

LEGA ITALIANA CONTRO I DISTURBI D'ANSIA, DI AGORAFOBIA E DA ATTACCHI DI PANICO

E il panico è fuggito

Una vita tormentata, un incontro fatale, un percorso alla ricerca di se stesso, la ritrovata voglia di vivere

Un uomo non comune. Questo sono io. Con una sensibilità estrema. Sensibile e vulnerabile. Con una mente acuta e pensieri veloci. Un'accelerazione mentale che mi porta a capire e ad anticipare gli altri, a terminare nella mia mente i loro discorsi mentre stanno ancora parlando. Ma anche a pensare troppo velocemente nella solitudine. A consumarmi di pensieri per un nonnulla.

Una vita tormentata dal nervosismo infantile, dal senso di scontentezza, fino ai disturbi ansiosi adolescenziali, e poi con la prova più intensa: il primo attacco di panico. Avevo 17 anni e mi stavo guardando allo specchio; ho provato una paura sconosciuta e terribile nel guardarmi. Si ripeterà ancora e poi ancora. Poi la strada è tutta in discesa e il dap diviene il vero protagonista della mia vita. Evito tutto quanto penso mi faccia star male.

A 18 anni ho perso l'autobus per il mio futuro. La mia scelta adolescenziale di scrivermi in medicina (passione mai esaurita) non può essere soddisfatta. La sede universitaria implica il soggiorno fuori casa, e per me è impensabile. Rifiuto un ottimo posto di lavoro fuori provincia perché ho paura a stare da solo. Nei momenti di panico notturno dormo nel letto con i miei genitori. Non credo di avere un futuro. Vado avanti così, a intermittenza. Sono seguito da uno specialista. I farmaci funzionano. Li combino all'evitamento di situazioni potenzialmente scatenanti. Evito molte cose, non mi sposto dalla mia casa, faccio quello che posso.

La vita va avanti, fra una terapia e l'altra. Alterno mesi di pausa e nuovi attacchi. A 32 anni mi sposo, un anno dopo ho la mia prima figlia, sei anni dopo la seconda. Incominciano attacchi di derealizzazione fortissimi. A questo punto preciso della mia vita incontro due donne, due medici. Una mi solleva chimicamente dai sintomi con pazienza e tanta tenerezza. L'altra mi mette

a contatto con una parte di me che sentivo soffrire, ma di cui non avevo coscienza. Due anni esatti è durato il percorso insieme a loro. È stata dura, ma piano piano ho ritrovato me stesso. Quel me stesso che conoscevo bene ma non sapevo più dove fosse. E il panico è fuggito. Come un vigliacco di fronte a un avversario temibile. Ciò che sono oggi: la simbiosi fra un bambino e un adulto, l'incontro di tante facce in un'unica persona: adesso non vorrei essere altro che ciò che sono. Sì, potrei cambiare, potrei cadere ancora, ma potrei rialzarmi e continuare il cammino. Ho una sola possibilità: questa mia vita; e non me la gioco a dadi con il panico. Non voglio vincere, ma solo vivere. E lo sto facendo.

EUGENIO DI TRAPANI

IL TEMA AFFRONTATO IN QUESTO NUMERO (**LA CURA**) HA RICHIESTO UNA TRATTAZIONE AMPIA E LA PIÙ ESAUSTIVA POSSIBILE. PER QUESTO ABBIAMO RITENUTO UTILE DEDICARE DUE NUMERI ALL'ARGOMENTO. CI VEDREMO AL NUMERO OTTOBRE/DICEMBRE!

SOMMARIO

n. 2-3 Aprile-Settembre 2008
Rivista trimestrale della Lidap onlus
Direttore Responsabile: Anna Maria Ferrari –
Aut. Trib. di Parma n. 18/2002 del 4/6/2002 –
Sped. in abb. postale D.L. 353/2003 (conv. In
L. n. 46 del 27/2/2004) art. 1, c. 2, DCB Parma

IN QUESTO NUMERO:	
LA NOSTRA LINEA EDITORIALE	3
DI GIUSEPPE COSTA	
LA STORIA DEL PANICO	5
DI MARIO TROIANO	
PSICOTERAPIE	6
DA PAGINA	
FARMACI SÌ... FARMACI NO	11
DI SILVANO DEDALO	
GENETICA	11
DA PAGINA	
TAVOLA ROTONDA	16
A CURA DI VALENTINA CULTRERA	
TERAPIE NATURALI	19
DA PAGINA	
ESPERIENZE	22
DA PAGINA	
GITA TERAPEUTICA	28
DA PAGINA	
COMITATO SCIENTIFICO	30
DI ANNA PAPPALARDO	

Oltre le terapie: la Cura è scegliere se stessi

Una scelta consapevole nei confronti della propria esistenza

ANNA PAPPALARDO

Tutto inizia da una decisione: la decisione di affrontare la situazione in modo sincero e diretto.

La cura è un percorso da intraprendere e va vissuto come tale, avendo ben chiaro che a contare è l'obiettivo e non il metodo per raggiungerlo. Voglio sottolineare questo perché spesso il rischio è che la terapia diventi fine a se stessa e crei, nella perso-

na, una paradossale forma di dipendenza. Il DAP si affronta e si supera in molti modi, lo sappiamo bene: non esiste una prescrizione infallibile da applicare sempre e comunque, le forme in cui gli attacchi di panico si presentano sono varie e certamente non standardizzabili, anche se hanno caratteristiche comuni. Ogni individuo vive la sua particolare esperienza che va quindi rispettata nella sua unicità.

segue a pagina 2

segue da pagina 1

Il primo passo è certamente la consapevolezza e la volontà di guardare in faccia il panico: sembra un pessimo gioco di parole, ma siamo consapevoli di quanto questo passaggio sia difficile e fondamentale insieme: è una situazione mista di chiusura dettata dalla paura e desiderio di aprirsi per condividere e **liberarsi** di un oscuro peso. **"Condividere"** è certamente una delle parole chiave e il **gruppo di auto aiuto** si rivela importante, talvolta decisivo: la persona interessata dal DAP si trova insieme ad altri individui che, come lui, stanno vivendo o hanno vissuto un'esperienza simile. È un contesto protetto, in cui sentirsi meno fragili e "giudicati", è la dimensione giusta che stimola l'apertura e lo "sfogo" salutare. Il gruppo di auto aiuto diventa uno strumento essenziale per diventare consapevoli di non essere soli e di essere colpiti da un disturbo comune a molti, che non è espressione della propria debolezza e fragilità. Un disturbo che nasconde le potenzialità della persona, non le distrugge.

Può essere un punto di partenza e contemporaneamente di arrivo, di certo non esiste un iter obbligato per la guarigione e neppure una tempistica da rispettare. Come leggerete in uno degli articoli in questo numero, non ci deve essere un'"ansia di guarigione" perché ciascuno ha diritto ad avere il suo ritmo e il suo percorso. Il concetto è importante: il DAP è sì espressione di un allarme che scatta a tradimento, ma è condizionato e condiziona il vissuto e le esperienze della persona, nasce come segnale che qualcosa è in disarmonia con l'equilibrio complessivo. Limitarsi a tornare come prima della comparsa degli attacchi di panico, seppure sembrerebbe già un traguardo importante, vuol dire perdere l'occasione di conoscersi meglio attraverso la lente della sofferenza che il DAP crea. L'attacco di panico è così un "disvelamento", un cono di luce per guardarsi meglio dentro, per capire e capirsi. Sì, il DAP diventa un'opportunità importante per conoscerci in modo sincero, gettando un'occhiata su angoli di noi poco noti. Sta a noi, allora, saperlo affrontare con questa consapevolezza, sicuri che con la guarigione ritroveremo un equilibrio più vero e consapevole.

Non è semplice ma, ve lo assicuro insieme a molti amici della Lidap, questo cammino porta a esiti sorprendenti.

La guarigione nasce anche da un atto di ribellione, di sfida, se vogliamo vederla così. Ho incontrato molte persone: nei loro racconti ho visto spesso come hanno

osato andare oltre il DAP, affrontando direttamente la situazione di potenziale "pericolo", ovviamente con il giusto supporto. La fuga o la passiva accettazione non conducono da nessuna parte se non in un circolo perverso perché, come già sottolineato, è la scelta di reagire, quell'alzarsi in piedi fisico e metaforico che conduce oltre l'attacco di panico, è l'atteggiamento indispensabile che va oltre ogni metodologia di cura adottata. Di più: è la chiave con cui riprendere in mano la propria vita. Dobbiamo esserne consapevoli.

Finora ho parlato del significato e dell'obiettivo, di come la terapia debba essere strumentale a questo sentiero. Negli articoli che proponiamo in questo numero andiamo a focalizzare alcuni punti importanti.

Giuseppe Ciardiello in **"Psicoterapia e/o psichiatria"** riflette sull'interrogativo "È meglio parlare del mio malessere con qualcuno o prendere un medicinale?". La risposta sta certamente in un approccio che riconosca la complessità della persona senza necessariamente implicare la necessità di operare una scelta tra farmaco e terapia della parola anzi, al contrario, favorendone l'integrazione.

"Farmaci sì, farmaci no" di Silvano Dedalo punta l'attenzione contro il "fai da te" dei medicinali, sottolineando al contrario un utilizzo intelligente e soprattutto accompagnato da un vero progetto di guarigione e cambiamento.

Giampaolo Perna in **"Non solo geni, ma anche geni"** affronta un tema davvero importante: il ruolo dei geni nei confronti del DAP. Semplificando: l'attacco di panico si trasmette di genitore in figlio? Una domanda che ovviamente ha un peso specifico non banale. Nell'articolo vengono portati numeri e statistiche, con una conclusione: esiste una predisposizione genetica al DAP ma, attenzione, predisposizione non significa presenza. Ad incidere, in maniera comunque pesante, sono anche le condizioni ambientali in cui la persona vive. Entrambi gli aspetti vanno tenuti allora in grande attenzione per sviluppare metodologie di guarigione sempre più ampie ed efficaci.

