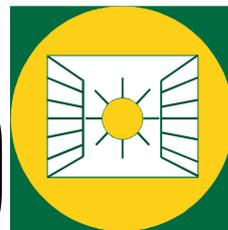


# Lettera **2000**

periodico della



LEGA ITALIANA CONTRO I DISTURBI D'ANSIA, DI AGORAFOBIA E DA ATTACCHI DI PANICO  
ORGANIZZAZIONE NON LUCRATIVA DI UTILITÀ SOCIALE

NUMERO QUATTRO/2000

DICEMBRE 2000

## I nostri auguri

di **Valentina Cultrera**

Il Natale è il simbolo della Nascita. Di tutte le nascite.

E' la promessa di una nuova Saggiezza, di un nuovo Amore, di nuove ed infinite possibilità di Vita.

Oltre ogni visione religiosa, resta il fatto che nel Natale assistiamo metaforicamente alla nascita dell'Uomo, delle sue contraddizioni e delle sue risorse.

Questo evento provoca insieme gioia e tristezza, perché ci fa contattare quelle parti di noi più intime ed importanti; ci mette di fronte ai nostri vuoti, alle mancanze della nostra esistenza, ai nostri sogni mai realizzati, così come ci consente di gioire delle nostre conquiste, dei nostri affetti e delle nostre ricchezze.

Ogni Natale rinnova serenità e malinconia, nella misura in cui ciascuno di noi contatta se stesso e la propria storia personale.

Noi della Lidap auguriamo quindi a tutti la possibilità di ritrovare la propria Umanità, di accoglierla nuovamente in sé, di trasformarla in un progetto di vita più soddisfacente e più consono ai bisogni ed ai desideri che fanno, di ogni Uomo, un essere unico e irripetibile, che può sempre e comunque tentare di rimettersi in gioco, insieme ad altri uomini: i suoi compagni nel viaggio della Vita.

### ... E QUELLI DEGLI ALTRI

TRA I MESSAGGI DI AUGURI CHE CI SONO Pervenuti nell'imminenza del Natale abbiamo trovato quelli di Maurizio che ci ha inviato la storiella che di seguito pubblichiamo (anche per colorare, con un poco di ilarità, il nostro giornale). Queste righe ci sono piaciute subito perché, oltre alla simpatia che esprimono, ci sembra che rappresentino il nostro eterno dualismo tra razionalità e sentimento: questa volta scegliamo decisamente la razionalità.

(continua a pagina 7)

Cosa vuol dire attivarsi nei gruppi

## Cari amici vi scrivo

di **Gabriella Modelli**

Quante volte, durante il nostro percorso all'interno dei gruppi, abbiamo sentito parlare di "ATTIVAZIONE DELLE PROPRIE RISORSE"? Ma cosa significa? Io me la sono posta in continuazione questa domanda, durante il mio percorso, e forse solo oggi, dopo due anni, riesco a dare un significato a quell'affermazione tanto vaga, per me, allora.

Frequentando i gruppi mi sono trovata, dopo un certo periodo, a portare anche fuori dal gruppo molti degli atteggiamenti e degli approcci con gli altri, acquisiti proprio in quel contesto. La cosa era molto spontanea, non la pensavo, né la preparavo in anticipo. Anzi, in me nasceva lo stupore per la mia reazione, e ogni mia nuova reazione mi dava una forza e una sicurezza tali, da far sì che ne attivassi altre ancora.

Quando sopra dico "atteggiamento spontaneo e non preparato", intendo il contrario di quello che mi capitava prima della mia crescita o evoluzione, quando tendevo ad imitare le persone che più ammiravo: perché? Ho poi scoperto la motivazione, anzi, la sto ancora scoprendo di giorno in giorno: non possedendo autostima, mi fondevo con gli altri e questo mi faceva apparire esattamente come volevo essere, e gli altri credevano esattamente che io fossi così, manifestandomi anche ammirazione e affetto.

Adesso, Vi chiederete, ora che ho iniziato ad attivare le mie risorse e non imito più quelle delle persone che mi facevano sentire così grande e importante, gli altri provano ancora le stesse cose per me?

Vi posso assicurare di sì; in più, sono "i miei" atteggiamenti a venire a contatto con l'altro e quindi, oltre agli stessi riconoscimenti positivi o negativi che ottengo e che ritrovo come al-

lora, ho una soddisfazione in più: quella d'essere "Vera".

Per cercare di spiegarmi meglio, faccio un esempio che a me è servito per cogliere la differenza.

Immaginiamo di indossare un vestito bellissimo, che però, c'è stato prestato da un'amica, sorella, collega... ecc., e di partecipare ad un evento importante; cosa ci succede?

Facciamo sicuramente una bellissima figura, la gente ci osserva, ci ammira, ci trova attraenti, si complimenta con noi per il nostro bellissimo vestito!

Ma come viviamo noi internamente questo momento?

(continua a pagina 3)

### SOMMARIO

2 La Spezia: un passo alla volta

4 3 Dicembre: NO PANIC DAY

6 La Lidap forma medici e psicologi

8 Ipnosi: intervista a Del Castello

10 Il D.O.C.

12 Lettera a mia madre

13 La via del panico

# Un passo alla volta

DOVREI SCRIVERE DELLA NUOVA ESPERIENZA: IL GRUPPO SI RIUNISCE CHEZ-MOI, PRIMA UNA RIUNIONE NEL PRATO DOVE LAVORO, POI UNA SECONDA A CASA MIA. SONO ECCITATA, ANZI OSIAMO SONO FELICE!

di **Patrizia (La Spezia)**

Ho due buoni motivi per sentirmi tale. Motivo numero uno: non devo farmi accompagnare a La Spezia, chilometri di distanza, neanche molti in verità, ma per me infiniti chilometri di sofferta dipendenza. Tanta strada ho percorso dal giorno che ho cominciato a frequentare questo gruppo, ma ancora molta è quella che mi aspetta. Motivo numero due: la gioia di far entrare un poco di più nella mia vita voi, i compagni di questo tribolato percorso. Vi ho preparato dei cappellini all'uncinetto stile new-age.

Ricordi Ombretta? Mi hai detto: "Tu hai sempre pensieri così carini!". E' solo il mio modo per esprimere un grande affetto che è così poco abituato a manifestarsi. Dovrei descrivere le riunioni fuori sede ma non ci riesco, penso a tutti voi e penso a te Manolo, e in te mi riconosco, tranquillo, sensato, aperto ma così smarrito quando si entra nel personale: "Non sono abituato a parlare di me stesso". Un passo alla volta, please!!! E mi sento come te Giuseppe, che sei intelligente, ironico, aperto, ma nasco nella tua tana, e io vorrei tanto riuscire a comunicare di più con te, ma il tuo silenzio è il mio silenzio e io non sono ancora così forte da oltrepassare la barriera. Un passo alla volta, please!!!

E poi Silvio che, come me non riesci a fermarti, a rilassarti, non riesci o hai paura di guardare oltre. E verso te prevale il mio spirito materno "Io ti salverò!". Ma in un'altra vita, questa mi serve e, forse, non mi basterà neanche a salvare me stessa. Un passo alla volta, please!!! E poi la Maria, bella Maria, tanto vissuto sulle tue spalle, ma vissuto davvero e, forse, non te ne rendi conto, tanta forza oltre che simpatia. Ti vedo come la compagna di giochi, di bevute, seppure con un sottofondo musicale un poco malinconico. E ancora Ombretta, speciale Ombretta,

Ombretta il centro di gravità permanente, Ombretta e i pagura Bernardo, che siamo noi, e forse, chissà, non solo noi, là fuori nel mondo.

Durante le riunioni a casa mia, un attimo, e sei diventata una bambina, piccola, smarrita, indifesa, triste. Avrei voluto abbracciarti, dirti che ti voglio bene, che sei la mia amica, ma sono quella dei quadretti e dei cappellini. Un passo alla volta, please!!! E poi c'è Giusy, ultima, ma non per affetto, solo che è assente, si sta arrostando sotto il sole della Sardegna. Che dire di Giusy, il piccolo folletto sardo, una forza prorompente della natura e la dolcezza: sei fortissima piccola donna! Questo è il gruppo, questi siamo noi. Vi voglio bene, siete così importanti per me...

Io non posso scordare il viso, il nome di tutte le persone che, per vari motivi, si sono presentate una volta o poco più nel nostro gruppo: Roberto, Ivana, Daniela, Cristina, Paola, Liviana. Bene, ora, che ho toccato il fondo della melensaggine, a voi, persone speciali, e perché no anche a me, dedico le prime strofe di una canzone che amo molto: "La cura" di Franco Battiato.

"Ti proteggerò dalle paure dalle ipocondrie,

dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via.

Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo,

dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai.

Ti sollevorò dai dolori; e dai tuoi sbalzi d'umore,

dalle ossessioni delle tue manie.

Supererò le correnti gravitazionali, lo spazio e la luce

per non farti invecchiare.

E guarirai da tutte le malattie, perché sei un essere speciale, ed io avrò cura di te."

Grazie a tutti voi, a tutti noi e grazie Lidap.

**PER GRAZIELLA**  
**"Solitudini: memorie di assenze"**

di **Paolo Crepet**

Edizioni **U.E. Feltrinelli**

di **Sabina Messina**

Quattro storie, quattro drammatici vissuti, che l'autore narra con delicatezza e rispetto, senza giudicare o interpretare, lasciando intatto il senso di appartenenza che ognuno di noi dovrebbe avere della propria vita e del senso che abbiamo potuto dargli.

"..... Sono storie vere e dunque marginali: che' del loro dolore e del loro senso nessuno debba sapere, che' il nostro infinito bisogno di rassicurazione non venga lacerato da alcun vento imprevisto, che' le nostre malferme certezze non vengano inquietate dai nostri sensi di colpa....."

Leggendo questo libro ho pensato ad una persona, che ho apprezzato e cui ho voluto bene: Graziella Cricelli.

Graziella era una socia Lidap di Roma, morta il 5 dicembre del '98, aveva trentacinque anni.

Graziella era calabrese, aveva sei fratelli, aveva vissuto la povertà ed aveva perso la madre della quale sentiva una profonda mancanza.

Graziella, era una donna vivace ed allegra, compassionevole, era impossibile non volerle bene. Mi aveva contattata telefonicamente ad agosto del '98 ed era entrata nel mio gruppo, ma frequentava volentieri anche il gruppo dell'EUR. Era entusiasta della Lidap, la faceva sentire meno sola, sentiva di stare in "famiglia".

Ma la sua solitudine, oltre ad una indigenza economica l'ha spinta a subaffittare il suo appartamento ad uno sconosciuto, la sua ingenuità glielo ha mostrato come una brava persona: questa brava persona l'ha massacrata ed uccisa, fuggendo nella notte con la sua auto.

Solo dopo, ho compreso, la solitudine terribile in cui era avvolta.

Agli occhi degli stessi magistrati occupati delle indagini Graziella non era che l'ennesimo caso di cronaca nera; perché Graziella non aveva una famiglia che si occupasse di lei, non aveva un compagno, non aveva persone vicine, oltre a noi, amiche di brevissima data, che l'amassero. Nonostante le nostre incursioni negli uffici di polizia, per chiedere almeno dove fosse il suo corpo o come contattare i parenti ci risposero più volte con estrema indifferenza.

Dopo mesi di ricerche, sappiamo adesso

(continua nella pagina a fianco)

Ci provo ... anche se non si riesce mai a dire tutto

# Non sarò mica l'unica!

di Lidia Assirelli

Santo cielo, sono stata presa in contropiede: in una e-mail alla Lidap ho espresso i miei dubbi riguardo al giornalino, ed ecco che mi si offre la possibilità di scrivere un articolo; grunfi! mi rendo conto che dovevo puntare più in alto, in altre occasioni, avrei ottenuto sicuramente quello che volevo! Propono, in una email, di dedicare più spazio ai nuovi adepti, a chi si confronta per la prima volta con l'esterno, anche se in questo caso vuol dire un'associazione di chi ha paura di uscire, nel migliore dei casi! O di fare una firma, o di parlare in pubblico, o di... e di...e...ecc.. Dunque, riflettendo, mi sono posta il problema così; io ho paura/non voglio uscire da sola: ho paura del tram, dell'aereo, di morire, di viaggiare, di andare via in genere (e adesso che ne parlo in un certo senso mi si chiariscono anche meglio i termini) ma, non sono l'unica, e ne sono consapevole, ad avere il panico. Di cosa soffrono gli altri? Cosa fanno in una situazione analoga? Sono incurabile?

Ma forse qualcuno ha capito meglio il problema che ho anch'io ed affronta la situazione con più audacia e migliori risultati. A questo punto, dopo anni e anni di sconfitte mi accontenterei di trovare anche gli espedienti per superare le crisi. E' difficile, non sono capace di scrivere, posso tentare di esprimermi nel miglior modo per me.

