizzazione dei punti di forza degli utenti.

MATERIALI E METODI

Questo lavoro riporta l'esperienza del nostro centro, orientato a potenziare la resilienza dei pazienti tramite pratiche favorevoli:

- La partecipazione attiva dell'utente nel percorso di cura
- La guarigione intesa come miglioramento della qualità della vita
- L'accrescimento della consapevolezza delle proprie fragilità e l'individuazione di strategie di fronteggiamento

L'equipe ha utilizzato una batteria di test (DREEM, WSAS, VGF, Test delle reti) per rilevare il trend di numerosi fattori influenzanti la qualità della vita di 10 utenti che hanno preso parte alle attività del nostro centro diurno nell'ambito di un progetto di riabilitazione integrata per soggetti con disturbi psichiatrici gravi.

RISULTATI

I risultati più significativi mostrano che parallelamente ad un aumento delle conoscenze sulla recovery e della partecipazione attiva degli utenti si evidenzia un trend di miglioramento nella maggior parte degli elementi valutati nei questionari.

I test somministrati hanno mostrato in maniera concorde il progressivo aumento delle relazioni esperite dai pazienti e della loro qualità, in particolare nel primo periodo di soggiorno nei centri, parallelamente ad un incremento costante del funzionamento globale.

Nel test delle reti il riscontro più immediato è l'aumento del numero di relazioni che si verifica sostanzialmente con l'ingresso in comunità. I parametri che descrivono la qualità delle relazioni (multiplicità, reciprocità, intensità) subiscono tutti, gradualmente e costantemente, variazioni positive.

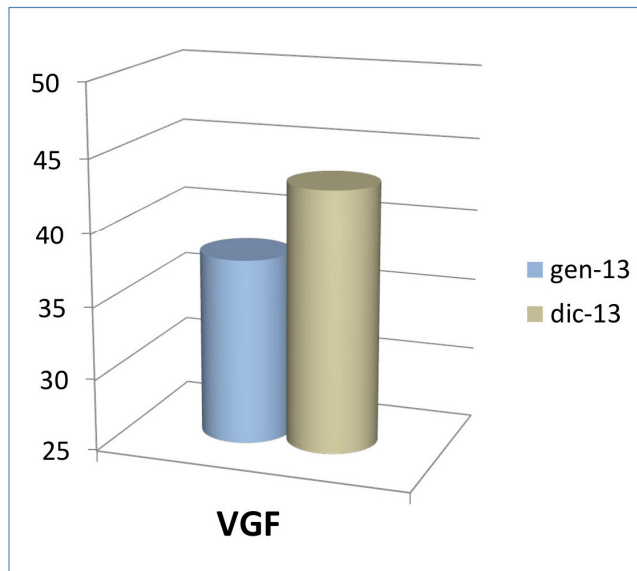
CONCLUSIONI

La qualità di vita comprende fattori come quantità e qualità delle relazioni, autonomia, benessere, senso di identità, valorizzazione dei punti di forza. Tali elementi, se considerati singolarmente nella complessa varietà di un percorso riabilitativo, hanno limitata valenza clinica. Un approccio orientato alla ripresa, anziché focalizzarsi sui singoli fattori, si propone di implementarli nel loro complesso. Consideriamo quindi utile continuare a seguire il modello proposto nei nostri progetti riabilitativi.



ATTI DEL CONGRESSO

Modifiche valori VGF dal Gennaio al Dicembre 2013





ATTI DEL CONGRESSO

PO13:47

J.D.: TRA DIFFICOLTÀ DI AGGANCIO E MIGLIORAMENTO CLINICO

V. Barbanti Silva, L.R. Chiri, E. Semrov

DSM-DP - AUSL, Reggio Emilia

Scopo del lavoro: Illustrare le difficoltà e le strategie di aggancio riscontrate nell'intervento con un giovane paziente all'esordio psicotico. L'ingresso all'interno di un percorso di cura appropriato è stato caratterizzato da molteplici livelli di complessità connessi (a) ad insofferenze peculiari per l'età (adolescenza), (b) all'architettura e alla dinamica di cambiamento della psicopatologia (diagnosi attuale Schizofrenia Simplex) e (c) alla struttura del contesto familiare (nucleo multi-problematico con funzionamento disorganizzato e con differenti gradienti di malattia nei singoli componenti).

Materiali e metodi: I contatti di J.D. con la NPIA sono stati contraddistinti da una frequenza intermittente e da un atteggiamento passivamente critico da parte del familiare caregiver. Le valutazioni pregresse messe in campo hanno circoscritto l'area degli apprendimenti e la stima del Q.I. rendendo evidente la presenza di un DSA e meno significativa l'esistenza di un deficit cognitivo. L'inserimento nel percorso Progetto Esordi Psicotici del DSM-DP di Reggio Emilia, previa compilazione di apposita scheda di screening per l'invio, ha consentito l'approfondimento psicodiagnostico specialistico. La compilazione della ReARMS Checklist ha fatto emergere una condizione di Ultra High Risk ascrivibile ad una vulnerabilità di tratto per l'insorgenza di una psicosi e ad una presunta familiarità (in parenti di primo grado) per disturbi dello spettro psicotico. L'esito dell'assessment ha pertanto consentito la progressiva attivazione di una psicoterapia individuale, l'avvio graduale di colloqui psichiatrici presso il SSM adulti, l'attento inserimento di un IP di riferimento e l'effettuazione a bassa intensità di colloqui psicoeducazionali con i genitori.

Risultati: Malgrado la tessitura dell'intervento sia avvenuta con maglie larghe ed in sintonia con la soggettiva e peculiare modalità di elaborazione delle proposte, J.D. ha atteso in modo discontinuo ed estremamente difficoltoso alla psicoterapia individuale ed ha a lungo rifiutato un intervento psicofarmacologico. Il coinvolgimento guidato, attivo e costante del principale caregiver unito ad una morbida "severità" da parte del SSM ha sancito l'avvio della terapia farmacologica. Successivamente, l'intervento integrato sul versante psicoterapico e psicofarmacologico ha comportato notevoli miglioramenti sul piano timico e comportamentale. Di rilievo, il maggior adattamento al contesto scolastico ed uno spontaneo coinvolgimento nei rapporti con i pari.

Conclusioni: Nel contesto di un trattamento integrato il paziente è stato in grado di arrivare ad un parziale superamento delle difficoltà di aderenza alle indicazioni cliniche e terapeutiche e questo ha portato ad un deciso miglioramento clinico, con notevoli ricadute positive sulla qualità di vita del paziente, sul suo funzionamento cognitivo e sull'assetto delle sue relazioni.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:48

LA TERAPIA COMBINATA CON IPT-DBP NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: UN FOLLOW-UP A DUE ANNI

C. Brunetti, E. De Grandi, P. Bozzatello, S. Bellino

Centro per i Disturbi di Personalità, Clinica Psichiatrica 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

SCOPO DEL LAVORO:

In uno studio condotto precedentemente su un gruppo di pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP), abbiamo confrontato l'efficacia dopo 8 mesi della terapia combinata con Psicoterapia Interpersonale adattata al DBP (IPT-DBP) e farmacoterapia con quella della farmacoterapia singola. Al termine dello studio la terapia combinata si è rivelata più efficace nel miglioramento dei sintomi ansiosi, della percezione della qualità di vita e di alcuni sintomi nucleari: impulsività, instabilità affettiva e problematiche relazionali. Il presente studio ha lo scopo di valutare in un follow-up a due anni se queste differenze si mantengono nel tempo.

MATERIALI E METODI:

55 pazienti con DBP sono stati assegnati con criterio random a due trattamenti, della durata di 32 settimane: 1) IPT-DBP + fluoxetina (20-40 mg/die); 2) fluoxetina (20-40 mg/die). Tutti i pazienti sono stati valutati al baseline, alla 16° e alla 32° settimana con un'intervista semi-strutturata per le variabili cliniche, la CGI-S, la HAM-D, la HAM-A, la SOFAS, il BPDSI e la SAT-P per la qualità di vita. I 44 pazienti che hanno terminato lo studio hanno proseguito il trattamento con la sola farmacoterapia e sono stati valutati in un follow-up a 6, 12 e 24 mesi con le scale utilizzate in precedenza. I drop-out registrati a due anni erano 14 (32%). Le analisi statistiche sono state effettuate sui 30 pazienti che hanno terminato il follow-up, utilizzando il general linear model univariato per calcolare gli effetti dei fattori durata e tipo di trattamento. Sono stati considerati significativi valori di p minore o uguale a 0,05.

RISULTATI:

Alcune delle differenze riscontrate tra i due trattamenti al termine della psicoterapia persistono al follow-up di due anni. In particolare i pazienti trattati con terapia combinata mantengono un vantaggio significativo rispetto alle difficoltà relazionali, al controllo dell'impulsività e alla percezione soggettiva della qualità della vita. Per altri aspetti, quali l'instabilità affettiva e la sintomatologia ansiosa, il vantaggio rispetto al gruppo di controllo non è più significativo.

CONCLUSIONI:

Una parte delle differenze riscontrate tra terapia combinata e farmacoterapia singola al termine dell'IPT-DBP si mantengono nel corso di due anni di follow-up e comprendono alcuni dei sintomi nucleari del disturbo. Questi dati supportano l'efficacia a lungo termine del potenziamento della terapia di questi pazienti con una psicoterapia limitata nel tempo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:49

CAREGIVERS E TRAPIANTO EPATICO: ESPERIENZA NEL SERVIZIO DI CONSULENZA PSICHIATRICA PSICOSOMATICA (SCPP) DEL POLICLINICO DI MODENA

G. Cuoghi¹, C. Reggianini¹, S. Ferrari¹, M. Moscara²

¹Dipartimento di Medicina Clinica, Diagnostica e di Sanità Pubblica, Unità Operativa di Psichiatria, Università di Modena, ²Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Scopo: L'osservazione empirica che la presenza del caregiver nel percorso trapiantologico favorisce il benessere pre e post operatorio del paziente è suffragata anche dalla letteratura; l'assenza è correlata a scarsa alleanza terapeutica e al rischio di insorgenza di sintomi depressivi. La maggioranza degli studi verte sul carico (burden) dei caregivers di pazienti con demenza di Alzheimer e di pazienti oncologici; vi sono pochi studi sui caregivers dei pazienti in attesa di trapianto. Questo studio nasce dall'esigenza di individuare un caregiver per il paziente nell'iter pre e post trapiantologico e di avere strumenti per valorizzarne il ruolo e cogliere segni precoci di burden.

Materiali e metodi: Una review della letteratura scientifica, utilizzando come parole chiave: "caregiver transplant", come filtri: data di pubblicazione dal 1985/01/01 ad oggi e specie umana in Pubmed ha estrapolato 422 articoli, di questi 42 pertinenti allo studio, 35 riguardanti in particolare caregivers di pazienti con trapianto epatico.

Risultati: I caregivers dei pazienti in attesa di trapianto si confrontano con uno stress specifico: l'incertezza della donazione porta ad un vissuto di impotenza differente, se comparato, con il vissuto di impotenza del paziente oncologico, a cui in genere, viene proposto comunque un trattamento terapeutico (chemioterapia o chirurgia). Varie sono le funzioni svolte dai caregivers nel percorso trapiantologico: prendersi cura del paziente nelle attività quotidiane, organizzare le spese per la sistemazione abitativa nella città del centro trapiantologico, interfacciarsi con lo staff curante, trascorrere molto tempo con il paziente. Se i caregivers risiedono in città distanti dal centro trapianti, trascorrono alcuni mesi lontano dalla propria casa rinunciando a familiari, amici e confrontandosi con il cambiamento dei ruoli familiari. I caregivers nel pre-trapianto danno priorità ai bisogni del paziente; la salute fisica e psichica personale passa in secondo piano. Trascurare a lungo i propri bisogni, può condurre ad un carico eccessivo e ad essere più vulnerabili al burnout. Lo stress specifico può far sperimentare solitudine, colpa, oppressione, rabbia, paura, risentimento, depressione ed ansia. In letteratura emerge che il 25% dei caregivers dei pazienti in attesa di trapianto non si sente adeguatamente preparato nell'affrontare un'eventuale emergenza, le fluttuazioni dell'umore del paziente, le cure e le medicazioni. A Modena una delle richieste più frequenti al SCPP è rappresentata dalla consulenza psichiatrica preliminare all'inserimento in lista trapianti epatico. Questo dato evidenzia l'utilità di effettuare colloqui congiunti con pazienti e familiari per ottenere le informazioni che il paziente tenderebbe a minimizzare, individuare tra i familiari il caregiver, fornire informazioni e indicazioni per fronteggiare il carico di stress emotivo connesso al trapianto.

Conclusioni: La carenza di studi sui caregivers dei pazienti in attesa di trapianto fa ritenere necessario approfondire l'argomento per poter coinvolgere maggiormente il caregiver e fornire l'adeguato supporto psicologico.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:50

EFFETTI DI UN PROGRAMMA MUSICOTERAPIA IN PAZIENTI CON DISTURBI MENTALI GRAVI DURANTE IL RICOVERO IN UN REPARTO DI EMERGENZA PSICHIATRICA

C. Gianoglio¹, P. Punzo¹, A. Suraci¹, O. Petrillo¹, M. Reale¹, T. Tallerico¹, D. De Lisi¹, A. De Novellis¹, S. De Simone¹, L. Autiero², M.L. Marino², F. Molfini², G. Catuogno², P. Ferrucci², G. Ascione², G. Barone², D. Facchini², U. Volpe¹, A. Mucci¹, S. Galderisi¹

¹Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, Napoli, ²Istituto Formazione Musicoterapia ISFOM, Napoli

SCOPO DEL LAVORO: Precedenti studi hanno riportato che la musicoterapia (MT) ha un effetto positivo su vari disturbi medici e psichiatrici. Più recentemente, è stato proposto l'impiego della MT anche in pazienti con disturbi mentali gravi. Lo scopo del presente studio era quello di valutare gli effetti di un programma di MT sugli indici clinici e di funzionamento psicosociale in un gruppo di pazienti ospedalizzati per disturbi mentali gravi, in regime di emergenza.

MATERIALI E METODI: L'intervento di MT, attuato secondo il modello di Benenzon e consistente in 2 sedute settimanali di 60 minuti ciascuna, è stato erogato a 61 pazienti ricoverati consecutivamente, che avevano avuto almeno un ricovero ospedaliero ed esibivano un funzionamento psicosociale scadente nei 24 mesi precedenti l'episodio-indice. I soggetti che rifiutavano o non erano in grado di partecipare agli incontri, sono stati valutati come gruppo di controllo (N=45). I due gruppi sperimentali erano confrontabili per età, scolarità, durata di malattia e regime di trattamento farmacologico. A tutti i soggetti sono stati somministrati la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) per valutare la psicopatologia generale, la Hamilton Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) per la sintomatologia affettiva, la Clinical Global Impression Scale - Severity (CGI-S) per la gravità dei sintomi ed la Global Assessment of Functioning (GAF) per il funzionamento psicosociale.

RISULTATI: Un'analisi della varianza per misure ripetute ha rivelato che il gruppo di pazienti che aveva seguito il programma di MT, rispetto al gruppo di controllo, aveva una riduzione significativamente più marcata dei punteggi relativi alla sintomatologia affettiva ($F_{1,103} = 5.36$; $p < = 0.02$) e al fattore "ansia/depressione" della BPRS ($F_{1,103} = 8.55$; $p < = 0.004$). Inoltre, nel gruppo MT rispetto al gruppo di controllo si è osservata anche una più marcata riduzione della punteggio totale alla BPRS ($F_{1,54} = 13.69$; $p < = 0.0005$), nonché della gravità dei sintomi valutata con la CGI ($F_{1,54} = 5.03$; $p < 0.0001$) alla fine del periodo di osservazione.

CONCLUSIONI: I nostri risultati sono in linea con precedenti evidenze della letteratura relative all'effetto positivo che i programmi di MT possono esercitare soprattutto sullo stato affettivo in pazienti con disturbi mentali gravi, anche durante ospedalizzazioni di breve durata.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:51

LA MONTAGNATERAPIA COME STRUMENTO NELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE NEI PAZIENTI CON DISTURBI PSICOTICI: UNO STUDIO CASO CONTROLLO

E. Cossu¹, A. Coni², M. Tusconi¹, B. Carpiello¹, D. Primavera¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare - Clinica Psichiatrica, Cagliari, ²Dipartimento di Salute Mentale - Azienda Asl 6, Sanluri, CA

Introduzione: Il progetto "In Itinere" sviluppato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Sanluri, rivolto a persone con disturbi psichiatrici gravi, utilizza le metodiche della montagnaterapia. Il progetto prevede un'uscita di una giornata al mese e una di due o più giorni ogni due mesi. Il focus dell'attività è il trekking e la seguente terapia di gruppo. L'attività logistica del trekking è gestita da persone in buon compenso psicopatologico che già hanno partecipato da tempo alla montagnaterapia. L'obiettivo del presente studio è stato quello di valutare, attraverso una metodologia standardizzata, le condizioni sul piano clinico, funzionale e della qualità di vita, in un campione di pazienti affetti da disturbi mentali gravi, comparati con un gruppo omogeneo di pazienti non partecipanti a detta attività né ad altre attività di carattere terapeutico-riabilitativo.

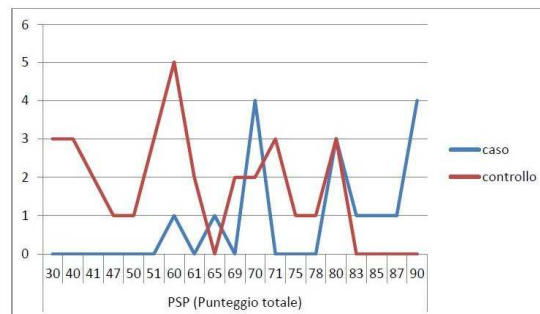
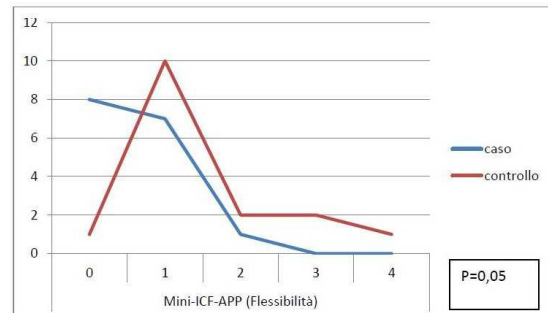
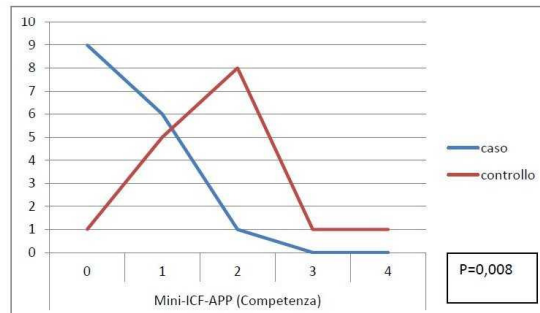
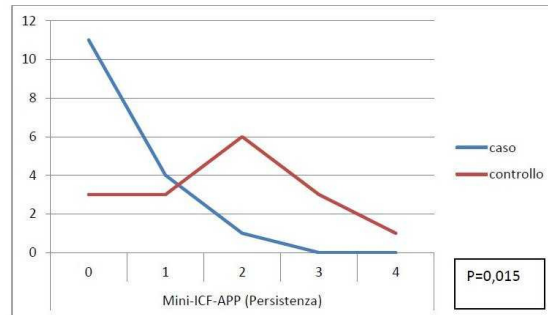
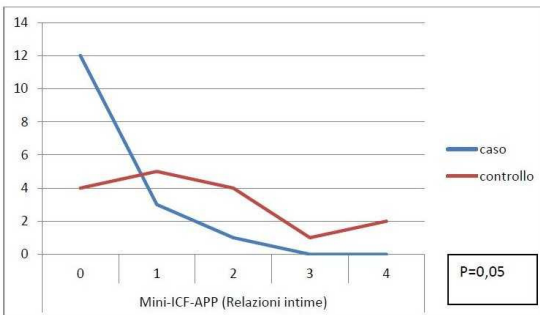
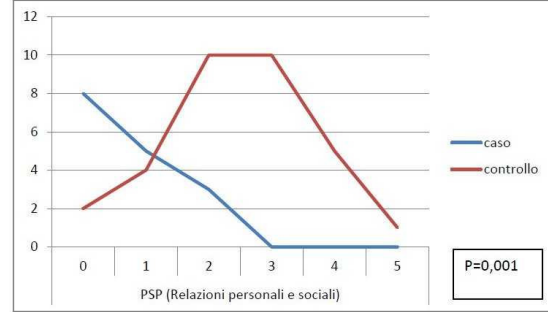
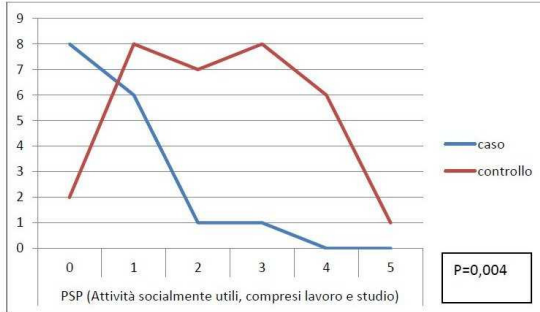
Materiali e metodi: il campione è costituito da 16 pazienti (14M e 2F) che, svolgono regolarmente un percorso di montagnaterapia da almeno due anni (media=63 mesi DS=25.361). Il controllo è costituito da 32 pazienti, appaiati per classi di età, sesso e diagnosi, seguiti con colloqui clinici periodici e farmacoterapia e supporto psicosociale. Ai pazienti è stata somministrata l'intervista clinica semistrutturata SCID-I e SCID-II, la PSP e la MINI ICF per il funzionamento personale e sociale e la WHOQOL-Bref per valutare la qualità di vita. Per la valutazione clinica sono state utilizzate la PANSS e la CGI.

Risultati: Il gruppo dei casi presenta alla CGI- SCH minori sintomi depressivi ($p=0,012$) e alla PANSS viene rilevato maggiore ritiro sociale passivo/apatico nella scala negativa ($p=0,039$). Nella scala PANSS di psicopatologia generale il gruppo controllo risulta avere sintomi peggiori di ansia ($p=0,015$), depressione ($p=0,042$) e ritiro sociale attivo ($p=0,025$). Si evidenzia inoltre una tendenza di maggiore benessere nel gruppo dei casi valutato della scala di psicopatologia generale della PANSS ($p=0,078$) e dal punteggio globale della PANSS ($p=0,075$) anche se questi ultimi dati non risultano statisticamente significativi. Il dato più evidente emerge dalla scala PSP: nella sottoscala delle attività socialmente utili ($p=0,004$), nella sottoscala delle relazioni personali e sociali ($p=0,001$) e nella scala PSP totale ($p=0,025$) il gruppo dei casi presenta miglior performance. Tale dato è confermato anche dicotomizzando la variabile del punteggio totale della PSP (Brissos et al. 2011) ($p=0,014$). Nella MINI ICF APP la flessibilità ($p=0,05$), competenza ($p=0,008$), persistenza ($p=0,015$) e relazioni intime ($p=0,05$) risultano migliori nel gruppo dei casi.

Conclusioni: questo approccio terapeutico riabilitativo pur non avendo un impatto particolarmente significativo sulla sintomatologia clinica, sembra essere associato a chiari miglioramenti sul funzionamento sociale, personale e lavorativo. Nonostante i significativi limiti dello studio, si può affermare che il progetto della montagnaterapia sembra essere un promettente approccio riabilitativo per persone fortemente gravate da disabilità sociale.



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO13:52

RISCHIO PSICOSOCIALE - INTERVENTO DI PREVENZIONE E CURA SUI LAVORATORI DI UNA ASL DEL PIEMONTE

A. Rispoli, M. Ruggieri, A. Maglietto
ASLBI, Biella

SCOPO DEL LAVORO:

Nel D.Lgs. n° 81/2008 viene sancito l'obbligo della valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori tra cui quelli collegati allo stress. Da studi effettuati dalla Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, lo stress è al secondo posto tra i problemi di salute connessi al lavoro. Nel presente lavoro vengono riportati i dati relativi all'intervento di prevenzione e/o supporto dei lavoratori tramite l'attività dello Sportello di Ascolto in una ASL .

MATERIALI E METODI:

L'attività finalizzata alla prevenzione del rischio psico-sociale e/o alla riabilitazione lavorativa degli operatori esposti svolta nell'ambito della Medicina del Lavoro da una Psichiatra comprende interventi sul singolo individuo e/o focus group. I lavoratori accedono ai colloqui su autoinvio o su invio del medico competente. Sono state valutate 208 persone di cui il 94% femmine e solo il 6% di maschi, di età compresa tra i 20 e 57 anni . Le mansioni sono state suddivise in Dirigenti (9%), Amministrativi (7%), Tecnici (8%), Infermieri (49%) e OSS(27%). Ai dipendenti è stata proposta la scala della Valutazione rapida dello Stress (VRS) secondo Biondi e Tarsitani, che fornisce una stima degli effetti dello stress percepito e successivo follow up a sei mesi dopo intervento terapeutico. E' stata utilizzata la scala di Holmes per valutare gli eventi stressanti a cui i lavoratori erano stati esposti nei sei mesi precedenti alla presa in carico.