In **"Psicoterapie dei disturbi d'ansia"** Nicola Ghezzi invece analizza i tipi di intervento in situazione di ansia e di DAP: si può mirare "al contenimento e alla gestione del sintomo oppure al cambiamento dell'intera personalità". Nell'articolo vengono poi commentate le diverse tecniche riconducibili ai due filoni.

"Senza prima bussare" è il titolo del contributo di Maurizio Montanari e raccoglie

un'ampia riflessione sul panico, il suo significato per la persona e i modi per affrontarlo. Uno sguardo trasversale che non può che concludersi con invito alla multidisciplinarietà.

Anche Pietro Spagnolo in **"Alla riscoperta di se stessi"** ribadisce le possibilità offerte dal DAP per scoprire il proprio sé: l'importante, però, rimane l'atteggiamento equilibrato nei confronti della terapia, evitando di darsi tempi o scadenze.

La medicina e la psicologia quindi ci mettono di fronte a dibattiti estesi sulla soluzione migliore per superare il DAP: negli articoli analizzeremo alcuni interessanti punti di vista.

Un approccio farmacologico corretto, è importante per bloccare gli attacchi gli panico e poter quindi iniziare quel lavoro su se stessi che permetta di ritrovare la propria libertà ed autonomia superando la paura della paura. La pillola non è un rimedio sufficiente, ma è un punto di partenza importante.

Una serie di sedute di psicoterapia permette, in taluni casi, di affrontare le proprie paure ed i propri limiti (con la terapia cognitivo comportamentale) ed in altri una conoscenza maggiore del proprio io (con la terapia dinamica-analitica), ma anche qui non siamo di fronte ad un rimedio sufficiente.

La svolta per la persona colpita da DAP può avere forme e situazioni imprevedibili: quindi non sul come, perché l'approccio deve essere olistico e riguardare tanto il fisico quanto la mente.

Il concetto di **approccio integrato** passa proprio da qui. Una ragionata combinazione tra **psicoterapia e farmacoterapia** consente infatti di intervenire in modo completo, "lavorando" sia sulla qualità della vita (fortemente compromessa dai sintomi) attraverso i farmaci, sia su un processo di comprensione del disturbo e recupero dell'autonomia e della libertà grazie alla consulenza di uno psicoterapeuta. Il DAP viene affrontato così a 360 gradi e la persona partecipa attivamente alla sua guarigione, **non è più l'oggetto di una cura ma piuttosto la protagonista di un percorso.**

Dobbiamo esser chiari: la pillola e la psicoterapia sono viste come due soluzioni in chiave quasi contrapposta, una sorta di aut aut semplicemente assurdo.

Non siamo a un bivio dove, intrapresa la strada, non possiamo più tornare indietro e dobbiamo per forza continuare sempre e comunque.

E questo è uno dei luoghi comuni più dannosi. L'altro punto da ribadire è che cia-

La nostra linea editoriale

Alcuni nostri lettori, nonché soci Lidap, ci hanno fatto pervenire alcune valutazioni critiche sull'impostazione degli ultimi 2 numeri di Pan (quelli della nuova serie, per intenderci). Viene rilevato un eccessivo spazio assegnato agli articoli dei consulenti e dei ricercatori Lidap rispetto a quelli dei soci che in passato, invece, avrebbero avuto più spazio. Intanto diciamo subito che le osservazioni, ancorché critiche, ci fanno sempre piacere sia perché denotano interessamento al nostro impegno sia perché ci permettono di migliorare il prodotto del nostro lavoro. Nello specifico, tali osservazioni ci danno la possibilità di illustrare il modo in cui costruiamo il giornale e quale linea editoriale ci orienta.

Nel numero 3/4 del dicembre 2007, presentando la nuova serie di Pan, avevamo scritto che "non abbiamo mai negato, scientemente, la pubblicazione di un articolo o una lettera che ci perveniva dai Soci o dai Lettori"! Questo impegno rimane nella misura in cui, però, Soci e Lettori ci inviano i loro contributi e questo flusso, dobbiamo dire, non sempre è costante. Sia la redazione che il Direttivo Lidap svolgono una costante azione di sollecito nei riguardi del corpo associativo affinché il flusso di contributi dalla "base" sia continuo ma non sempre tale azione ottiene i risultati auspicati. Questa è una delle ragioni per cui in alcuni numeri di Pan possono prevalere in quantità i contributi dei consulenti e ricercatori Lidap. Quindi colgo questa occasione per sollecitare ancora tutti coloro che ci leggono e che vogliono far conoscere le loro storie di inviarmi i loro articoli o semplici osservazioni, anche critiche, perché questo rappresenta uno dei due pilastri del nostro periodico. Abbiamo detto che il contributo dei Soci è un "pilastro" di Pan e in questa proposizione prende corpo uno dei compiti statutari della Lidap, cioè quello della condivisione e della solidarietà; pensiamo infatti che raccontare la propria esperienza sia un modo non solo di condividere un proprio particolare cammino di vita, ma anche quello di dare e ricevere solidarietà! Qualcuno si è spinto a

dire che Pan potrebbe essere come un grande gruppo di auto-mutuo aiuto che abbraccia tutti i Soci della Lidap... Naturalmente questo non è vero e non sarebbe comunque possibile, oltre che fuorviante, rispetto alle autentiche dinamiche dei nostri gruppi ma è innegabile il conforto che può dare il sentimento di partecipazione collettiva che si prova raccontando o leggendo del disagio o del successo nell'affrontare un'esperienza di vita così particolare e complessa come è quella del disturbo da attacchi di panico.

Ma Pan non può esaurire il suo ruolo in questo modo. Nell'articolo sopra citato si diceva anche che "fin dalla sua nascita, nel 1991, la Lidap ha inserito nei propri statuti la missione di fornire al più vasto pubblico possibile un'informazione corretta sulle problematiche legate al Dap" e questo spiega perché nella nostra rivista diamo spazio ai contributi dei collaboratori scientifici della Lidap o dei professionisti delle scienze o delle culture che in qualche modo riguardano le nostre problematiche. Con la nuova serie di Pan queste collaborazioni sono state sistematizzate e meglio strutturate e questo ha dato più peso al loro apporto piuttosto che la loro quantità rispetto a prima (credo che sia questo che ha prodotto una diversa percezione dei contributi professionali che alcuni nostri lettori hanno lamentato!). È vero, a volte sono articoli ostici a una facile lettura ma, indipendentemente dalla singole capacità espositive, la materia che trattano, e che ci riguarda, è spesso difficile come è "difficile" e "complesso" il nostro problema! È un percorso, però, a cui non possiamo rinunciare sia per compiti statutari sia per buon senso: che giornale sarebbe il nostro se si riducesse a registrare solo le esperienze dei Soci senza gettare lo sguardo oltre il sintomo? Sarebbe come quei gruppi che non riescono a superare la fase iniziale in cui si è incentrati nel racconto dei sintomi e nelle illustrazioni delle peculiarità di ogni farmaco; fase quasi d'obbligo, direi, finalizzata certamente ad assaporare

segue a pagina 26

▶ alcuna opzione ha i suoi pro e i suoi contro, da tenere in debita considerazione.

L'affidarsi al farmaco passivamente come se agisse magicamente è un errore allo stesso modo che impegnarsi in un programma psicoterapeutico che non abbia chiari gli obiettivi ed i tempi con rischio di durare anni senza arrivare ad una soluzione.

La persona colpita da DAP non deve attaccarsi al medicinale come a un amuleto da portare con sé per tutta la vita e neppure deve fare della psicoterapia l'ancora necessaria al suo equilibrio.

L'esito è purtroppo evidente: sostituiamo una dipendenza con un'altra, senza capirne le origini. E questa non è guarigione, è un trascinarsi avanti, rinunciando alla possibilità di comprendere se stessi e tornare liberi ed autonomi.

Utilizziamo allora questi due "strumenti" guidati da un medico e da uno psicoterapeuta in modo lucido, al momento giu-

sto e all'interno di un vero percorso verso il superamento del DAP.

Il **gruppo di auto-mutuo aiuto** si inserisce come cornice ulteriore. Le esperienze condivise vengono catalizzate da un **facilitatore** che **non può e non deve** esprimere giudizi sulle modalità di trattamento (è meglio il farmaco o è meglio la psicoterapia, o peggio, il farmaco fa male o la psicoterapia è inutile!), senza la necessità di essere guidate da un conduttore professionista, per non intaccare l'immediatezza della situazione e per permettere ad ogni partecipante di diventare auto consapevole delle mille sfaccettature del DAP e del fatto di non essere solo.

Nel gruppo, nessuno è superiore o inferiore all'altro perché è la dimensione di equilibrio che stimola il desiderio di esprimersi e condividere. Lo **scambio** tra "**pari**" diventa la chiave di volta per aprirsi in modo vero, in modo totale. Il **gruppo di auto-mutuo**

aiuto si è ripetutamente dimostrato **come snodo decisivo**, per varie ragioni ma in primo luogo, probabilmente, perché guarda con intensità e con priorità all'individuo.

Non fissiamoci, allora, su posizioni e preconcetti, teniamo in primo piano la persona e la sua dimensione. Non dimentichiamoci che lottiamo contro un disturbo che colpisce uno dei diritti fondamentali di ogni individuo: **la libertà**. Ed è proprio per la serietà di questo disturbo che dobbiamo ancorarci fortemente su ciò che la scienza dimostra come punto di partenza imprescindibile. Ogni operatore che voglia aiutarci, psichiatra, neurologo o psicoterapeuta che sia, deve responsabilmente offrirci soluzioni validate da studi scientifici o altrimenti avere l'onestà intellettuale di non spacciare la sua opinione lasciando a noi l'opportunità di una scelta informata.

È qui che il cammino inizia!

ANNA PAPPALARDO

LA CURA INTESA COME ASCOLTO

DI VALENTINA CULTRERA

È una parola piccola, la parola "cura", che a noi arriva direttamente dal latino, da quel *cura-ae* che per lo più traduciamo con "preoccupazione, affanno, inquietudine".