Un'altra domanda mi pongo da tempo: le crisi di panico si scatenano in situazioni fastidiose, che ci opprimono, in cui ci si sente legati a un sé che non c'è più, a vecchie immagini di noi, superate.

La domanda è: che impatto e che rilevanza hanno le nostre situazioni esterne, familiari, di coppia, lavorative, di studio, nello sviluppo e nella cronicizzazione della patologia degli attacchi

**che riposa in un piccolo cimitero, accanto alla sua mamma.**

**Vi parlo di lei, perché era un'amica ed una donna di valore, perché di recente è stato l'anniversario della sua ingiusta morte e perché le storie narrate da Crepet sono quattro ma potrebbero essere molte di più: storie purtroppo reali, che appartengono o sono appartenute a qualcuno, scivolano davanti gli occhi indifferenti di una società che pretende molto ascolto, ma che a volte poco ne dà.**

di panico?

In parole povere, cambiare marito può risolvere una situazione affettiva frustrante ed insoddisfacente, ma risolverebbe i nostri disagi sociali?

Smettere di studiare o cambiare corso di studi, perché non è sufficientemente appagante, è la soluzione che sblocca e porta alla guarigione?

Non so, chiedo a voi altri che le stesse esperienze vivete, ma nell'essere differenti c'è l'enorme ricchezza di fare proprie anche quelle che non abbiamo avuto tempo e modo di fare di persona.

Terza domanda: io ho 39 anni e un figlio disabile di tre anni, sono diventata una casalinga anche se non l'avrei mai scelto per altri motivi che non fossero mio figlio.

In realtà sono una disegnatrice, grafica, col pallino del disegno. Sento una grande solitudine in questa "Milano da bere"; e vorrei parlare, trovarmi con altre mamme, perché un'esperienza di solito bella da condividere, così diventa un piccolo problema sociale.

Non si è emarginati solo quando si beve o ci si droga; a volte basta avere un bimbo piccolo, non sapere dove andare a spasso, ed eccoti lì con la lacrima sul viso, che scende inquietante nelle giornate di pioggia. Non potremmo tenerci compagnia? Non sarò mica l'unica!

Io ho provato ad andare in chat, come si dice, ma non ho capito niente, e ho visto una mancanza di argomenti... boh, non sono capace. Apriamo le nostre città, i nostri paesi, i nostri cuori, ai malati di ansia? Facciamo una staffetta ideale che serva a sostenere tutti noi che ci muoviamo a fatica nel mondo, in modo che non siamo più così terribilmente single, com'è il destino per esempio di chi come me non può, non riesce a viaggiare? Spero di avere future notizie di tanti, grazie.

## Carl amici ...

(segue dalla prima pagina)

Stiamo facendo un'ottima figura, proprio quella che volevamo far credere, ma perché allora stiamo così "male"?

Immaginiamo adesso di aver avuto la possibilità di poter acquistare (acquisire, in campo di gruppo d'Auto Aiuto) lo stesso vestito e di indossarlo

e di partecipare allo stesso evento importante; la gente ci continua ad osservare, ad ammirare, a trovarci attraenti, e si complimenterà con noi per il nostro bellissimo vestito!

Stiamo facendo la stessa ottima figura, proprio la stessa che facevamo nell'esempio precedente, ma perché in questo modo stiamo tanto "bene"?

Vorrei poter dare risposte a quei punti di domanda, ma mi piacerebbe, invece, che la persona che sta leggendo questa mia lettera, rispondesse alle domande da sé, magari sul prossimo numero del nostro giornale, per avere un confronto, un feedback: anche questo è un modo di attivare le proprie risorse, mie e dell'amico/a lettore che mi risponderà.

E' la prima volta che scrivo una lettera, da fare poi pubblicare all'interno della nostra rivista, perché prima non mi era mai passato nemmeno per l'antenna del cervello, che forse a qualcuno potesse interessare quello che io penso e scrivo. E magari alla fine sarà proprio così, o forse no, ma poco importa: L'importante è che adesso ho il coraggio di esprimermi: *anche questo è un modo di attivare le proprie risorse.*

Ora non frequento più il gruppo d'A.A., non perché io sia "Guarita" e non mi serva più, ma perché il gruppo mi ha dato tanto e adesso ho voglia di sperimentarmi fuori: ho iniziato a collaborare attivamente con la "Nostra" associazione, prima iniziando a seguire incontri, dibattiti, convegni, poi inserendomi all'interno del Direttivo come uditore, poi dando la mia disponibilità a partecipare ad un gruppo di lavoro, assieme ad altre due persone, che collaborano e rispondono ai bisogni dei vari Coordinamenti Regionali. Ho iniziato a prendere il treno, anche da sola, e ad organizzare incontri con Collaboratrici/ori Locali Lidap di varie realtà locali: anche questo è un modo di attivare le proprie risorse.

E farlo, non fa bene solo a me, ma anche alla "Nostra associazione" perché dà la possibilità alla LIDAP di crescere, come noi cresciamo all'interno dei Gruppi d'A.A., di evolversi, come noi c'evolliamo all'interno dei Gruppi d'A.A., e di *attivare maggiormente le risorse associative*, come noi attiviamo le nostre risorse all'interno dei Gruppi d'A.A.

Aspetto quindi un vostro contributo, soprattutto da quelle persone che in questo momento, leggendo, stanno pensando: "Qualcuno sicuramente risponderà a questa lettera!"

Non mi aspetto che lo faccia "Qualcuno", ma attendo e spero che lo facciate Voi!

Milano: 3 dicembre 2000

# 2ª giornata nazionale sul panico

IL 3 DICEMBRE, NELLA RICORRENZA IDEALE DELLA DATA DI NASCITA DELLA NOSTRA ASSOCIAZIONE, A MILANO, AL PALAZZO DELLE STELLINE, IN OCCASIONE DELLA GIORNATA PROMOSSA PER LA DIVULGAZIONE DELLE PROBLEMATICHE LEGATE ALL'ANSIA, AGORAFOBIA E ATTACCHI DI PANICO, ABBIAMO ORGANIZZATO UNA TAVOLA ROTONDA SCEGLIENDO COME FILO CONDUTTORE DEI DIVERSI INTERVENTI PREVISTI IL TEMA "PANICO: DALLA DIAGNOSI ALLA PERSONA". È STATA UN'INIZIATIVA CHE HA SUPERATO TUTTE LE NOSTRE ASPETTATIVE PER LA PRESENZA DI UN FOLTO PUBBLICO (SIAMO STATI COSTRETTI AD UN IMPROVVISATO CAMBIO DI AULA CON UNA DI MAGGIORE CAPIENZA) INTERESSATISSIMO ALLE RELAZIONI E CHE HA DATO VITA, TERMINATI GLI INTERVENTI DEI RELATORI, AD UN VIVACISSIMO DIBATTITO: SOLO LA TARDA ORA SERALE CUI SI ERA GIUNTI CI HA COSTRETTO A PORRE UNO STOP ALLE INTERESSANTI CONSIDERAZIONI E DOMANDE POSTE DALLA PLATEA AI DIVERSI RELATORI. DI SICURO È STATO PREMIATO IL NOSTRO SFORZO ORGANIZZATIVO E LA VALENZA E LA FAMA DEI RELATORI PRESENTI MA DI CERTO NON POSSIAMO SOTTOVALUTARE L'INTERESSE SUSCITATO DALLA PROBLEMATICHE CHE PROPONIAMO. PER I MOLTI DI NOI CHE NON SONO POTUTI ESSERE PRESENTI ABBIAMO DECISO DI PUBBLICARE (PARTE IN QUESTO NUMERO E PARTE NEL PROSSIMO) GLI "ABSTRACT" DEGLI INTERVENTI DEI RELATORI ANCHE SE CONSCI DELLA RIDUTTIVITÀ DELL'INIZIATIVA: LA "TRACCIA" DEGLI INTERVENTI CI DARÀ SOLO UN'IDEA DI QUANTO SVILUPPATO A VOCE DA OGNI RELATORE IN MANIERA OVVIAMENTE PIÙ VIVA E COMPLETA. PER CHI NON È DI MILANO L'INIZIATIVA SI È CONCRETIZZATA IN ARTICOLI APPARSI IN MOMENTI SUCCESSIVI SULLA STAMPA NAZIONALE SULLA NOSTRA PROBLEMATICHE E SULLA NOSTRA ASSOCIAZIONE: TUTTI CONOSCIAMO L'IMPORTANZA DI UN'INFORMAZIONE CORRETTA CHE QUASI MAI SI RIESCE AD OTTENERE. PER LE PROSSIME EDIZIONI DELL'INIZIATIVA, FORTI DELL'ESPERIENZA DI QUEST'ANNO, CONTIAMO DI RISULTARE ANCORA PIÙ SIGNIFICATIVI E INCISIVI NELLA MODALITÀ DI DIFFUSIONE DI CONOSCENZE E INFORMAZIONE APPROPRIATE SULL NOSTRO DISTURBO. LA TAVOLA ROTONDA, COORDINATA DAL DR. ANTONINO MINERVINO, DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CREMONA, OLTRE AL CONTRIBUTO DELLA PRESIDENTE DELLA LIDAP, HA VISTO GLI INTERVENTI DEL PROF. TULLIO SEPPILLI, PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA, DEL PROF. PIERO PARIETTI, PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA PSICOSOMATICA, DEL PROF. GIAMPAOLO GUARALDI, DIRETTORE DELLA CLINICA PSICHIATRICA DELL'UNIVERSITÀ DI MODENA, DEL DR. MAURIZIO VESCOVI, MEDICO DI MEDICINA GENERALE, DEL DR. ROBERTO TODELLA, SESSUOLOGO, E DEL DR. GIANCARLO GROSSINI, CRITICO CINEMATOGRAFICO.

## di Valentina Cultrera

In una tavola rotonda intitolata "Dalla diagnosi alla persona" è significativo ricordare come la LIDAP è nata: una persona, affetta da attacchi di panico, quel giorno ha raccontato in televisione la sua esperienza, raccogliendo intorno a sé centinaia di persone con lo stesso problema.

Persone appunto; che hanno scelto di diventare parte attiva del proprio percorso di guarigione.

Oggi la LIDAP è un'associazione nazionale di pazienti, che sostiene, informa e collega alle strutture terapeutiche deputate, i suoi iscritti.

Ma soprattutto fornisce loro la possibilità di attivarsi, di uscire dal ruolo di soggetto passivo e di parte debole, per diventare il catalizzatore delle risorse terapeutiche attualmente disponibili.

Questo "essere persone", prima ancora di essere pazienti o "soggetti affetti da DAP", è ciò che la tavola rotonda odierna vuole evidenziare ed è ciò che caratterizza il lavoro associativo: sia nella sua attività terapeutica interna, che si esplica nella creazione e gestione di gruppi di auto-aiuto, sia nella sua attività verso l'esterno, la LIDAP vuole essere trait d'union tra psichiatri, psicoterapeuti, ricercatori, medici di medicina generale, incanalando tutte queste competenze e professionalità in un progetto armonico e, soprattutto, umano.

Ma è il GRUPPO DI AUTO-AIUTO a dare sostanza e forma all'agire della Lidap e nella Lidap; perché è un piccolo gruppo che opera grandi cambiamenti. È formato da persone che condividono un problema e che, per questo, si sentono diverse e incomprese da chi non soffre lo stesso disagio, finché non

ritrovano nei compagni di gruppo quelle parti di sé più difficili da accettare.

Un gruppo di auto-aiuto è necessariamente una struttura orizzontale: tutti i membri hanno pari dignità e competenze e, al suo interno, si impara a comunicare in modo sano, mediante l'ascolto attivo dell'altro e di sé e con l'abbandono di ogni atteggiamento giudicante, divenendo nel contempo fruitori ed erogatori di aiuto.

Ciascuno può verificare, in un gruppo in cui si è tutti uguali, di essere una persona unica e diversa e di voler essere considerata tale soprattutto da chi è deputato istituzionalmente alla cura.

## di Antonino Minervino

La tavola rotonda vuole evidenziare alcuni aspetti del Disturbo d'Attacco di Panico (DAP), sia per aumentare la capacità nelle professioni sanitarie di riconoscere e trattare il DAP, sia per recuperare l'esperienza di chi vive il DAP come risorsa per un cambiamento e per una crescita.

L'obiettivo non è quindi solo quello di aggredire la sintomatologia, spesso invalidante, fonte di grandi difficoltà per i pazienti e causa importante nella perdita di qualità di vita, ma di dare spazio al vissuto della persona che affronta l'esperienza del panico, affinché riconosca le proprie potenzialità e ad esse ricorra per una crescita ed un cambiamento possibili: non per convivere una vita con il DAP, ma per emanciparsi da esso.

Ecco la ragione per un tema come quello che abbiamo voluto dare alla nostra tavola rotonda: dalla diagnosi alla persona.