RISULTATI

La popolazione che ha usufruito del sostegno da parte dello Sportello di Ascolto è risultata maggiormente rappresentata da: personale infermieristico, sesso femminile, età tra i 36-45 anni. Dalla VRS l'area più critica è risultata l'ansia. Nel 64% dei casi è stato effettuato trattamento farmacologico e colloqui di sostegno; nel 24% oltre al trattamento farmacologico è stato effettuato supporto psicoterapeutico; solo intervento psicoterapico nel 6% dei casi; il 5% è stato inviato al CSM, l'1% è stato inviato presso la SOS di Psicologia Ospedaliera, quando di competenza.

Nel 21% dei casi si è reso necessario un intervento o con la Direzione Medica di Presidio o con la Direzione delle Professioni Sanitarie e i Responsabili dei Servizi interessati nell'intento di migliorare le condizioni del soggetto nell'ambito lavorativo.

CONCLUSIONI

In quasi tutti i casi trattati, si è evidenziata una concomitanza di stress extra lavorativi che ha reso i soggetti più suscettibili agli stressors lavorativi (turni, carico di lavoro, rapporti interpersonali con colleghi e superiori etc). Il follow up ha evidenziato un miglioramento dei valori della scala VRS. Si evidenzia che l'intervento tempestivo sulle situazioni più a rischio, è risultato essere determinante per limitare e/o bloccare l'escalation di malessere che avrebbe potuto condurre a situazioni strutturate di disadattamento lavorativo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:54

IL DISTURBO BIPOLARE RESISTENTE AL TRATTAMENTO: UNA SFIDA TERAPEUTICA NEL MIGLIORAMENTO DELLE FUNZIONI COGNITIVE E DEL FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE

M. Pettinelli, S. Bascioni, D. Clementi, M. Pisciotta, D. Bassani, C. Gianfelice
SRT, Centro Diurno, DSM, Asur Marche, Area Vasta N°2, Fabriano, AN

INTRODUZIONE

Il deficit cognitivo nel Disturbo Bipolare è presente e persiste anche nelle fasi di eutimia. Gli SSRI, talvolta prescritti dal clinico per episodi depressivi con minacce suicidarie, sono implicati nello scatenamento di cicli rapidi con aumento del rischio suicidario e peggioramento della prognosi a lungo termine.

Il nostro lavoro descrive, attraverso lo studio di un caso clinico, come una terapia farmacologica che escluda l'utilizzo di antidepressivi possa ridurre il viraggio umorale e portare a un miglioramento delle funzioni cognitive e del funzionamento sociale e lavorativo.

METODI

Case study su una paziente di aa 47 con Disturbo Bipolare I con episodi maniacali gravi con manifestazioni psicotiche resistenti alle terapie. Negli ultimi 10 anni, sono state somministrate routinariamente ad ogni ricovero le scale PSP, BPRS HoNOS Roma. Una batteria di test neurocognitivi è stata somministrata dopo un cambio di terapia farmacologica, e ripetuta a distanza di 4 anni.

RISULTATI

Dal nostro studio si è potuto osservare che:

- l'associazione Clozapina - Asenapina e l'esclusione degli SSRI, ha portato ad un miglior controllo dei sintomi acuti e ad una riduzione della ricorrenza della sintomatologia.
- alla stabilizzazione del quadro clinico si è associato un miglioramento di memoria verbale, velocità psicomotoria e attenzione selettiva e un incremento del funzionamento sociale e lavorativo

CONCLUSIONI

La rapida ciclicità e il viraggio del tono dell'umore verso l'euforia, l'eccitamento, la rabbia e l'agitazione nel Disturbo Bipolare possono anche essere ricondotti all'uso di antidepressivi. L'esclusione di questi ultimi e l'associazione Clozapina-Asenapina ha permesso di ridurre la ciclicità della sintomatologia depressivo-maniacale determinando il miglioramento delle funzioni cognitive e del funzionamento sociale e lavorativo. La possibilità di aderire in modo più costante a trattamenti psicoeducativi e psicoterapeutici rappresenta un elemento importante nel miglioramento della prognosi a lungo termine.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:55

INTERVENTO DI AUTONOMIZZAZIONE ABITATIVA IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI PSICOTICI: ANALISI DELL'IMPATTO SUL FUNZIONAMENTO GLOBALE

A. Francomano, V. Di Giorgio, S. Lo Duca, R. D'Agostino, J. Suarez, F. Piazza, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria, Dipartimento Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università degli Studi di Palermo

SCOPO DEL LAVORO

La mancata acquisizione, la perdita o il non utilizzo delle competenze nella gestione delle attività di vita quotidiana risultano frequentemente associate alla disabilità connessa alla patologia psichiatrica. L'apprendimento o la riacquisizione di suddette abilità risulta, dunque, un obiettivo prioritario in ambito riabilitativo poiché da ciò discendono un aumento dell'autonomia e del benessere percepito del soggetto. Lo studio si propone di valutare l'efficacia di un programma per il miglioramento delle performance di vita indipendente, in pazienti affetti da disturbi psicotici, in termini di un incremento del funzionamento globale.

MATERIALI E METODI

Il disegno longitudinale dello studio include misure ripetute su un unico campione di 12 soggetti (10 maschi, 2 femmine), con diagnosi di schizofrenia, in trattamento con farmaci antipsicotici. La valutazione del quadro psicopatologico, del funzionamento personale e sociale e della qualità di vita è avvenuta tramite somministrazione degli strumenti CGI, PSP, SAFE e QL-I prima e durante l'intervento di autonomizzazione abitativa, al baseline (T0) e a distanza di 6 mesi (T1), e si completerà a 12 mesi (T2).

RISULTATI

Dal confronto tra i risultati preliminari, ottenuti alla prima e alla seconda somministrazione, si evince un aumento complessivo del punteggio totale riportato dal campione alla scala PSP. Nella quasi totalità dei casi si è apprezzato il passaggio da un livello di maggiore compromissione del funzionamento ad uno di minore alterazione. Per una percentuale inferiore di soggetti l'intervallo di punti è rimasto inalterato ma si sono riscontrati miglioramenti significativi in alcuni sottodomini come "Cura degli spazi abitativi" e "Contributo alle attività casalinghe", con un viraggio dei punteggi verso l'alto. Questi dati saranno integrati da quelli del follow-up (T2).

CONCLUSIONI

I risultati preliminari del nostro lavoro sembrano suggerire che mediante un training sulle autonomie abitative è possibile ottenere un incremento delle competenze di gestione del proprio spazio abitativo e delle attività domestiche, un miglioramento delle capacità socio-relazionali e un aumento del funzionamento globale dell'utenza, promuovendo dei processi di emancipazione, con apprezzabili ricadute sulla qualità di vita dei soggetti coinvolti.



ATTI DEL CONGRESSO

PO13:56

STAGIONALITÀ E CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE E CLINICHE IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI RICOVERATI IN TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

M. Moncalvo¹, P. Ferreri², S. Rigardetto^{1,2}, G. Maina^{1,2}

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano, TO, ²Università degli Studi di Torino

Scopo del lavoro. Lo studio si propone di indagare, nell'ambito dei ricoveri in regime di trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) effettuati nell'arco temporale di 12 mesi presso l'SPDC dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, l'incidenza, le diagnosi e le caratteristiche cliniche presentate dai pazienti in ricovero coattivo. Viene quindi analizzata la presenza di una correlazione tra incidenza dei TSO e variabili quali diagnosi e stagionalità nonché tra la stagionalità e la severità del quadro clinico, con particolare menzione a parametri quali la durata del trattamento coattivo e del ricovero, la necessità di contenzione fisica e l'ideazione/i tentativi anticonservativi.

Inoltre, data la variabilità degli aspetti legislativi che normano le modalità di ricovero in psichiatria nei differenti paesi e la relativa scarsità di letteratura in merito nella realtà del nostro paese, questo studio si pone l'obiettivo di iniziare a portare evidenze scientifiche che verranno estese proseguendo la raccolta dati e che possono risultare comparabili con altri campioni di pazienti italiani.

Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto attraverso l'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in TSO nel nostro SPDC nel periodo dal ottobre 2013 al ottobre 2014. In particolare la raccolta dati è stata focalizzata sulle diagnosi all'ingresso, sulla diagnosi longitudinale, sulla familiarità, sulla severità dei sintomi clinici e sulla stagionalità del ricovero. L'analisi statistica è stata condotta con SPSS 20.0 utilizzando per le variabili categoriali e continue rispettivamente il test del X^2 e l'ANOVA.

Risultati. Il campione di pazienti ricoverati in TSO nel periodo in analisi è risultato composto da 59 pazienti, di cui 17 ricoverati in autunno, 12 in inverno, 11 in primavera e 19 in estate. Non sono emerse differenze significative a livello delle variabili sociodemografiche sulla base della stagionalità di ricovero. Le variabili cliniche riguardanti la diagnosi attuale e lifetime, l'esordio ed il decorso di malattia, la familiarità, la presenza di ideazione anticonservativa, la durata del ricovero e del trattamento sanitario obbligatorio e dei precedenti TSO e la comorbidità sia medica che psichiatrica non sono risultate differire significativamente. Emerge invece una differenza statisticamente significativa sia per quanto concerne la contenzione fisica ($p=0.015$) sia per quanto riguarda i tentativi anticonservativi attuali ($p=0.029$), entrambi più frequenti in primavera.

Conclusioni. Dallo studio emerge un'associazione statisticamente significativa tra due importanti parametri di severità clinica - la contenzione ed il tentativo anticonservativo - ed il periodo primaverile. Data la scarsità di studi in letteratura sulla realtà italiana e la nota influenza della stagionalità sul compenso psichico, in particolare nei disturbi affettivi, verrà proseguita la raccolta dati e risulterebbero utili ulteriori studi mirati ad indagare la correlazione tra variabili cliniche e stagionalità.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:58

INTERAZIONE TRA STRESS CRONICO E VARIAZIONE NEL GENE DISC1 SU ATTIVITÀ E VOLUME PREFRONTALE DURANTE WORKING MEMORY

G. Amico¹, L. Fazio¹, A. Porcelli¹, A. Di Giorgio^{1,2}, A. Rampino¹, G. Blasi¹, A. Bertolino^{1,3}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²Dipartimento di Neuroradiologia Irccs Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo, FG, ³Pred, Nord DTA, F. Hoffman La Roche Ltd., Basel - Switzerland

SCOPO DEL LAVORO. La fisiologia della corteccia prefrontale (PFC) è sensibile allo stress: l'esposizione a stress acuti diminuisce la connettività dei microcircuiti in PFC, riducendone la funzionalità e modificandone l'architettura neuronale. L'esposizione a stress, sia acuto che cronico, riduce le performance a compiti per i quali è cruciale la funzionalità della PFC, come la working memory (WM). Stress cronici appaiono associati a riduzione della sostanza grigia in PFC.

Studi recenti hanno descritto l'effetto dei meccanismi molecolari alla base della modulazione della funzionalità della PFC in condizioni di stress acuto e cronico. Evidenze mostrano che la proteina DISC1 agisce come fattore protettivo, in grado di ridurre gli effetti negativi dello stress sulla connettività dei microcircuiti in PFC. Il gene che codifica per DISC1 (1q42.1) presenta un polimorfismo di un singolo nucleotide, Ser704Cys (rs821616) la cui variante Cys è associata a riduzione dei volumi di materia grigia in PFC e a peggiori performance cognitive.

Obiettivo di questo studio è indagare, in soggetti sani, l'interazione tra stress cronico e polimorfismo DISC1 Ser704Cys sul volume di sostanza grigia della PFC e sulla funzione della stessa durante WM. La nostra ipotesi è che i soggetti con variante Cys di DISC1, se confrontati con i soggetti Ser, siano associati a riduzione del volume di materia grigia in PFC e una peggiore funzionalità durante WM se sottoposti ad alti carichi di stress.

MATERIALI E METODI. 209 soggetti sani hanno partecipato allo studio (108 maschi, età media = 27.56 + 6.75). I partecipanti sono stati sottoposti a risonanza magnetica strutturale (sMRI) e funzionale (fMRI). Durante fMRI hanno svolto il compito di WM N-Back, nelle condizioni 1e 2 Back. Lo stress cronico è stato misurato attraverso il "Life History Calendar", attraverso il quale sono stati raccolti il numero di eventi stressanti negli ultimi cinque anni.

I dati di sMRI ed fMRI sono stati analizzati attraverso modelli fattoriali, ($p < 0.05$ FWE con correzione per piccoli volumi su BA 9-46) utilizzando il genotipo DISC1 e lo stress cronico come predittori.

RISULTATI. Il modello fattoriale sui dati di sMRI e fMRI ha mostrato un'interazione tra variante Ser704Cys di DISC1 e stress cronico. In particolare, all'aumentare dei livelli di stress, la variante Cys del polimorfismo di DISC1 era associata a riduzione di materia grigia (BA 9-46) e maggior attivazione prefrontale (BA 9-46) durante WM; inoltre, l'attività in PFC correlava negativamente con l'accuratezza comportamentale durante WM.

CONCLUSIONI. I risultati di questo studio suggeriscono, per la prima volta nell'uomo, che la variabilità genetica di DISC1 modula gli effetti dello stress cronico su volume e funzione prefrontale durante WM. Inoltre, tali risultati potrebbero contribuire alla comprensione dei meccanismi di interazione fra fattori genetici ed ambientali sulla funzione e sulla struttura del SNC.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:59

ASSOCIAZIONE TRA VARIAZIONE GENETICA DI GRIN2B E PERFORMANCE DI WORKING MEMORY IN PAZIENTI CON SCHIZOFRENIA

I. Andriola¹, G. Pergola¹, P. Di Carlo¹, A. Di Giorgio^{1,2}, R. Masellis¹, A. Porcelli¹, B. Gelao¹, R. Romano¹, M. Mancini¹, L.A. Antonucci^{1,4}, A. Rampino^{1,3}, G. Miccolis¹, M.T. Attrotto¹, O. Todarello^{1,3}, G. Caforio³, G. Blasi^{1,3}, A. Bertolino^{1,2,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²Ircs Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, FG, ³Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari,

⁴Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione - Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

SCOPO DEL LAVORO

Numerose evidenze hanno suggerito un ruolo di alterazioni del sistema glutamatergico nella patofisiologia della schizofrenia. Recenti evidenze suggeriscono che varianti del gene GRIN2B, codificante per la subunità NR2B del recettore N-Metil-D-Aspartato per il glutammato, sono state implicate nella modulazione della fisiologia della corteccia prefrontale, la cui alterata funzione è associata alla diagnosi di schizofrenia. Scopo di questo studio è stato quello di investigare se varianti genetiche di GRIN2B, che modulano i livelli di mRNA del gene in corteccia prefrontale (rs12814951, rs2160517, rs219931, rs17833976, rs11055792), sono anche associate alla diagnosi di schizofrenia e alle performance comportamentali durante working memory (WM), fenotipo cognitivo associato a questa patologia e correlato alla funzione prefrontale.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati 265 soggetti sani (F/M: 119 /146, età media+DS: 28 anni \pm 8.5) e 123 pazienti (F/M: 33/90, età media+DS: 35 anni \pm 11) affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo (DSM-IV-TR) ed in trattamento antipsicotico dal almeno 4 settimane. Tutti i soggetti sono stati genotipizzati per i 5 SNP (Single Nucleotide Polymorphism) di GRIN2B sopra elencati. 54 pazienti (F/M: 12/41, età media+DS: 32 anni \pm 8.6) e 183 controlli (F/M: 77/106, età media+DS: 28 \pm 8.6) hanno eseguito il compito di WM N-back (1- e 2-back). Per ciascun soggetto la variabilità genotipica dei 5 SNP è stata espressa mediante un genetic score (GS), di cui è stata studiata l'associazione alla diagnosi di schizofrenia e alle performance di WM mediante test non parametrici.

RISULTATI

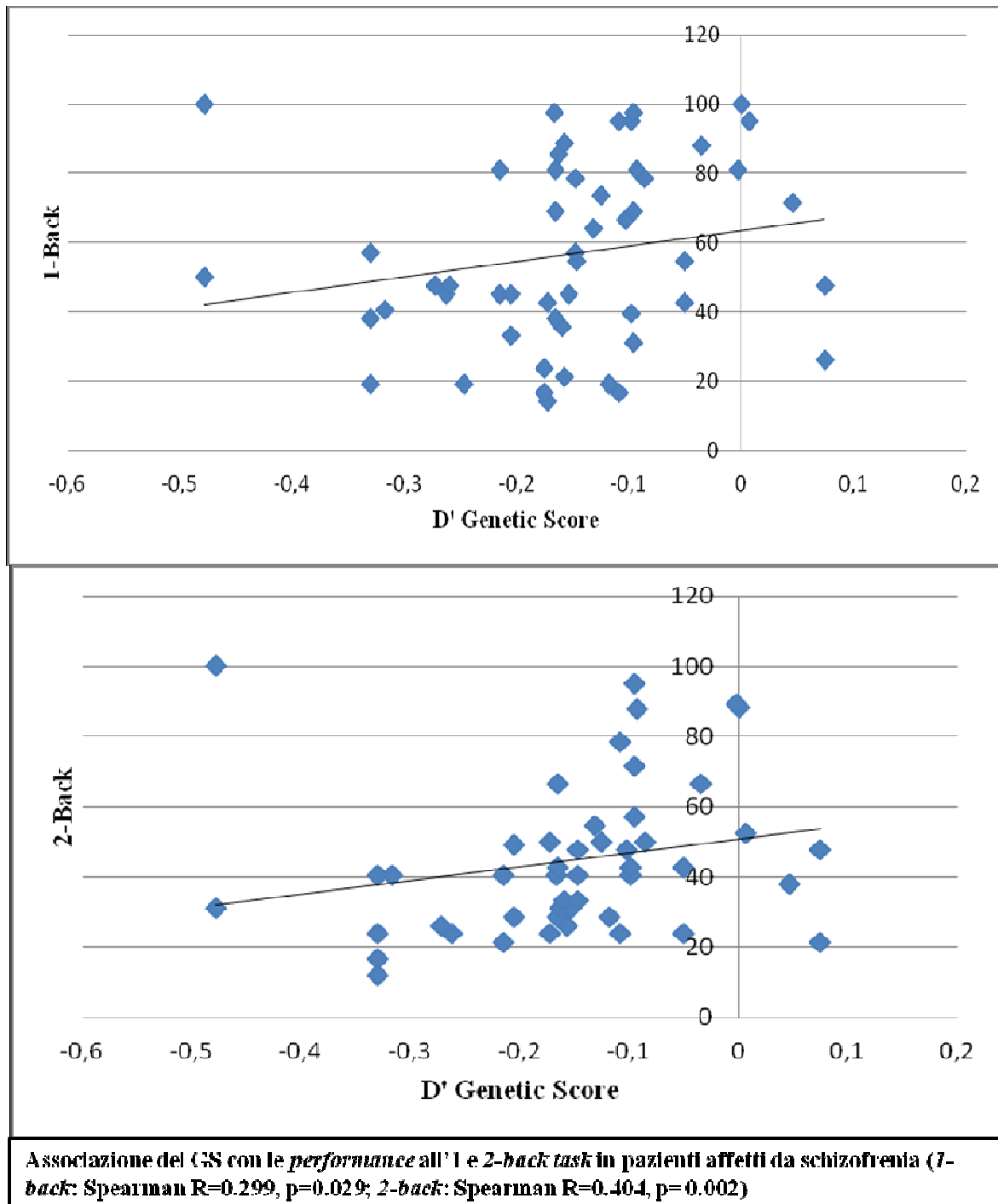
I risultati dimostrano l'assenza di associazione tra il GS e la diagnosi di schizofrenia ($p=0.360$). Nei pazienti è emersa una correlazione positiva tra GS e performance di WM sia all'1-back (Spearman $R=0.299$, $p=0.029$) che al 2-back (Spearman $R=0.404$, $p=0.002$), mentre nei controlli tale correlazione non è risultata statisticamente significativa (1-back: $p=0.66$; 2-back: $p=0.702$). Utilizzando la trasformazione di Fisher del coefficiente di Spearman è stata riscontrata una differenza statisticamente tra le correlazioni ottenute nei due gruppi (1-back: $p\text{-level}=0.033$, 2-back: $p=0.006$).

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti suggeriscono che varianti genetiche di GRIN2B sono associate al fenotipo cognitivo di WM. In particolare, i nostri dati indicano che i 5 polimorfismi di GRIN2B studiati, già associati a variazione dei livelli trascrizionali del gene, potrebbero avere un ruolo nei deficit di WM in pazienti affetti da schizofrenia, ma non in soggetti sani. Una possibile interpretazione di questi risultati è che gli effetti di tali varianti genetiche funzionali sarebbero rilevabili a livello comportamentale solo nei pazienti in virtù di un make-up genetico predisponente al rischio di deficit di WM, assente nei soggetti sani.



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO14:60

LA NOIA COME ANTECEDENTE NELLE PRESTAZIONI COGNITIVE E NELLO SVILUPPO DI UN DISTURBO ALIMENTARE

M. Aloï, M. Caroleo, A. Bruni, M. Rania, A. Palmieri, C. Segura-Garcia

Dipartimento Scienze della Salute, Università Magna Graecia di Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO

La noia è uno stato emotivo caratterizzato da disinteresse e mancanza di energia di fronte a stimoli che si percepiscono come ripetitivi o privi d'interesse. La letteratura scientifica ha indagato poco questo vissuto nel campo dei Disturbi Alimentare (DA). Lo scopo di questo studio è valutare quanto la noia influenzi negativamente le prestazioni cognitive e quanto alti livelli di noia portino ad avere un rischio maggiore di sviluppare un disturbo alimentare mediante l'influenza a sua volta dell'intolleranza all'incertezza, il perfezionismo clinico e l'ansia.

MATERIALI E METODI

Ad un campione di 77 studentesse liceali sono stati somministrati: la BoredomProneness Scale (BPS), la Intolerance of Uncertainty Scale (IUS), la Frost MultidimensionalPerfectionism Scale (FMPS), la State-Trait Anxiety Inventory (STAI), l'Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3), l'Iowa Gambling Task (IGT), l'HaylingSentenceCompletion Test (HSCT) e la Rey-OsterriethComplex Figure Test (RCFT). Il modello è stato testato tramite Structural Equation Modeling (SEM).

RISULTATI

Il modello, che prevedeva l'influenza della noia nei test cognitivi e quanto essa porti ad avere un rischio maggiore di sviluppare un DA, è stato confermato (Chi-quadro= 17,559; p=,616; CFI=1,000; GFI=,949; AGFI=,908; RMSEA= ,000).

CONCLUSIONI

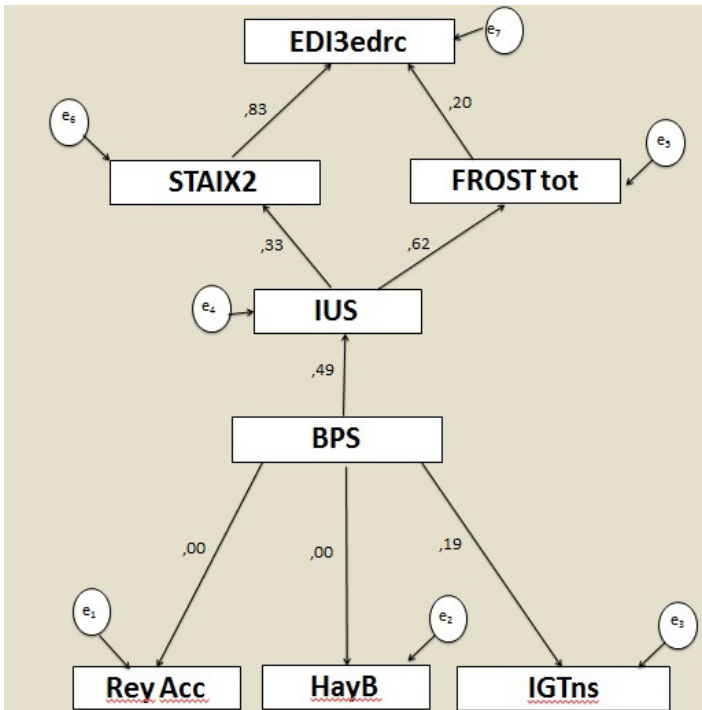
I risultati di questo studio suggeriscono che la noia influenzi negativamente le prestazioni cognitive e porta ad avere un rischio maggiore di sviluppare un DA. Ciò può essere utile nel campo della prevenzione dei DA: un approccio psico-educazionale mirato alla comprensione della noia assieme ad altri fattori di rischio quali il perfezionismo patologico, l'ansia e l'intolleranza all'incertezza potrebbe aiutare a ridurre il rischio di sviluppare un DA in età adolescenziale.