Frugando il vocabolario della lingua italiana, si distinguono però due principali aree di significato del termine "cura": la prima è quella di "impegno, dedizione, interesse, attenzione, ecc."; la seconda è quella di "terapia, medicina, ecc."

Mi viene in mente la scuola elementare, la maestra che detta, come compito, qualcosa del genere: "Scrivete cinque frasi con la parola **cura**". *La mamma cura i propri figli, il medico cura i malati, il papà cura la sua collezione di medaglie, il bimbo ordina con cura i suoi soldatini, la nonna mi ricorda di aver sempre cura di me.*

Queste erano più o meno le frasi che scrivevo io, in fretta, per chiudere con i compiti il prima possibile. E la frase della nonna è quella che, oggi, mi invita a riflettere e a fare due bilanci.

Pensando al disagio psicologico, ai sintomi spesso drammatici con cui esso si manifesta, alle tante storie che si dipanano nei nostri gruppi, penso che per me sia sempre più facile fornire informazioni sulle possibilità di cura, intesa come ventaglio di terapie, che contribuire a una riflessione proficua sulla necessità di prendersi cura di sé.

Eppure, in ogni gruppo di auto-aiuto in cui mi trovo, esaurito lo scambio di notizie sulle diverse terapie in atto (farmacoterapia, psicoterapia, ecc.), finisco sempre per veder le persone intraprendere la strada del benessere individuale quando esse, dopo mesi o anni di sofferenza, tentano e, con fatica, riescono a fare una cosa piacevole, che dà loro gioia, che gratifica bisogni personali sopiti. "Sono riuscita a stare dieci minuti a guardare una vetrina", "Ho fatto una passeggiata in riva al mare", "Ho accettato di provare quel lavoro a cui tenevo tanto", "Ho detto a mio marito che non avevo voglia di andare a trovare sua madre".

Si accende una luce, si comincia a guardare il sintomo con occhi

diversi, proprio quel sintomo che per molto tempo è stato ascoltato e nutrito, intorno al quale abbiamo fatto ruotare le nostre scelte e le decisioni anche più delicate, di cui si sono impregnate tutte le nostre relazioni personali.

Si accende una luce e cominciamo ad ascoltare altri bisogni. E a uno, finalmente, proviamo a dare consistenza, realtà, vita, riuscendo così a riprenderci un piccolo pezzo della nostra vita.

Cos'è, allora, che accomuna la cura, intesa come terapia, alla cura, intesa invece come attenzione e dedizione?

Nella mia esperienza personale e nel mio lavoro con i gruppi ai auto-aiuto ho sperimentato che alla base di ogni cura deve esserci l'ascolto. Curare un paziente è, prima di tutto, ascoltarlo con attenzione, ascoltare le sue parole, i suoi gesti, i segnali del suo corpo, le risposte di quel corpo a qualunque intervento terapeutico esso venga sottoposto. Prendersi cura di sé e degli altri è, prima di tutto ascoltare, in silenzio, di che cosa c'è richiesta e, prima ancora, banalmente, se ci sono richieste di cura.

Prendersi cura di sé è sentire le proprie emozioni, decidere di esprimerle o di lasciarle vivere nell'intimo, ma di esse essere consapevoli; è cogliere l'emozione della persona di fronte a noi, ma non essere mai sicuri di averla colta, fino a che essa non ce ne dia conferma; è accettare di non aver voglia o possibilità o risorse per prendersi cura di qualcuno; è sapere a che cosa stiamo rinunciando quando ci prendiamo cura di noi e a che cosa rinunceremo, probabilmente, se accetteremo di prenderci cura degli altri. È sapere a che cosa non potremmo mai rinunciare, per nessuno. È saper dire di no, senza sentirci delusi di noi stessi e senza sentirci degni di essere abbandonati da tutti. È cogliere che la cura di sé è legata a filo doppio alla cura degli altri, e che senza un buon ascolto di sé, sarà difficile dar spazio alla voce, diversa dalla nostra, di colui che ci ha chiesto aiuto.

È, quindi, ascoltare in silenzio. Pochi hanno il dono di riuscirci in modo spontaneo. I più, all'ascolto vero, debbono arrivare lavorando duramente e... con cura.

RECENSIONI

Puoi anche dire no!

L'ASSERTIVITÀ AL FEMMINILE

BAUER-BAGNATO-VENTURA, ED. BALDINI&CASTOLDI

Riuscire a dire, in modo chiaro e diretto, ciò che sentiamo e ciò che pensiamo, nel pieno rispetto di noi stessi e degli altri: in sintesi questa è l'assertività, una capacità che ogni individuo possiede alla nascita, e che perde, strada facendo, per imitazione di un mondo adulto che difficilmente riesce a mantenere questa dote integra.

Crescendo, si impara sciocamente che, per mantenere integre le relazioni più significative e importanti, non "sta bene" dire ciò che si sente, almeno non sempre. E per essere

educati, bene educati, si finisce per alienarsi e per impoverire le relazioni interpersonali.

Ma è possibile salvare capre e cavoli? È possibile riscoprire il piacere di essere coerenti con ciò che si prova, senza mancare di rispetto a un'altra persona?

Le autrici del libro ci spiegano in modo semplice, ricco di esempi concreti e di storie in cui è facile riconoscersi, che cos'è l'assertività, quali vantaggi offre alle relazioni tra le persone, come fare per farla propria.

VALENTINA CULTRERA



PSICHIATRIA COME MEDICINA DELL'ANIMA

MARCO BERTALI, MACRO EDIZIONI, 2006

Quest'opera tratta la salute psichica con un approccio di tipo olistico, che prende in considerazione anche la natura spirituale dell'essere umano. La psichiatria infatti dovrebbe

essere intesa sempre meno come mera somministrazione di farmaci e sempre più come cura profonda dell'Anima. La maggior parte delle problematiche per le quali viene fatta una diagnosi psichiatrica sono in realtà sofferenze psichiche, segnali che la nostra Anima ci lancia

per richiamare l'attenzione sui nodi non sciolti della nostra vita.

Psichiatria come Medicina dell'Anima è anche una denuncia durissima dell'uso sconsiderato degli psicofarmaci (meglio definibili con il neologismo di cerebrofarmaci) soprattutto per quei disagi psichiatrici meno gravi (stati depressivi, stati d'ansia, crisi di panico, fobie, disturbi ossessivi, disturbi psicosomatici) che possono essere invece curati con un approccio psicoterapeutico, o più in generale relazionale, e con l'utilizzo di tecniche introspettive e di modifica psico-fisiologica ed energetica (meditazione, yoga, training autogeno, reiki, pranichealing, rioaperto, ecc.).

È qui racchiusa la preziosa testimonianza di uno psichiatra che opera sul campo da più di vent'anni, e ha sperimentato con successo soluzioni "dolci" per moltissimi problemi psicologici, solitamente insabbiati sotto la coltre soffocante di farmaci più o meno potenti, che vengono ancora, nonostante gli effetti collaterali che arrecano, prescritti abbondantemente dietro forti pressioni delle industrie farmaceutiche. Un'accusa autorevole, dunque, contro le indu-

segue a pagina 26

L DAP È LA MANIFESTAZIONE DI PROFONDI STATI DI ANSIA, angoscia esistenziale: la paura di vivere.

Sembra strano pensare che già nel IV secolo l'uomo potesse soffrire di attacchi di panico, ma gli scritti dell'illustre medico greco, Ippocrate, ci danno notizie che vanno proprio in questa direzione. L'attacco di panico non è, dunque, un disturbo di recente generazione.

Ippocrate (460-370 a.C.), infatti, il fondatore della medicina scientifica, parlò di isteria, descrivendone sintomi specifici che noi oggi consideriamo riconducibili agli attacchi di panico. Dopo di lui Galeno (200-130 a.C.), il padre della fitoterapia, individuò le cause della cosiddetta isteria nel disequilibrio dello stato degli umori, che identificava in bile gialla, bile nera, sangue e flegma. Intorno al I secolo dopo Cristo il medico greco Areteo di Cappadocia narrò la storia di un carpentiere saggio e dalle grandi capacità che, al momento di scendere al foro, alle terme o in qualsiasi altro luogo pubblico, cominciava a sospirare e riusciva a tornare in sé solo una volta rientrato nel luogo di lavoro. Oggi l'agorafobia è una paura riconosciuta e studiata dalla psicologia. Con un salto lungo più di 2 millenni approdiamo al pensiero di Boissier De Sauvage (1700) che utilizzò il termine «vertigine isterica» per descrivere una sintomatologia da ricondurre all'attacco di panico.

Culen, mezzo secolo più tardi, coniò il termine «nevrosi funzionale», mentre Morel (1866) descrisse i sintomi caratteristici di una «nevrosi vegetativa».

Krishaber, tra il 1872 e il 1873, descrisse con il termine «neuropatia cerebo-cardiaca» una patologia che presenta caratteristiche simili a quelle degli attacchi di panico. Nello stesso periodo il medico militare De Costa battezzò una nuova corrente di ricerca sulle conseguenze che lo stato d'angoscia può avere sul funzionamento del cuore rendendolo più fragile.

Anche Sigmund Freud (1856-1939), il neurologo e medico austriaco che offrì al mondo l'incredibile scoperta dell'inconscio, impiegò le sue energie per studiare i disturbi dell'ansia dando loro un nuovo nome, «nevrosi d'angoscia», e individuandone due forme in relazione alla quantità minore o maggiore di ansia. La prima, spiegò Freud, si manifesta in un diffuso senso di paura e di inquietudine che nasce da un pensiero rimosso, curabile attraverso l'intervento psicoterapeutico. La seconda forma, nella quale predomina l'aspetto biologico, è accompagnata da aumento dei ritmi respiratori e cardiaci, sudorazione, diarrea e terrore.

Passarono anni di silenzio sull'argomento fino a quando Donald Klein, negli anni sessanta, riaccese i riflettori sui disturbi d'ansia dimostrando che gli attacchi di panico hanno caratteristiche biologiche, epidemiologiche e cliniche specifiche. Solo nel 1980, nella terza edizione del DSM 1980 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manuale diagnostico statistico per i disturbi mentali) venne ufficialmente stabilito che gli attacchi di panico sono una forma assolutamente specifica di disturbo d'ansia e come tali richiedono un approccio terapeutico specifico.

