

PNEI NEWS

I NUOVI SAPERI DELLA SCIENZA E DELLA SALUTE

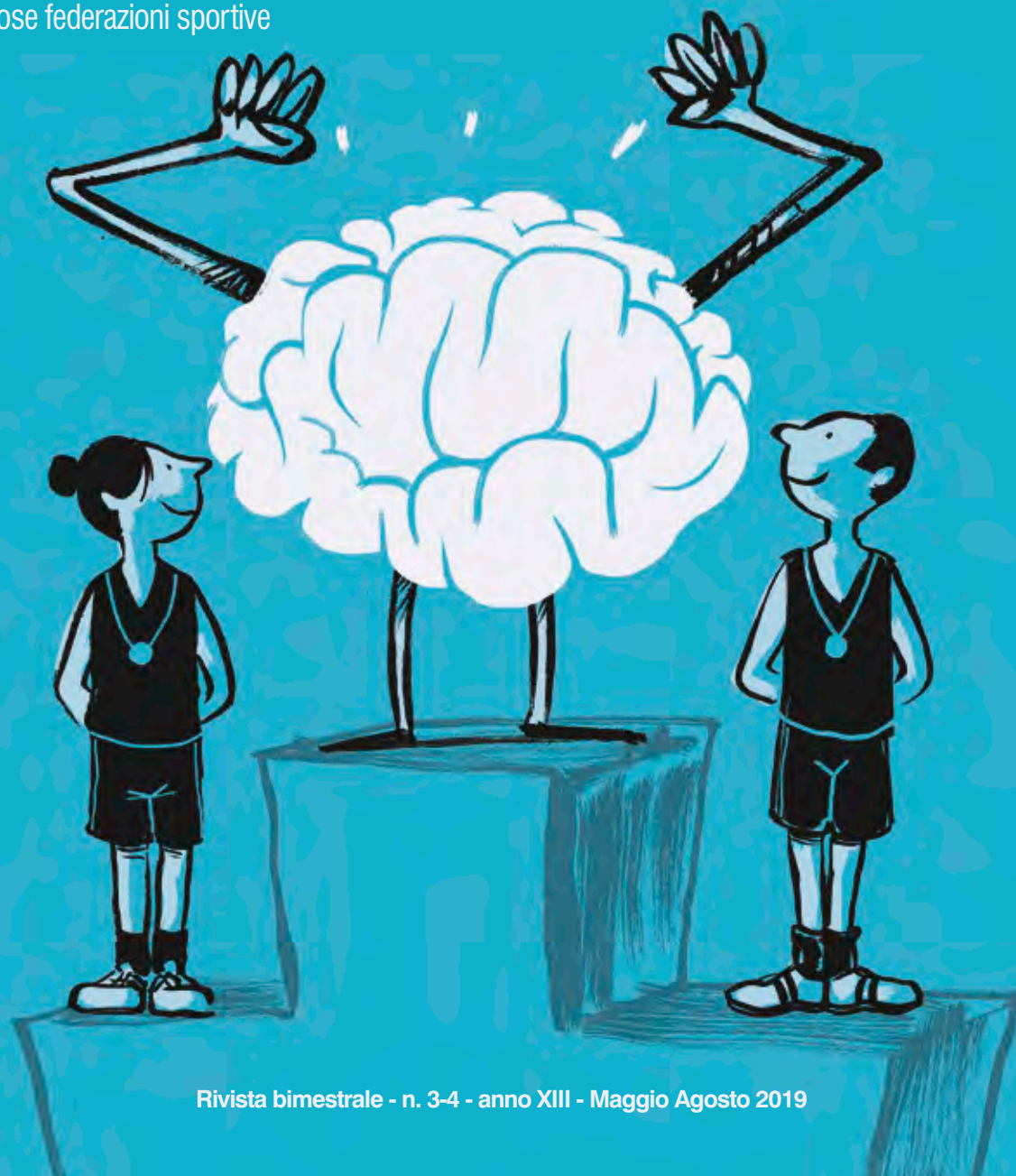
SPORT, RIPENSARE IL PARADIGMA

Il contributo della Psiconeuroendocrinoimmunologia

Convegno Nazionale · Roma 6 ottobre 2019

Aula Magna Facoltà Valdese - via Pietro Cossa 42

Con il patrocinio dell'Università degli studi di Roma "Foro italoico"
e di numerose federazioni sportive