Bibliografia essenziale

- Kjelsås E, Børsting I, Gudde CB. Antecedents and consequences of binge eating episodes in women with an eating disorder. *EatWeightDisord.* 2004;9(1):7-15.
- Bennett J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite.* 2013; 60(1):187-92.



ATTI DEL CONGRESSO





ATTI DEL CONGRESSO

PO14:61

L'EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI PSICHIATRICI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE DEGLI INTERNATI CALABRESI

G. Trombetta⁴, M. Ciafone¹, A. Grec², L. Lucania³, F. Polito¹, M. Zoccali¹

¹Dipartimento di Salute Mentale - Asp di Reggio Calabria, ²Dipartimento di Salute Mentale - Asp di Catanzaro, ³Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, Viterbo, ⁴Dipartimento di Salute Mentale - Asp di Vibo Valentia

Scopo del lavoro: La popolazione internata negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è alquanto eterogenea e, di fatto, nella fase di superamento degli OPG rende problematica la gestione dei pazienti che dal punto di vista giuridico hanno diverse esigenze in ordine alla sicurezza ed ai successivi progetti trattamentali. Ci siamo proposti di realizzare uno studio epidemiologico trasversale basandoci sull'analisi osservazionale degli internati ospitati negli OPG e residenti nella Regione Calabria, valutando in particolare l'associazione tra malattia/condizione socio demografica e fattore di rischio/emergenza clinica. Il 32% della popolazione carceraria presenta condotte assuntive ed il 27% è affetto da patologie psichiatriche. In Italia solo pochi dati epidemiologici di confronto risultano disponibili al fine di operare un accurato screening sulla popolazione residente negli OPG, che risulta oggi essenziale alla luce della normativa di superamento degli stessi OPG. Ci siamo proposti quindi di procedere ad uno studio osservazionale trasversale degli internati con residenza nella Regione Calabria, procedendo nel contempo ad una analisi comparativa dei parametri socio-demografici e clinico-epidemiologici nella popolazione generale di riferimento.

Materiali e metodi: analisi qualitativa del campione in esame (intervista semistrutturata) e somministrazione della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e della Allen Scale.

Risultati e conclusioni: dai dati ottenuti emerge una elevata variabilità dimensionale della distribuzione nosografica delle principali psicopatologie presenti nella popolazione in esame e la loro correlazione alla messa in essere di condotte anti-giuridiche appare fortemente condizionata da aspetti multifattoriali socio-ambientali e dal complessivo livello di funzionamento cognitivo.

Bibliografia:

Fazel S, Seewald K (2012), Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis, Br J Psychiatry;200(5):364-73.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:62

COMT POLYMORPHISM INFLUENCE THE ASSOCIATION BETWEEN COGNITIVE FUNCTIONS AND WHITE MATTER INTEGRITY IN PATIENTS AFFECTED BY SCHIZOPHRENIA

V. Aggio¹, S. Poletti^{1,2}, I. Bollettini^{1,2}, E. Mazza¹, R. Cavallaro¹, E. Smeraldi^{1,2}, F. Benedetti^{1,2}

¹Department of Clinical Neurosciences, Scientific Institute and University Vita-Salute San Raffaele, Milan,

²C.E.R.M.A.C. (Centro di Eccellenza Risonanza Magnetica ad Alto Campo), University Vita-Salute San Raffaele, Milan

Background: Schizophrenia is one of the most debilitating psychiatric illnesses, affecting around 0.3-0.7% of general population. One of the symptomatic milestones of schizophrenia, together with negative and positive symptoms, are cognitive deficits, that involve the majority of cognitive domains. The presence of a cognitive impairment influences the overall functioning of patients affected by schizophrenia. Cognitive performances can be modulated by the effect of the Val158Met catecholamine-O-methyltransferase gene polymorphism with Val/Val subjects reporting a poorer cognitive performance in different neuropsychological tests. Val allele shows a higher COMT activity, catabolising more dopamine than the Met allele. The aim of the study is to investigate if COMT polymorphism could modulate the association between white matter (WM) integrity and cognitive functions.

Method: 69 patients affected by chronic schizophrenia (DSM-IV-TR criteria; SCID interview) underwent a 3.0 Tesla magnetic resonance and a venous blood sample for genotypic analysis of COMT polymorphism. The neuropsychological assessment was made using the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. We used a whole brain Tract-Based Spatial Statistics in the WM skeleton with threshold-free cluster enhancement of Diffusion Tensor Imaging (DTI) measures of WM microstructure: fractional anisotropy, axial, radial, and mean diffusivity.

Results: genotypic analysis showed that the sample was in Hardy-Weinberg equilibrium (Val/Val = 21/69, Val/Met=35/69, Met/Met=13/69). Patients were divided into homozygotes for the Val allele vs. carriers of, at least, one Met allele, supported by previous studies showing no significant differences between Met homozygotes and heterozygotes subjects. A positive association exists between DTI measures of WM integrity and cognitive measure. Better performances are associated with higher axial diffusivity (AD), mean diffusivity (MD), and radial diffusivity (RD) in core WM tracts: Superior Longitudinal Fasciculus, Inferior Fronto-Occipital Fasciculus, Forceps Major, Uncinate Fasciculus, and Posterior Corona Radiata.

Conclusions: COMT is highly involved in cortically mediated cognition. More rapid inactivation of dopamine in prefrontal cortex, has been postulated to be the mechanism for the poorer cognitive functions for subjects with higher COMT activity. In agreement with this hypothesis we observed that carrying a Met allele seems to be protective for patients with schizophrenia as it is associated to increased AD, suggesting better axonal integrity. Met homozygotes show one-third less activity than Val ones presumably leading to increased levels of dopamine in prefrontal cortex. Dopamine agonists protect oligodendrocytes against oxidative glutamate toxicity and oxygen-glucose deprivation injury. Therefore, we could hypothesize that the association between DTI measures and cognitive functions shows only in Val/Val homozygotes as these subjects may have reduced cortical dopamine levels, leading to a reduced fibres coherence. These findings support the formulation that variants in COMT genotype affect brain development in major brain pathways.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:63

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI STALKING NELLE PROFESSIONI D'AIUTO IN UN CAMPIONE SICILIANO

C. Badalamenti¹, G. Tripoli¹, C. La Cascia¹, M. Strano², D. La Barbera¹

¹Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sez. di Psichiatria, Università di Palermo, ²U.G.L. Polizia di Stato, Roma

Scopo del lavoro: Studi recenti evidenziano come il fenomeno dello stalking non si manifesti soltanto all'interno delle relazioni sentimentali/affettive, ma emerge una vulnerabilità anche all'interno dei contatti professionali, soprattutto nello spettro delle professioni d'aiuto (Jones, 2009).

Scopo dello studio è indagare la presenza di condotte di stalking attuate da pazienti nei confronti dei professionisti della salute all'interno dell'area della città di Palermo.

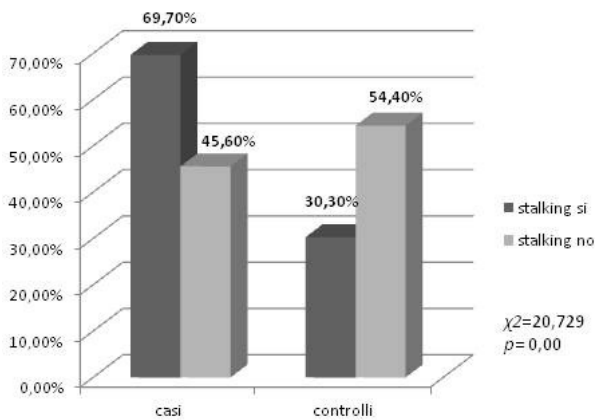
Materiali e metodi: Sono stati reclutati 600 soggetti (238 M; 362 F) di cui 300 professionisti della salute (150 medici; 150 psicologi/psichiatri/psicoterapeuti) e 300 controlli esercitanti altre professioni reclutati per campionamento appaiato rispetto ad età e genere. A tutti i partecipanti è stato somministrato il Questionario sulla Valutazione dell'Incidenza Sociale dello Stalking Professionale (QVISSP; Strano, 2011), che indaga le caratteristiche socio-demografiche del campione e dello stalker, la presenza dello stalking, le modalità con cui si manifesta ed eventuali interferenze con la vita dell'intervistato. Per l'elaborazione statistica è stato utilizzato il programma SPSS versione 20.0 per Windows, procedendo con un confronto caso-controllo delle frequenze percentuali mediante il test χ^2 di Pearson.

Risultati: Dal confronto tra casi e controlli emerge una associazione significativa tra stalking e professioni sanitarie rispetto alle altre professioni (69,7% vs. 30,3%; $\chi^2 = 20,729$; $p < 0,05$). Non si osservano differenze significative tra stalking e genere della vittima e tra stalking ed età dei professionisti. L'analisi delle statistiche descrittive ha permesso di rilevare come il 69,7% dei professionisti d'aria sanitaria siano vittima di stalking da parte dei loro pazienti, mentre nelle altre professioni la percentuale è del 30,3%. Sono soprattutto le donne ad essere vittimizzate in entrambe le categorie professionali (F 56,9% vs. M 43,1%). Un'ulteriore differenza, infine, riguarda il sesso dello stalker, che nel caso delle professioni cliniche è soprattutto di genere femminile (F 60,5% vs. M 39,5%) mentre nelle altre professioni è maschile (M 69,7% vs. F 30,3%).

Conclusioni: I dati, seppur preliminari, dimostrano, in accordo con la letteratura, come il fenomeno dello stalking si possa manifestare anche all'interno della relazione clinico-paziente, sottolineando come i professionisti della salute siano maggiormente esposti al rischio di vittimizzazione rispetto alle altre categorie professionali. Ulteriori indagini ed analisi permetteranno di capire le modalità di attuazione dello stalking, le possibili interferenze nella relazione e gli eventuali interventi di prevenzione e contenimento.



ATTI DEL CONGRESSO



Sesso stalker		
	Casi	Controlli
Maschile	39,5%	69,7%
Femminile	60,5%	30,3%

	Tipologia di ingerenza	
	Casi	Controlli
telefonate per motivi professionali	48,5%	51,5%
telefonate personali	21,1%	27,3%
appuntamenti fuori orario	15,9%	12,1%
invio di regali	15,9%	9,1%
contatti facebook	14,5%	27,5%
appostamenti sotto casa	5,3%	0%
incontri in luoghi frequentati abitualmente	9,2%	12,1%
palesi approcci	17,1%	9,1%
minacce	15,9%	9,1%
altro	3,3%	6,1%

	Conseguenze	
	Situazioni spiacevoli sperimentate	
	Casi	Controlli
Interruzione rapporto professionale	17,1%	24,2%
Distrazione dall'attività professionale	23,7%	27,3%
Anzia	34,2%	24,2%
Problemi col partner	3,9%	6,1%
Imbarazzo con amici o parenti	21,1%	12,1%
Altro	7,9%	6,1%
Conseguenze professionali		
Non rispondere a chiamate anonime	34,2%	24,2%
Cambiare numero di telefono	10,5%	0%
Cambiare e-mail	1,3%	0%
Cambiare orari in studio	6,6%	15,2%
Interporre un'altra persona nel rapporto professionale	19,7%	33,3%
Altro	6,6%	0%
Conseguenze professionali		
Cambiare numero di telefono	10,5%	0%
Cambiare luoghi frequentati	7,9%	6,1%
Giustificazioni con il partner	1,3%	15,2%
Altro	9,2%	3%



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:66

RUOLO DEI FATTORI PSICOLOGICI NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

J. Menichetti¹, D. Leone, G. Fiorino, L. Borghi¹, G. Lamiani¹, M. Allocca², D. Gilardi², P. Turri², M. Delliponti², S. Danese², E. Vegni¹

¹Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, ²Centro per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, Dipartimento di Gastroenterologia, Istituto Clinico Humanitas, Milano

Scopo del lavoro. Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) sono un gruppo di patologie estremamente disabilitanti, senza possibilità di guarigione e dall'eziologia incerta. I fattori psicologici - stress, ansia, depressione - sembrano giocare un ruolo importante nell'insorgenza, decorso e nelle modalità di gestione delle MICI. A fronte di una cospicua letteratura su aspetti psicologici "classici", sono carenti studi che valutino il ruolo dei meccanismi di difesa e fattori psichici specifici - quali l'impulsività/controllo, la rabbia/ostilità - nell'insorgenza e decorso della malattia, nonché nell'adattamento psicologico alla stessa e al trattamento.

Il presente studio vuole indagare l'associazione tra specifici pattern psicologici/di personalità e MICI.

Materiale e Metodi. Saranno inclusi nello studio 200 pazienti con diagnosi di MICI (malattia di Crohn o colite ulcerosa) in carico presso un Centro per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali scelto su base di convenienza e stratificati in rapporto alla diagnosi clinica (pazienti con patologia attiva vs pazienti con patologia in remissione). 35 pazienti sono stati ad oggi arruolati e, previa sottoscrizione del consenso informato, hanno compilato la seguente batteria di questionari: Illness Perceptions Questionnaire Revised (IPQ-R), Symptoms Checklist-90 (SCL-90), Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), Defense Mechanisms Inventory (DMI).

Risultati attesi. Si prevede di riscontrare differenze significative tra pazienti con MICI ed il campione normativo, nonché tra pazienti in fase attiva di malattia e pazienti in remissione. Si ipotizza la presenza di pattern difensivi comuni a pazienti in fase attiva e pazienti in remissione. Nello specifico, ci si attende che i pazienti con MICI facciano maggiormente uso di strategie di difesa non esternalizzanti e primitive. Non sono attese differenze significative tra pazienti con malattia di Crohn e pazienti con colite ulcerosa.

Conclusioni. I risultati del presente studio potrebbero mostrare evidenze preliminari circa la possibile associazione tra malattia di Crohn, colite ulcerosa e specifiche caratteristiche psicologiche, personologiche e difensive. Lo studio di fattori psicologici in questo tipo di pazienti può favorire una comprensione più approfondita di questa patologia, al fine di favorire l'adozione di pratiche di intervento psicologico-clinico efficaci nella cura delle MICI.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:67

PREDITTORI DI IMMAGINE CORPOREA IN SOGGETTI OBESI CANDIDATI ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

E. Bianciardi, G. Di Lorenzo, S. Betrò, C. Niolu, P. Gentileschi, A. Siracusano
Università Di Roma Tor Vergata, Roma

Introduzione: La chirurgia bariatrica (CB) ha un impatto positivo sulla qualità di vita e sulla salute mentale dei soggetti con un'obesità grave. È dimostrato che la percezione pre-operatoria dell'immagine corporea influenza l'outcome psichiatrico nel post-operatorio. Lo scopo dello studio è indagare predittori di insoddisfazione corporea misurata dal Shape Questionnaire (BSQ) in candidati a CB.

Materiali e metodi: Il campione era costituito da 213 soggetti candidati a CB (donne; età: 42.87 ± 11.58). furono somministrati i seguenti strumenti psicometrici: BSQ, Attachment Style Questionnaire (ASQ), Beck Depression Inventory (BDI), Binge Eating Scale (BES), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), Aggression Questionnaire (AQ), Toronto Alexithymia Scale (TAS).

Risultati: un modello di regressione lineare multipla (metodo: forward stepwise) risultò significativo ($F_{4,208}=50.24$, $p<0.0001$) nel predire il 48% della varianza BSQ. La gravità delle abbuffate (BES; $\beta=0.42$, $p<0.0001$), la severità dei sintomi depressivi (BDI; $\beta=0.23$, $p<0.0001$), il genere ($\beta=-0.16$, $p=0.001$) e lo stile di attaccamento insicuro "bisogno di approvazione" (ASQ-NFA; $\beta=0.17$, $p=0.003$) furono predittori significativi indipendenti del BSQ. Il BMI non fu un predittore significativo.

Conclusioni: la gravità delle abbuffate e della depressione e l'attaccamento insicuro influenzano l'insoddisfazione per l'immagine corporea e rappresentano obiettivi terapeutici per la salute mentale dei soggetti obesi, anche dopo CB e la perdita di peso.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:69

IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ED UN NUOVO MODELLO DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA NELLA REGIONE CALABRIA

M. Ciafone¹, A. Greco², L. Lucania³, F. Polito¹, F. Trombetta⁴, M. Zoccali¹

¹Dipartimento di Salute Mentale - Asp di Reggio Calabria, ²Dipartimento di Salute Mentale - Asp di Catanzaro, ³Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, Viterbo, ⁴Dipartimento di Salute Mentale - Asp di Vibo Valentia

Scopo del lavoro: Il passaggio dei servizi sanitari penitenziari al SSN nelle articolazioni delle singole regioni con il DPCM 1-4-2008 rende oggi pienamente operativi i contenuti sia del D. Lgs 230/1999 [a] che del successivo "Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario" (Decreto 21 aprile 2000, Ministero della Sanità, in G.U. Serie Generale n. 120 del 25 maggio 2000) [b] per le parti di interesse rendendo finalmente possibile quella integrazione dei servizi già prevista dal Legislatore. In questa ottica la presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale attraverso le loro articolazioni periferiche si pone come elemento di garanzia riguardo il superamento delle valenze custodialistiche rispetto a quelle terapeutico-riabilitative, come previsto, per le situazioni di maggiore portata, proprio dalla Legge n. 9/2012. Sono state quindi elaborate dal nostro gruppo di lavoro, nell'ambito del Progetto "Modello regionale di attività integrata tra il DSM e gli Istituti Penitenziari, le linee guida di un percorso multiprofessionale sul disagio mentale e sul disturbo della personalità" integrato agli Obiettivi di P.S.N. 2009, al fine consentire l'integrazione carcere-territorio ed attuare le disposizioni di superamento degli OPG

Materiali e metodi: analisi delle problematiche di disagio mentale, di disturbo dell'adattamento, di disturbi di personalità in ambito detentivo e della relazione esistente tra Dipartimenti di Salute Mentale e gli Istituti Penitenziari presenti nel territorio regionale di riferimento. Sviluppo di un sistema organizzativo di presa in carico territoriale attraverso modelli di Primary Health Care (PHC) e di programmazione sanitaria che tengano conto delle specificità attuative delle nuove disposizioni Legge.

Risultati e conclusioni: Alla luce dei dati disponibili, il nostro modello regionale consentirà di migliorare la presa in carico e l'assistenza socio-sanitaria a favore dei malati psichiatrici attualmente ancora detenuti negli OPG, nel rispetto dei vincoli economici e delle condizioni strutturali e organizzative necessarie per ottemperare al mandato della sicurezza sociale e per il potenziamento della tutela della salute mentale in carcere o nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza o negli Istituti di Pena (REMS)



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:71

PREVALENZA DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS E FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI IN BAMBINI E ADOLESCENTI A 12 MESI DAL TERREMOTO CHE HA COLPITO L'EMILIA ROMAGNA NEL 2012: RISULTATI PRELIMINARI

R. La Torre¹, O. Daolio¹, E. Di Pietro¹, L. Giamboni¹, D. Guerardi¹, S. Leonardi¹, I. Maini¹, G. Scarpini¹, E. Bottosso³, E. Righi², G. Aggazzotti², E. Carluccio³, F. Soncini³, B. Forresi², E. Caffo²

¹Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, ²Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, ³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

Nel maggio 2012 un forte terremoto ha colpito l'Emilia-Romagna, in particolare la provincia di Modena, causando 27 morti, centinaia di feriti e circa 15.000 sfollati.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) si manifesta spesso in bambini e adolescenti a seguito di disastri naturali come i terremoti, con percentuali tra 5 e 60% dei soggetti esposti. La maggior parte dei soggetti va in remissione spontanea entro 12 mesi; tuttavia circa 1/3 va incontro a decorso prolungato.

Scopo del lavoro è studiare la prevalenza di PTSD oltre i 12 mesi dall'evento, in bambini e adolescenti residenti nella provincia di Modena e identificare potenziali fattori di rischio e di protezione.

Tra Maggio 2013 e Maggio 2014 è stata svolta un'indagine epidemiologia cross-sectional, approvata dal comitato etico provinciale, con soggetti (9-14 anni) reclutati presso le scuole primarie e secondarie di I grado, selezionate con modalità random dopo suddivisione in due gruppi: scuole dell'area terremotata situate nei comuni maggiormente colpiti e scuole dei comuni extra-area terremoto (gruppo di controllo). I bambini/adolescenti partecipanti sono stati sottoposti a due questionari: lo UCLA-PTSD Index for DSM-IV, per valutare la presenza di PTSD, e lo Strengths and Difficulties Questionnaire per i comportamenti prosociali e altri fattori protettivi nello sviluppo del PTSD in età evolutiva. I genitori hanno compilato la Symptom Checklist- 90-R che indaga, nell'adulto, la presenza di sintomi psicopatologici, e lo Strength and Difficulties Questionnaire riferito ai figli.

Sono stati inclusi nello studio 549 soggetti (Maschi: 280, 51%; Femmine: 269, 49%; Età media: 11±1,5 anni). Il 79% dei residenti nelle aree terremotate ha subito danni a persone o abitazioni e il 45% ha abbandonato la propria casa. Nella zona di controllo una percentuale significativamente inferiore ha riportato danni a persone o abitazioni (14%) o ha dovuto temporaneamente abbandonare la propria abitazione (2%). Nell'area maggiormente colpita dal sisma è stata rilevata prevalenza di PTSD del 2%, mentre in quella di controllo era dello 0,4%. La prevalenza di PTSD inoltre è maggiore nelle femmine (2,7%) e nei soggetti di maggiore età (2,6%).

I risultati preliminari mostrano una differenza significativa nella prevalenza di PTSD fra il gruppo residente nelle aree maggiormente colpite dal sisma e quello di controllo. Il tasso di prevalenza evidenziato tuttavia risulta inferiore rispetto a studi analoghi: ciò può essere dovuto alle differenti tempistiche intercorse tra evento traumatico e rilevazione o all'effetto protettivo offerto dalla compattezza sociale dei territori colpiti. Le elaborazioni finali forniranno importanti informazioni sui fattori potenzialmente protettivi e su quelli associati allo sviluppo di PTSD. Tali dati potranno essere usati sia per sviluppare interventi mirati e tempestivi per popolazioni esposte ad eventi simili, sia per diffondere e rafforzare i fattori di protezione efficaci nel ridurre il rischio di sviluppare PTSD.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:72

LA CAPACITA' GENITORIALE IN AMBITO PSICOGERIATRICO: ASPETTI PSICOLOGICI, PSICOPATOLOGICI E PSICHIATRICO – FORENSI

I. Grattagliano¹, F. Scapati², A. Lisi¹, P. Peloso³, L. Ferranini³

¹Università degli Studi di Bari Sezione Criminologia e Psichiatria Forense Bari, Bari, ² Fondazione S. Raffaele Cittadella della Carità, Taranto, ³Asl Genova Dipartimento Dipendenze, Genova

Scopo del Lavoro

Il tema relativo alle differenti capacità/incapacità dell'anziano è diventato problematica di sempre maggiore interesse, in quanto non più limitata alle diverse capacità giuridicamente determinate, ma inquadrabile anche nelle diverse situazioni di vita che l'incremento esponenziale della speranza di vita ha reso sempre più problematiche proprie dell'anziano ed in alcune circostanze anche dei cosiddetti "grandi vecchi".

Particolare rilevanza ha assunto, in tema di capacità, la valutazione della cosiddetta capacità genitoriale nell'anziano, sia nella prospettiva inerente la tutela del minore sia anche e soprattutto per le implicazioni che non solo possono risultare importanti per l'equilibrio presente e futuro dei minori e delle loro famiglie, ma anche per il rischio di abusi non solo patrimoniali per l'anziano stesso.

Materiali e Metodi

A dimostrazione della importanza e della cogente attualità della problematica è stata esaminata dopo la sua entrata in vigore il 07/02/14 il Decreto legislativo N° 154/2013 che sulla base del corpo delle nuove regole introdotte dalla Legge 219 del 2012 costituisce una tappa fondamentale nella riforma del diritto di famiglia non solo per la propagandata e doverosa cancellazione della distinzione fra figli legittimi e naturali ma per tutta una serie di nuove regole che investono in primo luogo il campo dell'eredità cancellando ogni discriminazione, e sempre in tema di anziani il ruolo e l'importanza dei nonni ai quali vengono riconosciuti il ruolo e l'importanza nella sfera affettiva dei minori ed il diritto di mantenere rapporti significativi con i nipoti minorenni, la sostituzione del concetto di potestà genitoriale con quello di responsabilità genitoriale.

Risultati

Il tema in realtà, da ricerche condotte dal nostro gruppo, mentre nei suoi aspetti generali è stato oggetto di ampie aree di ricerca sviluppate nell'ambito della psicologia clinica e dello sviluppo, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica, nonché della neuropsichiatria infantile e della psichiatria forense, nei suoi aspetti peculiari riguardanti l'ambito di pertinenza psicogeriatrico non ha visto svilupparsi aree di ricerca, per cui il nostro contributo cerca di iniziare un ragionamento che andrà successivamente proseguito, laddove ritenuto utile, anche per le sue implicazioni psicosociali oltre che giuridiche.