Le dimensioni del problema: dal 3 al 5%, è questa la percentuale della popolazione che ogni anno viene colpita dal DAP con un rapporto di 2:1 per il sesso femminile; nel 60% dei casi si associa ad agorafobia e nel 20% ad altri problemi psicologici o veri e propri disturbi psichici; l'età media in cui compare è fra i 25-45 anni.

Abbiamo cercato di costruire un percorso a più voci che congiunga i due termini del tema proposto.

Il clinico, il prof. Guaraldi direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Modena, ci ha aiutato a fare il punto sulla malattia: le sue caratteristiche, come riconoscerle, come curarsi.

Lo psicoterapeuta, il dr. Parietti, Presidente della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, ci ha aiutato a cogliere l'importanza di un approccio psicologico all'esperienza di malattia in una prospettiva psicosomatica che consenta il recupero dell'energia vitale imprigionata nel disturbo.

L'antropologo, il prof. Seppilli dell'Università di Perugia, ci ha mostrato gli aspetti dell'esperienza del panico legati alle diverse culture ed alle varie situazioni esistenziali.

Compito del medico di medicina generale, il dr. Vescovi di Parma, è stato quello di mostrare come sia cruciale il proprio ruolo nel riconoscere il manifestarsi della malattia il più precocemente possibile e nel gestire l'approccio alla persona nella sua globalità.

Spesso non si dà sufficiente risalto ad alcuni aspetti più intimi della vita dei pazienti e della compromissione di alcuni ambiti come quello della vita sessuale.

(continua a pagina 14)

**www.lidap.org:**  
**i primi 9 mesi**  
**del nostro sito**  
**internet**

di **Pietro Adorni**

13830 visitatori; 867 questionari compilati; 290 firme e commenti sul nostro Guest Book (Libro degli Ospiti).

Sono dati che si commentano da soli. Il nostro sito Internet sta riscuotendo un successo notevole: da una media iniziale di 30/40 visitatori al giorno, siamo giunti a circa 100 o più, nei mesi di novembre e dicembre 2000. In questa valutazione numerica occorre tener conto che, a differenza di altri siti che s'occupano del disagio psicologico, il nostro è puramente informativo, mirato solo al D.A.P., e non dispone, tra l'altro, di forum, chat, medici online, auto-test, ecc.. Un sito web, ad experimentum, senza "effetti speciali", progettato, costruito ed avviato "in casa Lidap". Non senza fatica ed impegno costanti...

Chi si sarebbe aspettato che un questionario lunghissimo (70 domande) potesse destare tanto interesse? La gente va di corsa, ancor più su Internet. 867 questionari in 9 mesi... I tanti dati e commenti lasciati nel nostro Guest Book da persone delle più svariate età e professioni, non tutti dappisti (per fortuna!): "grazie per esistere"; "finalmente non ci sentiamo più soli"; "aiutateci": Una tempesta sempre più fitta di richieste di informazioni, via email e telefono, alla nostra segreteria. Diverse persone ci hanno conosciuto e sono giunte ai nostri gruppi, grazie al sito.

Un mezzo di comunicazione/informazione potente, Internet, che si affianca al nostro servizio di reperibilità telefonica nazionale, alla nostra newsletter, ai tanti convegni. Un mezzo che ci proponiamo di utilizzare al meglio, migliorandolo, cammin facendo, in alcuni suoi aspetti (grafica e contenuti), per la promozione dei gruppi d'auto-aiuto e dello spirito Lidap. Un mezzo in più, oggi, per raggiungere facilmente chi è "bloccato in casa", ma non certo allo scopo di inchiodarlo di fronte ad un monitor. La vita è fuori! Di ostacoli tecnologici, alla comunicazione e al contatto umano, ne esistono già fin troppi! E non solo per noi dappisti...

Percorso di analisi esistenziale in gruppo

# L'analisi esistenziale

di **Roberto Baruzzo**

L'analisi esistenziale concepisce l'uomo come un essere orientato verso un significato; l'uomo, in altri termini, è inteso come un essere libero e responsabile, e ciò di cui è responsabile è la realizzazione dei valori e l'adempimento di un significato esistenziale (Frankl, 1962).

L'efficacia dell'analisi esistenziale consiste nella sua possibilità di far sperimentare alla persona il margine di libertà che esiste nel "prendere posizione" non solo verso i propri sintomi ma anche verso i problemi posti dalla condizione umana in genere e in particolare dalle situazioni di sofferenza (Bazzi, 1986).

Si tratta quindi di analizzare per poi sintetizzare, di alternare pensiero divergente e pensiero convergente, di esplorare e cristallizzare i significati ed i valori. Solo successivamente la persona specificherà le sue scelte e si impegnerà ad attuarle. Prima l'esperienza "si srotola come un tappeto" e lascia vedere la sua trama intera nel setting terapeutico e poi si impegna in una nuova presa di posizione.

Utilizzando la terminologia di Giordano (1992), si può schematizzare il percorso di analisi esistenziale in gruppo nelle fasi di seguito indicate.

Esplorazione. In questa prima fase l'attenzione è posta a come la persona vive la sua realtà esistenziale: interessi, attitudini, aspirazioni, valori, carattere, realizzazioni di senso, vuoti esistenziali (esplorazione interiore). Inoltre si tratta di mettere in luce le richieste ambientali, le esigenze situazionali, le opportunità che si presentano (esplorazione esteriore).

Cristallizzazione. Si approfondiscono, con lo scambio reciproco tra partecipanti al gruppo, i significati, le aree di senso o di non senso delle situazioni di vita. In questa fase diventa importante ed utile il collegamento con i ricordi, che appare significativo al di là dei singoli contenuti specifici, poiché stimola e consente un confronto esistenziale tra passato e presente. Spesso in questa fase i ricordi del singolo fanno emergere tracce mnestiche anche negli altri presenti. In questo modo si giunge gradualmente alla scoperta di nuove possibili al-

ternative realistiche. Le esperienze dei vari partecipanti sono utilizzate come momento essenziale del problem solving. In alcuni momenti è stato di grande utilità lo psicodramma.

Specificazione del progetto. Il confronto esistenziale permette di evidenziare che c'è sempre un significato da realizzare nella realtà, per sé e per gli altri; permette di aiutare le singole persone ad aprire bene gli occhi sul reale, a riconoscere che anche nelle situazioni, che appaiono più vuote ed angoscianti, un significato situazionale e personale attende di essere realizzato. L'autodistanziamento, favorito dalla critica costruttiva e benevola a volte anche ironica del gruppo, permette alla persona di guardare all'esterno con occhio sereno e distaccato, demitizzando le ipotesi e gli atteggiamenti malsani, liberando le potenzialità individuali.

Verifica pratica. Non è sufficiente allargare la prospettiva, scoprire nuove alternative, bisogna poi verificarne la consistenza intenzionale, mediante una verifica delle ipotesi osservando le conseguenze esistenziali pratiche. Le ipotesi vanno verificate poiché sono relative: sono in altre parole scelte dalla persona perché a lei sembrano più valide di altre. Soltanto dopo la verifica delle ipotesi si può passare alla fase progettuale, cioè di orientamento esistenziale, di specificazione dei compiti e delle scelte di vita.

Tuttavia proprio nel momento della verifica pratica spesso l'ansia d'attesa imprigiona la persona impedendole un pensiero e un'azione liberi. Questa ansia da attesa rinforza a sua volta il sintomo e alla fine il sintomo così rinforzato rinsalda ancora di più la persona nella sua fobia.

La terapia allora, rivolgendosi allo stesso tempo al polo somatico e al polo psichico, contrasta da una parte la predisposizione all'ansia, con varie tecniche ed anche con appropriate cure farmacologiche, e contemporaneamente dall'altra l'angoscia dell'ansia., utilizzando il metodo della intenzione paradossale (Frankl, 1978 e 1987) o altre metodiche psicoterapiche, con il sostegno e l'incolaggiamento del gruppo.

# La Lidap forma medici e psicologi

SI È APPENA CONCLUSO IL PRIMO CORSO DI FORMAZIONE PER PSICOLOGI E MEDICI ORGANIZZATO DALLA LIDAP. IL CORSO È STATO TENUTO DA FRANCESCO ROVETTO, PROFESSORE DI PSICOLOGIA CLINICA DELL'UNIVERSITÀ DI PARMA, DA PAOLO CHIAPPERO, PSICANALISTA E CONSULENTE LIDAP DI GENOVA, DA ALESSANDRA TEDESCHI, PSICOTERAPEUTA E CONSULENTE LIDAP DI MILANO E DA SILVANA SANTI MEMBRO DEL DIRETTIVO LIDAP. PUBBLICHIAMO ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL CORSO.

di **Francesco Rovetto**

Le ragioni che hanno spinto ad organizzare questo corso sono soprattutto legate alla storia di molti dei nostri soci che, prima di approdare al gruppo di auto-aiuto hanno spesso incontrato specialisti che non conoscevano o sottovalutavano il disturbo da attacchi di panico, specialisti che pensavano di risolvere la patologia con qualche goccia di Lexotan al bisogno. In altri casi, magari dopo un singolo attacco di panico, alcuni pazienti sono stati avviati a lunghissime, quanto inefficienti terapie psicanalitiche classiche. In questo quadro, a volte desolante, il gruppo costituisce un validissimo strumento per aiutare la persona a comprendere, accettare affrontare e, spesso a risolvere il suo problema. A volte però l'auto-aiuto non è sufficiente. La necessità di una diagnosi differenziale spesso complessa, di un approfondimento di aspetti particolari della patologia, la decisione sulle possibili integrazioni con una terapia farmacologica, richiedono comunque l'incontro, in genere individuale, con uno specialista.

Noi tutti sappiamo quanto sia difficile trovare un terapeuta in grado di identificare un disturbo da attacchi di panico, capace di comprendere e rispettare l'immensa sofferenza del paziente, aggiornato sulle tecniche di intervento, farmacologiche o psicoterapiche, più utili, efficienti ed efficaci.

La funzione di questo primo corso LIDAP per psicologi e medici consisteva nell'informare un gruppo di professionisti già esperti nella terapia del DAP sulle tecniche

diagnostiche e terapeutiche più efficaci. Forse ancora più importante era però l'occasione di incontrarsi, conoscere, condividere esperienze, costruire una prima rete di terapeuti capaci di coordinarsi per offrire ai soci un appoggio sempre più valido. Gi specialisti intervenuti al corso provenivano da regioni del Nord Italia (Lombardia, Emilia, Veneto). I costi del corso sono stati suddivisi tra i partecipanti e non hanno comportato alcuna spesa per la LIDAP.

Si è parlato di attacchi di panico e del disturbo da attacchi di panico, delle componenti comportamentali, cognitive, relazionali organiche ed affettive del disturbo. Si sono approfonditi in particolare aspetti poco noti ma importantissimi della terapia del DAP, ad esempio delle tecniche di desensibilizzazione nei confronti delle componenti fisiche del panico, della possibile integrazione tra terapia farmacologica e psicoterapia. Si è approfondito inoltre il tema delle psicoterapie brevi ad indirizzo psicodinamico, in altre parole, di come sia possibile instaurare un trattamento di matrice psicanalitica che non abbia gli interminabili tempi ed i rigidi metodi della psicanalisi classica.

Come si vede il lavoro è stato molto e gli argomenti trattati piuttosto complessi. Quando però si conosce un argomento e si ama una determinata disciplina scientifica, è possibile trattare gli argomenti in modo chiaro e coinvolgente.

L'ultima giornata, a cura del direttivo e dei volontari LIDAP, con la collaborazione della Dott. Ales-

sandra Tedeschi, è servita a discutere della struttura della organizzazione, delle caratteristiche dell'intervento dello specialista come appoggio ed integrazione dell'attività del gruppo di auto-aiuto.

Ventiquattro ore di lavoro molto intenso ma piacevoli. Tre giorni di incontri e scambi di informazioni e di esperienze che, senza dubbio, serviranno ai nostri soci.

di **Paolo Chiappero**

Il Corso di formazione, svoltosi nei giorni 11, 26 novembre e 2 dicembre a Milano, aveva l'obiettivo di fornire una serie di strumenti teorici e tecnici a psicoterapeuti e specializzandi in psicoterapia, nonché una serie di informazioni sulla LIDAP.

Nel primo incontro si è affrontata soprattutto la diagnosi e la terapia farmacologica, nel secondo le terapie psicodinamica e cognitivo-comportamentale, nel terzo il gruppo di auto aiuto LIDAP.

Il Corso ha avuto una partecipazione ampia e motivata, da parte dei colleghi, che rappresentavano un gruppo estremamente eterogeneo quanto ad esperienza temporale "sul campo" e a tipologia di formazione teorica.

Per quanto mi concerne, in qualità di docente del secondo incontro insieme al collega Prof. Rovetto, vorrei fare alcune riflessioni sulla giornata che mi ha visto partecipe (e di questo ringrazio ancora la LIDAP per il compito accordatomi).