COS'È L'ATTACCO DI PANICO?

Il panico è un problema strettamente collegato alla regolazione e al contenimento delle proprie emozioni. Le sue radici profonde hanno a che fare con zone grigie di depressione e di dolore nasco-

STRESS, DEPRESSIONE CHE NASCONDONO SEMPRE UN'UNICA ste silenziosamente nella nostra vita fino a quando, un bel giorno, inaspettatamente, emergono con prepotenza nella nostra vita.

Chi soffre di questo disturbo è una persona che si cimenta nella folle impresa di tenere lontano dalla propria vita le emozioni: ne ha paura, perché percepisce la inevitabile difficoltà di controllarle, di tenerle a bada e quindi sceglie per loro la via dell'«emarginazione». Sappiamo, però, che le emozioni sono parte integrante e ineliminabile del tessuto stesso dell'esistenza e che l'impresa condotta nel tentativo di mandarle in esilio in qualche isola sperduta della nostra coscienza, di metterle al bando, è impossibile e genera un profondo conflitto interiore che prima o poi esploderà. È come se ogni giorno spingessimo nel profondo, dentro di noi, una certa quantità di emozioni fino a quando le loro vibrazioni, se pure compresse, sono talmente intense e strette l'una sull'altra da cercare una via di fuga, una strada verso la libertà e, in qualche modo, verso il loro riconoscimento da parte nostra: l'attacco di panico, infatti, si manifesta proprio in un'eruzione incontrollabile di emozioni spiacevoli sia per la nostra psiche che per il nostro corpo.

Perché si possa parlare di DAP (Disturbo da Attacco di Panico) gli attacchi si devono verificare con una certa frequenza nel

tempo: almeno quattro in un mese. Molto spesso, però, è possibile che si verifichi un solo attacco di panico seguito dalla persistente angoscia che la sconvolgente esperienza possa ripetersi. La cosiddetta «sindrome del bambino scottato».

DAP: DALLA ANTICHITÀ A OGGI

DI MARIO TROIANO
PSICOLOGO E PSICOTERAPEUTA

LA PAURA/NEVROSI D'ANGOSCIA

Fobo (dal greco, paura) era figlio di Afrodite, la dea dell'amore, e di Marte, il dio della guerra. È bizzarro pensare che la paura sia nata (nella mitologia, si intende) dall'incontro tra amore e conflitto? In fondo, a pensarci bene non sembra così innaturale. In entrambi i casi, in amore come in guerra, esiste la paura. È una

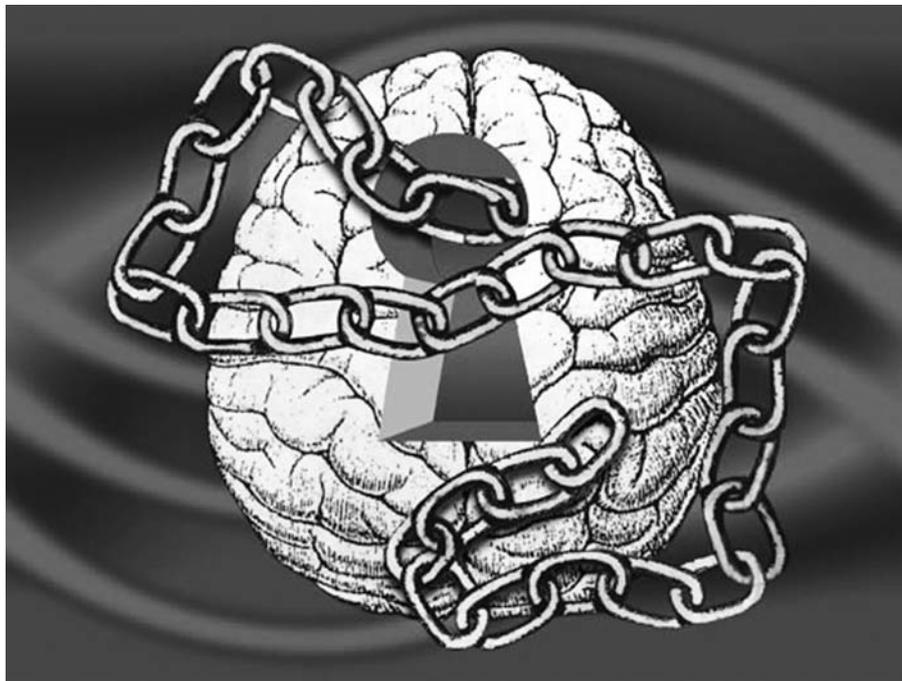
delle emozioni più ancestrali. Secondo Epicuro, filosofo greco del III secolo avanti Cristo, lo scopo della filosofia era proprio quello di liberare l'uomo da quelle «malattie» dell'anima che impediscono il raggiungimento della felicità: la paura degli dei, la paura della morte.

La regina delle paure è l'*angoscia d'abbandono*, detta anche *nevrosi d'angoscia*: un'emozione che la vita ci offre in dotazione fin dalla nascita e che ci accompagna, se pur in forma latente, per sempre.

Il «cucciolo» d'uomo per diventare «autonomo» sotto l'aspetto del nutrimento e della ricerca del cibo impiega almeno 6 anni di vita; ne consegue che tutto il suo sviluppo psichico in quel tratto di esistenza è condizionato. Per vivere dipende dagli altri, in particolare dalla mamma. Per questa ragione il bambino, crescendo, assocerà il bene della madre nei suoi confronti alla propria sopravvivenza e vivrà con la paura profonda, sempre in agguato, di essere abbandonato. Questo spiega perché, anche in età adulta, quando ci manca l'amore e l'affetto abbiamo la sensazione di non poter vivere e sopravvivere, come se ci mancasse la protezione, l'accudimento, il cibo stesso. In altre parole, per la nostra psiche, per il nostro Sé, l'amore, la sicurezza e il cibo sono tutt'uno: quando perdiamo l'uno abbiamo la sensazione di perdere anche l'altro e siamo assaliti dal dolore e dall'angoscia. Se, però,

Alla riscoperta di se stessi

Il Disturbo di Panico riceve quotidianamente molta attenzione da parte dei media. Numerose e a volte controverse e confuse sono però le notizie sui trattamenti e sulla loro durata. Non c'è da sorprendersi: il Disturbo di Panico è molto diffuso, è fortemente invalidante, e soprattutto, è curabile. Quindi è comprensibile che desti molto interesse.



continua da pagina 5

da una parte esiste la paura d'abbandono – come elemento fondamentale della crescita psichica dell'individuo, della sua vita emozionale – dall'altra, fortunatamente, a farle da contraltare, esiste un'altra pulsione altrettanto inevitabile e costitutiva per lo sviluppo equilibrato della persona, che affiora in età più adulta: è l'istinto verso l'esplorazione e l'autonomia. Se non siamo in grado di diventare autonomi, infatti, saremo sempre persone incapaci di instaurare relazioni significative con gli altri. I due binari – ricerca di protezione da una parte e capacità di esplorazione verso l'ambiente circostante dall'altra – devono sempre vivere in armonia nella vita psichica e nel Sé di ogni individuo, pena l'insorgere di gravi problemi psicologici. La teoria dell'attaccamento di John Bowlby spiega molto bene l'importanza del bisogno di sicurezza e protezione come bisogno che dura tutta la vita, e l'angoscia di separazione e di abbandono come conseguenza e risposta alla perdita di questa relazione.

(Articolo tratto dal libro di Mario Troiano, *Guarire dagli attacchi di panico*, Magi Edizioni Scientifiche, 2005)

MARIO TROIANO, psicologo e psicoterapeuta, presidente dell'A.F.I. (Associazione Famiglie Italiane), direttore e vice presidente dell'I.E.I.P.E. (Istituto Europeo Internazionale di Psicologia dell'Emergenza), consulente tecnico del Tribunale Civile di Roma. Svolge attività clinica e di consulenza sui problemi della famiglia e della persona.

Nel corso degli ultimi dieci-quindici anni si sono accumulate ormai numerose prove che le terapie basate sui principi cognitivi e comportamentali sono ben efficaci nel ridurre i sintomi e l'evitamento sino alla loro scomparsa in un'alta percentuale di persone. Le più autorevoli linee guida internazionali individuano nella terapia cognitivo-comportamentale il trattamento di eccellenza per superare il disturbo e sono allo studio promettenti interventi integrativi che migliorano ulteriormente i tempi e la diffusione della efficacia.

Purtroppo, però, proprio la risposta positiva del disturbo a vari trattamenti pragmatici e focalizzati sull'esposizione e sulla desensibilizzazione favorisce la tentazione di proclamare speciali abilità curative da parte di questo o quel centro o specialista.

Non è infrequente imbattersi in promesse di spettacolari guarigioni in poche sedute. Certo, può accadere anche questo. Le terapie moderne sono molto efficaci, e il cambiamento di atteggiamento verso i sintomi da parte di chi soffre del disturbo può essere anche repentino ed è un elemento cruciale del lavoro psicoterapeutico.

A volte accade che persino dopo un solo incontro "illuminante" si possa riprendere il controllo della propria vita e si apprenda a non fidarsi delle proprie idee distorte sugli effetti dell'ansia (la paura di perdere il controllo, di morire, di impazzire).

Tuttavia, generalmente è necessario un certo tempo – alcuni mesi – per "apprendere" a non temere il proprio corpo e le proprie emozioni. Nella stragrande maggioranza dei casi è necessario un comprensibile periodo di progressivo allenamento prima di sentire la propria ansia come non pericolosa e dunque prima di sentirsi pronti ad affrontare situazioni e circostanze temute.

Per questa ragione i trattamenti che promettono troppo in troppo poco tempo finiscono per innescare un'ansia da prestazione ("se non ci riesco sono io che non sono capace", "non ce la farò mai a superare il mio problema", etc.) che naturalmente non fa che aggiungere all'ansia ulteriore ansia e dunque allungare paradossalmente i tempi di risposta al trattamento o addirittura fa interrompere precocemente il trattamento con aggiuntivi sentimenti di frustrazione.