Conclusioni

Per quanto concerne la prassi valutativa della genitorialità, appare utile sottolineare come essa possa essere condotta con strumenti diversi, come l'osservazione diretta delle interazioni genitori-figli e l'ausilio di strumenti psicodiagnostici. Ne consegue la necessità di procedure operative il più possibile standardizzate in materia di capacità genitoriali.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:73

PERCEZIONE DELLO STIGMA NELL'EVOLUZIONE DEI DISTURBI PSICOTICI: UN CONFRONTO TRA PAZIENTI AL PRIMO EPISODIO PSICOTICO E PAZIENTI CRONICI

L. Sideli¹, F. Seminerio¹, M. Barone², C. La Cascia¹, A. Francomano¹, M. Inguglia³, C. Maiorana³, G. Vassallo³, L. Nava³, M. Di Fiore³, A. Rizza³, E. Biamonte³, S. Rubino³, M. Capillo³, D. La Barbera^{1,2}

¹Dip. Bionec, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Palermo, ²UOC di Psichiatria, AOUP P. Giaccone, Palermo, ³Dip. di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia, Azienda Sanitaria Provinciale 6, Palermo

SCOPO DEL LAVORO: Questo studio cross-sectional si propone di indagare la percezione dello stigma sui disturbi mentali gravi in diverse fasi dei disturbi psicotici e la sua relazione con la gravità della sintomatologia e della compromissione funzionale.

MATERIALI E METODI: I partecipanti allo studio sono 30 pazienti affetti da primo episodio psicotico e 26 pazienti affetti da disturbi psicotici da almeno 3 anni. Lo stigma percepito sui soggetti affetti e sulle loro famiglie sono stati indagati mediante la Devaluation Consumers Scale (DCS) e la Devaluation Consumer Families Scale (DCFS). La severità dei sintomi psicotici e il livello di funzionamento socio lavorativo sono state valutate rispettivamente mediante la Positive And Negative Schizophrenic Symptoms scale (PANSS) e la Global Assessment of Functioning (GAF).

RISULTATI: I due gruppi di pazienti sono simili nelle principali caratteristiche demografiche a eccezione dell'età ($30,0 \pm 11,2$ vs. $43,2 \pm 10,6$, $t = -4,68$, $p > 0,001$). In entrambi i gruppi, lo stigma percepito sulla persona affetta è significativamente superiore a quello sulla sua famiglia (test di Wilcoxon $p = 0,013$, $p = 0,048$). Inoltre, i pazienti con disturbo cronico percepiscono un maggiore livello di stigma sia nei confronti dei malati (rango medio $22,2$ vs. $35,8$, U di Mann Whitney = $200,000$, $p = 0,002$) che delle loro famiglie (rango medio $22,5$ vs. $30,5$, U di Mann Whitney = $234,500$, $p = 0,058$). Lo stigma sull'individuo correla negativamente con la sintomatologia positiva ($Rho = -0,381$, $p = 0,004$) e generale ($Rho = -0,335$, $p = 0,013$) ed entrambe le forme di stigma correlano positivamente con gli anni di malattia ($Rho = 0,434$, $p = 0,008$; $Rho = 0,296$, $p = 0,032$) e il numero di ospedalizzazioni ($Rho = 0,447$, $p = 0,022$; $Rho = 0,407$, $p = 0,238$).

CONCLUSIONI: I pazienti con disturbi psicotici cronici percepiscono un maggior grado di stigmatizzazione verso se stessi e verso i propri familiari che tende ad aumentare con la durata della malattia e la riduzione della sintomatologia attiva. Ciò sottolinea, ancora una volta, la rilevanza dei programmi di riduzione dello stigma destinati agli operatori e alla popolazione generale.

BIBLIOGRAFIA:

van Zelst C. Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. Schizophrenia Bulletin 2009; 35(2): 293–296.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:75

IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE DELLA CRISI ECONOMICA: LE IMPRESSIONI DEI MEDICI DEL LAVORO DEL DISTRETTO DI SASSUOLO

G. Mattei, G.M. Urraci, S. Ferrari, G.M. Galeazzi, M. Rigatelli

Dipartimento di Medicina Clinica, Diagnostica e di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'impatto sulla salute mentale della crisi economica nel Distretto di Sassuolo attraverso le impressioni dei Medici del Lavoro, e fornire indicazioni per progetti di intervento mirati.

MATERIALI E METODI

Indagine qualitativa. Due focus group sono stati realizzati a Sassuolo (Modena), con la partecipazione di 8 Medici del Lavoro attivi nella zona. I trascritti sono stati analizzati indipendentemente da due ricercatori (GMU e GM) con la supervisione indipendente di un terzo ricercatore (SF) secondo i principi della General Grounded Theory, attraverso un sistema gerarchico di codici. Il secondo focus group è stato sviluppato per validare alcuni dati emersi nel corso del precedente (respondent validation), e per approfondire alcune tematiche affrontate non in maniera completa nel corso del primo, fino ad aver raggiunto la saturazione teorica. L'analisi qualitativa è stata effettuata con il software dedicato MAXQDA.

RISULTATI

I due focus group hanno avuto durata di un'ora circa l'uno, e hanno visto la partecipazione di 8 Medici del Lavoro: 7 il primo focus group, 4 il secondo (3 medici erano presenti anche al precedente). L'analisi testuale ha portato alla codifica di 261 interventi, così distribuiti (per macro aree): "cambiamenti rispetto al passato" (16 interventi), "area sociale" (82 interventi), "area medica" (94 interventi), "area lavorativa" (69 interventi).

CONCLUSIONI

Gli effetti della crisi economica sulla salute a livello locale sono per lo più negativi: ciò è in linea con precedenti ricerche effettuate a livello nazionale. Emerge la necessità di interventi mirati, sia politico-economici che socio-sanitari. Gli psichiatri potrebbero agire in rete con altri colleghi, ad esempio i medici del lavoro, per far fronte al carico di malattia emergente attraverso interventi dedicati a formazione, supervisione, condivisione e auto-mutuo aiuto, ad esempio attraverso Gruppi Balint. La liaison tra psichiatria e medicina del lavoro si configura come un utile strumento per agire, in futuro, in questo senso.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:77

PREDITTORI DELLA SPERANZA IN UN CAMPIONE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICOTICI GRAVI

L. Giusti, D. Ussorio, E. Guadagni, A. Salza, M. Malavolta, A. Aggio, R. Roncone, M. Casacchia
Unità Psichiatria, Dip. Medicina Clinica, Scienze della Vita e dell'ambiente, Università Dell'Aquila

Scopo del lavoro: La speranza rappresenta un concetto rilevante nell'ambito della salute mentale, sia sul piano della ricerca che sul piano della pratica clinica (Schrank et al. 2008), componente cruciale della "recovery" (Anthony 1993). La ricerca ha evidenziato che individui affetti da schizofrenia mostrano un livello di speranza significativamente più basso rispetto alla popolazione generale (Landeem et al. 2000a), associato a fattori quali ridotta autostima, bassa spiritualità, scarsa qualità della vita e ridotto supporto sociale (Schrank et al. 2012). In particolare, la rete sociale sembra costituire un determinante importante nella variabilità del livello di speranza in soggetti affetti da schizofrenia (Landeem et al., 2000b). Scopo del nostro studio è stato quello di esaminare le variabili predittive di speranza in un campione di soggetti affetti da disturbi psicotici gravi.

Materiali e Metodi: Ottantatré individui (57% uomini) affetti da disturbi dello spettro psicotico, afferenti all'ambulatorio (n 42, 50,6%) o alle dimissioni dal reparto Servizio Psichiatrico Universitario Diagnosi e Cura (n 41, 49,4%), sono stati valutati nel periodo di aprile-ottobre 2013 e confrontati con un gruppo di 70 soggetti sani (55% uomini). Sono state esaminate variabili inerenti la malattia (Positive and Negative Syndrome Scale_PANSS, la Brief Psychiatric Rating Scale-24 items, BPRS), variabili inerenti il funzionamento sociale (Personal and Social Performance Scale, PSP), variabili inerenti il contesto sociale (Social Network Questionnaire, SNQ) e variabili inerenti i fattori personali (Self-Esteem Rating Scale, SERS, e l'Integrative Hope Scale, HIS).

Risultati: Lo studio ha rilevato differenze statisticamente significative nelle dimensioni della speranza, dell'autostima e della rete sociale tra il gruppo sperimentale e quello di controllo, con una riduzione marcata di tutte e tre le suddette dimensioni nella popolazione degli utenti psichiatrici rispetto alla popolazione di controllo. Nel campione sperimentale è stata trovata un'associazione statisticamente significativa tra autostima, speranza e rete sociale ma nessuna associazione con variabili cliniche e di funzionamento. L'analisi di regressione ha evidenziato come potenziale predittore di un elevato livello di speranza una buona rete sociale, nello specifico, nelle dimensioni del a) supporto emotivo e b) intimità e significatività delle relazioni interpersonali ($p= 0.027$; $p=0.048$ rispettivamente), come valutate dallo strumento SNQ.

Conclusioni: I risultati dello studio confermano l'importanza del ruolo della rete sociale, come fattore di protezione biologica e psicologica contro lo stress, al fine di garantire un supporto pratico ed emotivo (accanto al supporto professionale), nonché la trasmissione di atteggiamenti, valori e comportamenti utili. Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi psichiatrici è dunque necessario pianificare interventi orientati alla recovery che mirino ad aumentare la quantità e qualità della rete sociale al fine di incrementare il senso di speranza di persone affette da schizofrenia.

Bibliografia

- Landeem J, Pawlic J, Woodside H, et al. Hope, quality of life and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (2000a) 23(4):364-369.
- Landeem J, and Seeman V. Exploring hope in individuals with schizophrenia. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation* (2000b) 5:45-52.
- Schrank B, Stanghellini G, and Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* (2008) 118(6):421-33.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:78

INTERAZIONE FRA CURE MATERNE PERCEPITE, COMT RS4680 E HTR2A RS6314 SULLA MODULAZIONE DELL'ATTIVITA' DEL CINGOLO DURANTE ELABORAZIONE ATTENTIVA.

M. Piarulli¹, P. Taurisano¹, L. Antonucci^{1,2}, G. Pergola¹, R. Vitale¹, M. Mancini¹, A. Rampino¹, G. Blasi¹, A. Bertolino^{1,3}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ³Red, Nord Dta, F. Hoffman La Roche Ltd., Basel - Switzerland

SCOPO DEL LAVORO: Numerosi studi hanno dimostrato che bassi livelli di cure materne (maternal care, MC) sono associati a una riduzione delle performance relative a compiti che coinvolgono diverse funzioni cognitive. Altri studi hanno inoltre indicato una relazione fra cure materne e signaling di specifici neurotrasmettitori cerebrali, in particolare dopamina e serotonina. Tale signaling è anche modulato dalla variabilità genetica. In particolare, una variazione funzionale del gene che codifica per la catecol-O-metiltransferasi (COMT rs4680, val158met), che inattiva la dopamina a livello corticale, implica una ridotta attività dell'enzima ed è stata associata all'efficienza prefrontale e del cingolo durante elaborazione cognitiva (met>val). Inoltre, una variazione funzionale del gene che codifica per il recettore 5-HT_{2A} per la serotonina (HTR2A rs6314) è stata associata all'espressione del gene e all'efficienza della corteccia prefrontale durante compiti elicитanti funzioni cognitive superiori (C>T). Obiettivo del presente studio è valutare la possibile interazione tra MC e i polimorfismi COMT rs4680 e HTR2A rs6314 sull'attività cerebrale durante una funzione cognitiva strettamente associata all'attività della corteccia del cingolo, il controllo attentivo.

MATERIALI E METODI: 125 soggetti sani (55 maschi, età $24,72 \pm 9,14$, livello socio-economico $36,86 \pm 15,83$, manualità $0,75 \pm 0,41$, QI $110,34 \pm 11,09$), sono stati sottoposti a una sessione di fMRI, durante la quale hanno eseguito il compito Variable Attentional Control (VAC). Per misurare il livello di MC è stato somministrato il questionario Parental Bonding Instrument; in particolare, è stata presa in considerazione la sottoscala che valuta le cure materne, tramite la quale il campione è stato suddiviso in soggetti con alto MC (N=78) e basso MC (N=47). Per misurare l'interazione fra MC, COMT rs4680 e HTR2A rs6314 è stato utilizzato un modello di regressione multipla in SPM8 in cui MC era la variabile indipendente ed un score genetico che rifletteva il livello di efficienza putativo associato all'interazione tra i genotipi COMT e HTR2A la covariata di interesse. I gruppi non differivano per età, genere, Status Socio-Economico, Manualità e QI. La soglia statistica utilizzata è stata di $p < 0,05$ con correzione (FWE) per piccoli volumi utilizzando BA32 come regione di interesse (ROI).

RISULTATI: La regressione multipla effettuata in SPM8 ha mostrato un'interazione tra MC e score genetico a livello del cingolo anteriore (BA32). In particolare, l'attività di quest'area, nei soggetti con basso MC, aumenta all'aumentare del numero di alleli associati a rischio di minore efficienza corticale, mentre nei soggetti con alto MC abbiamo la correlazione inversa, dove l'attività della BA32 diminuisce all'aumentare del numero di alleli associati a rischio di minore efficienza corticale.

CONCLUSIONI: I risultati suggeriscono un'interazione tra fattori ambientali (MC) e genetici (COMT rs4680 e HTR2A rs6314) nel modulare l'attività cerebrale di aree-chiave per lo svolgimento di un compito di controllo attentivo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:79

STUDIO DI VALIDAZIONE DELLA BRIEF NEGATIVE SYMPTOM SCALE IN UN AMPIO CAMPIONE ITALIANO DI PAZIENTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA

S. De Simone, E. Merlotti, A. Rossi, P. Rocca, T. Campana, P. Bucci, A. Mucci, S. Galderisi, M. Maj
Dipartimento di Psichiatria dell'università degli Studi di Napoli SUN, Napoli

Scopo del lavoro

La Brief Negative Symptom Scale (BNSS) è stata sviluppata per superare i principali limiti delle scale cliniche attualmente utilizzate per la valutazione dei sintomi negativi della schizofrenia. La prima validazione, condotta dal gruppo di ricercatori coinvolti nella messa a punto della scala, ha mostrato una buona validità sia convergente che discriminante ed una struttura fattoriale che ha confermato la distinzione della sintomatologia negativa in due differenti domini: ridotta espressione emotiva/verbale e anedonia/avolizione. Tuttavia, i precedenti studi di validazione sono stati condotti in campioni di pazienti relativamente piccoli. Il presente studio ha lo scopo di fornire una validazione indipendente della BNSS in un ampio campione italiano di pazienti affetti da schizofrenia.

Materiali e Metodi

Sono state indagate la riproducibilità tra valutatori, la validità discriminante e convergente nonché la struttura fattoriale della BNSS in 912 pazienti ambulatoriali con diagnosi di schizofrenia in condizioni di stabilità clinica reclutati nell'ambito dello studio multicentrico condotto dal Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi.

Risultati

I risultati del nostro studio hanno confermato l'elevata riproducibilità tra valutatori della BNSS (coefficiente di correlazione intraclassa compreso tra 0.78 e 0.91 per i singoli item e pari a 0.99 per il punteggio totale). Le misure di validità convergente hanno mostrato un coefficiente di correlazione tra 0.62 e 0.77, mentre quelle di validità divergente un valore compreso tra 0.20 e 0.28. Tali risultati sono stati osservati sia nel campione totale che nel sottogruppo di pazienti privi di sintomi depressivi clinicamente significativi e di sintomi Parkinson-simili. I risultati dell'analisi fattoriale hanno confermato la struttura a due fattori riportata in altri studi.

Conclusioni

I risultati del nostro studio confermano che la BNSS rappresenta uno strumento promettente per quantificare i sintomi negativi della schizofrenia in ampi studi clinici multicentrici, consentendo di valutare separatamente aspetti diversi della sintomatologia negativa della sindrome.

Ringraziamenti

Lo studio è stato condotto nell'ambito del progetto "Studio multicentrico sui fattori che condizionano il funzionamento sociale nella vita reale delle persone con diagnosi di schizofrenia" del Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:81

LA VARIAZIONE GENETICA NEL GENE PPP2R2B PREDICE LIVELLI TRASCRIZIONALI E FISIOLOGIA DELLA CORTECCIA PREFRONTALE DURANTE PERFORMANCE DI WORKING MEMORY

P. Di Carlo¹, A. Rampino^{1,2}, C. De Virgilio³, L. Fazio¹, G. Gadaleta³, G. Pergola¹, G. Blasi², A. Bertolino^{1,2,4}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ² Unità di Psichiatria Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, ³Dipartimento di Bioscienze Biotecnologie e Biofarmaceutica Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ⁴ Nord Dta, Pred, Hoffman La Roche Ltd, Basilea - Switzerland

SCOPO DEL LAVORO. Alterazioni del signaling D2 intracellulare AMP-ciclico indipendente sono state associate alla schizofrenia ed a fenotipi ad essa relati come l'attività prefrontale durante working memory (WM) [1]. Nell'ambito di questa via di segnale, la fosfatasi 2A è coinvolta nella defosforilazione di Akt, proteina con funzione regolatrice, e studi precedenti hanno evidenziato che molecole con azione modulatrice sulla fosfatasi 2A regolano il signaling dopaminergico in un modello animale [2]. Il gene PPP2R2B codifica per una subunità regolatrice della fosfatasi 2A. In questo studio abbiamo investigato l'associazione tra variazione genetica in PPP2R2B, livelli trascrizionali del gene e fenotipi cerebrali complessi relati alla via AMP-ciclico indipendente. Abbiamo ipotizzato che varianti genetiche associate ai livelli trascrizionali di PPP2R2B possano modulare la fisiologia prefrontale ed il comportamento correlato durante WM.

MATERIALI E METODI. Informazioni relative ai livelli trascrizionali prefrontali di PPP2R2B e il genotipo di 187 SNP, inclusi tra 100kbp a monte e a valle del gene, sono state ottenute per 268 soggetti non psichiatrici interrogando il dataset pubblico post-mortem Braincloud [3]. L'associazione tra il genotipo e i livelli trascrizionali è stata valutata attraverso analisi della varianza. 316 soggetti sani hanno svolto 2-back, un compito di WM, durante risonanza magnetica funzionale e sono stati genotipizzati per lo SNP associato ai livelli trascrizionali di PPP2R2B nello studio post-mortem. Tale genotipo è stato utilizzato come predittore dell'attività corticale attraverso analisi della varianza in SPM8. Infine, il segnale BOLD è stato correlato alla performance di WM.

RISULTATI. Lo SNP rs959627 era risultato associato ai livelli trascrizionali di PPP2R2B dopo correzione di Bonferroni per test multipli (p corretto < 0.05), con ridotti livelli relativi nei soggetti TT rispetto ai CC e ai CT (Fisher-LSD < 0.05). L'analisi del segnale BOLD ha evidenziato che rs959627 era anche associato ad attività di un cluster in area di Brodmann 44 (dimensione del cluster = 128, $Z = 3.87$, $p_{FWE} < 0.05$). In particolare, l'allele T era associato ad una aumentata attività corticale (Fisher-LSD < 0.05) rispetto al genotipo CC. Infine, il segnale BOLD correlava negativamente con la performance di WM ($r = -0.17$, $p = 0.005$).

CONCLUSIONI. I risultati suggeriscono che una variante genetica associata con i livelli trascrizionali di PPP2R2B modula la fisiologia della corteccia prefrontale durante WM. Questa risultati sono coerenti con l'ipotesi che una disregolazione della via D2 AMP-ciclico indipendente sia associata a fenotipi rilevanti per la schizofrenia, come la WM. Infine, essi fanno nuova luce sulle relazioni esistenti tra una specifica via di trasduzione del segnale e specifici domini cognitivi suggerendo l'esistenza di possibili nuovi bersagli farmacologici.

1. Emamian, E.S., et al., Nat Genet, 2004. 36(2): p. 131-7.
2. Beaulieu, J.M., et al., Cell, 2005. 122(2): p. 261-73.
3. Colantuoni, C., et al., Nature, 2011. 478(7370): p. 519-23.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:82

ESISTE UN'ASSOCIAZIONE TRA FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE E DEFICIT COGNITIVI NEL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE E NEL DISTURBO BIPOLARE?

D. Caldirola¹, E. Sangiorgio¹, M. Grassi¹, G. Diaferia¹, W. Micieli¹, C. Scialò¹, G. Perna^{1,2,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Suore Ospedaliere, Villa San Benedetto Menni, Foripsi, Albese Con Cassano, CO, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht - The Netherlands, ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard Miller School of Medicine, Miami University, Miami, Florida - USA

SCOPO DEL LAVORO

Crescenti evidenze scientifiche hanno mostrato che diversi fattori di rischio cardiovascolare (FRCV), come ipertensione, diabete e dislipidemia, possono avere un ruolo nello sviluppo di deficit cognitivi. Risultati preliminari hanno indicato che questo meccanismo, pur essendo presente anche in soggetti non affetti da disturbi psichiatrici, è più rilevante in pazienti con Schizofrenia. Nonostante i soggetti con Disturbo Depressivo Maggiore (MDD) e Bipolare (BD) mostrino un'elevata presenza di deficit cognitivi, la loro possibile associazione con i FRCV rimane ancora inesplorata. L'obiettivo dello studio è indagare l'associazione tra fattori di rischio cardiovascolare e deficit cognitivi in soggetti con MDD/BD.

MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati reclutati consecutivamente 107 pazienti con MDD/BD (criteri diagnostici DSM-V) ricoverati per un programma di riabilitazione psichiatrica. La presenza di FRCV è stata rilevata con anamnesi medica, esame obiettivo generale e esami di laboratorio. Secondo le linee guida internazionali, sono stati considerati FRCV: ipertensione e/o diabete in trattamento, circonferenza vita (>94 cm nell'uomo, >80 cm nella donna), colesterolo HDL (<40 mg/dL nell'uomo, <50 mg/dL nella donna), trigliceridemia (≥150 mg/dL), proteina C-reattiva (0.80 mg/dL), velocità di filtrazione glomerulare (VFG) (<60 ml/min), microalbuminuria (>20mg/L). Le funzioni cognitive sono state valutate con Racconto di Babcock (memoria verbale a breve-lungo termine), Digit Span Inverso (memoria di lavoro verbale) e Test delle Metafore (capacità di astrazione). La relazione tra FRCV e deficit cognitivi è stata analizzata con un modello di regressione lineare (variabili indipendenti: FRCV; variabili dipendenti: punteggi dei test cognitivi, corretti per età e scolarità). Con analisi di correlazione lineare di Pearson, è stata esaminata l'associazione tra il numero di FRCV presenti e i deficit cognitivi. Tutti i risultati sono stati corretti per gravità di malattia (Clinical Global Impression- Severity Scale) e abitudine al fumo. Il livello di significatività è stato mantenuto a .05.

RISULTATI

Complessivamente il campione era caratterizzato da significativi deficit cognitivi rispetto ai campioni normativi. Nelle analisi sono stati inclusi ipertensione, circonferenza vita, colesterolo HDL, trigliceridemia, proteina C-reattiva; diabete, VFG e microalbuminuria alterati sono stati esclusi data la bassa prevalenza nel campione. I singoli FRCV non hanno mostrato associazioni significative con i deficit cognitivi. Tuttavia, quanto più i soggetti presentavano un numero maggiore di FRCV, tanto più essi mostravano prestazioni compromesse al Digit Span Inverso ($r=-.25$; $p=.03$).

CONCLUSIONI

La presenza di FRCV sembra influenzare la prestazione cognitiva nei soggetti con MDD/BD. Nonostante non sono state rilevate associazioni tra singoli FRCV e difficoltà cognitive, i soggetti con più FRCV mostrano deficit di memoria di lavoro più gravi. Questo suggerisce l'utilità di approfondire il ruolo dei FRCV nelle difficoltà cognitive di questi pazienti e di valutare i FRCV nella pratica clinica psichiatrica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:83

AMPLIARE LO SPAZIO DI INTERVENTO: SOLO DEPRESSIONE?

M. Rabboni, L. Rubino, E. Bondi

DSM, AO Papa Giovanni XXIII, Bergamo

SCOPO DEL LAVORO: Abbiamo focalizzato l'attenzione su pazienti dell'area diagnostica ansioso depressiva, con lo scopo di isolare fattori di debolezza extraclinici/ambientali che rendessero ragione di una maggiore difficoltà da parte di alcuni sottogruppi di tali pazienti a raggiungere la remissione sintomatologica.