Non mi soffermerò sui contenuti della giornata, molto più "nutriva" del previsto anche per il contri-

(continua nella pagina successiva)

## La Lidap ...

(segue dalla pagina precedente)

buto dei partecipanti che hanno teso, come era nelle nostre intenzioni, a creare momenti di discussione collettiva e confronto tra operatori.

Vorrei evidenziare proprio questo invece: il crearsi di uno spazio formativo sul DAP che fornisca anche una possibilità di scambio tra operatori che fanno riferimento ad approcci teorici e metodologici differenti. Un aspetto di estremo interesse, nel panorama attuale del dibattito sulle psicoterapie, e che rientrava a pieno titolo negli obiettivi dell'iniziativa. Si è trattato quindi di una, speriamo sempre meno rara, occasione di dialogo tra "teorie della mente" diverse, per il superamento di "steccati" ormai improponibili tra Scuole diverse. Va ricordato che tutto ciò non vale solamente per la terapia del DAP, ma per la psicoterapia tout-court.

Ho sempre sostenuto che se dialoghiamo partendo dalla realtà clinica, anziché dai presupposti teorici, sia più facile capirsi e, forse, condividere molto più di quanto si creda. Se parliamo, cioè, di Giovanni piuttosto che di Maria, o di Michele piuttosto che di Patrizia, abbiamo un'occasione irripetibile di confrontarci sul disagio della singola persona, cercando di comprenderne le cause, il modo per alleviarlo, gli obiettivi da raggiungere, in modo indubbiamente più produttivo che se cerchiamo di dialogare su concetti e teorie diversi.

Questa posizione non va fraintesa. Come mi è capitato di affermare anche nel Corso, non si tratta di propagandare una sorta di "ecumenismo psicoterapeutico", e men che meno teorico, dove "siamo tutti uguali" oppure "diciamo tutti le stesse cose". Non è così: esistono visioni differenti sull'eziologia, gli obiettivi e i fattori di efficacia della psicoterapia, le "tecniche" da seguire, ecc. che è giusto vengano evidenziate. La discrimi-

nante è che se lo facciamo partendo dal lavoro concreto con i pazienti abbiamo maggiori possibilità, tra colleghi, di chiarire semplicemente ciò che facciamo, pensiamo, vogliamo, con quella Persona (che chiamiamo paziente).

In pratica, "un'esposizione in vivo" (questa volta dei terapeuti!) molto più produttiva del trinceramento dietro l'astrazione teorica. Quest'ultima può rendere il confronto tra colleghi una Babele delle lingue, dove troppo sovente si dicono le stesse cose con parole diverse, ma non lo si ammetterebbe mai! Oppure, qualche volta, si crede di dire la stessa cosa, soltanto perché si utilizzano gli stessi termini tecnici, nascondendosi che ognuno in realtà pensa cose diverse.

A Milano, mi è parso ci fosse questa volontà da parte di tutti. Il che ha ridotto notevolmente la mia ansia per questa "esposizione" (nel duplice significato di "intervento" e di "messa in gioco").

I Docenti (un grazie a Francesco Rovetto per una integrazione tra noi che è nata "in diretta", e anche per questo la giudico molto positivamente) e colleghi-allievi, hanno voluto cogliere gli aspetti più significativi dei diversi modelli teorico-tecnici, senza posizioni pregiudiziali e sforzandosi di "capire" le ragioni/esperienze/riflessioni dell'altro.

Si è trattato, a mio parere, anche di una esperienza di "comunicazione efficace". Mi ero chiesto, nel mio viaggio in treno da Genova a Milano, quali fossero le "parole per dirlo". In realtà, tutto è stato più fluido e spontaneo di quanto pensassi, perché le parole, anche quelle da "addetti ai lavori", escono da sole quando vuoi dire ciò che pensi, senza reticenze e timori, partendo dall'esperienza professionale personale e cogliendo che, dall'altro lato della stanza, c'è un reale ascolto e volontà di comprendere per crescere professionalmente insieme.

Qualcuno, alla fine della lezione, "mi ha dato del cognitivista". Altri hanno affermato che "non sembro uno psicoanalista". In quel clima collaborativo, di integrazione reciproca, di estrema attenzione ad esperienze e retroterra diversi, queste parole mi hanno confermato la significatività della giornata: riuscire a ridurre le distanze tra colleghi, che troppo spesso sembra dedichino tutti i loro sforzi di comprensione esclusivamente ai propri pazienti, dimenticando che la capacità di ascolto e la volontà di comunicare può avvenire anche tra colleghi.

## Babbo Natale ...

(segue dalla prima pagina)

### ESISTE BABBO NATALE?

Nessuna specie conosciuta di renna può volare. Ci sono però 300.000 specie di organismi viventi ancora da classificare e, mentre la maggioranza di questi organismi è rappresentata da insetti e germi, questo non esclude completamente l'esistenza di renne volanti, che solo Babbo Natale ha visto.

Ci sono due miliardi di bambini (sotto i 18 anni) al mondo. Dato però che Babbo Natale non tratta con bambini Musulmani, Hindù, Buddisti e Giudei, questo riduce il carico di lavoro al 15% del totale, cioè circa 378 milioni.

Con una media di 3,5 bambini per famiglia, si ha un totale di 98,1 milioni di locazioni. Si può presumere che ci sia almeno un bambino buono per famiglia. Babbo Natale ha 31 ore lavorative, grazie ai fusi orari e alla rotazione della terra, assumendo che viaggi da Est verso Ovest. Questo porta ad un calcolo di 822,6 visite per secondo. Questo significa che, per ogni famiglia Cristiana con almeno un bambino buono, Babbo Natale ha circa un millesimo di secondo per:

1. trovare parcheggio (cosa questa semplice, dato che può parcheggiare sul tetto e non ha problemi di divieti di sosta);
2. saltare giù dalla slitta;
3. scendere dal camino;
4. riempire le calze;
5. distribuire il resto dei doni sotto l'albero di Natale;
6. mangiare ciò che i bambini

(continua a pagina 9)

# Ipnosi e psicoterapia ipnotica

PUBBLICHIAMO LA PRIMA PARTE DELL'INTERVISTA (LA SECONDA SUL PROSSIMO NUMERO) AL DR. EMANUELE DEL CASTELLO SULL'IPNOSI E LA PSICOTERAPIA IPNOTICA NEL TRATTAMENTO DEL PANICO E DELL'AGORAFOBIA. CON QUESTA INTERVISTA CONTINUIAMO LA RUBBRICA DI APPROFONDIMENTO SULLE DIVERSE METODOLOGIE TERAPEUTICHE PER AFFRONTARE IL DAP.

intervista di **Alma Chiavarini** a **Emanuele Del Castello**

*Generalmente si associa l'ipnosi all'affascinante e inquietante fenomeno dello sguardo magnetico di una persona forte, in possesso di conoscenze e tecniche particolari, che può far fare ciò che vuole ad una persona più debole. Ora, poiché una delle caratteristiche del panico è la paura della perdita del controllo, vuole spiegarci sinteticamente in che cosa consiste l'ipnosi e perché ritiene che tale tecnica possa essere indicata nel trattamento del panico e dell'agorafobia?*

Mi sforzerò di essere più chiaro che sintetico. L'alone di mistero che suscita la parola "ipnosi" è tale che ritengo mio dovere innanzitutto sfatare false credenze. Molte volte ho incontrato persone che avevano una marcata "fobia" dell'ipnosi senza essere in grado di riferire da dove avesse origine, visto che non ne avevano mai avuto esperienza né diretta né indiretta.

Cominciamo col definire i termini: per *ipnosi* si intende abitualmente sia uno dei possibili stati della mente umana, sia l'insieme delle tecniche per indurre tale stato mediante la comunicazione interpersonale. In passato la tecnica veniva chiamata "ipnotismo".

In quanto stato della mente, l'ipnosi è uno stato alterato, diverso cioè da quello che riteniamo essere il nostro costante stato di coscienza quando siamo svegli. L'illusione che noi proviamo è propria questa costanza e questa continuità. Riflettendoci, però, se definiamo "coscienza" la consapevolezza degli stimoli che ci giungono da noi stessi (corpo, emozioni, memoria) e dal mondo esterno, ci rendiamo conto che questa continuità non esiste. Chi legge questa intervista, proprio nel momento in cui la sta leggendo, sicuramente non è consapevole di molti stimoli che pure il suo sistema percettivo coglie (ad esempio, la sensazione delle scarpe ai piedi, o i rumori del traffico per strada, ecc.). Naturalmente siamo pronti a riprendere contatto con questi stimoli se qualcuno attira la nostra attenzione su di essi oppure se i nostri *sistemi di controllo interni* li ritengono pertinenti.

Questo è un altro concetto cruciale. Non c'è spazio per farne una trattazione scientifica, però è possibile rico-

noscere che nella vita di ogni giorno adottiamo meccanismi altamente efficienti che ci consentono di risolvere problemi complessi. Faccio qualche esempio più o meno comune. Il *sonno della nutrice*: molte mamme sono capaci di dormire insensibili a tutti i rumori tranne che al più tenue vagito del loro piccolo. E' intuitivo comprendere che durante il sonno una parte della mente svolge il compito di proteggere il riposo selezionando gli stimoli in arrivo. Un altro esempio: siamo ad una festa affollata dove tutti chiacchierano a voce alta e noi conversiamo tranquillamente col nostro interlocutore ignari degli argomenti trattati dagli altri; all'improvviso ci rendiamo conto che qualcuno sta parlando di qualcosa che ci riguarda e ci voltiamo.

E ancora: stiamo guidando la nostra auto su un percorso abituale, magari in autostrada (se non ne abbiamo la fobia!); all'improvviso ci rendiamo conto di essere arrivati al nostro casello senza essere stati consapevoli del percorso precedente. Che cosa è successo in questo caso? E' ovvio che non si tratta di semplice distrazione, per diversi minuti abbiamo compiuto azioni molte complesse, abbiamo tenuto la macchina su strada ad una certa velocità, abbiamo rallentato o accelerato, abbiamo sorpassato altre macchine, il tutto con grande scioltezza, mentre la nostra mente cosciente era altrove.

Perché ho portato questi esempi che potrebbero moltiplicarsi all'infinito? Semplicemente per dimostrare che quelle della consapevolezza e del controllo sono questioni mal poste. Noi viviamo nell'illusione di dover esercitare un costante controllo cosciente sulle nostre azioni e sulle nostre percezioni. Al contrario, la nostra vita, a cominciare dalle azioni più semplici, è possibile a condizione che deleghiamo la maggior parte del controllo a parti "non coscienti" della nostra mente.

Nelle persone che soffrono di panico e sviluppano fobie il bisogno di esercitare un controllo sulle proprie sensazioni e sulle proprie emozioni assume dimensioni parossistiche essenzialmente perché non riescono più a fidarsi di se stessi, di quella parte della loro mente

che dovrebbe agire fuori del controllo cosciente.

*Gli spettacoli televisivi più volte utilizzano il fenomeno della catalessia per impressionare gli spettatori. Che cosa c'è di vero in tutto questo e che cosa può essere utilizzato a livello terapeutico?*

Anche la catalessia è un fenomeno naturale che possiamo osservare nel mondo animale ed è caratterizzata dalla contemporanea contrazione dei muscoli antagonisti – per esempio, nel braccio si contraggono sia i muscoli che servono per piegarlo che quelli che servono per estenderlo – creando così rigidità nel corpo. La funzione biologica adattiva che la catalessia ha per l'animale è quella di creare l'impressione di "essere morto" come difesa estrema contro un'aggressione. In realtà questa difesa può comportare anche la perdita della sensibilità come difesa contro il dolore e la perdita di coscienza dell'evento. Chi ha studiato questi fenomeni dal punto di vista evolutivistico (quindi per la sua funzione nella selezione naturale), ritiene che l'anestesia e l'amnesia così prodotte servono all'animale che dovesse sopravvivere all'aggressione, di continuare a vivere senza l'intralcio del ricordo del trauma.

Questo vuol dire che tra gli "istinti" (sarebbe meglio dire "predisposizioni" innate) presenti nel nostro patrimonio genetico c'è anche quello di andare in catalessia in determinate situazioni, magari anche in modo parziale come quando di fronte a qualcosa che ci sorprende restiamo immobili in una posizione innaturale, oppure quando non sentiamo il dolore di una ferita se siamo impegnati in qualcosa che ci coinvolge particolarmente.

Indipendentemente dalla veridicità degli spettacoli televisivi, posso confermare che la catalessia, l'anestesia e l'amnesia sono potenzialità umane che possono essere evocate con la tecnica ipnotica. Voglio però precisare che tali fenomeni trovano un impiego più idoneo in medicina d'urgenza - dove una persona ferita o ustionata può giovare della perdita di sensibilità e di coscienza - piuttosto che in psicoterapia dove

(continua nella pagina successiva)

**Ipnosi e ...**

(segue dalla pagina precedente)

il paziente deve collaborare attivamente al trattamento.