SOMMARIO

PNEINEWS - n. 3-4 Anno 2019

www.sipnei.it

VERSO IL CONVEGNO NAZIONALE DEL 6 OTTOBRE A ROMA

3 IL PARADIGMA PNEI PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA

Nicola Barsotti, Marco Bruscolotti, Marco Chiera

"Confermo: gli antidepressivi hanno un'efficacia minima, clinicamente non distinguibile dal placebo" L'attività sportiva è un fenomeno complesso in cui l'organismo si adatta a 360° secondo il network PNEI, la cui conoscenza è fondamentale per valutare lo stato di salute e la performance di un atleta e sapere come poterli influenzare in positivo.

INTERVISTA

6 IRVING KIRSCH A PNEI NEWS

Paola Emilia Cicerone

"Confermo: gli antidepressivi hanno un'efficacia minima, clinicamente non distinguibile dal placebo"

PNEI E PSICHIATRIA

9 MALATTIE PSICHIATRICHE. LE INTERAZIONI FRA STRESS E NETWORK PSICO-NEURO-ENDOCRINO-IMMUNITARIO

Anna Giulia Bottaccioli, Francesco Bottaccioli, Michael di Palma, Andrea Minelli

Questo articolo è la traduzione italiana di Bottaccioli AG, Bottaccioli F, Minelli A, Stress and the psyche-brain-immune network in psychiatric diseases based on psychoneuroendocrineimmunology: a concise review. Ann N Y Acad Sci. 2019 Feb;1437(1):31-42.

SEMINARIO/DOSSIER

21 PNEI, NEUROSCIENZE E PSICOANALISI. PROVE DI DIALOGO

Giulia Tossici, Gianangelo Palo, Marco Chiera

Materiali del seminario organizzato dalla SIPNEI Lombardia su "Neuroscienze e psicoanalisi"

25 IL PARADIGMA PNEI PER LE NEUROSCIENZE E LA PSICOLOGIA

Francesco Bottaccioli

35 RIFLESSIONI, PENSANDO A UN CASO CLINICO EMBLEMATICO

Emanuela Stoppele

38 LA PSICOANALISI E LA PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA NEL BAGAGLIO SCIENTIFICO DI UNA PSICOTERAPEUTA

Monica Mambelli

RECENSIONI

42 LA PSICHE TRA SALUTE E MALATTIA

David Lazzari



PNEINEWS. Rivista bimestrale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia.

Direttore Responsabile

Francesco Bottaccioli - bottac.fra@gmail.com

Hanno collaborato a questo numero

Nicola Barsotti, Anna Giulia Bottaccioli, Francesco Bottaccioli, Marco Bruscolotti, Marco Chiera, Paola Emilia Cicerone, David Lazzari, Monica Mambelli, Andrea Minelli, Michael di Palma, Gianangelo Palo, Emanuela Stoppele, Giulia Tossici

Illustrazione di copertina

Margherita Allegri - www.margheallegri.com

Impaginazione e grafica

Argento e China - www.argentochina.it

Registrazione

Autorizzazione del Tribunale Bologna n° 8038 del 11/02/2010

Redazione

Via Trionfale 65, 00195 - Roma

ABBONAMENTO E INFORMAZIONI

Il costo dell'abbonamento per ricevere 6 numeri di PNEINEWS è di 25 euro, in formato elettronico (Pdf) 18 euro. Per i soci SIPNEI l'abbonamento in formato elettronico è compreso nella quota annuale. L'abbonamento cartaceo per i soci SIPNEI è scontato a 20 euro. Il versamento va eseguito a favore di SIPNEI Intesa San Paolo Ag. 16 viale Parioli 16/E IBAN IT 90 B 03069 05077 10000000203 specificando la causale.