MATERIALI E METODI: Abbiamo inizialmente raccolto dati epidemiologici e clinici di 500 pazienti del nostro ambulatorio, individuando quei sottogruppi che apparivano sensibili circa una penalizzazione al raggiungimento della remissione sintomatologica. Con i nuovi pazienti sono state adottate tecniche di cura multidisciplinare (farmacologica, psicologica, riabilitativa) e tramite scale di valutazione (Hamilton-A, Hamilton-D, CGI) abbiamo misurato la differenza di punteggio tra i 500 pazienti iniziali e i 177 pazienti oggetto del progetto, accomunati ai primordiali stessi fattori di debolezza. Tra gli altri fattori, si è posto l'accento primariamente su: ritardo nella presa in carico specialistica, bassa scolarità, immigrazione, stato lavorativo e condizione sociale, e sono quindi stati valutati metodologicamente tramite il principio statistico dell'ODDS RATIO.

RISULTATI: I pazienti dei sottogruppi sensibili che hanno abbandonato le cure e la relazione terapeutica sono stati il 6%, mentre quelli del gruppo controllo erano il 22%. I casi in remissione tra i sottogruppi sensibili sono stati il 74,2%, mentre quelli del gruppo controllo trattati con metodi standard erano il 65%. I soggetti in remissione del gruppo di controllo che non avevano fattori di rischio da noi esaminati erano il 78%.

CONCLUSIONI: Questo significa che il gap di remissione sintomatologica tra i pazienti con e quelli senza fattori di debolezza extraclinici/ambientali è stato annullato. Inoltre il fenomeno del drop out è stato sensibilmente ridimensionato.

DATI EPIDEMIOLOGICI		DATI CLINICI	
Sesso		Diagnosi	
Età		Terapie precedenti e attuali	
Occupazione lavorativa		Effetti collaterali e da quale farmaco	
Stato civile		Esordio psicopatologico	
Titolo di studio		Restituito ad integrum	
Collocazione sociale		Drop out	
Immigrazione		Remissione (in N° mesi)	
Ritardo nella presa in carico specialistica		Abuso di sostanze (in atto o pregresso)	
Precedente presa in carico		Scale di valutazione	

Composizione qualitativa dei diversi sottogruppi a rischio per fattori extra clinici:

Collocazione sociale	Occupazione lavorativa	Stato civile	Titolo di studio	Ritardo nella presa in carico psichiatrica	immigrazione
Famiglia d'origine Solo	1,5 Disoccupato 0,9 Pensionato	2,0 Celibe 1,7 Vedovo	1,3 laurea 1,0 Diploma universitario	1,5 ≤ 6 mesi 1,1 ≤ 1 anno	1,6 Si 0,9 no
Famiglia propria	0,8 Altro lay, dipendente	1,3 Separato/divorziato	0,9 Medie sup.	1,1 ≤ 5 anni	0,9
Altro	0,2 Libero prof 0,9 Operaio 0,9 Casalinga 0,6 Impiegato 0,3 Dirigente 0,2 Studente 0,0 artigiano	1,2 coniugato	0,8 Medie inf 0,7 Elementari 0,7 Alfabetata	0,8 > 10 anni 0,7	0,6



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:85

FATIGUE EXPERIENCES AMONG OCD OUTPATIENTS

V. Roselli¹, D. Piacentino², M. Pasquini¹, L. Tarsitani¹, I. Berardelli¹, A. Maraone¹, M. Biondi¹

¹Department of Neurology and Psychiatry, Sapienza University of Rome, ²Department of Neurosciences, Mental Health, and Sensory Organs (nesmos), Sapienza University, School of Medicine and Psychiatry, Rome

SCOPO DEL LAVORO:

Patients with OCD are impaired in multiple domains of functioning and quality of life. While associated psychopathology complaints and neuropsychological deficits were reported, the subjective experience of general fatigue and mental fatigue was scarcely investigated. In this single-center case-control study we compared 50 non-depressed OCD outpatients consecutively recruited and 50 panic disorder (PD) outpatients, to determine whether they experienced fatigue differently.

MATERIALI E METODI:

Assessment consisted of structured clinical interview for DSM-IV criteria by using the SCID-I and the SCID-II. Symptom severity was assessed using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), the Clinical Global Impressions Scale, severity (CGIs) and the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Fatigue was assessed by using the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI).

RISULTATI:

Regarding MFI physical fatigue, an OR of 0.196 (95% CI: 0.080-0.478) was found, suggesting that its presence is associated with lower odds of OCD compared to PD. The same can be said for MFI mental fatigue, as an OR of 0.138 (95% CI: 0.049-0.326) was found, suggesting that its presence is associated with lower odds of OCD. Notably, OCD patients with OCDP co-morbidity reported higher scores of mental fatigue.

CONCLUSIONI:

In this study fatigue, including mental fatigue, seems not to be a prominent experience among adult non-depressed OCD patients.



ATTI DEL CONGRESSO

Table 1. Socio-demographic and anamnestic characteristics of OCD patients (N=50) vs. PD patients (N=50)

Variables	OCD patients (N=50)	PD patients (N=50)	Test (value)	p-value
Age in years [median (Q1-Q3)]	29.5 (23.7-41.5)	33.5 (26.5-45.0)	Mann-Whitney U test (U = 2405.0)	0.409
Gender (N [%])	Male	34 (68%)	Chi-squared (χ² = 11.565)	test 0.001
	Female	16 (32%)		
Years of education (N [%])	≤ 8 years	1 (2%)	Chi-squared (χ² = 3.843)	test 0.146
	9-12 years	7 (14%)		
	≥ 13 years	41 (82%)		
Occupation (N [%])	Student	15 (30%)	Chi-squared (χ² = 6.633)	test 0.157
	Employee	17 (34%)		
	Self-employed	7 (14%)		
	Retired	8 (16%)		
	Unemployed	3 (6%)		
Marital status (N [%])	Single	29 (58%)	Chi-squared (χ² = 2.775)	test 0.250
	Married/Cohabiting	19 (38%)		
	Separated/Divorced	2 (4%)		
Offspring [median (Q1-Q3)]	0 (0-0)	0 (0-1)	Mann-Whitney U test (U = 2270.0)	0.079
Psychiatric familiarity (N [%])	Yes	10 (20%)	Chi-squared (χ² = 5.657)	test 0.017
	No	40 (80%)		
Age of onset of Axis I disorder [median (Q1-Q3)]	17 (13.0-20.0)	28 (20.7-35.0)	Mann-Whitney U test (U = 1666.0)	0.0001
Co-morbid Axis II disorder (N [%])	Yes	1 (2%)	Chi-squared (χ² = 16.333)	test 0.001
	No	49 (98%)		
Past treatment (N [%])	None	12 (24%)	Chi-squared (χ² = 9.523)	test 0.023
	Pharmacotherapy (SSRIs)	30 (60%)		
	Psychotherapy	2 (4%)		
	Both	6 (12%)		
Current treatment (N [%])	None	1 (2%)	Chi-squared (χ² = 12.222)	test 0.007
	Pharmacotherapy (SSRIs)	40 (80%)		
	Psychotherapy	1 (2%)		
	Both	8 (16%)		

Abbreviations: OCD = obsessive-compulsive disorder; PD = panic disorder

Table 2. Psychopathological characteristics of OCD patients (N = 50) vs. PD patients (N = 50)

Variables	OCD patients (N = 50)	PD patients (N = 50)	Test (value)	p-value
Y-BOCS total [median (Q1-Q3)]	28.6 (24.7-33.2)	0 (0-0)		
Y-BOCS obsessions	14.5 (13.0-19.0)	0 (0-0)		
Y-BOCS compulsions	13.5 (11.7-16.0)	0 (0-0)		
MFI total [median (Q1-Q3)]	62.0 (67.7-68.0)	63.0 (60.1-65.2)	Mann-Whitney U test (U = 2487.5)	0.798
MFI general fatigue	11.0 (8.0-12.2)	12.0 (7.7-14.0)	Mann-Whitney U test (U = 2339.0)	0.198
MFI physical fatigue	10.0 (9.0-12.0)	13.5 (9.0-14.2)	Mann-Whitney U test (U = 2078.0)	0.002
MFI mental fatigue	10.0 (9.0-11.2)	13.0 (8.0-16.0)	Mann-Whitney U test (U = 2071.0)	0.002
MFI reduced motivation	12.0 (11.0-13.0)	13.0 (11.0-14.0)	Mann-Whitney U test (U = 2341.5)	0.207
MFI reduced activity	11.0 (9.0-14.0)	12.0 (9.0-14.0)	Mann-Whitney U test (U = 2414.5)	0.445
HARS [median (Q1-Q3)]	8.5 (6.7-12.0)	12.0 (10.0-15.0)	Mann-Whitney U test (U = 1942.5)	0.000
HDARS [median (Q1-Q3)]	7.0 (5.7-12.0)	9.0 (6.0-12.0)	Mann-Whitney U test (U = 2295.0)	0.112
CGIs [median (Q1-Q3)]	4.0 (4.0-5.0)	3.0 (2.0-3.0)	Mann-Whitney U test (U = 3437.5)	0.000
GAF [median (Q1-Q3)]	55.0 (45.0-60.0)	70.0 (70.0-75.0)	Mann-Whitney U test (U = 1552.5)	0.000

Abbreviations: CGI = Clinical Global Impressions, severity; GAF = Global Assessment of Functioning; HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale; HDARS = Hamilton Depression Rating Scale; MFI = Multidimensional Fatigue Inventory; OCD = obsessive-compulsive disorder; PD = panic disorder; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Table 3. 2x2 contingency tables to calculate the odds ratios for the association between OCD and MFI physical fatigue and MFI mental fatigue, respectively

	OCD	PD	Total
Presence of MFI physical fatigue (≥ 13)	10	28	38
Absence of MFI physical fatigue (< 13)	40	22	62
Total	50	50	100

	OCD	PD	Total
Presence of MFI mental fatigue (≥ 13)	8	29	37
Absence of MFI mental fatigue (< 13)	42	21	63
Total	50	50	100

Abbreviations: MFI = Multidimensional Fatigue Inventory; OCD = Obsessive Compulsive Disorder; PD = Panic disorder

Table 4. Association between obsessive-compulsive disorder, socio-demographic, anamnestic, and psychopathological characteristics

Variables	Obsessive-compulsive disorder			
	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Coeff. (SE)	p-value	Coeff. (SE)	p-value
Gender (male vs. female)	-1.417 (0.425)	0.001***	-1.394 (0.632)	0.057
Psychiatric familiarity (yes vs. no)	1.063 (0.455)	0.019*	1.301 (0.705)	0.065
Age of onset of OCD (1 year increase)	-2.357 (0.550)	0.000***	-2.612 (0.779)	0.001***
OCDP (yes vs. no)	3.044 (1.056)	0.004**	1.471 (1.307)	0.260
MFI physical fatigue (< 13 vs. ≥ 13)	-1.627 (0.454)	0.000***	-1.028 (0.692)	0.137
MFI mental fatigue (< 13 vs. ≥ 13)	-1.839 (0.466)	0.000***	-1.323 (0.719)	0.066
HARS (≤ 12 vs. > 12)	-1.356 (0.464)	0.004**	-2.246 (0.750)	0.003**

Level of significance: * = 0.05; ** = 0.01; *** = 0.001. Abbreviations: CGI = Clinical Global Impressions, severity; coeff. = coefficient; GAF = Global Assessment of Functioning; HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale; MFI = Multidimensional Fatigue Inventory; OCD = obsessive-compulsive disorder; OCPD = Obsessive Compulsive Personality Disorder; SE = standard error.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:86

EVENTI DI PERDITA PRECOCI E RECENTI MODALITÀ DI AUMENTO DEL PESO IN SOGGETTI OBESI ADULTI

A. Alciati¹, D. Caldirola¹, M. Grassi¹, N. Di Chiaro¹, G. Diaferia¹, G. Perna^{1,2,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Suore Ospedaliere, Villa San Benedetto Menni, Foripsi, Albese con Cassano, CO, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht - The Netherlands, ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard Miller School of Medicine, Miami University, Miami, Florida - USA

La perdita dei genitori durante l'infanzia è stata associata a un aumentato rischio di sviluppare in età adulta disturbi psichiatrici o problemi somatici, come sovrappeso o obesità, attraverso meccanismi patogenetici non ancora completamente chiariti. Una delle possibili ipotesi, studiata quasi esclusivamente in soggetti depressi, postula che gli eventi di perdita infantile possano indurre una specifica vulnerabilità psicologica, sensibilizzando il soggetto a successivi eventi di perdita.

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo di questo studio è quello di verificare questa ipotesi anche nell'ambito delle patologie somatiche, valutando se la perdita dei genitori nell'infanzia si associ, attraverso la mediazione di un successivo evento di perdita, ad un aumento di peso in soggetti adulti obesi.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato effettuato reclutando consecutivamente 138 soggetti obesi che richiedevano un intervento di chirurgia bariatrica. Sono stati considerati gli eventi stressanti che comportavano una perdita interpersonale o di ruolo (EP) o non la comportavano (ENP), avvenuti nell'anno che ha preceduto l'aumento di peso in soggetti con e senza perdita del genitore nell'infanzia. È stato studiato l'effetto di mediazione di EP e ENP sull'associazione tra eventi di perdita nell'infanzia e modalità di sviluppo dell'obesità (rapido o graduale) attraverso la regressione logistica ed il modello Baron e Kenny testato con il test di Sobel.

RISULTATI

La regressione logistica ha evidenziato una significativa (1.885; $p < .001$) maggiore prevalenza di eventi di perdita dell'infanzia nei soggetti con rapido aumento di peso (presenza = 62, 86.11 %; assenza = 10, 13.89%) rispetto ai soggetti con un aumento di peso progressivo. Sia la perdita di un genitore nell'infanzia che gli EP recenti sono apparsi direttamente associati ad un rapido aumento di peso (rispettivamente 1.164; $p = .018$ e 2.847; $p < .001$). Il test di Sobel ha indicato una significativa (Sobel = 3.462; $p < .001$) mediazione degli EP nell'associazione tra la perdita di un genitore nell'infanzia e lo sviluppo di un rapido incremento di peso in età adulta. Al contrario gli ENP, pur essendo significativamente associati al rapido aumento di peso (1.195; $p < .001$), non svolgono alcun effetto di mediazione tra la perdita di un genitore nell'infanzia e il rapido aumento di peso nell'età adulta (Sobel=-1.047; $p=.296$).

CONCLUSIONI

La perdita dei genitori nell'infanzia, con l'effetto di mediazione di eventi di perdita recenti, si associa a un rapido aumento di peso nei soggetti obesi adulti. Questo risultato conforta l'ipotesi di una sensibilizzazione specifica agli eventi di perdita e suggerisce la possibilità di effettuare interventi mirati alla prevenzione e al trattamento precoce dell'aumento di peso nei soggetti con perdite ripetute.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:87

ESORDIO DI DISTURBO PSICOTICO ANTICIPATO NEI PAZIENTI CONSUMATORI DI CANNABIS RISPETTO AI NON CONSUMATORI

M. Frascarelli¹, G. Manuali², A. Quartini², P. Russo², L. Tomassini², S. De Filippis^{3,4}, G. Bersani^{2,5}

¹Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università Sapienza, Roma, ²UOSD Disturbi della Sfera Affettiva, Ospedale A. Fiorini, Terracina, ³Dipartimento di Scienze Mediche, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università Sapienza, Roma, ⁴Clinica di Cura Neuropsichiatrica Villa Von Siebenthal, Roma, ⁵Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, Università Sapienza, Roma

SCOPO DEL LAVORO: Numerosi studi hanno individuato la cannabis come fattore di rischio indipendente per l'esordio di disturbi psicotici. L'abuso di questa sostanza sarebbe inoltre un fattore prognostico negativo per i pazienti affetti da psicosi. Il nostro studio si pone l'obiettivo di indagare le relazioni esistenti tra consumo di cannabis e sviluppo di disturbi psicotici, in particolare analizzandone l'impatto sul funzionamento sociale e cognitivo dei pazienti.

MATERIALI E METODI: Il campione, costituito da 43 pazienti con diagnosi di disturbo psicotico secondo il DSM-IV TR, è stato suddiviso in due gruppi in base all'uso di cannabis precedente l'esordio psicotico: Pazienti Psicotici Consumatori (PC, N=21, 17 maschi, 4 femmine, età media 35,9±10,8 aa) e Pazienti Psicotici Non-Consumatori (PNC, N=22, 16 maschi, 6 femmine, età media 43,7±7,3 aa). Il funzionamento cognitivo è stato valutato attraverso i seguenti test: Mini Mental Examination Scale (MMSE), Trail Making Test A e B (TMT), il test della Figura Complessa di Rey, ed il Test delle 15 Parole di Rey. Il funzionamento premorbo è stato valutato retrospettivamente mediante la Scala dell'Adattamento Sociale Premorbo. Inoltre sono state raccolte informazioni circa l'età d'esordio e la presenza di fattori di rischio genetico, attraverso l'anamnesi psichiatrica familiare. I due gruppi sono stati confrontati utilizzando il t-test di Student per le variabili continue ed il test del Chi-quadro per le variabili categoriche. Le analisi statistiche sono state condotte per mezzo del software SPSS 17.0.

RISULTATI: Non sono emerse differenze significative tra i due gruppi rispetto al profilo cognitivo (TMT-A, TMT-B, MMSE, Figura di Rey, 15 Parole di Rey). Il gruppo PC è apparso sensibilmente peggiore nell'adattamento scolastico premorbo ($p=0.006$). Dall'analisi dei dati relativi all'esordio della patologia è risultato che i PC presentano l'insorgenza del primo episodio psicotico in media 9 anni prima dei PNC (età media di insorgenza PC=23,35 aa, PNC=32,63 aa; $p<0.001$). In merito alla familiarità il raffronto tra i gruppi mostra come il 71 % dei PC abbia un parente di primo grado affetto da patologia psichiatrica rispetto al 18 % dei PNC ($p<0.001$).

CONCLUSIONI: I dati supportano l'ipotesi di un ruolo causale della cannabis nel precipitare l'esordio di un disturbo psicotico, forse attraverso l'interazione con fattori genetici, espressi dalla familiarità. Tuttavia un ambiente familiare patologico potrebbe essere considerato uno stress a cui il soggetto ferebbe fronte utilizzando la cannabis come automedicazione per ridurre il disagio psichico e relazionale. I risultati, per quanto ottenuti in un campione ridotto, sono in accordo con la letteratura sull'argomento e compatibili con un potenziale ruolo del consumo di cannabis nell'induzione di un disturbo psicotico, rinviando a necessari approfondimenti in popolazioni più ampie e controllate.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:88

IL TRAUMA INFANTILE NEL DISTURBO DI PANICO: DISTRIBUZIONE E ASSOCIAZIONE CON I LIVELLI DI ANSIA E SINTOMATOLOGIA

G. Perna^{1,2,3}, M. Grassi¹, E. Sangiorgio¹, G. Vanni¹, P. Grandinetti¹, D. Caldirola¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Suore Ospedaliere, Villa San Benedetto Menni, Foripsi, Albese con Cassano, CO, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht - The Netherlands, ³ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard Miller School Of Medicine, Miami University, Miami, Florida - USA

SCOPO DEL LAVORO

Un'elevata prevalenza di traumi infantili è stata riportata in molte patologie psichiatriche, mostrando come questi possano influenzare la gravità e il decorso di malattia. Nei Disturbi d'Ansia la distribuzione dei traumi infantili è stata finora scarsamente approfondita. I pochi studi presenti sono stati condotti soprattutto su soggetti con Disturbo d'Ansia Sociale, lasciando ancora da esaminare la distribuzione e l'impatto dei traumi infantili in altri campioni, come nei soggetti con Disturbo di Panico (DP).

Gli obiettivi dello studio sono 1) indagare la distribuzione dei traumi infantili in un campione di soggetti con DP; 2) esaminare l'associazione fra traumi infantili e i livelli di ansia e sintomatologia riportati dai soggetti.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati consecutivamente 37 pazienti ambulatoriali con diagnosi primaria di DP con/senza Agorafobia (criteri diagnostici del DSM-5). I traumi infantili sono stati valutati con il Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) e i livelli di ansia e sintomatologia con lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e con la sottoscala Global-Severity Index (GSI) della Symptom Checklist-90 (SCL-90). Per massimizzare l'affidabilità dei traumi riportati, secondo le istruzioni del CTQ, sono stati esclusi i soggetti (n=12) con punteggi rilevanti alla scala Minimizzazione/Negazione e punteggi nulli/minimi a tutte le altre sottoscale del CTQ. La presenza significativa di traumi è stata valutata confrontando statisticamente i punteggi del campione con quelli riportati in altri studi con il CTQ. L'associazione fra traumi infantili e i livelli di ansia e sintomatologia è stata indagata utilizzando analisi di correlazione lineare di Pearson. La significatività statistica è stata mantenuta con .01.

RISULTATI

I punteggi medi riportati al CTQ sono stati: 6.48 (SD=3.00) per l'Abuso Sessuale, 6.12 (SD=2.80) per l'Abuso Fisico, 8.32 (SD=4.12) per l'Abuso Emotivo, 10.96 (SD=3.52) per la Trascuratezza Fisica e 8.32 (SD=4.12) per la Trascuratezza Emotiva. Dai confronti statistici è emersa: 1) una maggiore prevalenza di Abuso e di Trascuratezza Emotiva rispetto ai dati di letteratura di soggetti sani o popolazione generale; 2) una minore prevalenza di Trascuratezza Fisica ed Emotiva rispetto a quanto riportato in altri campioni con Disturbi d'Ansia; 3) una minore prevalenza di tutte le dimensioni del trauma rispetto ai dati di altre popolazioni psichiatriche, in particolare con Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Bipolare. Infine, è stata rilevata un'associazione significativa tra Abuso Fisico ed Emotivo e livelli di severità sintomatologica alla sottoscala GSI ($r=.56$, $p<.01$; $r=.55$, $p=.01$).

CONCLUSIONI

Nonostante il trauma infantile è generalmente meno prevalente nel DP rispetto ad altre patologie psichiatriche, sono emersi elevati livelli di Abuso e Trascuratezza Emotiva rispetto alla popolazione generale. La presenza di Abuso Fisico o Emotivo è inoltre associata ad una maggiore gravità del disturbo. Questo suggerisce l'importanza di indagare il trauma infantile nella pratica clinica con i pazienti con DP.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:89

EFFECTS OF EMOTIONS EVOKED BY MUSIC AND EMOTIONAL FACIAL EXPRESSION ON MENTAL IMAGERY IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

M. Altamura¹, F.A. Padalino¹, B. Fairfield², E. Stella¹, R. Palumbo², A. Balzotti¹, N. Mammarella², A. Bellomo¹
¹Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, ²Department of Psychology, University of Chieti

Introduction

Mental imagery may be considered relevant to psychopathology due to its supposed special relationship with emotion. In particular, given the impact of imagery on emotion, various studies have suggested that imagery may act as an 'emotional amplifier' in bipolar disorder. Recent findings support the hypothesis of a bidirectional relationship between imagery and emotions. The present study investigated the effects of visual and music-elicited moods on visual imagery.

Methods

Patients diagnosed with Bipolar I Disorder (Structured Clinical Interview for DSM-IV) in the euthymic phase (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D < 7; Young Mania Rating Scale, YMRS < 5) were invited to perform a mental rotation task following the presentation of happy and sad facial expressions (N=21; mean age: 49.42, SD = 9.41) or musical excerpts that evoked two basic emotions of happiness and sadness (N=10; mean age: 53.11; SD = 8.85).

Results

A repeated measures ANOVA revealed better performance in the mental rotation task after having listened to musical stimuli than visual processing of emotional expressions. This was the case for both negative and positive emotions ($P < 0.05$).

Conclusion

Results demonstrated that emotional responses to music have a more powerful impact on visual imagery in patients with Bipolar Disorder compared to visual representation. Most interestingly, our findings suggest that mental imagery may be related to the maintenance of psychopathology independent of affective state, as they are present in euthymic individuals.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:90

L'IMPATTO DEI TRAUMI INFANTILI SULLE FUNZIONI NEUROPSICOLOGICHE. UNO STUDIO IN PAZIENTI CON DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE.

G. Iannone¹, D. Caldirola¹, N. Di Chiaro¹, S. Daccò¹, W. Micieli¹, G. Perna^{1,2,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Suore Ospedaliere, Villa San Benedetto Menni, Foripsi, Albese con Cassano, CO, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht - The Netherlands, ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard Miller School of Medicine, Miami University, Miami - USA

SCOPO DEL LAVORO

Evidenze scientifiche riportano deficit cognitivi in soggetti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore. In particolare si osservano prestazioni compromesse in compiti che valutano la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive e la velocità di elaborazione delle informazioni. Dati clinici sottolineano una grande variabilità tra i pazienti, ipotizzando che diversi fattori ambientali possono influenzare il funzionamento cognitivo. Tuttavia, pochi studi hanno indagato l'impatto del trauma infantile. L'obiettivo del nostro lavoro è studiare l'interazione tra il trauma infantile e le funzioni cognitive in pazienti ricoverati.

MATERIALI E METODI

Partecipanti. Sono stati reclutati 67 pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (DSM-IV) senza ideazione suicidaria, con terapia stabile da quattro settimane e ricoverati per un programma di riabilitazione psichiatrica.