Amnesso che negli spettacoli non vengono usati trucchi e i fenomeni ipnotici siano autentici, quello che si può osservare è che le tecniche utilizzate tendono a "spaventare" le persone che si sottopongono all'ipnosi, soprattutto attraverso l'invasione di quello che viene definito lo "spazio personale" (il confine intorno al nostro corpo che se viene superato da un estraneo ci crea imbarazzo), suscitando così "l'istinto" della catalessia. E' evidente che questo può essere fatto solo da persone senza scrupoli o che non conoscono i rischi che tali procedure comportano.

**A questo punto i lettori sicuramente si stanno facendo un'altra domanda: "Come scegliere in sicurezza uno psicoterapeuta esperto in ipnosi?"**

Allo stesso modo in cui si può scegliere in sicurezza un chirurgo. Mi spiego. Innanzitutto ci accertiamo che abbia i titoli accademici necessari (abilitazione dell'esercizio della psicoterapia dichiarata dall'Ordine dei Medici o quello degli Psicologi di appartenenza). Ricordo che per essere abilitati alla psicoterapia, attualmente è necessaria una specializzazione quadriennale post laurea conseguita presso scuole universitarie o private riconosciute dal Ministero dell'Università. A Roma è attiva la Scuola di Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana (dove insegno) presso la quale è possibile reperire informazioni sui professionisti accreditati (Tel. 068542130). Naturalmente, così come si farebbe per un chirurgo, possiamo accertarci sia dell'esperienza generale che quella in particolare sui problemi che vogliamo trattare. Tuttavia, quando abbiamo bisogno di affidarci a qualcuno per essere curati vogliamo sentire di poterci fidare e questo, al di là dei titoli e della fama che può avere il professionista consultato, possiamo scoprirlo solo nel contatto personale, perché quello che può essere la persona giusta per una persona può non esserlo per un'altra. Questo vale ancora di più quando si decide di usare l'ipnosi che come abbiamo visto evoca questi fantasmi di controllo unidirezionale di una persona sull'altra. Come spero di riuscire a dimostrare questa è una credenza errata che può essere definitivamente superata solo sperimentando l'ipnosi e riscoprendo così quelle funzioni di controllo interno di cui parlavo all'inizio.

(continua nel prossimo numero)

# Dap: verso un'identikit

di **Sabina Messina**

Da alcuni mesi, la nostra Associazione ha "lanciato" un questionario tramite il nostro sito Internet. Lo scopo è quello di avere dei dati, anche da persone che altrimenti non sarebbero raggiungibili; anche per questo motivo è stato predisposto in forma anonima. E' indirizzato anche a chi non trova il coraggio di telefonare personalmente alla Lidap per dichiarare il proprio malessere, a chi altrimenti non avrebbe modo di conoscerci, a chi, isolato dai sintomi, non crede più a niente (**sono arrivati 847 risposte**). Il mio compito è quello di elaborare i dati raccolti dai questionari e di farne una statistica, a fronte della quale ho sentito l'esigenza di condividere con voi le mie riflessioni personali ed ancora provvisorie.

Gli uomini che soffrono di DAP sono in aumento, anche se comunque continuano a prevalere le donne.

Scrivono generalmente persone che stanno male da diversi anni: tutte descrivono con lucidità i propri sintomi con abbondanza di particolari, ma quando si passa al settore "diagnosi e cura", le risposte diventano incerte. Quasi tutti prendono, o hanno preso, farmaci: quasi nessuno è soddisfatto e la maggior parte denuncia la fobia e la resistenza nell'assumerli.

Pochissimi hanno intrapreso un cammino psicologico, pochi sanno perché stanno male e cosa sia realmente il DAP.

Pochi conoscono l'auto-aiuto nella terapia del DAP, ma intuitivamente ne condividono i concetti: comprensione, condivisione, ecc...

La quasi totalità degli scriventi, ha con-

tinuato a lavorare anche dopo l'insorgenza dei sintomi, pur con notevoli difficoltà e spesso accettando critiche umilianti da superiori e colleghi.

Moltissimi, non comprendendo e non potendo condividere la propria sofferenza, tendono ad isolarsi ed a vergognarsi di se stessi: sono soprattutto persone che hanno investito molto su di sé e sul proprio personale successo: cultura medio-alta, lavoro stimolante e soddisfacente...

Numerosi intervistati denunciano una familiarità di sintomi nella madre o nelle di lei dirette congiunte: nonne, zie, cugine.

Tra tutti, un dato mi ha colpita più di altri: un dato che personalmente mi ha allarmato e mi ha fatto riflettere: la maggior parte degli intervistati ha avuto i primi sintomi in un'età compresa tra i 16/25 anni, quindi nella fase adolescenziale/giovanile: ma su oltre 500 questionari esaminati, i minorenni che hanno risposto sono un numero irrisorio.

Eppure, quasi tutti hanno un computer dentro casa e sanno usarlo!

La deduzione logica è che, almeno per alcune persone, la diagnosi e quindi la cura sia stata intrapresa tardi, dopo anni di sofferenze. Forse nostro dovere e compito è anche quello della prevenzione rivolta ai minori ed alle loro famiglie.

Molti adolescenti vengono ignorati anche dalle istituzioni, dalla scuola, dai genitori e dai loro coetanei. Solo quando l'adolescente riesce a consentirsi una qualche forma di distacco e di presa di coscienza nei confronti di se stesso e dei propri congiunti, riesce a chiedere aiuto; ma nel frattempo sono passati gli anni!

## Babbo Natale ...

(segue da pagina 7)

mettono a sua disposizione;

7. risalire dal camino;
8. saltare sulla slitta;
9. decollare per la successiva destinazione.

Assumendo che le abitazioni siano distribuite uniformemente (che sappiamo essere falso, ma accettiamo per semplicità di calcolo), stiamo parlando di 1.248 Km per ogni fermata, per un viaggio totale di 120 milioni di Km.

Questo implica che la slitta di Babbo Natale viaggia a circa 1040 Km/sec, a 3000 volte la velocità del suono. Per comparazione, la sonda spaziale Ulisse (la cosa più veloce

creata dall'uomo) viaggia appena a 43,84 Km/sec, e una renna media a circa 30 Km/h. Il carico della slitta aggiunge un altro interessante elemento: assumendo che ogni bambino riceva una scatola media di Lego (del peso di circa 1 Kg), la slitta porta circa 378.000 tonnellate, escludendo Babbo Natale (notoriamente sovrappeso). Sulla terra, una renna può esercitare una forza di trazione di circa 150 Kg. Anche assumendo che una "renna volante" possa trainare 10 volte tanto, non è possibile muovere quella slitta con 8 o 9 renne, ne serviranno circa 214.000. Questo porta il peso, senza contare la slitta, a 575.620 tonnellate. Per comparazione, questo è circa 4 vol-

(continua a pagina 16)

# Il Disturbo Ossessivo Compulsivo

**IL D.O.C. E LE SUE RELAZIONI COL DAP. CIASCUNO DI NOI SA DI AVERE CERTE PICCOLE MANIE. LE HA, MA NON NE PARLA: PER PUDORE O PER SEMPLICE AUTOMATISMO. VEDIAMONE QUALCUNA.**

di **Nicola Ghezzi**

Ecco un uomo che prima di andare a dormire compie i suoi soliti riti: in cucina ruota con cura la maniglia del gas per sincerarsi che sia chiusa; poi va al portoncino d'ingresso, infila la chiave e la gira nella toppa tre volte; nella stanza dei bambini sistema i giocattoli in un certo ordine rigoroso; prima di distendersi sistema le sue scarpe parallelamente l'una all'altra. Una volta a letto, ripensa un attimo ai gesti compiuti e solo se questi sono stati eseguiti alla perfezione (cioè senza alcuna variazione rispetto ad uno schema preordinato) riesce infine ad addormentarsi. Si tratta di piccole manie del tutto innocue, di cui infatti si parla poco. In effetti esse ci affliggono, e tuttavia preferiamo fingere di ignorare la loro sottile tirannia. Sono per noi ovvie e abituali.

Ma poniamo che uno dei compiti rituali prescritti non sia stato eseguito alla perfezione: cosa può accadere a questo punto? In taluni casi (i casi affetti da quella sindrome che il DSM IV classifica come DOC, Disturbo Ossessivo Compulsivo) può accadere, che la situazione psicologica si aggravi improvvisamente. Ecco allora che il nostro uomo non riesce più a dormire: è tormentato dall'angoscia; la mancata esecuzione della sequenza rituale gli provoca un'ansia incontenibile. Infine, solo se si rassegna ad obbedire e a completare il suo rito egli potrà recuperare una certa calma e con essa, forse, la pace del sonno. Di fatto, egli deve obbedire a un comando invisibile. Questo comando è una "compulsione": un impulso poderoso e incontrovertibile. E' dentro di noi, nella nostra mente, e tuttavia non è sotto il controllo della nostra volontà. Ci domina. Se ci opponiamo ad esso ne usciamo sistematicamente sconfitti. Con la compulsione siamo passati, impercettibilmente, dalle "piccole manie" al "tormento ossessivo". Il tormento ossessivo dimostra che ciò che sfugge alla nostra volontà e ci domina è il senso di colpa. Se non obbediamo all'invisibile comando di eseguire il nostro rito, ci sentiamo in colpa: è nostro dovere obbedire, pena un tormento senza fine. Perché?

Se si analizza nel dettaglio il rito da eseguire, ci si accorge che esso ha sem-

pre a che fare con un dubbio: il dubbio di poter causare danno a persone amate o a valori condivisi. Il nostro uomo deve sincerarsi di aver chiuso la rondella del gas perché se non l'avesse fatto ciò potrebbe causare la morte dei suoi cari; deve chiudere a tripla mandata la porta perché da lì potrebbero penetrare in casa dei malviventi e danneggiare le persone o i beni di famiglia; deve porre in ordine i giocattoli dei bambini, perché lasciarli nel disordine sarebbe come abbandonare i figli a se stessi. Il tormento ossessivo, dunque, riguarda sempre l'atroce dubbio morale di essere insensibili al male di persone e cose amate o persino (e ciò è ancora più terribile) di agire *desiderando* quel male. Preso atto di questa terribile possibilità, la coscienza morale (coscienza che la psicoanalisi ha denominato Super-io) ci impone l'esecuzione di rituali che attestino la nostra devozione assoluta, l'obbedienza cieca, ai doveri nei confronti dei quali ci si sente inconsciamente e tuttavia angosciosamente in difetto. L'esorbitante crudeltà dei sensi di colpa diviene, infine, palese nei casi in cui l'intera vita di un uomo può essere rinchiusa in una prigione di comportamenti rituali imprescindibili. In questi casi, allo scopo di eliminare alla radice la fonte dei sensi di colpa, che è *l'ansia di poter scegliere il male piuttosto che il bene*, il soggetto ossessivo si chiude in una gabbia di prescrizioni mentali e comportamentali che, nelle sue intenzioni, dovrebbe portarlo appunto al totale e tranquillizzante annullamento della sua personale libertà di scelta.

Esiste un'altra forma di strutturazione ossessivo-compulsiva della personalità, forma invisibile in quanto apparentemente "positiva" e "virtuosa". Chi n'è prigioniero spesso non sa di esserlo; di solito, anzi, è convinto di vivere e di agire nella più piena libertà interiore, anche perché chi lo osserva condivide con lui, il più delle volte, la stessa impressione. La prigione psicologica, la gabbia mentale cui mi riferisco è, in questo caso, l'ossessione del lavoro e la ricerca del successo. "Successo" che può essere inteso, ovviamente, secondo le forme più varie ed eterogenee: per alcuni è il raggiungimen-

to del grado massimo di una carriera (col suo corrispettivo economico); per altri è il pieno riconoscimento di straordinarie qualità pratiche e morali; per molte donne è lo splendore della propria virtù rappresentato da una casa specchiata o da figli perfetti. La nevrosi del successo è tesa tra due polarità opposte e sinergiche che la rendono una prigione sottile e implacabile: da una parte il miraggio di raggiungere la vetta, l'eccellenza, e di essere così gratificati dall'ammirazione altrui; dall'altra l'angoscia di essere sconfitti nella "lotta per la vita", precipitando così al livello inferiore dell'umanità fino a rivelare la negatività assoluta della propria immagine interna. Questo radicale e tormentoso "senso d'inferiorità" è l'energia dinamica che alimenta la corsa incessante della nevrosi del successo. Corsa senza fine: perché più ci si sottomette al ricatto del dovere più si condanna e si rimuove nell'inconscio la naturale tendenza alla libertà affettiva e istintuale, che così continua ad alimentare "dal basso" l'insoddisfazione e l'infelicità.