Il mio consiglio è di iniziare un trattamento adeguato, ma senza "ansia" di risultati, concedendosi il tempo necessario per acquisire gli strumenti e l'esperienza necessaria per fare a meno del repertorio di evitamenti e circoli viziosi.

Curare il Disturbo di Panico non è una lotta contro dei sintomi, ma una preziosa opportunità di riscoperta del proprio corpo, delle proprie emozioni e di riorganizzazione delle proprie priorità e dei propri progetti di vita.

PIETRO SPAGNULO

Direttore del Centro Ricerche per i Disturbi d'Ansia

OGNI TANTO “RICICCIA” QUESTA PREOCCUPAZIONE. È MEGLIO UNA PSICOTERAPIA O ANDARE DA UNO PSICHIATRA? È meglio parlare del mio malessere con qualcuno o prendere un medicinale? In quale modo posso meglio risolvere il problema? Come faccio prima? In quale modo risparmiare? Anche gli operatori della psiche sentono la pressione di queste domande; pressione che a volte li inducono a correre un rischio. Corriamo questo rischio anche quando ci avventuriamo nel mondo della cura del panico e questo rischio si riflette sulle persone che di questo disturbo soffrono.

Il rischio consiste nei vari deliri di onnipotenza attraverso i quali non è facile districarsi sia per i medici, psichiatri e psicoterapeuti che, più o meno esplicitamente, nei loro messaggi e analisi diagnostiche, presentano come risolutivi alcuni interventi piuttosto che altri. A volte sembra che veramente il nostro corpo venga ridotto e trattato alla stregua di un supermercato in cui le persone entrano già sapendo cosa cercare, con quali caratteristiche; i nostri organi e sistemi sono guardati e visti a volte da un biologo, altre da uno psichiatra, poi da un medico, e ognuno di essi, essendo e sentendosi lo specialista di turno, esprime un parere che il più delle volte non tiene conto di quello degli altri.

Eppure il nostro organismo è un “insieme” di parti stupendamente interconnesse. E quando diciamo “un insieme di parti in interazione” intendiamo dire che ogni parte funziona come funziona anche perché è in sintonia con le altre parti ed è proprio la loro reciproca collaborazione a definirne le funzioni nei loro limiti e nella loro modalità.

Volendo semplificare stiamo dicendo che vediamo nel modo in cui vediamo anche perché i nostri occhi sono posti sotto la fronte, e portano i loro messaggi grazie ai neuroni e ad altri sistemi che funzionano per mezzo della neurochimica che dipende anche dalla funzionalità neuroormonale che a sua volta condiziona la presenza e la concentrazione dei neurotrasmettitori ecc.

Nel nostro organismo tutto è collegato. Tornando alla metafora del supermercato, gli organi del nostro corpo sono la merce nel suo dettaglio; poi, nel supermercato, ci sono i ripiani, i reparti, i settori merceologici, e tutti questi vari elementi lo compongono nel suo complesso come nel nostro organismo contribuiscono i sistemi, dai semplici ai complessi, dai sistemi cellulari a quello respiratorio, circolatorio, nervoso ecc. Pur essendo vero che ognuno può trovare quello che cerca, a seconda dei suoi bisogni (alimentari o di ricerca), arrivando anche a scomporre nel dettaglio ogni singolo elemento fino a farlo diventare un atomo o cellula, è anche vero che il livello funzionale e la categoria cui appartiene il supermercato non potrà mai essere ridotto al singolo elemento che contiene né può essere da esso dedotto.

Il supermercato sarà sempre più ampio, più complesso del singolo elemento che, anche scomposto, non potrà mai dare il resoconto né potrà rendere conto delle funzioni di tutto il supermercato.

Le funzioni del supermercato (servire una fetta di popolazione nei suoi bisogni alimentari ed altro; stabilire rapporti di lavoro con alcuni e diversi tipi di categorie di persone ecc.) saranno sempre più della somma dei singoli componenti di questa struttura. Queste funzioni non sono quindi riconducibili alla somma degli articoli alimentari che, appartenendo a categorie con qualità diverse, non possono essere ad esse paragonati. Ma neanche le funzioni dei singoli prodotti (per esempio la capacità di detergere del sapone

o la capacità nutritiva del pane) messe insieme potranno mai dare il complesso delle funzioni del supermercato che saranno sempre “maggiori della somma delle parti” che lo compongono.

Beh! Che lo vogliamo o no, è così anche per il nostro organismo. Abbiamo un corpo con tanti sistemi e organi che sono studiati e guardati con tagli e punti di vista specifici e diversi. Ma quando diciamo, come poco sopra, “*abbiamo un corpo*”, a dirlo è una parte di me, di noi, che non è localizzabile in nessuna parte del mio corpo perché è il frutto del funzionamento dell’organismo complessivo. L’organismo che “*sono*”, solo nell’interazione con un altro simile a me, e nella condivisione di uno spazio comune, produce quella parte di me capace di dire “*Io*” distinguendolo/si dal “*Tu*”; quella stessa parte capace di riflessione e di guardare anche all’organismo come fosse un oggetto e che mi spinge a questa riflessione. Quella parte che può guardare il supermercato o il vasetto di marmellata. Quindi, quando siamo ansiosi o depressi o spaventati, è normale che ci siano scompensi anche negli organi e nei sistemi del nostro organismo. E il desiderio di trovarli sarà condizionato solo dal metodo di ricerca e dagli strumenti impiegati. Ma il problema non è lo stato e il funzionamen-

to di questi organi o sistemi, bensì l’ansia o la depressione o la paura di quell’*Io* che vive questi stati emotivi; cioè di colui o colei che, chiamando per nome questi stati, li interpreta come manifestazione di tutto il complesso dell’organismo che siamo. E il complesso dell’organismo che siamo è sempre un dato relazionale.

Da questo punto di vista sarò “*Io*”, l’organismo che sono complessivamente, a definire quelle sensazioni in un modo o nell’altro in relazione alla mia esperienza storica ed evolutiva. Non c’è né ci potrà mai essere una validazione oggettiva della fenomenologia che ci contraddistingue ed è per questo che, quando stiamo male, o

anche sentiamo solo del disagio, la prima cosa che dobbiamo chiederci è che cosa vogliamo curare o che cosa sentiamo veramente che non va come vorremmo che andasse. Se decidiamo per l’organismo nel suo complesso, allora la cura e la riabilitazione di un singolo organo o sistema non può essere la soluzione definitiva, ma deve essere solo un momento di uno spazio e un tempo più ampio in cui si preveda anche un altro tipo di intervento.

Intendo dire che secondo il mio punto di vista nel DAP la cura d’elezione è la psicoterapia e gli interventi psichiatrico e di riabilitazione comportamentale, quando e se necessari, dovrebbero essere mirati solo alla mitigazione dei sintomi in modo da contribuire a renderla possibile. Il DAP è una sindrome (insieme di sintomi); spesso, se non sempre, è la parte emergente espressiva di un disturbo relazionale antico e profondo e quello relazionale è un disturbo che solo per il tramite di una relazione si può pensare di risolvere. La relazione terapeutica è l’unico tipo di relazione che, effettuandosi in uno spazio protetto e basandosi su un rapporto di fiducia, può proporsi di toccare temi che fanno, e con fatica, capolino da questi sintomi. Temi che, presi in carico, possono condurre alla soluzione del problema della fiducia, dell’abbandono, del dolore, della tensione, della tenacia, dell’amore, della rabbia...

Temi che non sono localizzabili in un organo del nostro corpo ma sono espressi come funzioni complessive ed emergenti dal supermercato che siamo.

PSICOTERAPIA E/O PSICHIATRIA

DI GIUSEPPE CIARDIELLO

L'INTERVENTO TERAPEUTICO IN SITUAZIONE DI ANSIA E DI ATTACCO DI PANICO PUÒ MIRARE AL CONTENIMENTO E ALLA gestione del sintomo oppure al cambiamento dell'intera personalità. Il primo tipo di intervento è sintomatico e produce miglioramenti transitori e ad esso fanno capo (fra altri) l'intervento farmacologico, psicosomatico, sistemico-relazionale, cognitivista. Il secondo è strutturale e produce cambiamenti stabili, ossia la guarigione e comprende (fra altri) l'indirizzo psicoanalitico, psicodialettico, esistenziale.

Vediamo l'**intervento farmacologico**. Poiché la ricerca scientifica ha sinora escluso la presenza di fattori di natura genetica (non li ha dimostrati), e poiché l'osservazione tecnica mostra, nei momenti di crisi, la presenza di tempeste neuroendocrine in atto, il farmaco dovrebbe avere lo scopo di ridurre la disfunzione, di probabile derivazione psicologica. In questo contesto, fare una diagnosi (indimostrata) di malattia genetica spingerebbe chi la subisce in una condizione di terrore e di passivo affidamento al mezzo tecnico. Per contro, un utilizzo sano dello psicofarmaco rende possibile la sua integrazione l'intervento umano: mutuo aiuto, psicoterapia, counseling.

Le tecniche di autogestione psicosomatica, abbastanza complesse, sono poco adatte alla crisi in atto perché necessitano di un tempo e un luogo determinati per essere attivate. Alcuni esercizi (p. es. Training autogeno) sono utili ad alleviare la tensione, ma sono privi di potenzialità terapeutiche risolutive. In altri casi, come nelle discipline meditative (che vanno dallo yoga al tai chi fino alla moderna sofrologia) la presa di coscienza della realtà corporea è più profonda e i benefici riverberano a livello della struttura dell'io. Infine, nella psicoterapia bioenergetica le tecniche espressive si integrano con l'analisi della struttura profonda della personalità. Quando la ricognizione corporea si affianca a una psicoterapia della struttura della personalità può avere effetti risolutivi.