Strumenti di valutazione. All'inizio del ricovero sono state valutate le seguenti variabili: 1) gravità di malattia attraverso la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), 2) traumi infantili attraverso il Childhood Trauma Questionnaire (abuso sessuale, fisico, emotivo, trascuratezza fisica, emotiva e punteggio globale del trauma) 3) funzioni neuropsicologiche attraverso Racconto di Babcock (memoria verbale a breve e a lungo termine), Trail Making Test A (coordinazione visuo-motoria), Test di Cancellazione (attenzione visiva selettiva), Digit Span Inverso (memoria di lavoro verbale), Fluenza Fonemica (produzione linguistica su stimolo fonemico e memoria di lavoro), Fluenza Semantica (produzione linguistica su stimolo semantico), Test delle Metafore (capacità di astrazione).

Analisi Statistiche. In accordo con le istruzioni del CTQ sono stati esclusi 3 pazienti in quanto possibili minimizzatori dei traumi infantili. La distribuzione dei farmaci tra il gruppo dei pazienti traumatizzati e non traumatizzati è stata indagata con il test Chi Quadrato. Per valutare la relazione tra le dimensioni del trauma e le funzioni neuropsicologiche è stata utilizzata una correlazione di Pearson, pesando i risultati per durata e gravità di malattia, uso di benzodiazepine e abitudine al fumo. Abbiamo mantenuto un livello di significatività di 0.01.

RISULTATI

Rispetto al campione normativo italiano i pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore risultano deficitari in tutti i domini cognitivi indagati. Le analisi mostrano un'associazione tra abuso sessuale e prestazioni deficitarie nei compiti di coordinazione visuo-motoria ($r=0.3382$, $p=0.009$) e di attenzione visiva selettiva ($r=-0.3348$, $p=0.010$). Questa relazione non è influenzata dalla terapia farmacologica assunta.

CONCLUSIONI

I dati emersi suggeriscono una relazione significativa tra il trauma infantile e le funzioni cognitive appartenenti al dominio della coordinazione visuo-motoria e dell'attenzione. Considerato l'impatto del trauma infantile sul funzionamento cognitivo si sottolinea l'importanza di indagare il ruolo del maltrattamento infantile nella pratica clinica di soggetti con Disturbo Depressivo Maggiore.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:91

LA LENTEZZA NELL'ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI IN PAZIENTI CON DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

N. Di Chiaro¹, P. Cavedini¹, M. Piccinni¹, C. Carminati¹, M. Bellotti¹, A. Riva¹, G. Perna^{1,2,3}

¹Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Suore Ospedaliere, Villa San Benedetto Menni, Foripsi, Albese con Cassano, CO, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht - The Netherlands, ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard Miller School of Medicine, Miami University, Miami, Florida - USA

SCOPO DEL LAVORO

In letteratura molti studi concordano sulla presenza di deficit cognitivi relativi al dominio delle funzioni esecutive nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). Tuttavia, poche ricerche si sono focalizzate sull'aspetto della velocità di esecuzione e di elaborazione delle informazioni. Gli obiettivi di questo studio sono: 1) indagare i tempi di reazione durante l'esecuzione di test neuropsicologici e 2) verificare se i tempi di reazione sono correlati al livello di correttezza del compito.

MATERIALI E METODI

Partecipanti. Sono stati reclutati 40 pazienti DOC (DSM-IV), in terapia stabile da almeno quattro settimane ricoverati per un programma di riabilitazione psichiatrica e 20 soggetti sani come gruppo di controllo.

Strumenti di valutazione. All'inizio del ricovero sono state valutate le seguenti variabili: 1) funzioni neuropsicologiche mediante l'utilizzo del Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB). La batteria testale computerizzata comprendeva: Cambridge Gambling Task (decision making), Stop Signal Task (capacità di inibizione), Intra/Extra Dimensional Set Shifting (flessibilità cognitiva), Stockings of Cambridge (capacità di pianificazione), Spatial Span (memoria visuo-spaziale a breve termine), Spatial Working Memory (memoria di lavoro visuo-spaziale). 2) gravità di malattia attraverso la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

Analisi Statistiche. Per confrontare i due campioni è stato utilizzato il test non parametrico U di Mann Withney per le variabili continue (età, scolarità e tempi di reazione nei test neuropsicologici) e il test esatto di Fisher per le variabili dicotomiche (sesso). Nel campione dei pazienti DOC le associazioni tra i tempi di reazione, la gravità di malattia e il livello di correttezza sono state valutate attraverso correlazioni di Pearson. Abbiamo mantenuto un livello di significatività di 0.05

RISULTATI

Il confronto statistico dei due campioni non mostra differenze significative per età, scolarità e sesso. I pazienti DOC presentano rispetto al gruppo di controllo 1) tempi di reazione più lenti nei compiti di decision making ($Z= 3.52$, $p= <0.001$), flessibilità cognitiva ($Z= 2.46$, $p= 0.01$), pianificazione ($Z= 2.57$, $p= 0,009$), memoria di lavoro visuo-spaziale ($Z= 2.71$, $p= 0.006$), 2) i tempi di reazione correlano positivamente con il numero di errori solo nel compito di memoria di lavoro visuo-spaziale ($r= 0.45$, $p= 0.003$). La gravità di malattia non influenza la lentezza esecutiva dei test neuropsicologici.

CONCLUSIONI

I dati riportati in questo studio suggeriscono che la lentezza di elaborazione delle informazioni nei pazienti DOC è trasversale ai test neuropsicologici che indagano il dominio delle funzioni esecutive. Si ipotizza dunque che la lentezza patologica sia una variabile stabile del disturbo ossessivo-compulsivo e non risenta della interferenza sintomatologica.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:92

EFFETTO COMBINATO DI VARIANTI GENICHE DI GRIN2B SULLA FUNZIONALITÀ PREFRONTALE DURANTE WORKING MEMORY

A. Raio¹, G. Pergola¹, P. Di Carlo¹, L. Fazio¹, R. Masellis^{1,2}, B. Gelao¹, A. Rampino^{1,2}, G. Blasi², A. Bertolino^{1,2}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²U.O. Psichiatria, Policlinico di Bari

SCOPO DEL LAVORO. I recettori N-methyl-D-aspartato (NMDA) sono importanti modulatori dell'attività della corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) durante working memory (WM). Essi influenzano meccanismi di plasticità neuronale e neurosviluppo. In particolare, la subunità GluN2B del recettore NMDA, codificata dal gene GRIN2B, è maggiormente rappresentata nel neurosviluppo rispetto all'età adulta, quando è più diffusa la subunità GluN2A. Modelli animali suggeriscono un ruolo funzionale di GluN2B nella fisiologia della WM. Questo studio mira a investigare se varianti geniche (polimorfismi di un singolo nucleotide – SNP) di GRIN2B associate ai suoi livelli trascrizionali in soggetti adulti siano associate anche all'attività prefrontale durante WM.

MATERIALI E METODI. Dati sui livelli trascrizionali post-mortem di GRIN2B in corteccia prefrontale di soggetti non psichiatrici ed il genotipo di 79 SNP, compresi tra 125kbp a monte e 96kbp a valle del gene GRIN2B, sono stati ottenuti dal dataset Braincloud [1], da cui è stato selezionato un campione di 148 soggetti con età al decesso >18 anni e RNA integrity >6.3 [2]. L'associazione tra SNP e livelli trascrizionali è stata valutata tramite ANOVA. L'effetto degli SNP associati è stato accorpato in uno score genetico (GS) che prediceva i livelli trascrizionali del gene (validazione tramite leave-k-out cross-validation).

In un successivo studio in vivo, 131 soggetti sani hanno svolto il compito di WM 2-back durante fMRI. Per ciascuno è stato calcolato il GS, usato come predittore dell'attività e della connettività della DLPFC in SPM8. Per l'analisi della connettività è stata utilizzata Independent Component Analysis (ICA).

RISULTATI. Cinque SNP indipendenti ($r^2 < 0.5$) risultavano associati coi livelli trascrizionali di GRIN2B (FDR P corretto < 0.05). Il GS era associato ai livelli trascrizionali del gene ($r^2 = 0.21$, $p = 4.2 \times 10^{-9}$). Il segnale BOLD durante 2-back correlava positivamente con i livelli trascrizionali di GRIN2B nel Giro Frontale Superiore (SFG) di sinistra, area di Brodmann 8 (BA 8) (dimensione cluster = 205, $Z = 4.05$, $PFWE = 0.027$). ICA ha evidenziato 3 componenti indipendenti correlate con il compito ($r > 0.8$). Era presente un'associazione tra un cluster in SFG di sinistra (BA 8) in una di queste componenti (componente 22, che comprendeva BA 6, 8, 9 e 46) e GS (dimensione cluster = 131, $Z = 4.81$, $PFWE < 0.05$). La localizzazione spaziale di tale cluster era sovrapponibile a quella dove era presente un'associazione tra attività durante 2-back e GS.

CONCLUSIONI. I risultati suggeriscono che l'indicizzazione dei livelli trascrizionali geneticamente indotti di GRIN2B tramite la computazione dell'effetto combinato di più varianti genetiche predice attività e connettività della DLPFC durante WM. In particolare, livelli trascrizionali più elevati sono associati ad attività e connettività della DLPFC più elevate, le quali potrebbero essere interpretate come fenotipi di inefficienza prefrontale. Insieme questi risultati sostengono il ruolo di GluN2B nella fisiologia della WM.

1. Colantuoni, C., et al., Nature, 2011. 478(7370): p.519-23.
2. Schroeder, A., et al., BMC molecular biology, 2006. 7:3.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:94

INIBITORI DELL'AROMATASI: IL LORO IMPATTO SULLA DIMENSIONE PSICOLOGICA IN DONNE AFFETTE DA CARCINOMA MAMMARIO

V. D'Aloi¹, M. Bosisio², P. Mariani², C.A. Clerici², V. Di Mattei¹, A. Ambrosi¹, C. Borreani²

¹Università Vita Salute San Raffaele, Milano, ²Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo di questo studio longitudinale pilota è stato quello di indagare l'insorgenza di sintomi psicologici in pazienti con carcinoma mammario sottoposte a terapia endocrina adiuvante con inibitori delle aromatasi e l'eventuale impatto della terapia sulla qualità di vita.

MATERIALI E METODI

Un campione di 24 donne, in cura presso l'ambulatorio di patologia mammaria della Struttura di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, reclutate in modo consecutivo dagli oncologi, sono state valutate longitudinalmente in tre tempi: prima dell'inizio dell'assunzione della terapia con letrozolo (T0, baseline), dopo tre (T1) e sei (T2) mesi di assunzione regolare del farmaco tramite questionari autosomministrati. La qualità di vita è stata valutata mediante il Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) e le sue sottoscale per il cancro al seno (BCS) e per i sintomi endocrini (ESS). L'esordio di eventuali sintomi psicologici è stato valutato con la Symptom Check List-90 (Self-Report Symptom Inventory - Revised o SCL-90-R). Ad oggi sono state eseguite le analisi tra T0 e T1.

RISULTATI

L'analisi dei risultati in itinere ha evidenziato una diminuzione significativa dei punteggi del FACT-ES Total Score dal T0 al T1 ($p = 0,021$) e dei punteggi del FACT-ES TOI ($p = 0,009$) dopo tre mesi di trattamento con letrozolo. La diminuzione dei punteggi di questo questionario tra T0 e T1 indica un peggioramento della qualità della vita, legato alla comparsa della sintomatologia endocrina. La qualità di vita globale, misurata col FACT-G, non sembra invece risentire in modo significativo dell'assunzione del farmaco. Non sono state invece trovate differenze significative tra i risultati dell'indice GSI e i punteggi delle singole dimensioni di depressione e ansia dell'SCL-90-R tra T0 e T1. I risultati non evidenziano l'esordio di sintomi psicopatologici dopo tre mesi di assunzione della terapia. E' da segnalare tuttavia il caso di una paziente che dopo cinque mesi di trattamento ha richiesto l'intervento dell'oncologo e dello psicologo a causa dell'esordio di sintomi psicologici rilevanti rispetto al T0 (deflessione del tono dell'umore, irritabilità e ideazione suicidaria). Dopo diciotto giorni dalla sospensione del farmaco, si è verificata una remissione della sintomatologia e punteggi nella norma ai questionari.

CONCLUSIONI

Le pazienti appartenenti al campione fino ad ora analizzato non hanno evidenziato disturbi psicopatologici. Tuttavia resta da indagare il ruolo del trattamento con gli inibitori dell'aromatasi nell'insorgenza di manifestazioni depressive che come nel caso descritto si riscontrano nella pratica clinica oncologica e che in varie donne, prima di questo studio, ha portato all'abbandono della terapia.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:95

VULNERABILITÀ DEL PAZIENTE CON DIAGNOSI DI SCHIZOFRENIA: IL RUOLO DELLA COGNIZIONE SOCIALE

P. Calcagno, B. Olivieri, C. Arzani, M. Bugliani, V. Marozzi, M. Masotti, M. Respino, M. Belvederi Murri, M. Amore

Dinogmi, Università degli Studi di Genova, Ircss San Martino Ist, Genova

SCOPO DEL LAVORO: Deficit della funzionalità sociale sono stati riscontrati in diversi disturbi psichiatrici, ma sono caratteristici dei pazienti affetti da schizofrenia; in particolare la compromissione della cognizione sociale, della teoria della mente e dell'inferenza sociale sono stati proposti come tratti definitori della malattia. Lo scopo dello studio era di valutare il deficit della cognizione sociale in un campione di pazienti con diagnosi di schizofrenia, confrontando le performance nei diversi domini con un gruppo di controlli sani.

METODOLOGIA: Lo studio osservazionale trasversale, prevedeva la valutazione dei pazienti mediante intervista clinica e test psicometrici. La cognizione sociale è stata valutata su diversi livelli utilizzando tre scale differenti (FEIT, TASIT, MSCEIT). Numerosi strumenti venivano utilizzati per valutare aspetti sociodemografici, clinici (sintomi positivi, negativi, depressivi, adattamento premorboso, hoplessness, suicidalità, insight), caratteristiche del paziente (stigma, stile di coping, resilienza, autostima), profilo neuropsicologico (MCCB), funzionamento nella vita reale (SLOF, PSP, UPSAb).

RISULTATI: I risultati preliminari sono disponibili per 67 pazienti e 27 controlli sani. I soggetti affetti da schizofrenia presentavano una capacità significativamente minore di riconoscere le emozioni rispetto ai controlli sani ($p < 0.05$), un significativo peggioramento della capacità di inferenza sociale, sia semplice che arricchita in particolar modo nei settori inerenti al sarcasmo (tutti i $p < 0.001$) con invariata capacità di riconoscere scene rappresentati rapporti sinceri ($p = 0.2$). Nella valutazione dell'efficacia diagnostica delle scale tutte, tranne la MSCEIT, riportavano una buona accuratezza diagnostica alle indagini statistiche.

CONCLUSIONI: I pazienti schizofrenici presentavano deficit della cognizione sociale, maggiormente a carico della capacità di riconoscimento delle emozioni e dell'inferenza sociale. Questi elementi clinici si dimostravano di grande importanza nel determinare i deficit del funzionamento sociale e della qualità della vita e potrebbero essere considerati come potenziali markers clinici utili per la diagnosi, anche se resta da verificare la specificità rispetto ad altri disturbi psichici.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:96

CHILDHOOD ADVERSITIES E PSICOPATOLOGIA DELLA SCHIZOFRENIA

A. Bruni, G. Cerminara, R. Gaetano, E. Barbuto, V. Pugliese, C. Segura Garcia, P. De Fazio
Dip. Scienze della Salute Università Magna Graecia, Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO:

Numerosi studi evidenziano una relazione tra Childhood adversities e Schizofrenia, il 69 % delle donne e il 59 % degli uomini con diagnosi di Schizofrenia ha subito abuso fisico o sessuale in età precoce.

Lo scopo del presente lavoro è valutare se il verificarsi di eventi particolarmente traumatici nel periodo compreso tra l'infanzia e l'adolescenza possa predisporre a cluster di sintomi o condizionare e l'evoluzione del Disturbo.

MATERIALI e METODI: 64 pazienti schizofrenici (secondo DSM-5) e 65 controlli sani, tra i 18 ed i 65 anni, hanno risposto ad una intervista semistrutturata che includeva: dati socio-anagrafici, familiarità psichiatrica, diagnosi antecedenti, comorbidità psichiatrica, tentativi di suicidio, abuso di sostanze ed alla Childhood experiences of care and abuse EU-GEI. È stata, inoltre, somministrata la PANSS ed effettuata una valutazione clinica dettagliata al momento dell'assessment, in presenza di un parente di 1 grado o caregiver abituale. Questi ultimi hanno contribuito in maniera incisiva alla ricostruzione della storia personale dei soggetti inclusi nello studio. Infatti, allo scopo di ridurre al minimo la possibilità di bias nella raccolta delle informazioni, data l'analisi retrospettiva dei dati, è stata adottata la tecnica del test, retest.

RISULTATI: Nei pazienti Schizofrenici si sono riscontrate percentuali significativamente superiori di familiarità per Psicosi (fattori di rischio genetici). All'interno del campione clinico, i soggetti che hanno riportato un punteggio più elevato alla sottoscala positiva della PANSS, hanno subito un abuso fisico durante le epoche precoci della vita (0-16 anni) ($p=0,042$, $R^2=0,186$). Coloro che hanno riferito esperienze di neglect durante l'infanzia o hanno vissuto in condizioni di difficoltà economiche o in assenza di un adulto di riferimento prima dei 17 anni hanno punteggi superiori alla sottoscala Generale della PANSS ($p=0,009$, $R^2=0,512$). Correlano con valori più alti alla PANSS totale una storia di pregressi abusi fisici e l'aver sperimentato sentimenti di solitudine nell'infanzia per un periodo superiore a 6 mesi ($p=0,002$, $R^2=0,305$).

CONCLUSIONI: L'analisi dei nostri dati, ancora preliminari, permette di stabilire una relazione tra specifiche esperienze traumatiche dell'infanzia e sintomatologia generale e positiva della Schizofrenia. Tale relazione non si realizzerebbe, invece, con la sintomatologia negativa. Ciò consentirebbe di ipotizzare un paradigma di sviluppo diverso per quest'ultimo cluster di sintomi, in riferimento ai fattori di rischio non genetici del Disturbo.

scala estratta dal Progetto EU-GEI Combined Assessments of Social Contexts and Experiences, utilizzata nella versione ridotta suggerita dagli autori e tradotta in italiano.

Bibliografia:

- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–50. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:97

CORRELATI NEURALI DEL GIUDIZIO MORALE IN PAZIENTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: UNO STUDIO DI RISONANZA MAGNETICA FUNZIONALE

C. Bulgarelli¹, B. Vai^{2,3}, S. Poletti^{1,2}, A. Fossati^{1,3}, C. Colombo¹, F. Benedetti^{1,2}

¹Istituto Scientifico Universitario Ospedale San Raffaele, Milano, ²C.E.R.M.A.C. (Centro di Eccellenza Risonanza Magnetica ad Alto Campo), University Vita-Salute San Raffaele, Milano, ³Libera Università Maria Ss. Assunta, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Il giudizio morale è un aspetto fondamentale del nostro vivere quotidiano e riguarda l'integrazione di complesse componenti cognitive, emotive e sociali. Alterazioni in varie competenze nella sfera della cognizione sociale, nella disregolazione emotiva e in malfunzionamenti di funzioni cognitive sono parte fondamentale del disturbo borderline di personalità (DBP). Inoltre, numerosi studi di neuroimaging hanno sottolineato come varie strutture del cervello implicate nel giudizio morale come l'amigdala, il giro cingolato, l'insula, e i lobi frontali presentino anomalie strutturali e funzionali nei soggetti affetti da DBP. Nonostante questi interessanti dati, le possibili differenze riguardanti i correlati neurali del giudizio morale nel DBP rispetto ad un gruppo di controllo (GC) non sono state indagate da nessun precedente studio. Questa ricerca, quindi, si propone di esplorare le basi neurobiologiche dei DBP, in termini di differenze nella risposta neurale durante il giudizio morale, usando tecniche di risonanza magnetica funzionale.

MATERIALI E METODI

Le acquisizioni delle immagini sono state registrate con una risonanza a 3.0 tesla, su 10 soggetti affetti da DBP e 10 controlli sani, comparabili per sesso ed età. Il compito svolto prevedeva l'utilizzo di dilemmi morali e non morali (secondo un contrasto sottrattivo). Ai soggetti veniva chiesto di giudicare se la scelta presentata in ogni dilemma era appropriata o no (fig.1).

Le immagini funzionali sia dei pazienti borderline che dei controlli sani sono state inserite in un'analisi della varianza (ANOVA) al fine di valutare le differenze di attivazione nelle aree coinvolte durante le risposte ai dilemmi ($p < 0,001$). Abbiamo inoltre confrontato, attraverso un t-test di Student, le differenze fra pazienti e controlli rispetto i tempi di latenza nelle risposte ai dilemmi morali e non morali.

RISULTATI

Le analisi di imaging hanno mostrato un'iperattivazione dell'insula nei pazienti DBP rispetto ai controlli sani nel rispondere ai dilemmi morali ($F=37,16$ $p < 0,001$;) (fig.2).

Inoltre, i soggetti DBP hanno mostrato un tempo di latenza maggiore nel rispondere ai dilemmi morali rispetto ai controlli sani ($F=2,127$ $p=0,023$). Nessuna differenza né di attivazione né comportamentale, invece, è stata evidenziata per le condizioni non morali (fig.3).

CONCLUSIONI

I risultati evidenziano come pazienti DBP impiegano un tempo maggiore e presentino un'iperattivazione dell'insula nel rispondere ai dilemmi morali.

Nel fronteggiare una situazione connotata moralmente, si verifica una sorta di conflitto che richiama complessi processi sia cognitivi che emotivi. I deficit emotivi legati alla psicopatologia Borderline potrebbero suggerire maggiori difficoltà nella risoluzione del conflitto legato ai dilemmi morali, i quali per definizione richiedono un maggior coinvolgimento empatico ed emotivo.

Per quanto di nostra conoscenza, questo è il primo studio che valuta i correlati neurali del giudizio morale nei DBP. Sicuramente, ricerche future potranno meglio evidenziare nuovi correlati neurobiologici del disturbo.



ATTI DEL CONGRESSO



Figura 1: rappresentazione grafica di un dilemma morale

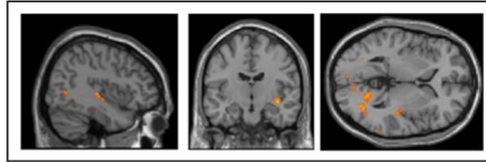


Figura 2: iperattivazione dell'insula in pazienti DBP rispetto al GC

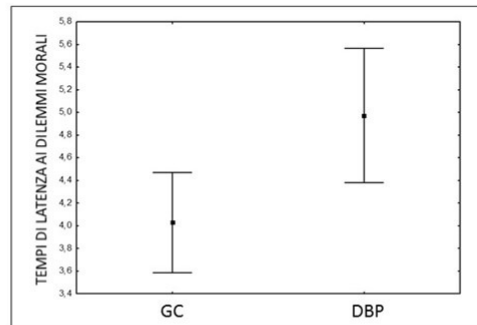


Figura 3: maggiori tempi di latenza ai dilemmi morali pazienti DBP rispetto al GC



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:98

LA RELAZIONE TRA VARIABILITÀ INTRA-INDIVIDUALE DURANTE WORKING MEMORY E ATTIVITÀ PREFRONTALE È ASSOCIATA A RISCHIO GENETICO PER SCHIZOFRENIA

C. D'Agostino¹, L. Fazio¹, M. Altamura², G. Blasi¹, A. Bertolino³

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, ²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Foggia, Foggia, ³Pred, Nord Dta, F. Hoffman La Roche Ltd., Basel - Switzerland

SCOPO DEL LAVORO: La variabilità intra-individuale (IIV) descrive la fluttuazione delle prestazioni cognitive dell'individuo nel breve periodo non dovute alla pratica, alla crescita, al miglioramento o al peggioramento di una condizione patologica. Questa misura sembra essere centrale nella schizofrenia, in cui le funzioni cognitive, in particolare la working memory (WM), sono compromesse. Più in dettaglio, studi comportamentali mostrano come l'IIV sarebbe alterata in questo disturbo e suggeriscono che essa possa essere associata alle sue basi genetiche. D'altra parte, nessuno studio ad oggi ha indagato se i correlati cerebrali dell'IIV sono associati a rischio genetico per schizofrenia.

L'obiettivo del presente studio è quello di indagare, tramite risonanza magnetica funzionale (fMRI), se la relazione fra attività della corteccia prefrontale (PFC) e punteggi di IIV durante un compito di WM è associata a rischio genetico per schizofrenia. Si ipotizza che tale relazione si elicit in maniera differenziale in soggetti sani, pazienti con schizofrenia e loro fratelli non affetti dal disturbo.