Per informazioni: segreteria.sipnei@gmail.com

Per le modalità di abbonamento visita www.sipnei.it

Il paradigma Pnei per l'attività sportiva

Nicola Barsotti, Marco Bruscolotti, Marco Chiera – Commissione Nazionale SIPNEI Discipline Corporee, Dis.Co. Pnei

L'attività sportiva è un fenomeno complesso in cui l'organismo si adatta a 360° secondo il network PNEI, la cui conoscenza è fondamentale per valutare lo stato di salute e la performance di un atleta e sapere come poterli influenzare in positivo.

L'attività fisica, ma soprattutto l'allenamento costante, mette in atto un complesso adattamento allostatico in senso PNEI a 360°: un atleta varia infatti di continuo *in set point* non solo del proprio sistema cardiovascolare, respiratorio, metabolico, ma anche immunitario, endocrino e neurobiologico¹.

Dalle leve alla tensegrità

Per comprendere tutto questo, bisogna fare due considerazioni fondamentali: in *primis*, per spiegare la cinetica e la statica posturale non ci si può più basare sul modello riduzionista (e fisicamente impossibile) delle leve muscolari o delle ossa come “mattoni impilati”, bensì su approcci come la mesocinetica del chirurgo ortopedico Stephen Levin, che applicano il modello della tensegrità al corpo umano. La mesocinetica mostra infatti come nel corpo vi sia un equilibrio fra forze tensive e compressive, trasportate le prime tramite il sistema miofasciale (muscoli e tessuto fasciale, posti sempre in uno stato di “tensione pre-stress”) e le seconde tramite le ossa (“sospese” nella rete miofasciale e mai a contatto fra loro), in modo tale che, di fronte a ogni stressor meccanico, il corpo risponda coinvolgendo tutte le sue parti, adattandosi al meglio a fronte del minimo consumo possibile di energia^{2,3}. Di conseguenza, gli stimoli estero-, proprio-, intero- e nocicettivi recepiti dai recettori nervosi vengono sempre elaborati dalla rete neuromiofasciale a seconda dello stato di tensione dei tessuti stessi: pertanto, qualsiasi alterazione corporea (lesioni, cicatrici, tessuti più densi o più lassi) o un uso errato della postura possono alterare l'adattamento meccanico dell'intero corpo^{3,4}. Ma non solo:

grazie agli studi di Donald Ingber, professore emerito di Harvard che ha applicato i principi tensegritivi a livello cellulare, sappiamo che ogni movimento del corpo (macro- o microscopico, articolare o viscerale), attraverso una modifica della matrice extracellulare, causa un rimodellamento del citoscheletro che si trasferisce fino al nucleo cellulare, dove cambia l'espressione genica (effetto epigenetico su base meccanica)^{3,4}.

Questo stretto legame fra meccanica e biologia vale anche nel verso opposto: in caso di stress, ad esempio, il sistema nervoso autonomo, tramite il rilascio di citochine infiammatorie come il TGF- β 1, può trasformare i fibroblasti, tipiche cellule connettivali, in miofibroblasti, ossia cellule capaci di generare una contrazione, e quindi tensione, fasciale nel tempo⁵. Proprio sui miofibroblasti possono intervenire molteplici molecole: nervose ed endocrine, come catecolamine e cortisolo, che in eccesso aumentano la secrezione di ROS e citochine infiammatorie che stimolano i miofibroblasti a produrre collagene ed a contrarsi, inducendo così fibrosi e aderenze tissutali sempre più estese⁶; antiossidanti, come SOD, capsaicina (peperoncino) o estratto di semi d'uva, in grado di svolgere un'azione antinfiammatoria e ridurre le contrazioni dei miofibroblasti⁷.