La **psicoterapia cognitivo-comportamentale** si limita a osservare i comportamenti visibili e, risalendo ai pensieri che li hanno prodotti, li cancella sostituendoli con altri mediante tecniche di suggestione e persuasione. Più che di una psicoterapia in senso proprio si tratta di una tecnica di rieducazione dei processi di volizione (la volontà che guida i comportamenti). In rapporto all'ansia, il terapeuta individua i processi di pensiero che stanno all'origine dell'esplosione d'angoscia e ne devia il percorso. Le linee di pensiero identificate come causa della crisi vengono rimosse e sostituite da schemi logici meno carichi di emotività. La psicoterapia cognitivo-comportamentale interviene, dunque, solo sulle aree vigili della coscienza, non sulle aree subliminali e, soprattutto, non interviene sulle aree inconscie. Pertanto, i suoi risultati sono temporanei, perché il mutamento (ambientale, sentimentale, sociale, evolutivo) facendo intervenire nuovi fattori i quali sconvolgendo l'apprendimento ricevuto fanno riemergere i sintomi.

Secondo la **psicoterapia sistemico-relazionale (o strategica)** un sintomo trova spiegazione nel sistema dei rapporti che unisce gli individui (una coppia, una famiglia, un team professionale, ecc.). Non ritenendo la semplice spiegazione delle cause sufficiente a produrre un mutamento, la psicoterapia sistemica dispone di una tecnica di intervento specifica, che è la "prescrizione paradossale": un comando, un rituale, uno spostamento di funzioni, attenzione o potere da una persona a un'altra ed ecco

che il sistema cambia i suoi equilibri. Perché il mutamento sia stabile non deve essere locale, ma globale.

La psicoterapia psicoanalitica e psicodinamica si basa sull'idea che la personalità umana è composta di pensieri consci e inconsci. Per capire i fenomeni psichici occorre spiegare il sottofondo della cognizione che è l'emozione. Da qui la necessità di studiare le relazioni primarie fra il bambino e i genitori, la famiglia, il mondo, e di studiare l'evoluzione dell'uomo, la sua esistenza di specie, per meglio capire quali siano le emozioni di base (amore, odio, paura, collera, gioia, approvazione, vergogna e colpa, comunione e solitudine, ecc.) e le loro vicissitudini nella vicenda soggettiva.

Secondo Freud, un individuo entra in ansia allorché scopre di avere desideri che le sue figure di riferimento (padre, madre, famiglia, precetti morali interiorizzati) condannerebbero.

Secondo Margaret Mahler, l'ansia sorge in relazione all'esperienza evolutiva della separazione-individuazione del bambino dalla madre. In questa teoria, se nella fase di separazione-individuazione il bambino è spaventato o traumatizzato dalla propria esigenza di autonomia, il processo non si completa e non viene interiorizzato, inibendo la nascita della personalità autonoma.

La psicoterapia dialettica (o struttural-dialettica) di cui sono autore, è una moderna evoluzione del pensiero psicodinamico. Ogni essere umano ha due bisogni fondamentali: il bisogno di appartenenza/integrazione sociale (che organizza i legami affettivi e sociali) e il bisogno di opposizione/individuazione (che organizza l'autonomia affettiva e morale individuale). L'ansia nasce allorché l'individuo con identificazioni e legami affettivi intensi entra in conflitto con essi in virtù del bisogno di uno sviluppo personale autonomo. Minacciato nel suo equilibrio, l'io produce allora paura, inibizioni e sensi di colpa più o meno coscienti.

PSICOTERAPIE DEI DISTURBI D'ANSIA

DI NICOLA GHEZZANI

PSICOLOGO CLINICO E PSICOTERAPEUTA (ROMA),
MEMBRO DEL COMITATO SCIENTIFICO LIDAP

Le novità portate in campo psicoterapeutico dalla psicoterapia struttural-dialettica sono almeno sei: 1. *L'analisi del dato storico-sociale*. L'esperienza soggettiva è analizzata in quanto fatto storico-sociale, con una minuziosa attenzione alla storia individuale e alla sua interazione con il contesto storico-sociale di riferimento. Il conflitto fra soggettività e storia è il nodo della patologia. 2. *L'analisi del conflitto morale*. Il conflitto interiore è e rimane irriducibile perché è sempre, più o meno consapevolmente, un conflitto morale e finché non si risolve il problema morale di fondo esso persiste. Il conflitto psichico è una resistenza a una soggezione o a una limitazione prodotta dall'ambiente, tal che la sentiamo come ingiusta, quindi immorale, e ad essa ci ribelliamo. 3. *Il cambiamento dei valori personali*. Il conflitto interiore mira sempre, in modo inconsapevole, a una evoluzione delle idee sociali interiorizzate, quindi a un mutamento nei valori e nello stile di vita. 4. *La definizione della struttura di base*. La distinzione, nel disturbo, di una "struttura psicologica di base" consente sia l'intervento breve che la lunga elaborazione mutativa. 5. *L'azione*. La Psicoterapia dialettica non si limita a una conoscenza fine a se stessa, perché una volta individuato il nodo storico-strutturale essa agisce nei confronti di questo per modificarlo. La guarigione consiste proprio in una salute orientata all'azione. 6. *La narrazione autobiografica*. Essendo l'immagine che abbiamo di noi stessi un nucleo emotivo che si sviluppa in una narrazione, il paziente che usa la

IL DISTURBO DA ATTACCO DI PANICO È UN FENOMENO COMPLESSO. NON SEMPRE BEN IDENTIFICATO, SPESSO CONFUSO con l'affetto d'angoscia. Un ospite indesiderato che non si fa annunciare e in molti casi non si presenta solo. Un abito che tende a rivestire il soggetto in maniera esclusiva, intrappolandolo in una identificazione monosintomatica. Diagnosi differenziale, stigma, comorbidità, farmacologia e trattamento integrato sono i punti che cercherò di affrontare per porli alla comune discussione.

GRUPPO E LEGAME SOCIALE

E gli era venuta anche un'altra immagine: di se stesso che per tutta la vita si era tenuto in equilibrio su una fune. Poi c'era stata la caduta, e lui aveva scoperto che, anziché sfraccellarsi, sapeva volare, che aveva questo miracoloso e inaspettato dono.

R.M. Pirsig, *Lila*

L'epoca contemporanea appare, per chi soffre di un qualche malanno di ordine psichico, una sorta di terra di bengodi ricca di rimedi pronto uso, soluzioni *pret a porter*, farmaci mirati e risolutivi. Questo stato delle cose determina una condizione diadica rimedio-paziente che, in ultima analisi, isola il soggetto e lo consegna ad una convivenza spesso monadica con la propria patologia.

È invece indispensabile muoversi in un'ottica antisegregante, che vada nella direzione dell'assoluta libertà di espressione, anche sintomatica, del soggetto.

Nell'ottica Lidap questo deve tradursi nell'adozione di una modalità di approccio che possa restituire la persona sofferente alla condizione precedente al momento in cui il Dap ha fatto la sua rumorosa comparsa, senza per questo credere di poter riportare il tutto a un mitico *status quo ante*. Cosa è infatti un gruppo se non un luogo nel quale condividere un iniziale senso di marginalità che, attenuato ed ammorbidito, può permettere al singolo di riprendere le fila della sua storia interrotta? Cosa è il gruppo se non un microcosmo utile a sopperire allo sfilacciamento del legame sociale al quale va incontro chi è sorpreso dal Dap?

Il punto focale è evitare che il soggetto si trovi solo nel momento dell'attacco, ponendo le condizioni per le quali questo infarto della vita possa essere condiviso, in modo che i legami che il Dap colpisce e mette a dura prova, resistano alle sferzate e non si spezzino. Nel gruppo, nel quale la parola regna sovrana, c'è condivisione e accoglienza.

Non ci sono ricette precostituite, non ci sono scelte precluse. Una condivisione che ben lungi dal tramutarsi in uno stallo, una sorta di mal comune mezzo gaudio, deve sapersi trasformare in una zona di transito, un passaggio preliminare utile a riprendere le fila del proprio discorso interrotto. C'è una frase 'analitica' che può apparire molto più criptica di quello che in realtà voglia significare: un soggetto si trova nello scorrere dei suoi significanti. Vale a dire che l'individuo X è definito dalle sue passioni, dalle sue attività, dai suoi amori, dai suoi passatempi e dai legami sociali. L'attacco di panico sortisce l'effetto del sasso nella ragnatela: la colpisce e ne spezza i filamenti, facen-

do precipitare tutte le gocce di rugiada, gli insetti e i pezzetti di legno in un unico grumo che cade avviluppato al sasso. Lo scopo della riabilitazione è dunque quello di restituire il soggetto alla sua vita originaria, permettergli di uscire dall'identificazione monadica al panico, che rischia di divenire uno stigma che alimenta se stesso.

Quando il panico arriva, le suppellettili cadono, e tutto ciò che si riteneva solido, cede.

Nulla sembra più costituire un solido appiglio nel corso della vita. Ecco allora chiara la centrale funzione di tenuta del gruppo di auto aiuto.

In tal senso la dismissione degli abiti di ammalato è un'opera da portare avanti da subito, anche quando le crisi di fanno sentire in modo virulento.

Il gruppo, come ricostruzione di un legame, ancorché programmato e scadenziato, deve aprire le porte a un individuo quando ancora il panico non è divenuto il signore della sua vita. E se questo è già successo, la circolazione di parola ha lo scopo di riabilitarlo a percorrere le sue antiche strade oggi non più praticate. Discutere del lavoro, della famiglia, di ciò che è andato perso e di ciò che è in bilico, è un modo per ristabilire una situazione precedente al sisma.

PANICO E ANGOSCIA

Spesso il disturbo da attacco di panico viene confuso con la crisi acuta d'angoscia. L'angoscia è un affetto. Un affetto che, al suo culmine finale, presenta le medesime caratteristiche del Dap, potendo però individuare degli elementi di sostanziale differenza, che permette di orientare la diagnosi e il trattamento.