MATERIALI E METODI: 234 soggetti sani (152 maschi), 42 soggetti con schizofrenia (29 maschi) e 40 fratelli non affetti (18 maschi), confrontabili per età e genere, hanno partecipato allo studio. I soggetti sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale mentre eseguivano il compito di WM N-Back nella condizione 2 Back. L'IIV è stata calcolata con un coefficiente di variazione che prevede il rapporto tra deviazione standard individuale e media dei RT sulle sole risposte corrette. Per valutare l'interazione tra diagnosi e IIV è stato applicato un modello fattoriale sui dati fMRI.

RISULTATI: L'interazione tra diagnosi e IIV è risultata significativa in corteccia prefrontale dorso-laterale (BA9). In tale regione è evidente una correlazione positiva tra attività cerebrale e IIV in soggetti con schizofrenia e nei loro fratelli non affetti. Tale correlazione non era presente nei soggetti sani.

CONCLUSIONI: Questi risultati suggeriscono che la relazione fra attività della corteccia prefrontale dorso-laterale e punteggi IIV è affetta dal rischio genetico per schizofrenia, tale da renderne ipotizzabile il suo utilizzo come fenotipo intermedio per lo studio di questo disturbo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:101

ASSOCIAZIONE DI VARIABILITÀ GENETICA CON NETWORK DI CO-ESPRESSIONE DI DRD2 E ATTIVITÀ DELLA CORTECCIA PREFRONTALE DURANTE WORKING MEMORY

P. Di Carlo¹, G. Pergola¹, G. Scozia¹, B. Pietrangelo¹, G. Blasi², A. Bertolino^{1,2,3}

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso Università degli Studi di Bari 'Aldo Moro', Bari, ²Unità di Psichiatria Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, ³Nord Dta, Pred, Hoffman La Roche Ltd, Basilea - Switzerland

SCOPO DEL LAVORO. Una serie di evidenze suggeriscono che il recettore D2 per la dopamina ha una stretta relazione con la schizofrenia e con fenotipi ad essa associati. In particolare, l'isoforma post-sinaptica long del recettore D2 (D2L) appare rilevante per la modulazione della fisiologia della memoria di lavoro (WM), che è alterata nella schizofrenia. Il gene che codifica per l'isoforma D2L (DRD2) è stato associato alla diagnosi di schizofrenia ed ad attività prefrontale durante WM. D'altro canto, i geni non agiscono isolatamente, ma interagiscono nel modulare la fisiologia neuronale, con possibili effetti su fenotipi cerebrali complessi. Ad esempio, è verosimile che la co-espressione di multipli geni implichi anche la loro co-regolazione, nonché il loro effetto combinato sull'espressione di specifici fenotipi. Lo scopo di questo studio è investigare se DRD2 è parte di un network genetico associato a fenotipi rilevanti per la schizofrenia. Abbiamo ipotizzato che varianti genetiche associate con i livelli trascrizionali di D2L e dei geni che co-esprimono con essa siano anche associate all'attività della corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) durante WM.

MATERIALI E METODI. Moduli di geni co-espressi sono stati identificati attraverso Weighted Gene Co-expression Network Analysis in base ai livelli trascrizionali prefrontali di 199 soggetti non psichiatrici disponibili su Braincloud [1]. È stato selezionato il modulo che include il trascritto alternativo di DRD2 che codifica per D2L e calcolata la sua prima componente principale (module eigengene, ME), che è stata utilizzata come indice di co-espressione. È stata valutata l'associazione tra SNP dei geni del modulo e ME attraverso l'analisi della varianza. Quindi, l'effetto di questi SNP è stato accorpato in uno score poligenico (PS) che è stato utilizzato come regressore del ME. La robustezza della predizione è stata validata tramite leave-one-out cross-validation. Il PS è stato calcolato in 125 soggetti sani che hanno svolto il 2-back, un compito di WM, durante risonanza magnetica funzionale. Infine, il PS è stato utilizzato come predittore dell'attività della DLPFC in una regressione multipla su SPM8.

RISULTATI. Il modulo era costituito da 85 geni. ME spiegava il 33% della varianza ed era associato a otto SNP dopo correzione FDR per test multipli, alla soglia statistica raccomandata per tratti poligenici ($p < .25$) [2]. Il PS era associato a ME ($r^2 = 0.4$) e correlava con l'attività in DLPFC durante WM (Brodmann 46, 10 e 8, $r^2 = 0.23$, $p_{FWE} < .05$).

CONCLUSIONI. I risultati suggeriscono che la variabilità genetica che modula la co-espressione del network genetico comprendente DRD2 è associata alla fisiologia prefrontale durante WM. Inoltre, essi suggeriscono che lo studio degli effetti combinati di un insieme di geni può contribuire ad approfondire le relazioni intercorrenti tra specifiche vie di segnale molecolare e fenotipi cerebrali complessi.

1. Colantuoni, C., et al., 2011. 478(7370): p.519-23.
2. Segre, A.V., et al., PLoS Genet, 2010. 6(8).



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:102

IL POLYGENIC RISK PROFILE SCORE DEL DISC1-INTERACTOME È ASSOCIATO CON LA DIAGNOSI DI SCHIZOFRENIA ED INFLUENZA L'ATTIVITÀ PREFRONTALE DURANTE UN COMPITO DI MEMORIA DI LAVORO

E. D'Ambrosio¹, Q. Chen¹, G. Ursini^{1,2}, A. Bertolino^{2,3}, E. Xiao¹, J.H. Callicott⁴, D.R. Weinberger^{1,4,5,6}, V.S. Mattay^{1,4}

¹The Lieber Institute for Brain Development, Johns Hopkins Medical Campus, Baltimore, Maryland - USA,

²Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università degli Studi di Bari, ³Pred, Neuroscience Dta, Hoffman-La Roche, Ltd, Basilea - Switzerland, ⁴Cbdb, Nih, Bethesda, Maryland - USA, ⁵ Dipartimento di Psichiatria, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland- USA, ⁶ Dipartimento di Neurologia, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland - USA

SCOPO DEL LAVORO

Tra gli obiettivi principali della ricerca in ambito genetico sulla Schizofrenia vi è l'identificazione di pathway biologici alterati di rilievo per la patofisiologia di questo disturbo. I metodi analitici basati su gene-set mirano a definire gruppi di geni associati con un determinato tratto. DISC1 fa parte di un complesso network di proteine coinvolte in processi cruciali per il neurosviluppo (DISC1-Interactome). Sebbene ci siano evidenze su un'implicazione di varianti genetiche del DISC1 nella modulazione di funzioni cognitive e nel rischio per questo disturbo, recenti studi GWAS su larga scala non hanno dimostrato l'associazione del locus DISC1 con la diagnosi di Schizofrenia. Abbiamo pertanto ipotizzato che sia l'intero gene-set delle proteine del DISC1-Interactome, piuttosto che il singolo locus genico, ad essere associato con la diagnosi di Schizofrenia e con fenotipi intermedi di rilevanza per questo disturbo. A tal fine, abbiamo creato un Polygenic Risk Profile Score (RPS) basato sul gene-set del DISC1-Interactome, investigando l'effetto di questo score nella predizione dello status caso-controllo e nella modulazione dell'attività cerebrale durante un compito di memoria di lavoro.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati e genotipizzati genome-wide 671 controlli e 667 pazienti con diagnosi di Schizofrenia. Tra questi, 263 controlli sono stati studiati con risonanza magnetica funzionale (fMRI) durante lo svolgimento di un compito di memoria di lavoro (2-Back). Sono stati calcolati RPS per 116 geni del gene-set del DISC1-Interactome (creato utilizzando le banche dati BIND, BioGRID e HPRD), selezionando SNP indipendenti ottenuti dal clumping per ciascun gene per il calcolo di RPS cumulativi. Abbiamo calcolato otto diversi RPS sulla base delle soglie statistiche arbitrarie derivate dall'analisi caso-controllo PGC2. Sono state effettuate regressioni logistiche in R per verificare l'associazione tra RPS e diagnosi di Schizofrenia e regressioni multiple in SPM per determinare la correlazione tra ciascun RPS con l'attività BOLD fMRI della corteccia prefrontale al 2-Back.

RISULTATI

Abbiamo riscontrato un'associazione tra RPS e diagnosi di Schizofrenia. In particolare cinque RPS hanno presentato un'associazione con significatività $p < 0.02$. Inoltre, abbiamo riscontrato una correlazione positiva tra RPS e attività della corteccia prefrontale al 2-Back (Giro Frontale Medio di destra, valori di p più significativi < 0.001 non corr., miglior Z value= 3.18) a parità di livelli di performance.



ATTI DEL CONGRESSO

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio supportano l'ipotesi di un coinvolgimento del DISC1-Interactome nel rischio per Schizofrenia. Il gene-set utilizzato include geni codificanti per proteine coinvolte in funzioni che potrebbero essere rilevanti per l'eziologia della Schizofrenia, come la crescita assonale, le funzioni del citoscheletro, il trafficking e il signaling neuronale. Pertanto, i nostri risultati suggeriscono sia necessario investigare il ruolo del DISC1 nella patofisiologia della Schizofrenia non come un fattore isolato ma come un elemento di un network dinamico complesso.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:104

RAPPORTI TRA STRESS, STILI DI CONDOTTA ALIMENTARE E TRATTI DI IMPULSIVITÀ

A. Gentile¹, A. Ventriglio⁴, G. Vitrani¹, S.F.G. Pombo², S.R. Ouakinin², A. Bellomo³, M.L. Figueira²

¹Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Foggia, ²Clínica Universitária de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa - Portugal, ³Cattedra di Psichiatria Università degli Studi di Foggia,

⁴Università degli Studi di Foggia

SCOPO DEL LAVORO

Lo studio osservazionale presentato indaga i rapporti tra Stress, stili di condotta alimentare e tratti di Impulsività in un campione di studentesse universitarie sane.

METODO

I soggetti di sesso femminile reclutati sono stati 77. Ciascun partecipante ha compilato, in auto-somministrazione i test descritti di seguito.

- La scala Eating Attitudes Test (EAT-25) che mira ad individuare condotte alimentari a rischio ed è suddivisa in tre domini: (1) attenzione alla dieta (Dieting Scale; DS), (2) bulimia e preoccupazione per il cibo (Bulimia & Food Preoccupation; FP); (3) controllo orale o sensazione di pressioni esterne a mangiare (Social Pressure; SP).

- La Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) che indaga tratti di impulsività distinguendo tre domini differenti: (a) impulsività attentiva, (b) impulsività motoria (c) impulsività non pianificata .

- La Brief Symptom Inventory (BSI), scala psicopatologica utilizzata per escludere soggetti con franca psicopatologia in atto e per stimare l'indice corrente di Distress. I cutoff per l'indice di Distress sono stati fissati a 1,7 in modo da categorizzare il campione in studentesse "più stressate" e "meno stressate" e quindi indagare in ottica dimensionale sia "l'attitudine alimentare" che i tratti d'impulsività.

L'osservazione è stata puntiforme ed effettuata tra Maggio e Aprile 2014, in un periodo dell'anno accademico distante da esami universitari. Le indagini statistiche sono state condotte con il programma SPSS.

RISULTATI

La distribuzione anormale dei punteggi relativi alla EAT-25 ha imposto una strategia di indagine statistica non parametrica. Il Mann Whitney U mostra come il gruppo "più stressato" si associa a punteggi totali della EAT-25 maggiori rispetto ai "non stressati" (p: 0,035), così come nelle sotto-scale FP (p: 0,016) e SP (p<0,001). Inoltre, i "più stressati" mostrano maggior punteggi alla BIS-11 per ciò che concerne l'impulsività attentiva (p: 0,035) mentre l'impulsività pianificata risulta significativamente meno pronunciata rispetto ai "non stressati" (p: 0,004) (Tab.1). La correlazione bivariata di Spearman descrive correlazioni positive tra il Distress e le sottoscale della EAT-25: Pressione Sociale (Coeff 0,383; p<0,001); Preoccupazione per il cibo (Coeff 0,247 p<0,001); Attenzione alla Dieta (Coeff 0,966; p<0,001). Si è rilevata, inoltre, una correlazione positiva tra Impulsività Attentiva e Distress (Coeff 0,325; p 0,004) oltre che tra Impulsività Attentiva e Preoccupazione per il Cibo (Coeff 0,242; p<0,034). Abbiamo trovato una correlazione negativa, invece, tra Impulsività non pianificata e il Distress (-0,310; p<0,006) come anche tra l'impulsività non pianificata e la Pressione Sociale a mangiare (Coeff -0,235; p: 0,040) (Tab.2).

CONCLUSIONE

I soggetti "più stressati" presentano stili di condotta alimentare più a rischio. È presente, inoltre, una correlazione positiva tra Stress, impulsività Attentiva e stili alimentari disregolati. L'impulsività non pianificata, invece, potrebbe essere un fattore protettivo rispetto alla percezione dello stress e alla pressione sociale a mangiare.



ATTI DEL CONGRESSO

	Studentesse "no stress" Mean Ranks	Studentesse "stress" Mean Ranks	M-W U test p
EAT-25 punteggio totale	35,95 (2085)	48,28 (917)	0,035
EAT-25 attenzione alla dieta	36,38 (2110)	46,97 (892)	0,700
EAT-25 preoccupazione per il cibo	36,78 (2133)	45,76(869)	0,016
EAT-25 pressione sociale	35,81 (2077)	48,73 (926)	<0,001
BIS-11 punteggio totale	40,00 (2320)	35,92 (682)	0,498
BIS-11 impulsività attentiva	35,93 (2084)	48,34 (918)	0,035
BIS-11 impulsività motoria	40,75 (2636)	33,65 (639)	0,226
BIS_11 impulsività non pianificata	43,16 (2503)	26,29 (499)	0,004

Tra parentesi sono riportati i valori riferiti a "Sum of Mean Ranks"
M-W U test p indica il valore significativo a due code del Mann Whitney U tes
EAT-25: Eating Attitude Test
BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale

	EAT-25 tot	EAT-25 DS	EAT-25 FP	EAT-25 SP	BIS-11 tot	BIS-11 AI	BIS-11 MI	BIS_11 NPI	PSDI
EAT-25 tot	-	-	-	-	0,121	0,225*	0,137	-0,297*	0,377*
EAT-25 DS	-	-	-	-	0,131	0,192	0,153	-0,62	0,337*
EAT-25 FP	-	-	-	-	0,092	0,242*	0,071	-0,217	0,247*
EAT-25 SP	-	-	-	-	-0,067	0,190	-0,175	-0,235*	0,383**
BIS-11 tot	0,121	0,131	0,092	-0,067	-	-	-	-	0,020
BIS-11 AI	0,225*	0,192	0,242*	0,190	-	-	-	-	0,325**
BIS-11 MI	0,137	0,153	0,071	-0,175	-	-	-	-	0,018
BIS_11 NPI	-0,297*	-0,62	-0,217	-0,235*	-	-	-	-	-0,310**
PSDI	0,377*	0,337*	0,247*	0,383**	0,020	0,325**	0,018	-0,310**	-

EAT-25tot: EAT-25 punteggio totale; EAT-25 DS: EAT-25 attenzione alla dieta: DS; EAT-25 FP: EAT-25 preoccupazione per il cibo; EAT-25 SP: EAT-25 pressione sociale; BIS-11 tot: BIS-11 punteggio totale; BIS-11 AI: BIS-11 impulsività attentiva; BIS-11 MI: BIS-11 impulsività motoria; BIS_11 NPI: BIS-11 impulsività non pianificata; PSDI: indice di distress alla BSI (Brief Symptoms Inventory)
* Significatività nel test a due code p<0,05
**Significatività nel test a due code p<0,01



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:105

DEFICIT DI FUNZIONI COGNITIVE IN RAPPORTO A CAPACITÀ RETINICA DI PERCEZIONE DELLA LUCE AMBIENTALE IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

D. Zullo¹, A. Quartini², A. Silvestri², G. Albano², S. Fragiotta³, E. Vingolo³, G. Bersani⁴

¹Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, La Sapienza Università di Roma, ²UOSD Disturbi della Sfera Affettiva Ospedale A. Fiorini, Terracina, LT, ³UOSD Oftalmologia Universitaria Ospedale A. Fiorini, Terracina, LT, ⁴Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico Chirurgiche La Sapienza Università di Roma

SCOPO DEL LAVORO: Poiché alcune evidenze suggeriscono che deficit a livello retinico, responsabili di una ridotta percezione della luce ambientale e del contrasto visivo, possano essere coinvolti nella patogenesi e nella stagionalità del disturbo depressivo, il presente studio si è posto l'obiettivo di indagare la relazione tra severità e tipologia di depressione e la funzionalità del contrasto di retina, e se esista un rapporto tra alterazioni della percezione della luce ambientale, caratteristiche cronobiologiche del disturbo depressivo e alterazioni delle funzioni cognitive ad esso associate.

MATERIALI E METODI: Lo studio è stato condotto su un campione di 14 pazienti con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore. La valutazione delle funzioni cognitive è stata effettuata mediante batteria CANTAB (nome anche per esteso). La valutazione psico-patologica si è avvalsa dell'uso di quattro scale di valutazione: il BDI, la HAM-D, il MEQ e la SPAQ. I pazienti, dopo una valutazione oftalmologica preliminare, sono stati sottoposti all'elettroretinografia da pattern (PERG) per analizzare la funzionalità delle cellule ganglionari. Le analisi statistiche sono state eseguite mediante l'utilizzo del software SPSS 17.0; sono stati utilizzati analisi della regressione lineare e della varianza (ANOVA) e test t di Student. **RISULTATI:** In accordo con gli standard dell'ISCEV, valori del PERG al di fuori del range di normalità di ± 2 SD sono considerati anomali. L'analisi di correlazione parziale, covariando per la variabile età, tra valori PERG e punteggi CANTAB e tra punteggi CANTAB e risultati delle scale psicopatologiche, ha mostrato una forte correlazione statistica. Una correlazione positiva è stata evidenziata tra il punteggio PAL errori totale (corretto), i punteggi della HAM-D ($r=.691$; $p=.009$) e quelli della SPAQ ($r=.692$; $p=.009$), ed ancora tra il punteggio PAL errori totale (6 figure, corretto), i punteggi della HAM-D ($r=.706$; $p=.007$) e quelli della SPAQ ($r=.602$; $p=.030$). Una correlazione positiva è stata infine evidenziata tra punteggio PAL media tentativi e HAM-D ($r=.680$; $p=.011$). Tendente alla significatività statistica sono pure risultate le correlazioni PAL punteggio memoria primo tentativo e SPAQ ($r=-.522$; $p=.067$) ed ancora tra PAL media tentativi e SPAQ ($r=.550$; $p=.051$) e MEQ ($r=.503$; $p=.08$). Una correlazione negativa è stata infine evidenziata tra il punteggio SSP sequenza massima memorizzata e il punteggio MEQ.

CONCLUSIONI: I risultati confermano l'impairment delle funzioni cognitive dei pazienti con Depressione Maggiore e suggeriscono che questo possa essere almeno in parte correlato a una differenza nella funzionalità visiva. Emerge infatti una correlazione tra capacità retinica di percezione della luce ambientale, espressa come funzionalità delle cellule ganglionari nella secrezione di melanopsina, e funzioni cognitive, con aspetti prevalenti a carico delle funzioni mestiche.. Lo studio ha inoltre indicato una correlazione tra deficit delle funzioni cognitive, severità e stagionalità del disturbo depressivo.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:106

THE ROLE OF NEGATIVE CHILDHOOD FAMILIAL ENVIRONMENT AND PAST HUMILIATION EVENTS IN THE GENESIS OF PERSECUTION: AN EXPLORATORY ANALYSIS

A. Collazzoni¹, J. Laloyaux², A. Wagner², F. Larøi²

¹Department of Biotechnological and Applied Clinical Sciences (DISCAB), University of L'Aquila, ²Department of Psychology, University of Liège - Belgium

The aim of this study is to explore the relationship between past and current humiliation events, negative childhood familial environment and persecution in a general sample. We assessed humiliation values, negative childhood familial environment and persecution in 175 non clinical subjects and analyzed the correlations between these variables. Then to better understand the influence of these variables on persecution, we decide to split the sample in more persecution group and less persecution group and we effected a mean comparison by a T Test. A pattern of significant correlations among all the constructs emerged. After the T Test, past humiliation events and negative childhood familial environment have been found to be important factors in more persecution group. This study provides a contribution to the understanding of the influencing and important role of past humiliations events and negative childhood familial environment on persecution.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:107

L'ATTITUDINE AL TRATTAMENTO: DIFFERENZE DI GENERE IN PAZIENTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA

M. Graffino, A. Blandamura, B. Crivelli, M. Sigaudò, T. Frieri, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze- Università degli Studi di Torino

SCOPO DEL LAVORO: In letteratura, sono state riportate differenze di genere in pazienti affetti da schizofrenia per quanto riguarda la psicopatologia ed il decorso della patologia. In particolare, nelle donne si ha un esordio più tardivo del disturbo, un miglior funzionamento premorbo ed un decorso della patologia più favorevole. Sono, invece, carenti i dati sulle differenze di genere per sull'attitudine nei confronti della terapia farmacologica. Il nostro studio si propone di indagare l'influenza del genere sull'attitudine al farmaco in pazienti affetti da schizofrenia.

METODI: Abbiamo effettuato una valutazione trasversale su 92 pazienti ambulatoriali consecutivi affetti da schizofrenia in fase stabile di malattia afferenti presso il nostro Servizio. La gravità di malattia e la psicopatologia sono state indagate tramite CGI-S, PANSS, CDSS. La PSP è stata utilizzata come misura del livello di funzionamento dei pazienti. L'attitudine al farmaco è stata valutata con la DAI-30 e la consapevolezza del disturbo mentale attraverso la SUMD. Il campione di pazienti è stato suddiviso in due gruppi in base al genere. Il confronto statistico dei dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche è stato effettuato mediante l'analisi della varianza per le variabili continue e il test chi-quadro per le variabili categoriali. Abbiamo poi calcolato le correlazioni di Pearson tra la DAI, la SUMD e le variabili socio-demografiche e cliniche nei due gruppi.

RISULTATI: I due gruppi si differenziano per età, durata di malattia, tasso di occupazione lavorativa e per l'attitudine nei confronti del farmaco. In particolare, le pazienti di genere femminile mostrano una maggiore attitudine al farmaco positiva ($p=.024$) ed una minore attitudine al farmaco negativa ($p=.002$). Nei pazienti di genere femminile, la DAI totale correla negativamente con la CGI-S ($p<0.05$) e positivamente con la PANSS-N ($p<0.05$); la DAI attitudine positiva correla positivamente con la PANSS-N ($p<0.05$) e con il funzionamento ($p<0.05$), negativamente con la CGI-S ($p<0.05$), con la PANSS-P ($p<0.01$), con la PANSS-G ($p<0.05$), con la SUMDf ($p<0.01$). La DAI assunzione del farmaco dipendente dallo stato di salute/malattia correla negativamente con la PANSS-G ($p<0.05$). Nei pazienti di genere maschile, la DAI totale correla negativamente con la SUMDm ($p<0.05$) e con la SUMDf ($p<0.01$); la DAI assunzione del farmaco dipendente dallo stato di salute/malattia correla negativamente con la CDSS ($p<0.05$).

CONCLUSIONI: I nostri risultati suggeriscono la presenza di differenze di genere per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche e cliniche, l'attitudine alle terapie farmacologiche e l'insight in un campione di pazienti con schizofrenia in fase stabile. Questi dati si inseriscono in un ampio filone di ricerca su un "approccio di genere" ai disturbi psichiatrici che si propone di identificare le variabili che possono condizionare le differenze di sviluppo e decorso del disturbo, con lo scopo di elaborare percorsi di cura individualizzati anche sulla base del genere.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:108

INDIGENZA, URGENZA, DEGENZA. LA VARIABILE DEGLI INTERVENTI GIUDIZIARI SUL PAZIENTE PSICHIATRICO IN FASE DI ACUZIE.

I. Grattagliano¹, A. Bellomo², D. Suma³, V. Orsi², A. Croce², T. Pagano²

¹Sezione Criminologia e Psichiatria Forense Università Bari, ²Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Foggia, ³Dipartimento di Salute Mentale Asl Brindisi

Scopo del Lavoro

L'impatto che la crisi del welfare e le conseguenti disuguaglianze sociali hanno sull'utilizzazione dei servizi di salute mentale e sull'incidenza dei disturbi psichici nella popolazione è ampiamente documentato da una serie di studi, anche recenti, che è importante aggiornare alla luce della situazione economica attuale. Recenti rilevazioni epidemiologiche hanno evidenziato come la crisi economica provochi un aumento dell'utilizzazione dei servizi di salute mentale. Spesso si tratta di casi non di competenza eminentemente psichiatrica: a volte infatti vengono inviati, specialmente in fase di emergenza, pazienti che risentono in modo significativo della crisi dello stato sociale, e quindi le priorità riguardano la gestione sociale e relazionale. In questi casi, ogni altro intervento, al di fuori delle cause che hanno determinato la crisi, si dimostra non del tutto appropriato poiché non sono soddisfatti i parametri per la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale, che tuttavia rimandano ad un rapporto di

Materiali e Metodi

Lo studio ha analizzato gli accessi al SPDC di Foggia e presso i DSM di Brindisi e Foggia, per un periodo di 18 mesi, per cogliere la relazione tra condizioni ambientali, status socio-economico e esordio e riesacerbazione di malattie mentali. La conoscenza di queste relazioni è indispensabile per una più efficiente ed equa allocazione delle risorse socio-sanitarie. Lo studio si propone inoltre di stimolare una forte ricaduta sulla pianificazione dei servizi sanitari.