Allenare l'interocezione

Naturalmente, contratture ed infiammazioni fasciali possono alterare l'informazione nervosa e umorale proveniente dal tessuto fasciale stesso, informazione che viene usata dal cervello per capire cosa sta succedendo, così da adattarsi al meglio⁸. Data la presenza nel sistema



miofasciale di un'enorme quantità di fibre sensoriali, in particolare fibre lente C che proiettano ad aree cerebrali sensoriali, motorie, emotive, associative, etc.⁸, lo stato tensionale ed umorale del corpo è davvero fondamentale per la salute dell'organismo e per la possibilità di un atleta di allenarsi al meglio. La capacità conscia e inconscia di capire cosa sta succedendo all'interno dell'organismo, ossia l'interocezione, è infatti correlata a svariati processi: dolore, sintomi medici non spiegabili e spiegabili, emozioni negative, disturbi affettivi, ansia, regolazione delle emozioni, meditazione, presa di decisioni, autoconsapevolezza, percezione del tempo, disturbi alimentari, assunzione di acqua e cibo, funzioni sessuali, empatia, etc.⁸ Questo è il motivo per cui sarebbe utile allenare la corretta percezione corporea, e per cui negli ultimi anni sono aumentate le pubblicazioni evidenzianti ad esempio che, per ottenere performance di alto livello, tutte le aree del cervello dovrebbero funzionare in modo associato e ottimale⁹ e non essere "disturbate" da altri compiti (come processare stimoli nocicettivi o infiammatori)¹⁰. Infatti, in atleti con vissuti di stress importante, ansia, depressione o dolore, si sono riscontrate modificazioni dei network cerebrali con conseguenti inadeguati processi decisionali: l'aumento

della reattività emotiva, dell'attività dell'amigdala e del tono ortosimpatico si correla alla riduzione delle aree attentive e ad un incremento del rischio di lesioni¹¹.

Il muscolo, organo Pnei

L'altra considerazione fondamentale è che il muscolo non è un mero tessuto "scorrevole" atto ad opporsi alla gravità (così come l'osso non è un "pezzo di calcio"), bensì si tratta di un organo PNEI capace di secernere più di 300 fattori umorali, le "*miochine*", che possono influenzare l'equilibrio dell'organismo intero¹².

In particolare, durante l'attività fisica i muscoli possono rilasciare IL-6, IL-8 e *brain derived neurotrophic factor* (BDNF), i quali hanno effetti diretti ed indiretti sul metabolismo energetico e sulla plasticità neuronale¹³. L'aumento muscolare e poi plasmatico di IL-6, senza però TNF- α e IL-1 β , induce l'incremento del riassorbimento di glicogeno muscolare e dell'ossidazione degli acidi grassi, la stimolazione della gluconeogenesi epatica e la lipolisi del tessuto adiposo¹³. Inoltre, si associa ad una salita dei livelli circolanti di cortisolo e di citochine antinfiammatorie IL-1ra, IL-10 e sTNF-R13. L'IL-8, accumulata nel tessuto muscolare in risposta a contrazioni esaustive di tipo eccentrico, stimola invece l'angiogenesi, in particolare nelle cellule dell'endotelio micro-vascolare¹³. Infine, il BDNF, necessario per la crescita dei

neuroni, la plasticità neuronale, l'apprendimento e la memoria, favorisce un regolamento del metabolismo energetico, sia a livello centrale venendo rilasciato dal cervello (soprattutto ippocampo e corteccia), sia in periferia venendo rilasciato dai muscoli e agendo sull'enzima AMPK¹³. Ecco perché l'attività fisica è ritenuta un fattore di prevenzione e di cura primaria in molte patologie croniche caratterizzate dalla presenza di infiammazione sistemica¹⁴, oltre che un utile rimedio al progressivo declino cognitivo tipico di alcune patologie¹⁵.