L'ossessione del lavoro e la nevrosi del successo costituiscono la variante più moderna e più diffusa della tradizionale nevrosi fobico-ossessiva: il lavoro, coi suoi ritmi, le sue esigenze prestazionali, la sua restrizione monotematica della vita, assolve alla stessa funzione dei rituali e delle compulsioni tipici della psicopatologia ossessiva più grave. L'unica differenza è che la prigione fobico-ossessiva classica tende alla staticità, quella moderna è viceversa una "prigione dinamica", fondata sul movimento incessante. I suoi effetti negativi non sono da sottovalutare: chi n'è affetto è perennemente scontento, per cui da un lato può vivere in un regime depressivo infraclinico costante; dall'altro può sviluppare una personalità sottilmente o palesemente sadica attraverso la quale si vendica su altri della propria frustrazione.

Dovrebbe essere evidente, a chi è avvezzo alla sintomatologia propria del DAP (disturbo da attacchi di panico), che una quota rilevante - anche se non maggioritaria - dei soggetti che sviluppano attacchi di panico appar-

(continua nella pagina successiva)

## Il Disturbo ...

(segue dalla pagina precedente)

tiene alla categoria suddetta degli ossessivi iperattivi. L'attacco di panico sopraggiunge, in questi casi, nel momento in cui una parte della personalità si ribella alla dittatura della virtù (lavoro, volontariato, prestazioni varie) e "cede", scompensando il sistema e facendo scivolare l'io verso i valori inferiori della scala: debolezza, pigrizia, disordine, immoralità: il terrore che in tal modo diventi palese l'immagine interna negativa provoca una reazione di panico che argina e paralizza l'incipiente ribellione.

Il DAP, dunque, può originare sia da una struttura di personalità isterica che da una ossessiva (nella proporzione rispettiva del 70 e del 30%). La differenza sostanziale fra il DAP originato dal disturbo ossessivo compulsivo e quello originato dall'isteria consiste nella struttura dell'io: riflessivo ed egocentrato nell'ossessivo, relazionale e quindi etero-centrato nel dappista isterico. L'ossessivo, in sostanza, è un tipo che si guarda dentro in solitudine; l'isterico è un individuo che ha bisogno di un altro con cui è in relazione per capire cosa c'è dentro di sé. Quindi la strategia dei sintomi, la strategia che il Super-io (la coscienza morale) adotta per controllare e inibire l'io, si organizza secondo la specifica e peculiare struttura dell'io. Nel disturbo ossessivo il soggetto è riflessivo ed è quindi almeno in parte consapevole del dubbio morale da cui è tormentato: egli "intuisce" o "sa" di ospitare dentro di sé impulsi ostili verso ciò che ama, ed è proprio a causa di questa "consapevolezza" che egli si chiude in una gabbia di idee e di comportamenti che annullano la sua possibilità di agire, cioè di fare del male. Per contro, il soggetto isterico, la cui autocoscienza dipende da una relazione, non ha consapevolezza diretta del proprio mondo interno, sicché la possibilità di attaccare gli affetti e di fare del male così come gli è resa cosciente da un altro, allo stesso modo solo da un altro gli può essere inibita. In sostanza, mentre l'ossessivo si chiude in una gabbia di idee e comportamenti rituali, l'isterico si chiude in una gabbia relazionale, una gabbia le cui sbarre sono rapporti umani che hanno per lui un valore affettivo o simbolico.

Secondo la Psicopatologia Dialettica - la scienza psicologica di cui sono co-autore - il nucleo patogenetico (produttore di malattia) delle due sindromi psicopatologiche (il DOC e il DAP) è lo stesso: ed è l'angoscia di poter fare del

# Follia o consapevolezza

di Cinzia (Bergamo)

In riferimento all'intervista effettuata in giugno da Alma Chiavarini al Dr. Piero Parietti sento il bisogno di condividere parte del mio pensiero.

Motivo: la condivisione raccontandovi sinteticamente il mio percorso di "dappista": "Marchio" che a volte mi è anche simpatico, lo accetto, visto che abitualmente classifico il mio vicino "cardiopatico", e l'amica "diabetica".

Da 8 anni convivo periodicamente con i miei devastanti attacchi di panico. Solo agli inizi del 1999 mi rendo conto, leggendo un articolo su un giornale locale, di fare parte anche io del gruppo sopraccitato.

Mi era già stato diagnosticato ma il mio "io" probabilmente lo rifiutava.

Il vissuto angosciante di altre persone si è riflesso su di me come uno specchio, non ero sola a stare male, mi sono letta sul giornale! La realtà vera mi si è presentata spietatamente nella mente e nel cuore!

Dura da digerire... E' ancora cultura corrente e molto diffusa, il doversi quasi vergognare di fare i conti con alcune patologie della mente.

Prendo atto della mia condizione e dopo i preliminari che tutti conosciamo, mi inserisco nel gruppo (a me piace definirlo Oasi).

Inizia per me un periodo molto sofferto, pieno di riflessioni, doman-

---

*male a persone o valori amati. Differente è solo la modalità inibitoria rappresentata dalla struttura dei sintomi: intrapsichica nel caso del DAP di origine ossessiva, relazionale in quello di origine isterica. Diventa allora necessaria una puntualizzazione sui gruppi: poiché il DAP è stato affrontato sinora a partire dalle sue relazioni con l'isteria (cioè come un problema di relazione), si è sviata la corretta interpretazione del DAP di origine ossessiva, nel quale il "responsabile" sia della dipendenza che della inibizione psichica è il rigido sistema morale del soggetto stesso, non un partner.*

Il disturbo ossessivo compulsivo è una delle patologie psichiche più aggraviabili e risolvibili con lo strumento della psicoterapia associata ai gruppi. Talvolta è necessario integrare temporaneamente l'apporto umano con una terapia farmacologica.

de, il bisogno di risposte, che lentamente, ma appaganti stanno arrivando.

Il confronto con gli altri, la condivisione della sofferenza, l'ascolto e finalmente qualche segnale di rinascita.

Dice Parietti: "Le vie della sofferenza sono molteplici, ciascuno ha i propri disagi più o meno accentuati. La mente, come il cuore o il fegato sono parte integrante del corpo e della vita, perché allora ci sembra più che normale dire "ho la bronchite", "ho problemi di colesterolo" e ci sentiamo molto a disagio se dobbiamo dire "ho un attacco di panico"?

Il confronto potrà sembrare banale, ma in realtà credo si tratti solo e soprattutto di "PRENDERE COSCIENZA DEL PROBLEMA"!

L'ho accettato come parte di me, che prima non c'era e ora sì... e arriverà il giorno in cui non me ne importerà nulla degli attacchi di panico, perché in cambio ho modificato il mio vivere, mi sono arricchita di cose ben più gratificanti.

Dentro di me sento nuove forze, sono uscite da me le esasperazioni eccessive sono uscita io da me, sono uscita e mi sono guardata in faccia... forse per la prima volta. Ho accettato di essere imperfetta, prima mi imponevo la perfezione: conquista impossibile dato che sono "umana"!!!

Sto cercando di accettarmi e di modellarmi in base a me stessa, non agli altri come ho sempre fatto! Considero il panico un punto di partenza da dove si può e si deve ricominciare a vivere, è un campanello d'allarme che mi ha costretta a fare il punto della situazione e a dare il via a un nuovo percorso di vita ben più consoni alle mie esigenze. Questo messaggio vuole essere davvero per tutti noi una testimonianza positiva che ci spinga sempre verso nuovi spazi, verso nuove consapevolezze, che il panico ci "costringe" a scoprire, Vi sembrerà follia ma per me il panico è davvero una "FORZA VITALE". Mi sembra evidente che, in questo cammino, sto imparando anche a cercare di "cogliere sempre il meglio", di ogni cosa.

# Lettera a mia madre

di **Maria Luisa**

Mi dispiace che domenica te la sia presa a quel modo, non era mia intenzione "fregarti", anche perché tu sabato non mi avevi dato la conferma che venivi su e non pensavo affatto che per te fosse un problema: non me l'hai mai detto e io non potevo saperlo.

Quello che è successo però, mi ha fatto decidere finalmente, dopo un anno che ho capito perché ho gli attacchi di panico, di dirti tutto quello che ho passato in 36 anni di vita.

Non la devi prendere come un'accusa nei tuoi confronti - anche se, conoscendoti, lo farai - ma purtroppo ho capito di non essere mai stata accettata da te. Per te non ero mai abbastanza brava, buona, responsabile.

Non mi sono mai sentita amata, mi hai sempre trattata male, respinta.

Quando ero piccola mi hai mollato dalla zia Agnese, perché giustamente dovevi lavorare, ma io mi ricordo che la domenica veniva solo papà a trovarmi, tu non avevi tempo. Quanto mi mancavi! Quando poi mi hai detto che avevate provato a tenermi con voi il sabato e la domenica, ma io vi facevo tribolare così mi lasciavate dalla zia anche in quei giorni, come pensi mi sia sentita io?

Certe volte dubitavo persino che tu fossi mia madre, ma che mi avessi adottata.

L'unico momento d'intimità fra noi, che io ricordi, è stato quando è morto tuo padre, il mio caro nonno, e tu mi hai abbracciato sul portone di casa e abbiamo pianto insieme e mi hai consolato.

Un po' pochino, no? Posso capire che tu sei stata cresciuta così, non conoscevi altri modi, quindi non è colpa tua, ma io ne ho sofferto molto.

Crescendo, c'è stata poi la volta della patente, ricordi? Io ti ho detto che volevo farla e tu, in malo modo, mi hai risposto che se avevo i soldi potevo farla.

Ma come facevo ad averli se ti consegnavo tutta la busta? Avrei dovuto fare come Paolo, che si è iscritto e poi ci hai pensato tu. A proposito di Paolo, quanta disparità hai fatto, e come sono stata gelosa e lo

sono ancora di questo. Lui poteva andare e venire come gli piaceva, lui non ribatteva con te, ma faceva tutto quello voleva, solo perché era un maschio. Per lui c'è stata la scuola privata; io non ho potuto neanche seguire i corsi gratuiti di pittura del nonno della Stefi perché c'era la modella nuda. Per lui c'è stata la moto, ma soprattutto io sono uscita di casa quando mi sono sposata, con 480.000 lire, dopo averti consegnato per 8 anni l'intera busta. Hai idea l'umiliazione mia nel dire a Silvano che avevo solo quelli? Anzi, abbiamo dovuto restituire alla zia Lucia i dieci milioni più gli interessi. Paolo invece l'avete mantenuto fino al matrimonio (quante volte ti ha dato le 300.000 lire per il mantenimento mensile? Non lo voglio neanche sapere, però non è giusto).

Tutte queste cose messe insieme hanno fatto sì che io sia caduta negli attacchi di panico. Sentirsi sempre dire che non vali niente, che sei una merda (parole tue) convincono che alla fine sei proprio così.

Quando ti ho detto che mi sposavo (dopo 4 anni, era anche possibile, no?), ti ricordi cosa m'hai risposto? Io sì, mi hai detto per prima cosa "Sarai incinta" e quando ti ho detto di no, mi hai risposto "Beh, se hai i soldi, sposati pure".

Queste le soddisfazioni che mi hai dato, non mi hai mai fatto sentire a mio agio con te, mi sento sempre sotto controllo, devo stare attenta a cosa dico o faccio, altrimenti o tu ti offendi subito o mi fai sentire una perfetta cretina.

Quando mi sfogavo con papà, lui ti ha sempre difeso dicendomi che non avendo avuto la mamma, tu probabilmente non sapevi come fare, e io ci credo, anzi ne sono convinta, solo che chi ci rimetteva ero io.

Io ti ho preso a modello, talmente alla lettera, che con Yuri per anni l'ho trattato male e sminuito, non dandogli fiducia, perché ero convinta che fosse così.

Quando sono andata in terapia, e tutto questo è saltato fuori (io sapevo di avercela con te ma non sapevo perché) è stato un bruttissimo colpo per me capire che stavo rovinando Yuri, che come madre avevo sbagliato

to tutto, però ho cercato, ora sapendolo, di rimediare; certo ancora oggi sbaglio comportamento verso di lui ma almeno capisco dove sbaglio e cerco di rimediare.

So di darti un dolore scrivendoti tutto questo, ma il terapeuta è stato chiaro. Devo dirti tutto, non per buttarti addosso la croce, ma per chiarirci; anzi è quasi un anno che il dottore insiste che io ti porti da lui insieme a me, ma non ho mai trovato il coraggio di chiedertelo. L'unica soluzione mi è sembrata questa di scriverti, visto che a parole io e te non ci siamo mai capite.

Ovviamente ti ringrazio per tutte quelle volte che mi hai aiutato quando ne avevo bisogno, anche se certe volte mi hai rinfacciato "se non ci fossi stata io!". Anche questo ho capito, in terapia: una madre, se fa qualcosa per i figli, lo fa e basta senza aspettarsi niente.

Io sto imparando adesso a fare la madre e spero di fare un buon lavoro con Yuri e Paola anche se sbaglierò ancora tante volte.