Il panico ha un tempo (ora) e un oggetto (il corpo), e nella maggioranza dei casi non presenta dei prodromi tali da per-

mettere al soggetto che ne patisce di mettersi al sicuro prima della crisi. L'angoscia è invece sganciata dalla contingenza temporale. Incide effettivamente sul corpo cronologico, ma quello che le manca è il tempo attuale del panico, l'ora. In questo senso l'angoscia è qualcosa che sembra situarsi altrove, e testimonia la dimensione di a-temporalità dell'inconscio. L'angoscia è un affetto normale, sensazione compagna di vita palpabile nei momenti di passaggio, potremmo dire che è un elemento sostanziale al genere umano. Prima di essere un elemento invalidante, è il segnale di un interrogazione interiore, legata all'opacità di un enigma, di una questione, una situazione che si pone di fronte al soggetto, attuale o retrodatata. È fonte preziosa di ispirazione e ha portato autori di grande levatura a generare opere che, in questo senso, sono un tentativo di lenire l'angoscia.

Parlo dell'angoscia di E. A. Poe e di Franz Kafka, di Kierkegaard e di Cesare Pavese; di Van Gogh e di Edvard Munk, e tanti altri potrebbero essere citati.

Kierkegaard ha scritto 'L'angoscia è una vertigine' né degli angeli né degli animali'. L'angoscia non se lo lascia mai sfuggire (il soggetto), né nel divertimento, né nel chiasso, né sotto il lavoro, né di giorno, né di notte'.

Un affetto che sopraffà senza che si sappia da dove questa venga, e a cosa tenda. Siamo quindi lontani dalla comune acce-



▶ segue da pagina 9

zione negativa che si dà all'angoscia, la quale in quest'ottica si rivela un concetto capace di aprire alla riflessione soggettiva. L'angoscia può evolvere in uno stato paralizzante, tale da impedire il soggetto nel pensiero e nel movimento, culminando in malessere fisico e senso di costrizione.

Lo stesso Freud in 'Introduzione alla psicoanalisi' isolava 'quell'angoscia eccessivamente intensa... tale da paralizzare ogni azione'. Allo stato visibile, *de facto*, Dap e crisi d'angoscia sono fenomeni che appaiono identici nella loro manifestazione esteriore finale, quella che chiede aiuto. Mentre in molti casi l'angoscia introduce e modula il tempo di analisi potendo il soggetto contare su dei punti che egli bene o male conosce (dottore, sono angosciato a causa di questa o quella questione, devo fare qualcosa per uscirne), il panico non offre le stesse possibilità.

Il panico, più sordo e monolitico, scardina la quotidianità dell'individuo e costituisce per lui un enigma in quanto evento senza precedenti. Il paziente affetto da Dap nella maggior parte dei casi giunge da un terapeuta o da un medico sprovvisto di un qualsivoglia appiglio simbolico al quale ricondurre questo stato inaspettato. L'angoscia è quindi un affetto 'normale', una ruminazione dolorosa consustanziale all'essere umano, che può non evolvere mai in una forma acuta.

L'attacco di panico invece è un temporale improvviso privo di prodromi.

FARMACI E PSICOTERAPIA

Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata, di decidere del suo destino, di imporgli i nostri ideali e, con l'orgoglio del creatore, di plasmarlo a nostra immagine e somiglianza per far piacere a noi stessi.

Sigmund Freud, *Vie della psicoterapia psicoanalitica*

Non intendo annoiare l'utente proponendo la corposa bibliografia (che nessun clinico può permettersi di ignorare) inerente agli ultimi sviluppi che il fecondo rapporto neuroscienze psicoanalisi sta partorendo, scoprendo territori sempre più condivisi, un tempo ritenuti zone proprietarie. Intendo però fare un accenno all'ultimo articolo del professor Irving Kirsch dell'Università di Hull, pubblicata sulla rivista on line "Public Library of Science (PLOS) Medicine", riportato da tutti gli organi di stampa, che in poche e concise righe detronizza il Prozac, togliendogli una volta e per tutte l'aura di rimedio ultimativo e miracoloso contro la depressione, per assegnargli una normale efficacia simile all'effetto placebo, con risultati equivalenti alle psicoterapie. Il tutto scientificamente comprovato, e riconosciuto da una gran parte della medicina organica che aveva fatto del Prozac un proprio cavallo di battaglia.

Cosa c'entra la depressione col panico? C'entra nella misura in cui gli approcci totalizzanti sono destinati a segnare il tempo, dopo anni di somministrazioni indifferenziate e spesso selvagge. Della depressione si parla molto, e la si studia da anni, potendo definirla forse come uno dei mali dell'animo umano più antichi. Vi è stato un tempo in cui era impensabile andare contro il pensiero corrente che riteneva questo farmaco 'la pillola della felicità', correndo il rischio di essere tacciati di stupidità o di oscurantismo. Sino a pochi anni fa, chi osava mettere in dubbio l'efficacia del Prozac, validata da tonnellate di studi e pubblicazioni, sbatteva contro un muro di gomma.

La maggioranza dei medici che lo adottavano non ammetteva che la prescrizione esclusiva (cioè il trattamento farmacologi-

co puro) potesse essere messa in discussione da qualsiasi altro dato.

Si tratta di un esempio di come la 'scientificità' che mostra dati incontrovertibili, non possa fare a meno della soggettività. L'azione indiscriminata e massiccia di questo farmaco ha portato a questi ultimi sviluppi anche perché ha fatto a meno del concetto di diagnosi differenziale.

Non esiste una depressione, ma le depressioni. E questo è bene tenerlo presente anche con il panico, oggi che l'azione di Lidap ha saputo rendere visibile un disturbo che sino a poco tempo fa era costretto a girovagare senza che nessuno gli riconcesse uno status di oggettività. Esiste la melanconia, la depressione reattiva, la depressione di ordine nevrotico e quella a base psicotica. E non è pensabile, oggi lo sappiamo bene, appropinquarle tutte come un magma indistinto.

Il panico è, come oggetto di studio, assai più giovane della depressione. E il rischio da scongiurare è quello di indirizzare la nostra visione nella facile suggestione che esista un rimedio unico, un approccio assoluto, un farmaco risolutivo.

LA PILLOLA ANTIPANICO

L'osservazione e lo studio del Dap non possono fare a meno di tenere conto del sistema complesso nel quale esso si esprime: il soggetto. Esistono forme di panico singole, altre che si presentano in una catena di commorbidità (abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare per citare le più frequenti). Il panico è un fenomeno transclinico, proprio della struttura nevrotica quanto di quella psicotica.

È tale e tanto variegata la complessità del campo nel quale questo fenomeno si presenta, che sarebbe un errore antistorico pretendere di percorrere una sola via.

Questo perché chi orienta la sua pratica con gli strumenti analitici, sa che non esistono sintomi o fenomeni che si reggono sulle loro gambe, ma individui complessi che ne sono portatori. Come ultima questione, vorrei affermare che la contrapposizione terapia breve-analisi interminabile, non ha modo di sussistere se noi siamo clinicamente capaci di osservare la scansione temporale. La persona che chiede aiuto perché le cosiddette 'crisi di panico' gli stanno impedendo la vita, può scegliere di salutare il terapeuta nel momento di un benessere raggiunto. E questo accade assai frequentemente.

O di continuare la propria esperienza nel gruppo. Dopo, solo dopo, accade che quello stesso individuo, messo al lavoro da ciò che egli ha saputo toccare, chieda di approfondire le questioni spinose che sente dentro di lui agire alla stregua di movimenti tellurici, e per le quali il cosiddetto 'panico' è stato solo un elemento di disvelamento. In quel momento si apre una fase qualitativamente diversa, che interessa il discorso del soggetto, non più focalizzato sull'emergenza sofferente che ha costituito il *casus belli* che lo ha portato a domandare un aiuto, ma chiama in causa un'opera di approfondimento, di rettifica. A questo punto non possiamo parlare dello stesso trattamento, quanto di un 'riprendere le fila' a emergenza passata. Consapevoli, l'individuo e il terapeuta, che il panico può ripresentarsi, ma in modo tale da non fare più paura come prima. Trovando un soggetto che spesso ha ripreso a vivere, utilizza il farmaco al bisogno, lavora e coltiva i propri interessi. Un uomo che non è più quel mare gelato e terrorizzato che aveva visto il panico bloccare e compromettere le sue normali attività.

Questa è l'essenza della multidisciplinarietà.

MAURIZIO MONTANARI

FARMACI SÌ... FARMACI NO

DI SILVANO DEDALO*

Farmaci sì, farmaci no: è una questione spesso aspramente dibattuta, in psichiatria in generale e nel disturbo di panico in modo particolare.

Tale questione, mentre appare del tutto legittima e incentrata sull'interesse ultimo del paziente quando riguarda il singolo caso clinico, diventa invece sterile polemica,

antiscientifica e clinicamente dannosa, se prende spunto da posizioni preconcepite, incuranti delle risultanze a livello mondiale della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM).

Se pretendere di curare tutto e tutti con i farmaci è sicuramente ingiustificato, altrettanto insensato è credere di poter farne sempre a meno, magari contando sulla "buona volontà" del paziente, come molti benpensanti (purtroppo talvolta anche medici) pensano di poter fare, con ciò annullando il senso della ricerca, della sperimentazione, dei congressi, della stampa specializzata.

È evidente che nel disturbo di panico non vi può essere guarigione senza cambiamento. Se però le forze del paziente non sono sufficienti, malgrado la presa di coscienza e il sostegno della psicoterapia, dei gruppi di auto aiuto e di eventuali altre strategie non mediche, a modificare il contesto e/o il proprio atteggiamento, il farmaco si rivela un'arma indispensabile per vincere la battaglia lunga e aspra cui è chiamato.

Il fatto che già da tempo e sempre di più per il futuro si possa disporre di farmaci di cui è ampiamente certificata sia la tollerabilità che l'efficacia, anche per terapie della durata di anni, non significa che le cure psicofarmacologiche siano indicate sempre e per chiunque. Significa però che possono essere intraprese con la massima tranquillità quando i professionisti cui il paziente si affida individuino in esse un supporto imprescindibile



le per la realizzazione di un progetto terapeutico complesso e personalizzato.