Tuttavia, considerando il delicato equilibrio dose-risposta, è anche comprensibile come l'eccesso di attività sia associato a diverse patologie, del tratto respiratorio¹⁶, cardiovascolari e del tessuto connettivo¹⁷. Paradossalmente, la cronicizzazione del danno al tessuto muscolare e la conseguente produzione di IL-6 e IL-8, con anche TNF- α e IL-1 β , associati al continuo inadeguato rispetto dei tempi di recupero, espongono la salute dell'atleta professionista a grossi rischi. Da un lato, elevati livelli di IL-8 angiogenica determinano proliferazione e sopravvivenza delle cellule endoteliali, presupposto base per lo sviluppo di cellule cancerogene e metastasi¹³. Dall'altro lato, elevati livelli di IL-6 possono, in associazione alla linfopenia e all'attivazione eccessiva del circuito Th2 mediate dal cortisolo, indurre insulino-resistenza muscolare ed organica¹³ e favorire alterazioni tissutali (fibrosi e/o prolapsi miofasciali ed osteoporosi)⁶. Inoltre, l'attivazione cronica dell'asse HPA tipica dell'allenamento di alto livello, associata all'adozione di pratiche di "calo peso" sbagliate, danneggia la risposta immunitaria dell'atleta e altera la sua produzione di cortisolo¹⁸, modificando addirittura la clearance del glutammato con conseguente atrofia dell'ippocampo e delle cortecce mediali prefrontali ed ipertrofia dell'amigdala, situazione che favorisce fenomeni depressivi¹⁹. Ecco così la genesi di quel circolo vizioso stress-infiammazione-depressione, circolo che altera sostanzialmente lo stato di *arousal* e le capacità di *coping* dell'atleta e che solo un approccio biopsicosociale può ristabilire.

Riferimenti bibliografici

1. Li G & He H (2009), Hormesis, allostasis buffering capacity and physiological mechanism of physical activity: a new theoretic framework, *Med Hypotheses*, 72(5), 527-32.
2. Levin SM (2002), The tensegrity-truss as a model for spine mechanics. Biotensegrity, *J Mech Med Biol*, 2(3-4), 375-88.
3. Scarr G (2014), *Biotensegrity, the structural basis of life*, Edinburgh, Handspring Publishing.
4. Ingber DE (2008), Tensegrity and mechanotransduction, *J Bodyw Mov Ther*, 12(3), 198-200.
5. Bhowmick S, et al. (2009), The sympathetic nervous system modulates CD4+FoxP3+ regulatory T cells via TGF- β -dependent mechanism, *J Leukocyte Biol*, 86(6), 1275-83.
6. Chiera M, et al. (2016), Come lo stress modella il corpo, *PNEI News*, 6, 10-3.
7. Yang XH, et al. (2014), Reversal of myofibroblast differentiation: A review, *Eur J Pharm*, 734, 83-90.
8. Ceunen E, et al. (2016), On the Origin of Interoception, *Front Psychol*, 7, 743.
9. Nielsen JB & Cohen LG (2008), The olympic brain. Does corticospinal plasticity play a role in acquisition of skills required for high-performance sports?, *J Physiol*, 586(1), 65-70.
10. Puentedura EJ & Louw A (2012), A neuroscience approach to managing athletes with low back pain, *Phys Ther Sport*, 13(3), 123-33.
11. Ivarsson A, et al. (2016), Psychosocial Factors and Sport Injuries: Meta-analyses for Prediction and Prevention, *Sports Med*, 47(2), 353-65.
12. Bortoluzzi S, et al. (2006), Computational reconstruction of the human skeletal muscle secretome, *Proteins*, 62, 776-92.
13. Pedersen BK (2009), Edward F. Adolph distinguished lecture: muscle as an endocrine organ: IL-6 and other myokines. *J Appl Physiol*, 107, 1006-14.
14. Wilund KR (2007), Is the anti-inflammatory effect of regular exercise responsible for reduced cardiovascular disease?, *Clin Sci (Lond)*, 112, 543-55.
15. De Assis GG & de Almondes KM (2017), Exercise-dependent BDNF as a Modulatory Factor for the Executive Processing of Individuals in Course of Cognitive Decline. A Systematic Review, *Front Psychol*, 8, 584.
16. Peters EM & Bateman ED (1983), Ultramarathon running and upper respiratory tract infections. An epidemiological survey, *S Afr Med J*, 64(15), 582-4.
17. Edilberto S, et al. (2017), Acute and Chronic Effects of Endurance Running on Inflammatory Markers: A Systematic Review, *Front Physiol*, 8: 779.
18. Tsai ML, et al. (2011). Impact of intense training and rapid weight changes on salivary parameters in elite female Taekwondo athletes. *Scand J Med Sci Sports*, 21(6), 758-64.
19. Bottaccioli F & Bottaccioli AG (2017), *PNEI e Scienza della Cura Integrata*. Il Manuale, Milano, Edra.