Quello che di sicuro so è che non farò disparità e non li sminuirò nelle loro capacità, anzi, in qualunque cosa anche minima li incoraggerò. Non voglio che soffrano così tanto. A me sei mancata tu, il tuo amore, il tuo appoggio, la tua complicità.

Non abbiamo mai parlato di cose importanti, di come mi sentivo, di cosa provavo, non potevo aprirmi con te e di questo ne ho sofferto molto. Si faceva quello che dicevi tu e basta. Che mazzata, quando mi dicevi sprezzante "sei tutta tuo padre". Io ho amato molto papà e ne sono stata ricambiata con gesti, parole, modi di fare, ma quello che volevo era essere amata e amare anche te.

Ora sai tutto, il primo passo io l'ho fatto, adesso tocca a te; è tutto nelle tue mani.

Puoi scrivermi, telefonarmi, casa mia è sempre aperta per te, però ti chiedo una cosa: non avere fretta, rifletti bene su tutto quello che ora sai.

Valuta dove ho sbagliato io e dove hai sbagliato tu. Come io non riuscivo a dirti queste cose, magari pure tu ne hai tante da dirmi e non ci riesci.

Ricordati comunque che questa lettera non è un'accusa nei tuoi confronti, ma un dato di fatto; io la mia vita l'ho vissuta così. Secondo me abbiamo sbagliato tutte e due: tu nel comportarti così ed io nel permetterlo.

Tua Maria Luisa.

# La via del panico

IL PANICO È L'ESSERE SQUASSATI DA UN'ESPLOSIONE, SENZA CHE NULLA TRASPAAIA ALL'ESTERNO. E' SENTIRSI ANDARE IN FRANTUMI E TUTTAVIA RIMANERE IMPASSIBILI. IL PANICO È NEGARSI IL PERMESSO DI ESPRIMERE LE PROPRIE EMOZIONI.

di **Flavia Valtorta**

Il panico è il tentativo di controllare, di tenere fuori un mondo emotivo intricato e pauroso. E così facendo ci si nega la totalità dell'esperienza.

Il panico è la paura di scivolare nella follia. Sapere che c'è in te un lato oscuro, che ti spaventa.

Paura delle proprie pulsioni autodistruttive.

Il panico è un senso di colpa esistenziale. La sensazione che, prima o poi, verremo scoperti. Il sentirsi un clandestino nella vita. E' la paura di essere soli al mondo, senza appigli. La sensazione di trovarsi in una piazza vuota, inquietante come un quadro di De Chirico. Il sole accecante, uno spazio aperto, e tu che non ti reggi in piedi.

**Auguri per un 2001 che realizzi il tuo progetto più importante!**

Il panico è il puntare i piedi per non andare avanti. Nostalgia dell'infanzia, di un mondo sicuro.

La fuga dalle responsabilità. Tu sei quello che non ce la fa. Tutti ne devono tenere conto, e non chiedono nulla.

Questo ti libera dalla responsabilità, ma ti lascia anche un senso di impotenza.

Il panico è evitare di esplorare il proprio mondo interno. La mente è impegnata a valutare la pericolosità delle situazioni che si sta vivendo, e tutto si riduce ad uno

“stare bene/stare male” indifferenziato, una “notte in cui tutte le vacche sono nere”. Non ci sono sfaccettature, solo sensazioni assolute.

Il panico è l'abitudine all'evitamento. Negare il rischio, non accettarlo mai. Non tollerare di essere mortali, corruttibili.

Tentare di congelare la situazione. Il panico è la preoccupazione costante ed ossessiva per quello che accadrà.

Una sorta di magico rituale per controllare il futuro. Questi aspetti vanno di pari passo. E' come se la preoccupazione potesse annullare il rischio, permettendo una disamina di tutte le possibilità. Quello che invece succede, è che la preoccupazione ti sovrasta, ti fa apparire ogni evento intollerabile.

La difficoltà di tenere insieme le diverse “facce”, paura e sfrontatezza, uomo coraggioso e bambino spaventato.

Il sentirsi messi su di un treno in corsa, su binari dai quali non si può deviare e che ti porteranno nel baratro.

Il panico è l'angoscia di morte che irrompe nella vita quotidiana, la sensazione di solitudine assoluta: si muore soli, allungare una mano verso gli altri è impossibile. E' l'assurdità di una paura della morte che in realtà ti impedisce di vivere. Come la morte è misteriosa, capace di repentine incursioni nella vita quotidiana.

Ma dal panico molto si può imparare, a patto di non ostinarsi a combatterlo, a patto di accettarlo.

Il panico non è un nemico che ti aggredisce le spalle. Il panico sei tu, è una parte di te, forse scissa, ma che è comunque possibile reintegrare.

Il panico non è solo una reazione inadeguata. Sfuggendo al controllo della volontà, pesca nel pro-

fondo. Spinge alla riflessione su se stessi.

Cosa si impara da questa esperienza?

Accettare di non essere perfetti, senza per questo lottare con se stessi.

Questo significa anche sapere che si può convivere con il malessere.

Dare spazio al mondo emotivo, discriminare le proprie emozioni. Galleggiare sulle emozioni, anche le più travolgenti, con la consapevolezza che, così come sono venute, se ne andranno. Interpretare i segnali di malessere non come presagi di catastrofi, ma come utili messaggi provenienti dal proprio mondo interno.

Riconoscere la propria necessità, senza vergognarsene troppo. Chiedere aiuto, identificare e mobilitare le risorse che ci stanno intorno.

Integrare natura e cultura.

Abbandonarsi al processo della vita, accettare il rischio insito in esso.

Poter guardare in faccia la propria ombra.

Accettare il mistero, in opposizione al controllo,

Ammettere come legittima la voglia di spiritualità.

Il panico è un'esperienza unica, l'esperienza del confine tra l'essere ed il nulla. E' come la brocca di Heidegger: il vuoto ed il recipiente, contiene e versa. Panico è creare dentro di sé il vuoto: un vuoto accogliente, qualcosa che può essere riempito, non il vuoto in cui ci si sente precipitare. Accettare il vuoto è anche accettare la paura.

Il panico è bruciare le stoppie, preparare il terreno ad una nuova fertilità.

Il panico è chiedersi: “Perché proprio a me?”. La stessa domanda che si pone Giobbe.

E' riconoscere il proprio limite, significa liberarsi dalla presunzione di onnipotenza, e quindi dal sentirsi responsabile per tutto quello che accade. Ed il sapere che la risposta non c'è, o per lo meno che è solo parziale, è una grande liberazione.

## Giornata ...

(segue da pagina 5)

Il dr. Todella, medico e sessuologo di Genova, ha messo in evidenza questi particolari problemi e la loro incidenza nella qualità della vita delle persone che soffrono di ansia in generale e del DAP in particolare.

L'esperienza del panico ha la possibilità di essere rappresentata anche oltre la dimensione patologica: Grossini, giornalista e critico cinematografico, ci ha accompagnato in quest'universo.

Alla Lidap, infine, il compito di rappresentare il senso dell'associazionismo, l'utilità del confronto fra chi ha o ha avuto l'esperienza del panico ed il ruolo della Lidap nel rapporto con le Istituzioni, gli Enti e le Società scientifiche.

### di Piero Parletti

L'allora Presidente della Società Italiana di Medicina Psicosomatica Ferruccio Antonelli, commentando il XII Congresso nazionale della Società tenutosi a Milano nel 1959 scriveva: "L'umanità sta varcando le soglie del duemila ebra di conquiste e benessere. Ma "ebbra": E l'ebbrezza è una condizione clinica che comporta un'apparente sensazione di euforia e di onnipotenza ma su uno sfondo depressivo di vuoto interiore e su una coscienza in stato confusionale.

A noi psicosomatologi non può sfuggire il pauroso stato di solitudine, di confusione, di insicurezza dell'uomo del duemila, dell'uomo di oggi. E non è forse neppure casuale che gli "attacchi di panico" stiano registrando un poco piacevole boom nell'ambito della patologia psichiatrica:

Solitudine, confusione, insicurezza, senso di vuoto interiore, costituiscono tutti i buchi dell'anima che caratterizzano molte delle strutture esistenziali attuali. Il panico non va quindi considerato soltanto una manifestazione psicopatologica da eliminare con uno o più farmaci.

Lo psichiatra Borgna lo ritiene "un fuoco che brucia, un senso di vivezza, di autenticità di vita, sia pure scomodo (il quale) ci dice che bisogna rivalutare l'interiorità e quindi l'appagamento esistenziale che c'è in quello che facciamo".

È questa una impostazione che una prospettiva psicosomatica, che condivide e rappresenta, accetta completamente.

Secondo questa prospettiva il panico costituirebbe anche un tipo di ribellione devastante alle coartazioni che uno stile di vita inadeguato impone alla vera natura dell'individuo. Si trattereb-

be quindi di una risposta disordinata e destrutturante, quindi patologica, che va però colta anche come segnale che una energia vitale sino allora costretta, rotto ogni argine, cerca una via per riuscire a manifestarsi anche a costo di distruggere ogni cosa come una alluvione.

Dal punto di vista terapeutico tale energia non può essere solo reincanalata, magari con una associazione psicofarmacologica, negli alvei che ha travolto. Tale energia va invece ristrutturata trasformandola in una forza costruttrice di un diverso stile di vita che sia più confacente alle necessità ed alle potenzialità del singolo individuo.

Ma, pure restando valido quanto detto, ritengo che in questo momento, meriti attenzione una particolare manifestazione panica che non soltanto si manifesta con sempre maggiore frequenza ma si caratterizza anche come un drammatico cedimento personale di chi ne è vittima. Intendo riferirmi a quelle reazioni che si possono manifestare in soggetti vittime di catastrofi naturali e di atti di violenza bellica o individuale e attualmente definite come Disturbo Post Traumatico da Stress.

Una condizione nei cui confronti gli interventi sinora adottati sono stati spesso insoddisfacenti.

### di Tullio Seppilli

A fronte di ogni tipo di patologia - lungo l'intero arco dal "più somatico" al "più psichico" - il contributo della antropologia culturale, e più specificamente quello della antropologia medica, si muove in sostanza lungo alcune principali direttrici di esplorazione, che tenteremo qui di delineare con particolare riferimento ai disturbi mentali.

(a) Ricostruzione storica della cosiddetta "costruzione sociale" della sindrome. Come un certo gruppo di sintomi sono stati progressivamente assunti dalla comunità scientifica come specificamente correlati nella definizione di una particolare patologia e del suo "etichettamento": in base a quali emergenze e a quali evidenze empiriche, attraverso quali elaborazioni/discussioni scientifiche, sotto la spinta di quali eventuali fattori attivi nel contesto sociale? La "costruzione sociale" vincente è stata l'unica proposta? Vi sono stati significativi spostamenti della definizione? Sono noti, in merito, i dibattiti e i ripensamenti intorno a talune sindromi nelle successive edizioni del DSM via via edite dalla American Psychiatric Association. Ed è esemplare il volume di Allan Young, *The harmony of illusions* (1995), sulla "costruzione sociale" del cosiddetto post-traumatic stress disorder.

(b) Individuazione degli eventuali

fattori sociali, e dunque anche culturali, che in termini di contesto o di accadimenti collettivi o individuali possono porsi come fattori patogeni nella costituzione o nel decorso della sindrome esaminata. In merito, sembra importante sottolineare che non si tratta di contrapporre "modelli interpretativi sociali" a "modelli interpretativi biologici (genetici o acquisiti)" ma di verificarne il peso relativo e la diversa possibile funzione/correlazione: ad esempio fattori eziologici sociali che producono nell'organismo meccanismi patogenetici biologici o fattori latenti essenzialmente biologici "scatenati" da eventi relazionali sociali eccetera.

(c) *Attenzione particolare al vissuto soggettivo (illness) attraverso cui il disturbo viene percepito e interpretato da parte di chi ne ha personale esperienza: un vissuto correlato alla immagine del proprio stato e alle relative attese che l'individuo nutra in larga parte dal suo contesto sociale (interpretazione culturale del disturbo, dispositivi terapeutici disponibili e loro efficacia...)* e dai cambiamenti che il suo "essere infermo" produce sul suo status sociale (sickness).

(d) *Esame di insieme dei dispositivi preventivo-terapeutici - non solo di quelli "convenzionali" della biomedicina - che nel contesto di riferimento (o in altri contesti socioculturali a fronte di disturbi "simili" appaiono rivestire un certo grado di efficacia.*

*Lungo queste direttrici si tenterà di sondare la casistica etichettata come DAP (Disturbi da Attacchi di Panico), e in primo luogo il significato del suo almeno apparente rapido incremento anche nel nostro Paese*

### di Maurizio Vescovi

La sensazione diffusa e condivisa fra i medici è di osservare un numero sempre più elevato di pazienti con disturbi di ansia e depressione.

Molti sono i pazienti affetti, da DAP: alla percezione di un incremento oggettivo di tale patologia, fa riscontro la necessità da parte del medico di M. G. di porre una diagnosi corretta ma soprattutto di offrire un contributo terapeutico efficace.