Risultati

Il tema della gestione delle acuzie del paziente psichiatrico richiede necessariamente una integrazione tra differenti servizi per gestione di situazioni di "crisi", ovvero una flessibilità strutturale che consenta di organizzare risposte adattive anche, a volte, in tema di sicurezza, su richiesta della Autorità Giudiziaria.

Conclusioni

Dalla analisi specifica della casistica di interventi inviati dalla Autorità Giudiziaria in fase di emergenza, emerge la necessità di applicare un sistema di procedure di interventi condivise e di definire e regolamentare processi di lavoro finalizzato verso un obiettivo, tenendo conto delle risorse sempre più ridotte e nel rispetto delle normative. La crisi economica colpisce infatti due volte, a tenaglia: oltre ad incrementare la frequenza delle malattie mentali e dell'uso dei servizi, causa una diminuzione di risorse dedicate alle cure. Nel campo della complessità degli interventi di urgenza, soltanto procedure integrate chiare e trasparenti possono garantire, per colui che riceve una prestazione, risposte certe, efficaci, senza vuoti di competenze, limitando l'incognita della variabilità degli interventi.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:109

CORRELATI ELETTROFISIOLOGICI ED ASPETTI DEL FUNZIONAMENTO NELLA VITA REALE IN PAZIENTI CON SCHIZOFRENIA

G.M. Plescia¹, A. Vignapiano¹, A. Mucci¹, E. Merlotti¹, G. Di Lorenzo², A. Daverio², M. Ribolsi², C. Niolu², V. Montefusco¹, O. Gallo¹, M. Rocco¹, P. Romano¹, S. Galderisi¹, M. Maj¹

¹Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università degli Studi di Napoli SUN, Napoli, ²Dipartimento di Medicina dei Sistemi Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

SCOPO DEL LAVORO

La Mismatch Negativity (MMN) è una componente dei potenziali evento-correlati (ERP) associata all'elaborazione pre-attentiva di stimoli uditivi devianti per frequenza e durata. Studi precedenti hanno riportato, nei soggetti affetti da schizofrenia, anomalie della MMN e della P3 e la correlazione di tali anomalie con la compromissione della cognizione sociale e del funzionamento nella vita reale. Nell'ambito del Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi, il nostro studio ha indagato le relazioni tra le componenti MMN e P3a, che riflettono le fasi precoci dell'elaborazione delle informazioni, ed il funzionamento psicosociale in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia.

MATERIALI E METODI

I potenziali evento-correlati sono stati registrati in 64 pazienti con schizofrenia, di cui il 75% era in trattamento farmacologico stabile con antipsicotici di seconda generazione, durante l'ascolto passivo di toni standard e devianti per durata e per frequenza mentre guardavano un cartone animato privo di audio. L'ampiezza e la latenza della MMN e la P3a sono state misurate sulle derivazioni frontali e centrali della linea mediana.

In tutto il campione sperimentale, il funzionamento nella vita reale è stato valutato con la Specific Level of Functioning Scale (SLOF). Gli indici psicopatologici, neurocognitivi e la cognizione sociale sono stati misurati con gli strumenti attualmente più validati.

Le analisi di regressione sono state effettuate utilizzando i diversi domini della SLOF come variabili dipendenti e la MMN/P3a, gli indici psicopatologici e neurocognitivi, i sintomi extrapiramidali e la cognizione sociale come predittori indipendenti.

RISULTATI

La latenza della MMN sulla derivazione centrale è risultata inserita nell'equazione di regressione solo per il dominio delle attività comuni della SLOF, spiegando una porzione minore di varianza rispetto alla cognizione sociale ed alla sintomatologia positiva.

CONCLUSIONI

La latenza della MMN è un predittore indipendente di alcuni aspetti del funzionamento nella vita reale con un effetto minore rispetto alla cognizione sociale ed ai diversi domini psicopatologici.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:110

CAPACITÀ RETINICA DI PERCEZIONE DELLA LUCE AMBIENTALE IN RAPPORTO A VARIABILI CLINICHE E CRONOBIOLOGICHE IN PAZIENTI DEPRESSI

D. Zullo¹, A. Quartini², A. Silvestri², G. Albano², S. Fragiotta³, E. Vingolo³, G. Bersani⁴

¹Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, La Sapienza Università di Roma, ²UOSD Disturbi della Sfera Affettiva Ospedale A. Fiorini, Terracina, LT, ³UOSD Oftalmologia Universitaria Ospedale A. Fiorini, Terracina, LT, ⁴ Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche Sapienza Università di Roma

SCOPO DEL LAVORO: Numerosi studi hanno indicato che alcune patologie oculistiche potrebbero essere associate direttamente con insorgenza e severità di condizioni depressive. Partendo dall'ipotesi che deficit a livello retinico responsabili di una ridotta percezione della luce ambientale e del contrasto visivo possano essere coinvolti nella patogenesi di disturbi depressivi, il nostro studio si pone l'obiettivo di valutare la relazione tra severità del disturbo e funzionalità retinica di contrasto e di esaminare il rapporto tra alterazioni della percezione della luce ed alcune caratteristiche cronobiologiche della depressione (stagionalità, presentazione mattutina/serotina).

MATERIALI E METODI: Lo studio è stato condotto su un campione di 22 pazienti con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore. La valutazione psicopatologica si è avvalsa di quattro scale di valutazione: il BDI, la HAM-D, il MEQ e la SPAQ. I pazienti, dopo una valutazione oftalmologica preliminare, sono stati sottoposti ad elettroretinografia da pattern (PERG) per analizzare la funzionalità delle cellule ganglionari. Le analisi statistiche sono state eseguite mediante l'utilizzo del software SPSS 17.0; sono state utilizzati un'analisi della regressione lineare, la varianza (ANOVA) ed il test t di Student.

RISULTATI: La percentuale di pazienti che presentano una deviazione dell'ampiezza P50-N95 considerata patologica è 57,1% per l'occhio dx, 42,80% per l'occhio sin, 50% per entrambi gli occhi. Sono state osservate correlazioni statisticamente significative tra il punteggio BDI e le ampiezze medie N35 e P50, con valori di ampiezza media N35 e P50 significativamente più elevati nei pazienti con depressione severa ed estrema (punteggio BDI di 30-40 e +41) rispetto a quelli con un quadro non patologico o con una depressione lieve-moderata (tra 1 e 30). La quasi totalità dei pazienti (n=21, 95.4%) ha presentato un punteggio SPAQ +10 corrispondente ad un quadro depressivo collegato, almeno parzialmente, alla sensibilità ai cambiamenti stagionali. All'analisi di regressione lineare, il punteggio SPAQ ha rivelato una correlazione significativa con il picco medio P50 ed un trend con il picco medio P50-N95. Sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra il punteggio MEQ ed una serie di parametri PERG, tra cui le ampiezze medie N35, P50 ed N35-P50. I pazienti con personalità mattutina (punteggio MEQ +59) hanno dimostrato valori di picco medio N35-P50 e P50-N95 significativamente più elevati rispetto ai pazienti con personalità serotina o intermedia.

CONCLUSIONI: La ridotta capacità di captazione di luce potrebbe essere implicata nella patogenesi della depressione. I pazienti severamente depressi presentano effettivamente una differenza nella funzionalità oculare correlata sia con la stagionalità del disturbo che soprattutto con la personalità mattutina. L'origine della depressione potrebbe essere influenzata dalla funzionalità della sottopopolazione delle cellule ganglionari fotosensitive: una ridotta funzionalità di queste porterebbe ad un'alterazione dei ritmi circadiani e sarebbe quindi implicata nella patogenesi del disturbo depressivo, soprattutto nelle forme a decorso stagionale.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:111

A COMPARISON OF HUMILIATION MEASUREMENT IN A DEPRESSIVE VS NON CLINICAL SAMPLE: A POSSIBLE CLINICAL UTILITY

A. Collazzoni¹, C. Capanna¹, M. Bustini¹, C. Marucci¹, S. Prescenzo², M. Ragusa², A. Tosone², V. Di Ubaldo¹, P. Stratta^{1,3}, A. Rossi^{1,2}

¹Department of Biotechnological and Applied Clinical Sciences (DISCAB), University of L'Aquila, ²Psychiatry Unit S. Salvatore Hospital, L'Aquila, ³Department of Mental Health, Asl 1, L'Aquila

The aim of this study is to understand if humiliation is a predictor of depressive symptoms in clinically depressed subjects and non clinical subjects. We assessed negative primary familial environment, hopelessness, resilience and depression in 80 depressed subjects and 310 non clinical subjects and we decided to implement a multiple regression analysis separately for the two samples to test the influence of the above mentioned variables on depression. The multiple regression analysis showed how humiliation was the most powerful predictor of depressive symptoms in depressive patients but not in the non clinical sample. This study provides a contribution to the understanding of the different role of humiliation in clinical and non clinical population.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:112

PSYCHOSOMATIC CHARACTERISTICS OF CYCLOTHYMIC PATIENTS

S. Grandi, E. Tomba, C. Rafanelli, J. Guidi, L. Tecuta, G. Fava
Università di Bologna

Aim of the work: Little is known about the psychosomatic characteristics of cyclothymic patients (Van Meter et al, 2012). The present study aims to integrate the diagnostic nosology with psychosomatic assessment in patients with cyclothymia.

Materials and methods: 62 patients with a diagnosis of cyclothymia (DSM-IV-TR) were evaluated with the structured interview based on the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) (Fava et al., 1995). Patients did not present comorbidities with other mood disorders, borderline personality disorder, and substance abuse. Sixty-two controls, matched for socio-demographic variables, were also assessed.

Results: A significantly greater prevalence of DCPR syndromes was found in cyclothymic patients compared to controls (78.5% vs 17.7%; $p < 0.001$). Demoralization ($n=15$; 31.9%), irritable mood ($n=9$; 19.1%), health anxiety ($n=6$, 12.8%) and alexithymia ($n=5$, 10.6%) were found to be the most common DCPR syndromes in the patient group. However, only demoralization was significantly more prevalent in the cyclothymic group compared to the control group ($p=0.001$).

Conclusions: Assessing psychosomatic symptomatology in cyclothymic patients underscores the significant presence of demoralization in this clinical population. The demoralized psychological state may warrant further consideration as it may be clinically significant in both response to treatment and relapse prevention.

Bibliography:

Van Meter AR, Youngstrom EA, Findling RL Cyclothymic disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32:229-243

Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Wise TN. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1995; 63:1-8.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:113

ABNORME ESPERIENZA DEL SÈ: CAPACITÀ DIAGNOSTICHE DI ESORDIO E DI DECORSO IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI SCHIZOFRENICI

P. Staffa

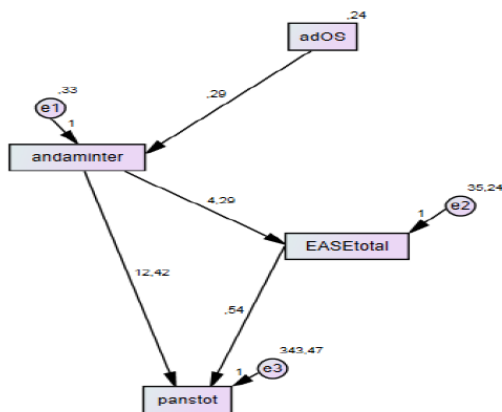
Scienze Della Salute, Cattedra Di Psichiatria, Università Magna Graecia Catanzaro

Scopo del lavoro: L'esperienza soggettiva del reale vissuta dal paziente schizofrenico appare peculiare, e le interviste che analizzano questo elemento, come l'EASE (Examination of Anomalous Self-Experience) risultano capaci di discriminare le psicosi endogene e di indicare il soggetto come appartenente ad un particolare spettro clinico. Non e' ancora noto come questo vissuto possa influenzare le ricadute o la mancata risposta terapeutica nel paziente e le scale utilizzate nella valutazione del decorso, come la PANSS, trascurano l'aspetto soggettivo. Lo scopo dello studio consisteva nell'analizzare quanto l'Abnorme Esperienza del Sé dello schizofrenico, valutata con l'EASE, fosse prognostica di peggiore decorso o ricaduta clinica del disturbo.

Materiali e metodi: Per lo studio, naturalistico osservazionale, 81 pazienti sono stati sottoposti alle scale: EASE; PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) SAPS, SANS (Scale For the Assesment of Positive and Negative Symptoms) e CGI (Clinical Global Impression) per la valutazione di sintomi positivi e negativi ed andamento clinico; CDSS (Calgary Depression scale for Schizophrenia) per i sintomi depressivi; DES per i sintomi dissociativi; SWN per la percezione soggettiva di benessere nel paziente. La scheda anamnestica includeva anche: durata di psicosi non trattata all'esordio (DUP), gravità della sintomatologia intercritica, età precoce d'esordio (adEOS). E' stata effettuata una path analysis dei dati con SPSS/AMOS 21.0 per calcolare l'influenza reciproca dei vari parametri. L'intensità delle correlazioni tra le variabili è stato analizzato con metodo della massima verosimiglianza (ML-FIML). Il Model Fit è stato effettuato con Chi Quadro; RMSE (Root Mean Error Square) ;CFI e TLI (Comparative Fit e Tucker-Lewis Index).

Tab.4.21 Risultati Path Analysis.

Modello. χ^2 :.847; df:2; p: .655 GFI : .994 CFI : 1,000 RMSE,000				
Variabile predittoria	Effetti su PANSS			R2
	Diretti	Indiretti	Totale	
EASE	0,54	-----	0,54	,847
Andamento interepisodico	4,83	12,42	17,25	
Esordio precoce	-----	12,71	12,71	
Esordio precoce	-----	5,12	5,12	





ATTI DEL CONGRESSO

Risultati: 70 pazienti su 81 hanno terminato l'intervista. E' risultato, come da letteratura, che la precocità d'esordio influenza negativamente l'andamento intercritico del disturbo, e che questo a sua volta determina maggiore gravità della sintomatologia clinica in termini di sintomi positivi e negativi nelle ricadute successive. Appare più caratteristico come l'Abnorme Esperienza del Sè sembrerebbe influenzata da un peggiore decorso della malattia nei periodi intercritici, e sembrerebbe influenzare essa stessa la PANSS, costituendo un elemento diagnostico precoce di andamento del decorso rispetto ai sintomi positivi e negativi. Non sono risultati altrettanto significativi alla path analysis elementi come la DES o l'SWN.

Conclusioni: La percezione soggettiva del reale nello schizofrenico potrebbe andare incontro a variazioni qualitative e quantitative evidenziate da scale come l'EASE, capaci di identificare il passaggio verso la psicosi di idee, emozioni, sensazioni o comportamenti ancora sub-clinici. La valutazione dei cambiamenti determinata da terapie farmacologiche e psicoterapie sull'Esperienza del Sè, potrebbe influenzare il decorso del disturbo e la prevenzione delle ricadute. Una valutazione di decorso longitudinale ed un numero maggiore di pazienti nel campione è ovviamente necessario per approfondire quest'analisi preliminare dei dati.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:114

EVENTI STRESSANTI E DISTURBI PSICOTICI: UNO STUDIO CASO-CONTROLO SUI PRIMI EPISODI

L. Sideli¹, G. Tripoli¹, C. Sartorio¹, A. Marinaro¹, F. Seminerio¹, C. La Cascia¹, A. Mulè², G. Aurilio¹, M. Barone¹, C. Tripoli¹, D. La Barbera^{1,2}

¹Dip Bionec, Università di Palermo, ²Uoc di Psichiatria, AOU P Giaccone, Palermo

SCOPO DEL LAVORO: Si ritiene che, insieme ai gravi abusi infantili, anche gli eventi di vita stressanti contribuiscano ad aumentare il rischio per disturbi psicotici. Una recente meta-analisi della letteratura ha messo in luce che l'esposizione ad esperienze stressanti nell'età adulta è associata a un rischio oltre triplo di sviluppare disturbi psicotici (Beards et al., 2013). Il presente studio caso-controllo si propone di valutare gli effetti di una serie di eventi stressanti (problemi sanitari, coniugali, lavorativi, abitativi, legali ecc.) sui disturbi psicotici.

MATERIALI E METODI: Sono stati reclutati 175 soggetti al primo episodio psicotico e 134 controlli sani con anamnesi negativa per psicosi schizofreniche e affettive appartenenti alla stessa popolazione dei casi. Le esperienze di vita stressanti sono state indagate mediante la Life Threatening Experience scale, le informazioni socio-demografiche sono state raccolte mediante la MRC Socio-demographic schedule.

RISULTATI: Casi e controlli differiscono in termini di genere, età, livello di istruzione e storia psichiatrica familiare, pertanto queste variabili sono state incluse come covariate. I casi sono stati esposti a un numero di eventi stressanti maggiore dei controlli (1.30 ± 1.42 vs. 0.81 ± 0.04 , U di Mann Whitney=9027.5 $p=0.004$). L'esposizione a uno o più eventi stressanti ha un effetto significativo sull'odds di essere affetto da disturbi psicotici (OR=1.35, IC 95%= 1.11-1.65, $p=0.003$) che rimane stabile anche aggiustando per le covariate sociodemografiche (adj. OR=1.34, IC 95%= 1.06-1.67, $p=0.012$).

CONCLUSIONI: In linea con la letteratura, i pazienti affetti da disturbi psicotici sono più spesso esposti ad eventi stressanti nell'arco della vita. Sebbene il disegno retrospettivo dello studio non consenta di stabilire con certezza la direzione di causalità, trattandosi di esordi psicotici reclutati nel corso del primo ricovero ospedaliero, è ragionevole ipotizzare che, nella maggior parte dei casi, le esperienze stressanti abbiano preceduto l'esordio del disturbo. Ulteriori studi prospettici sono necessari per verificare questa ipotesi.

Bibliografia:

Beards S, Gayer-Anderson C, Borges S, Dewey ME, Fisher HL, Morgan C. Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2013;39(4):740-7.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:117

CORRELATI ELETTROFISIOLOGICI DELLA SINTOMATOLOGIA NEGATIVA NELLA SCHIZOFRENIA

A. Vignapiano, A. Mucci, E. Merlotti, V. Montefusco, G.M. Plescia, O. Gallo, M. Rocco, G. Cristilli, P. Romano, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università degli Studi di Napoli Sun, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Nei pazienti affetti da schizofrenia, i sintomi negativi sono associati ad un peggior esito di malattia. La maggiore conoscenza dei meccanismi fisiopatologici che sottendono tali sintomi può contribuire allo sviluppo di interventi terapeutici mirati. Studi recenti hanno ipotizzato che l'avolizione possa essere correlata a difficoltà sia nell'anticipare il piacere che nel regolare il proprio comportamento associando un'azione con il suo valore. Il nostro studio ha indagato, in un campione di soggetti affetti da schizofrenia, la presenza di anomalie nell'anticipazione del piacere, mediante un'analisi degli indici elettrofisiologici, ed ha indagato l'associazione di tali anomalie con le differenti dimensioni dei sintomi negativi.

MATERIALI E METODI

I potenziali evento-correlati sono stati registrati durante l'esecuzione del 'Monetary Incentive Delay' task in 30 pazienti con schizofrenia in trattamento farmacologico stabile con antipsicotici di seconda generazione e 23 controlli sani. In tutto il campione sperimentale sono state valutate le componenti anticipatoria e consumatoria del piacere, l'anedonia di tratto e la motivazione. Nel gruppo dei pazienti con schizofrenia è stata misurata l'avolizione come costruito indipendente dall'anedonia.

RISULTATI

I pazienti con schizofrenia non hanno mostrato differenze rispetto ai controlli sani nell'esperienza del piacere e nell'anedonia di tratto mentre è stato evidenziato un deficit nella motivazione. Diversamente dai controlli sani, nel gruppo dei pazienti affetti da schizofrenia abbiamo riscontrato che l'ampiezza della P3 nell'intervallo precoce non discriminava la rilevanza dello stimolo anticipato mentre mostrava un'ampiezza maggiore per l'anticipazione della perdita nell'intervallo tardivo. Inoltre, l'ampiezza della P3 per l'anticipazione di una perdita e di una vincita presentava una correlazione inversa con l'anedonia sociale ma non con l'avolizione.

CONCLUSIONI

I pazienti affetti da schizofrenia, nonostante l'assenza di una compromissione dell'anticipazione e dell'esperienza del piacere, sembrano avere difficoltà nell'integrazione della rilevanza e dell'entità di una vincita futura durante l'esecuzione del compito. I nostri risultati indicano che l'anedonia e l'avolizione sono costrutti psicopatologici parzialmente indipendenti e che i pazienti affetti da schizofrenia sembrano integrare meglio la perdita rispetto alla vincita. Tale risultato potrebbe contribuire ad elaborare nuove strategie riabilitative.



ATTI DEL CONGRESSO

PO14:118

ALTERAZIONI VOLUMETRICHE DI SOSTANZA GRIGIA NEI PAZIENTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA E FRATELLI NON AFFETTI, RISPETTO A CONTROLLI SANI MOSTRANO EFFETTI REGIONALI SPECIFICI DI RISCHIO GENETICO ED EFFETTI CORRELATI ALLA MALATTIA A LIVELLO TALAMICO

S. Trizio¹, G. Pergola¹, P. Di Carlo¹, A. Di Giorgio², G. Blasi¹, A. Bertolino¹

¹Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso; Università Aldo Moro, Bari,
²Ircs Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, FG

SCOPO DEL LAVORO. Studi di morfometria basata sul voxel suggeriscono che i pazienti con schizofrenia (SCZ) mostrano anomalie della sostanza grigia (GM) nel talamo. Tuttavia non è chiaro se tali alterazioni siano associate al rischio genetico per il disturbo. Per investigare questo aspetto, è utile lo studio di fratelli di SCZ non affetti (SIB), che condividono con questi il 50% degli alleli di rischio per il disturbo. Inoltre, è cruciale analizzare separatamente il contributo dei singoli nuclei talamici. Questo studio ha lo scopo di valutare la variabilità inter-individuale del volume di GM nel talamo in funzione della diagnosi di schizofrenia e della suscettibilità genetica per il disturbo.

MATERIALI E METODI. 96 SCZ (DSM-IV-TR), 55 SIB e 249 soggetti sani di controllo (NC) sono stati sottoposti a risonanza magnetica strutturale (3 Tesla; sequenza 3D T1-pesata SPGR; 124 fette assiali di spessore =1,3 mm). Le immagini sono state processate in SPM8 e normalizzate utilizzando DARTEL. Sulla base dell'atlante di Krauth et al. (2010) sono state definite 8 regioni talamiche di interesse (ROI): nuclei anteriori/linea mediana (ATM); mediodorsali (MD); intralaminari; ventrolaterali (VL); ventrali anteriori; genicolati; pulvinar; complesso posteriore. Per individuare le ROI più coinvolte nel disturbo, il volume di GM estratto da ciascuna ROI talamica è stato esportato in SPSS e analizzato con una ANCOVA a misure ripetute con diagnosi (SCZ, SIB, NC) come variabile between-subjects, lateralità (sinistra, destra) e ROI (8 livelli) come fattori within-subjects, e GM talamica totale, espansione lineare e quadratica dell'età e genere come covariate. Infine, abbiamo utilizzato Random Forests, un algoritmo di machine learning, per classificare i partecipanti per diagnosi sulla base del volume di GM nei nuclei talamici.

RISULTATI. L'ANCOVA sulla GM talamica ha evidenziato una interazione ROI×diagnosi ($p=,019$): i volumi di GM in MD ($p<,001$) e in VL ($p<,05$) differivano significativamente fra gruppi diagnostici, sicché volumi ridotti erano presenti negli SZ rispetto a NC e SIB. L'algoritmo Random Forests ha classificato i soggetti con accuratezza pari a 80,6% tra NC e SZ, 79,6% tra NC e SIB e 68,2% tra SIB e SCZ, indicando che il volume di GM in ATM consente di distinguere NC da SIB, mentre il volume di GM in MD consente di discriminare SCZ da SIB e da NC.

CONCLUSIONE. Questi risultati suggeriscono un'associazione regione-specifica a livello talamico fra volume di GM e schizofrenia. In particolare, negli SZ è stata osservata una perdita di GM nel MD. L'analisi multivariata ha separato con maggior precisione NC da SIB che SIB da SCZ, suggerendo che questo approccio possa individuare fenotipi intermedi non altrimenti rilevabili ed evidenziando come il volume di GM in ATM possa essere associato a suscettibilità genetica alla schizofrenia.