“Confermo: gli antidepressivi hanno un’efficacia minima, clinicamente non distinguibile dal placebo”

Irving Kirsch a Pnei News

Paola Emilia Cicerone – Giornalista scientifica

Nel Novembre 2012, il ricercatore della Harvard Medical School, aprì i lavori del Convegno nazionale Sipnei a Milano dal titolo “Depressione si cambia. Dalle pillole della felicità alla cura integrata”. In quella relazione e nel libro che uscì, in edizione italiana, in occasione del convegno, Kirsch documentò che la differenza tra farmaci antidepressivi e placebo è statisticamente significativa, ma talmente piccola da essere insignificante sul piano clinico. Oggi conferma e approfondisce questo dato, che è uno scandalo.

Quando sette anni fa ho intervistato Irving Kirsch per *PNEI News*, le sue ricerche sull’inefficacia degli antidepressivi avevano da poco attirato l’attenzione della stampa non specializzata, e il suo saggio *The Emperor’s new drugs. Exploding The Antidepressant Myth*, in cui riassumeva una ricerca durata oltre dieci anni, era in via di pubblicazione in Italia, a cura di Francesco Bottaccioli¹. Negli anni, Kirsch ha continuato a pubblicare studi e metanalisi sul tema, anche per rispondere ai suoi detrattori, e ad approfondire le ricerche sull’effetto placebo che all’epoca l’avevano spinto a occuparsi di antidepressivi. Sono i temi di cui il ricercatore ha parlato a Roma, di fronte a un’attenta platea, in occasione del Convegno organizzato per il trentennale dell’Ordine degli psicologi. Un’occasione per fare il punto con lui sull’evoluzione delle sue ricerche ma anche su studi come l’imponente metanalisi realizzata da Andrea Cipriani dell’Università di Oxford e da poco uscita su *Lancet*, che apparentemente sembrerebbe smentire la tesi di Kirsch confermando la validità dei farmaci antidepressivi. Il ricercatore però non è d’accordo: “Le percentuali di successo indicate da Cipriani non sono diverse da quelle emerse dai miei studi. D’accordo, una differenza tra farmaci SSRI e placebo c’è, il problema è che è significativa statisticamente ma non da un punto di vista clinico”. Una riflessione che mette in discussione la metodologia utilizzata: “Immaginiamo per esempio uno studio su 5000 persone, da cui emerge che sorridere aumenta l’aspettativa di vita di dieci secondi. Può anche darsi che sia significativo dal punto di vista statistico, ma per le persone non cambia niente”.



1. Kirsch I., *I farmaci antidepressivi, il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrata*, ed. italiana a cura di F. Bottaccioli, Tecniche Nuove, Milano 2012

Nella maggior parte delle ricerche, la differenza tra farmaco antidepressivo e placebo è di 1,8 punti sulla Hamilton Depression Scale, utilizzata per valutare l'entità di una depressione. Quando ad esempio il NICE- l'agenzia inglese che valuta l'appropriatezza delle terapie, e che ha chiesto proprio a Kirsch di partecipare alla definizione delle linee guida per il trattamento della depressione - considera significativa su questa scala una differenza di tre punti: "Un parametro arbitrario? Certo, come lo è il criterio della riduzione dei sintomi nel 50% dei pazienti o qualunque altro criterio adottato per valutare l'efficacia dei farmaci", spiega il ricercatore. "Abbiamo provato a utilizzare la scala CGI -I (Clinical Global Impression Improvement) che valuta il miglioramento su una scala da "nessun cambiamento" a "notevole miglioramento", e in nessuna delle metanalisi la differenza tra placebo e principio attivo si avvicina ai criteri per "minimo miglioramento".

La psicoterapia, nel medio periodo, è più efficace dei farmaci

Studio dell'effetto placebo, Kirsch ha cominciato a occuparsi di depressione perché per questa patologia i successi del placebo risultavano insolitamente alti, "e mi sono chiesto se questo non dipendesse dal fatto che l'idea della cura avrebbe potuto essere benefica in sé, perché dà speranza, visto che uno dei sintomi più importanti della depressione è proprio un senso di disperazione". Un dato confermato poi dagli studi sui farmaci e anche dalle ricerche di Kirsch sull'ipnosi, "che mi hanno portato a riflettere sull'importanza dell'aspettativa in un percorso di guarigione".