Si può pensare ad una implementazione di capacità di definizione diagnostica oppure ad un incremento del reale numero di casi di DAP in termini assoluti: forse stanno aumentando anche i disturbi e i punti critici nelle relazioni affettive in genere, intra o extra-familiari.

Il paziente affetto da DAP porta la sua sofferenza: può essere in una fase in cui vive malissimo l'ansia anticipato-

(continua nella pagina successiva)

**Giornata ...***(segue dalla pagina precedente)*

ria oppure è in stato depressivo post-episodio.

Quando il paziente può essere trattato dal "suo" medico per DAP o quando deve essere inviato allo psichiatra? *Non c'è una regola. La regola è che non c'è una regola. Ogni caso fa storia a sé così come non esiste DAP senza contestualizzazione perché non esiste malattia senza identità. Non c'è malattia, c'è solo il malato.* Non ci sono linee guida nella sfera delle affettività.

L'invio allo psichiatra non è determinato dalla gravità, ma dal contesto. Ci sono pazienti affetti da DAP che è meglio curare all'interno della medicina generale con una responsabile presa in carico. In questo caso è opportuna un'indagine "fuori orario di ambulatorio" per capire più a fondo il paziente, comprendere la dinamica della sua famiglia, l'evoluzione della sua storia del suo vissuto e dei suoi ricordi, per sapere fin dove è capace di contenere l'ansia, di sopportare la sofferenza, fin dove la sofferenza porta alla valorizzazione delle proprie potenzialità.

Un'indagine "emozionale" insomma.

Poi ci sono i pazienti che invece devono essere inviati in consulenza senza delegarne il caso, ma con un progetto collaborativo. Non ci sono linee guida per l'invio di pazienti allo psichiatra o linee guida per l'assunzione in carico da parte del medico: la valutazione della relazione medico-paziente e del contesto saranno elementi fondamentali nella scelta.

Capita spesso ad un medico di chiedersi quando e quanto è in grado il paziente di elaborare una sofferenza e quando è giunto il momento del "silenziamento farmacologico". Capire bene quando è ora di somministrare un farmaco, quando il tuo paziente non è più in grado di sopportare il disagio di una sofferenza quotidiana che lo rende infelice quotidianamente: quanto invece quel particolare disagio si inserisce nella storia di quell'uomo o quella donna rappresentandone una tappa evolutiva e non una stigmata.

Di sicuro il farmaco deve essere collocato all'interno della relazione medico-paziente. Non sarà mai la scorciatoia, ma uno strumento di aiuto. Il farmaco deve essere contestualizzato. Stabilire insieme al proprio paziente affetto da DAP un corretto progetto terapeutico, chiaro e condiviso. Una condotta relazionale questa che può fare anche fatica perché ci sono modi diversi di ogni uomo e ogni donna di rapportarsi e di confrontarsi con la propria sofferenza e con il dolore.

# Pronto, ti ascolto!

di **M. Teresa Pozzi**

Un anno è terminato ed il nuovo avanza. E' tempo di bilanci consuntivi e preventivi. Ho ripreso il coordinamento della Reperibilità Telefonica Nazionale nell'ultimo trimestre del 2000, quindi il bilancio consuntivo che mi compete è relativo a questo periodo. Sono stati, per me, tre mesi di lavoro intenso per riorganizzare e formare una squadra di Operatori Telefonici. Ho chiesto ai Collaboratori Locali il loro impegno affinché individuassero, tra i componenti dei gruppi, le persone ritenute idonee, per attitudine e disponibilità personale, a prestarsi come operatori telefonici. La risposta è stata pronta ed immediata, ognuno ha collaborato con slancio generoso ed entusiasta. Nuovi operatori hanno aderito ai colloqui, che hanno facilitato una reciproca conoscenza seguita e completata da una prima for-

mazione, ed ognuno si è sentito responsabilizzato e motivato nell'intraprendere questo nuovo importante impegno che, non mi stancherò mai di ripeterlo, è il biglietto da visita della Lidap. Il lato inatteso, che è emerso dai contatti, è che tutti coloro che son stati formati per questo servizio si sono dichiarati orgogliosi e grati per aver avuto l'opportunità di fare quest'esperienza che rafforza ulteriormente il senso di appartenenza alla nostra associazione. E' positivo sapere che, già per il 2001, ci sono alcuni aspiranti operatori telefonici in lista di attesa. Abbiamo chiuso il 2000 col servizio di Reperibilità Telefonica Nazionale in attivo: il nostro team è formato da 23 persone, che rappresentano la Lidap sul territorio e sono all'ascolto, dal lunedì al sabato, per un totale di 50 ore settimanali.

Buon 2001 a tutti.

## Il convegno di Camerino

di **Barbara Paganelli**

Il 28 Novembre si è tenuta a Camerino una conferenza per i M.M.G. sui disturbi d'ansia e disturbo da attacchi di panico prendendo in considerazione sia gli aspetti clinici che psicopatologici. Per il nostro gruppo di Camerino che è ancora in fase di formazione è stato un evento che da tempo attendevamo, ma soprattutto per noi è stato importante conoscere Pietro Adorni ed Amalia Prunotto, due persone veramente speciali e direi proprio sopra le righe.

La conferenza ha rappresentato un momento importante perché finalmente abbiamo colto la sensibilizzazione a questo tipo di disturbi da parte dei medici specialisti della A.S.L. di Camerino che si sono ben guardati da sottovalutare il nostro vissuto e prenderlo ovviamente in considerazione dal punto di vista dei vari rami medici.

La prima parte della conferenza si è infatti rivolta agli aspetti patologici dell'ansia nei vari rami della medicina. Si è parlato di ansia e somatizzazione nelle malattie cardiovascolari e del rapporto tra lo stress, i disturbi d'ansia e le patologie internistiche.

La seconda parte della conferenza ha preso in considerazione gli aspetti clinici, psicopatologici e modalità di gestione nel rapporto con i pazienti, la psicoterapia, la valenza e l'importanza del gruppo di auto-aiuto. Ad esporci la valenza e l'importanza del gruppo di auto-aiuto sono stati Amalia e Pietro. Ed è qui che la numerosa gente intervenuta alla conferenza ha concesso i suoi sentiti applausi pienamente consapevoli di cosa si stesse parlando. E' stata un'esperienza toccante ascoltare dal vivo i rappresentanti LIDAP che con le loro parole e i loro aneddoti ci hanno aiutato a capirci e non a compiangerci,

ma soprattutto ci hanno trasmesso il significato e la valenza del gruppo di auto-aiuto come strumento per condividere un disagio che ci accomuna e allo stesso tempo strumento per crescere e conoscerci. Il gruppo "principiante" di Camerino vi ringrazia per aver portato una testimonianza dell'efficacia dell'auto-aiuto e aver sensibilizzato anche i più scettici, che sono ora disposti a riconoscere e supportare questo tipo di volontariato.

Lo stimolo e l'entusiasmo sono ora ancor di più cresciuti e sotto la vostra egida siamo pronti a ripartire!!!

**E noi, Pietro ed Amalia, ringraziamo il Dr. Amici, cardiologo, moderatore del convegno, e gli altri relatori dell'USL 10 di Camerino, per aver sviluppato il tema della serata in modo assai ricco ed interessante, toccando alcuni aspetti che di solito sfuggono (ad esempio, il trattamento della sintomatologia del D.A.P. in coloro che hanno, o hanno avuto, seri problemi di natura cardiovascolari), per l'interesse esplicito che hanno mostrato verso le nostre proposte di self-help Lidap, e per l'ampio spazio che ci hanno concesso. A "quelli di Camerino", Barbara, Mila, Serenella, Paola, ai loro famigliari ed amici, non diciamo soltanto "grazie": sarebbe troppo poco per tutto il calore umano, l'affetto e la simpatia con cui ci hanno accolti.**

**A fine incontro, a tavola, poi... che bello stare insieme!**

**Quindi, preferiamo inviare loro un forte abbraccio ed un "arrivederci al più presto"!**

## Quote associative per l'anno 2001

Carissimi soci, entro il 28 febbraio 2001 attendiamo il rinnovo della quota associativa per il nuovo anno e, consapevoli del valore personale e sociale di questo atto, abbiamo operato una diversificazione per permettere a tutti, oltre che di partecipare ai gruppi di auto aiuto attualmente esistenti (e ovviamente di poterne formare dei nuovi), di esprimere un gesto di aiuto, di solidarietà, di impegno personale e, soprattutto, simbolico dell'assunzione attiva del proprio problema, quale primo passo di un percorso "in proprio" da compiere su di sé, insieme e con l'aiuto di tanti altri.  
(Il Direttivo)

### QUOTE ASSOCIATIVE 2001

Quota associativa\* e rinnovo annuale - SOCIO ORDINARIO anno 2001- L. 100.000 (ridotta per SOCIO disoccupato o studente a L. 50.000)

Quota associativa e rinnovo annuale- SOCIO SOSTENITORE (terapeuti, familiari, ecc.) - contributo libero a partire da L. 100.000.

\* Chi si iscrive per la prima volta in qualità di SOCIO ORDINARIO dopo il 30.06.2001, (restano esclusi da questa agevolazione pertanto i rinnovi annuali) verserà solo L. 50.000 annue (ridotta per SOCIO studente o disoccupato - L. 25.000) e solo per il corrente anno.

Quota associativa per residenti in zone attualmente prive di gruppi di auto aiuto e referenti Lidap L. 30.000.

La nostra newsletter sarà inviata, oltre che agli associati, anche a quanti invieranno un contributo di almeno L. 20.000.

### IMPORTANTE

Vi rammentiamo, inoltre, che la quota associativa alla Lidap, in quanto Onlus, è totalmente detraibile dalla dichiarazione dei redditi.

**Si ringrazia Pharmacia & Upjohn per il sostegno ai progetti ed alle ricerche della Lidap.**

**La sofferenza prepara l'anima alla visione.**  
(Martin Buber)

## Indirizzi di posta elettronica

Con l'intento di agevolare sempre più la comunicazione all'interno dell'Associazione pubblichiamo di seguito gli indirizzi di posta elettronica dei membri del Direttivo.

Per qualsiasi problema o necessità: **SCRIVETEICI!!**

Valentina	v.cultrera@libero.it
Alma	almachi@libero.it
Silvana	ajipfs@libero.it
Pietro	pietro.adorni@tiscalinet.it
Rita	rommen@tin.it
Sabina	sabmess@tin.it
Enrico	enrico.latini@tiscalinet.it
Marina	fedora1@inwind.it
Giuseppe	giulet@libero.it
Gabriella	gabriella.modelli@lucchesi.it
Maria Teresa	alessandro.gioanola@tin.it

Inoltre continuiamo la raccolta degli indirizzi e-mail dei Collaboratori Locali: chi non l'avesse ancora fatto segnali il proprio alla segreteria oppure a uno degli indirizzi sopra segnalati.

## ORARI E INDIRIZZI LIDAP ONLUS

SEGRETERIA NAZIONALE  
DI LA SPEZIA

GLI UFFICI SONO APERTI:

DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE  
8:00 ALLE 12:00

TEL. E FAX 0187/703685

E-MAIL: [lidap.@uol.it](mailto:lidap.@uol.it)

INDIRIZZO INTERNET

[www.lidap.org](http://www.lidap.org)

PER I PROBLEMI DEL LAVORO:  
DOTT. MARIO MEUCCI

E-MAIL: [mariomeucci@tin.it](mailto:mariomeucci@tin.it)  
oppure contattare la Sede

PER VERSAMENTI E SOTTOSCRIZIONI:  
C/C POSTALE 10494193 INTESTATO  
A LIDAP-ONLUS Via PIANDARANA, 4  
- 19122 LA SPEZIA (SP)

## LETTERA 2000

PERIODICO EDITO DALLA LIDAP ONLUS

REDAZIONE: c/o LIDAP ONLUS

VIA PIANDARANA, 4 LA SPEZIA

IMPAGINAZIONE E GRAFICA:

GIUSEPPE COSTA

STAMPA:

V&V PUBBLICITÀ PARMA

STAMPATO NEL DICEMBRE DEL 2000

## Babbo Natale ...

(segue da pagina 9)

te il peso della nave Queen Elizabeth II.

Sicuramente, 575.620 tonnellate che viaggiano alla velocità di 1040 Km/sec generano un'enorme resistenza. Questa resistenza riscalderà le renne allo stesso modo di una astronave che rientra nell'atmosfera. Il paio di renne di testa assorbirà 14,3 quintilioni di Joule per secondo. In breve si vaporizzerà quasi istantaneamente, esponendo il secondo paio di renne e creando assordanti onde d'urto (bang) soniche. L'intero team verrà vaporizzato entro 4,26 millesimi di secondo.

CONCLUSIONE : Babbo Natale c'era, ma ora è CREPATO!