Ma le ricerche di Kirsch sui farmaci antidepressivi hanno fatto emergere anche altri problemi che riguardano la metodologia della ricerca: "Gli studi sugli antidepressivi in genere durano quattro a otto settimane, poco rispetto all'effettiva durata di una terapia: gli studi più lunghi sono quelli in cui i farmaci sono paragonati alla psicoterapia e si vede che la psicoterapia è più efficace", osserva Kirsch. Senza dimenticare che i farmaci hanno effetti collaterali, possono interferire con altri trattamenti, e che molte persone in terapia hanno difficoltà a ridurli perché hanno sintomi di astinenza. "Bisogna anche tenere conto che i pazienti selezionati per partecipare alle ricerche sono diversi dalla popolazione tipica che si cura con questi farmaci: sono più giovani e in genere più sani", spiega il ricercatore, Ma anche in condizioni ottimali la differenza rispetto al placebo è talmente marginale da essere priva di utilità: "Si possono avere risultati migliori con la psicoterapia, e danno buoni risultati anche l'attività fisica, lo yoga o l'agopuntura che potrebbe essere un caso di effetto



La locandina del Convegno nazionale Sipnei del Novembre 2012, aperto da una Relazione di Kirsch sull'efficacia degli psicofarmaci

placebo particolarmente efficace". A complicare le cose, spiega Kirsch, c'è il fatto che in questo caso non è facile garantire l'efficacia del meccanismo di "doppio cieco"- farmaco o placebo somministrati all'insaputa del paziente e del medico - su cui si basa la validità di molte ricerche "E' difficile mantenere uno studio in cieco, particolarmente per i medici ma non solo", spiega il ricercatore. "Spesso i pazienti che prendono il farmaco se ne rendono conto, specialmente se sono stati trattati in precedenza con antidepressivo: è un dato che emerge molto chiaramente da studi recenti".

Le aziende non pubblicano gli studi che non hanno dato buoni risultati

Senza dimenticare il problema centrale, la difficoltà a ottenere dalle case farmaceutiche i dati non pubblicati, quelli degli studi che non hanno dato buoni risultati. Kirsch è ricorso al Freedom of Information Act per ottenere dall'FDA dati sui sei antidepressivi più utilizzati. "E nel 2018 uno studio realizzato proprio da ricercatori dell'FDA, con tutti i dati in loro possesso, ha dato risultati analoghi a quelli che avevamo ottenuto noi", spiega il

ricercatore. "Oggi sappiamo che gli studi non pubblicati sulla depressione sono all'incirca la metà di quelli realizzati, e ovviamente sono quelli che hanno dato risultati peggiori, il che inevitabilmente altera i risultati delle metanalisi". Più in generale, quando si valutano gli studi sponsorizzati dalle aziende in genere il successo del farmaco di cui si tratta è intorno al 75%, mentre se si tratta di studi indipendenti, per esempio realizzati da ricercatori pubblici, è intorno al 50% e nelle ricerche della concorrenza non supera il 25%. "Il che non vuol dire che gli studi scientifici non siano uno strumento efficace", precisa Kirsch, "Ma devono essere svolti correttamente, pubblicando tutti i risultati e soprattutto accertandosi che l'effetto ottenuto sia significativo dal punto di vista clinico". Proprio una recentissima review, sempre realizzata dal gruppo di Antonio Cipriani, mostra che dosi più elevate di antidepressivi non migliorano l'efficacia della terapia: "Sono gli stessi risultati ottenuti dagli studi dell'FDA", osserva Kirsch. "Dall'unico studio che mostra una differenza significativa emerge che a essere più efficace è la dose di farmaco più bassa, e considerato che aumentando la dose aumentano anche gli effetti collaterali, è un dato di cui si dovrebbe tenere conto". Così come si dovrebbe tenere conto del fatto che spesso gli antidepressivi - negli Stati Uniti come in Italia - sono prescritti da medici generici con l'idea di "tirare su" il paziente. "E' successo anche a me", racconta Kirsch: "In un periodo in cui viaggiavo molto per lavoro, in poche settimane avevo tenuto quattordici conferenze in sette paesi. In una breve sosta a casa ero andato dal medico per un qualche disturbo e lui, vedendomi stanco, mi aveva prescritto del citalopram per far fronte alla situazione". Una situazione tutt'altro che rara: "A volte ci prescrivono i farmaci perché non accettiamo di essere stanchi o di sentirci tristi per qualcosa che è accaduto, mentre la tristezza è una reazione fisiologica al dolore e al lutto", ricorda il ricercatore, "la psicoterapia può aiutare, ma non ha senso considerare questo tipo di problemi qualcosa da trattare con i farmaci".

Incredibile: sembra funzionare anche un placebo che si sa essere tale

Oggi Kirsch si considera "quasi in pensione", ma continua le sue ricerche sull'effetto placebo, di cui sottolinea la straordinaria portata: "Stiamo cominciando a capirlo ora", spiega, "Sapevamo che il placebo dipende da molti fattori, il tipo di disturbo - sappiamo che funziona per il dolore ma non per l'infertilità - il costo, la marca, la modalità con cui è somministrato: le iniezioni placebo hanno più effetto delle pillole, per non parlare della Chirurgia placebo per cui abbiamo delle prove di efficacia: per esempio per

IRVING KIRSCH STUDIOSO DELL'EFFETTO PLACEBO



Irving Kirsch è nato a New York nel 1943 da una famiglia di origine russo polacca. Laureato in psicologia a Los Angeles, ha insegnato negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, e dal 2011 dirige il programma di studi sul Placebo alla Harvard Medical School. Negli anni '60 è stato attivo nel movimento

dei diritti civili e contro la guerra del Vietnam, temi cui ha dedicato un pamphlet pubblicato in collaborazione con il filosofo e matematico Bertrand Russell. Prima di laurearsi ha suonato il violino in varie orchestre, accompagnando cantanti come Aretha Franklin e ha pubblicato un album musicale satirico sullo scandalo Watergate. Ha scritto oltre 250 articoli scientifici e dieci libri tra cui *I farmaci antidepressivi. Il crollo di un mito* (Tecniche nuove 2012). Nel 2004 è stato chiamato come consulente dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannico per definire le nuove linee guida per il trattamento della depressione.

quanto riguarda l'intervento - oggi non più praticato - di legamento delle arterie mammarie per ridurre il dolore dell'angina pectoris".

La novità è che stiamo cominciando a capire l'importanza dell'effetto placebo non mascherato, che eliminerebbe i problemi deontologici legati al fatto di somministrare a un paziente un trattamento non attivo: "Sembra controintuitivo, eppure ci sono diversi studi, anche di miei ex studenti, che mostrano come il placebo "open", somministrato avvertendo il paziente che di questo si tratta, possa funzionare bene", spiega Kirsch. C'è perfino uno psicologo, Niels Bagge, che ha provato a proporre ai suoi pazienti, con buoni risultati, una "pillola immaginaria", da auto-somministrarsi quando volevano per ridurre l'ansia o la depressione: "E c'è uno studio recente sul placebo open per la fatica del paziente oncologico che ne mostra l'efficacia", conclude Kirsch. "Qual è il meccanismo di funzionamento? Gli elementi centrali sono la relazione con il medico, e la fiducia: diversi studi mostrano che una buona relazione con il curante migliora l'efficacia del placebo, e anche dei farmaci veri".

LA PNEI NELLA CLINICA

il IV Congresso Nazionale SIPNEI

Firenze 20-22 Marzo 2020



Doctor

Endocrinologi

Psych

**Il termine per la presentazione degli abstract
è il 30 Ottobre 2019**

Quote ridotte per chi si iscrive entro il 30 novembre 2019

Per scaricare articoli, materiali inerenti al congresso
e contattare i membri del Comitato scientifico vai nel sito dedicato
www.congressosipnei.it

Neuropsych