In conclusione, chi soffre di questo disturbo, distruttivo per la qualità della propria vita, deve soprattutto evitare il "fai da te", pensando magari che la paura ingiustificata del farmaco sia frutto di una strategia inconscia e occulta per non guarire e continuare a utilizzare la malattia come soluzione patologica dei propri conflitti.

*NEUROPSICHIATRA E CONSULENTE LIDAP - ROMA

Comprendere e curare il disturbo di panico

1. NON SOLO GENI, MA ANCHE GENI!*

* con la collaborazione di

Massimiliano Grassi, Psicologo.

Cari Amici della Lidap, è con grande piacere che mi accingo a discutere con voi l'importanza dei fattori genetici nel Disturbo di Panico (DAP). Infatti, se è indubitabile che l'ambiente giochi un ruolo fondamentale nello sviluppo di questo disturbo d'ansia, è altrettanto chiaro che esiste una predisposizione genetica allo sviluppo del DAP come dimostrato ripetutamente da studi scientifici.

La genetica è fondamentale nel definire chi siamo e come ci comportiamo e definisce l'assetto di base su cui poi l'ambiente agisce. I geni sono il fondamento di ogni essere vivente. In ogni cellula del nostro corpo si trovano i cromosomi che portano quelle informazioni necessarie all'esistenza della vita e soprattutto alla sopravvivenza di questa oltre il singolo individuo. Tutti, in quanto esseri umani, disponiamo degli stessi geni ma fra di noi esistono differen-

ze genetiche legati a varianti (in gergo "alleli") che possono contribuire ad aumentare o talvolta addirittura essere causa diretta di certe patologie. E questo vale anche per i disturbi psichiatrici e a sua volta potrebbe valere anche per il DAP.

Prima di andare a cercare i geni implicati in un disturbo, un tratto psicologico o una qualsiasi aspetto che si manifesta differenzialmente tra le varie persone, il passo precedente è quello di cercare di capire se e quanto i geni abbiano un ruolo in questo. La risposta a questa domanda può avvenire attraverso due fasi: visto che i geni si ereditano dai genitori, perché un disturbo sia genetico è necessario che si concentri e trasmetta nelle famiglie di chi soffre del DAP. Il fatto che un disturbo sia familiare è necessario ma non sufficiente per definire l'esistenza di una predisposizione genetica: tutta una serie di aspetti più prettamente di natura ambientale potrebbero spiegare la maggior concentrazione del disturbo in alcune particolari famiglie: si

pensi ad esempio il ruolo di eventuali stili di cure genitoriali che vengono trasmessi assieme al disturbo dai genitori ai figli o della condivisione dello stesso ambiente familiare per due fratelli che poi entrambi svilupperanno entrambi il panico. Nel primo caso si potrebbe avere ad esempio che al panico si associ una certa modalità di relazionarsi ai figli la quale aumenta la probabilità di sviluppare proprio il panico, oltre che a portare i figli stessi a relazionarsi poi a loro volta nello stesso modo con i propri eventuali figli. E così a loro volta i figli dei figli e i genitori dei genitori, come una vera e propria catena intergenerazionale. Inoltre se alcuni aspetti del mondo familiare di una persona sono predisponenti al panico è molto probabile che gli stessi fattori agiscano anche sui propri fratelli, aumentando nello stesso modo anche a loro il rischio di ammalarsi.

La familiarità del DAP è da tempo nota e indiscussa: il modo più semplice per vedere in modo rigoroso la familiarità è quello di

segue a pagina 12

segue da pagina 11

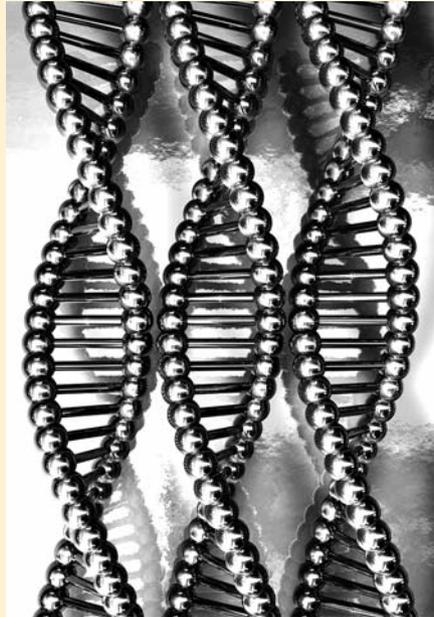
andare a vedere tra i familiari di primo grado dei soggetti aventi il disturbo (cioè genitori, fratelli e figli), quanti presentino anch'essi il disturbo, e confrontare poi il numero di malati tra i familiari di primo grado di persone che invece non presentano il disturbo stesso. Mettendo assieme i risultati dei vari studi che hanno utilizzato questa modalità di indagine per il DAP risulta che nei soggetti con il disturbo circa dall'8 al 31% dei familiari di primo è anch'esso affetto, mentre solo dal 1,5% al 3,5% dei familiari nei soggetti sani. Questo rappresenta addirittura **il più elevato grado di familiarità riscontrato tra tutti i diversi disturbi d'ansia.**

Se quindi l'aggregazione familiare del DAP sembra evidente, altrettanto evidente dalla ricerca viene ad essere il ruolo dei geni nel conferire questa familiarità. Per andare a scoprire il peso dei geni si deve ricorrere poi a un'altra strategia tanto semplice quanto ingegnosa. Si ricordi che esistono due tipi di gemelli, quelli monozigoti (o identici) che sono in tutto per tutto geneticamente identici poiché derivano entrambi dallo stesso ovulo e spermatozoo che solo dopo la formazione dell'embrione, per diversi motivi, va incontro a una precocissima divisione portando così alla formazione di più individui distinti, ma come appena ribadito identici a livello genetico. I gemelli eterozigoti invece derivano da embrioni diversi fin dalla nascita, cioè dall'incontro ciascuno di un ovulo e uno spermatozoo diversi; questi condividono invece, in media, metà del patrimonio genetico. Entrambe i tipi di gemelli condivideranno inoltre molte delle cause ambientali agenti nel provocare un certo disturbo. A questo punto si può considerare nella coppia di gemelli la loro somiglianza per quanto riguarda il disturbo (cioè a livello *fenotipico*). Questa somiglianza viene considerata un indice di familiarità vista la chiara parentela dei gemelli, ma un indice che, per quanto detto prima, ci permette tramite una strategia statistica di scomporre quanta di questa familiarità sia dovuta a fattori genetici e quanta a fattori ambientali: basandosi sulla conoscenza di questa differenza di condivisione dei geni tra i due tipi di gemelli si può ipotizzare infatti che una maggior somiglianza fenotipica tra i gemelli sia dovuta a questa maggior somiglianza genetica.

I risultati per quanto riguarda il DAP parlano di una **stima dell'ereditabilità tra il 32% e il 48% che indica un ruolo dei geni certo e di media intensità.** Anche in questo caso se si va a confrontare queste stime con

quelle per gli altri disturbi d'ansia il ruolo dei geni per il DAP risulta essere il più elevato di tutti. Da queste evidenze è chiaro che la genetica svolge un ruolo nel DAP anche se è più corretto parlare di predisposizione o vulnerabilità genetica che si manifesta per influenza di altri fattori biologici, ambientali ancora non chiariti.

Ora che sappiamo che i nostri geni giocano un ruolo significativo nella predisposizione al DAP, la domanda da porsi successivamente è "ma quali geni. Dagli studi in questo senso non si è trovato ancora nulla di certo, i risultati sono incerti e spesso capita che se in uno studio un gene appare associato con il panico, nello studio successivo si ha difficoltà a far emergere la medesima associazione. Analogamente



mente si è iniziato a scandagliare in lungo e in largo tutti i nostri cromosomi alla ricerca di regioni del nostro genoma in cui potrebbero trovarsi i geni coinvolti in un certo disturbo ma anche in questo caso i risultati non sono ancora chiari.

Come mai queste difficoltà? In parte perché ancora non si è fatto quanto in altri disturbi e quindi delle possibili risposte potrebbero arrivare nel prossimo futuro (è in corso un nuovo studio internazionale di grandi proporzioni e proprio ora in fase di svolgimento) ma è probabile che le ragioni siano anche altre. Come prima accennato, i disturbi psichiatrici sono disturbi innanzitutto causalmente complessi: non esiste per ora alcun disturbo in cui sia nota una relazione uno a uno tra il disturbo e un singolo fattore casuale. Questa cosa renderebbe tutto più semplice, ma così non è. Nei disturbi psichiatrici, similmente a

quanto avviene con altre patologie complesse come quelli cardiovascolari o tumorali, è probabile che un gran numero di fattori diversi e di diversa natura agiscano e interagiscano tra di loro nella causa della patologia. E' chiaro che tanto più numerose e complesse sono le cause e tanto più difficile sarà riconoscerle e studiarle. Ma complessi risultano essere non solo le cause ma anche i disturbi stessi. Le sindromi psichiatriche sono molto spesso multifaccettate e diverse nel modo in cui si manifestano tra i vari soggetti aventi quel disturbo: si pensi già solo al panico e ai diversi sintomi che possono presentarsi negli attacchi, che in alcuni sono primariamente di natura cardiovascolare, in altri respiratori, in altri ancora cognitivi ecc. ecc. Se, come è possibile, ad aspetti e "mattoncini" diversi della manifestazione dello stesso disturbo sono legati fattori (in questo caso genetici) diversi, il considerare unitariamente e globalmente il disturbo nella sua interezza non può che andare a complicare ulteriormente la possibilità di comprensione delle cause.

Come fare quindi? Dopo quanto appena detto è chiaro un maggior sforzo di ricerca deve essere necessariamente affiancato a strategie che tengano in considerazione queste complessità. Partendo dalla problematica della complessità della manifestazione del disturbo (o fenotipo), per avere accesso più facilmente alle componenti genetiche di un fenotipo complesso è possibile passare attraverso un fenotipo intermedio o "interno" (endofenotipo). Come dice Gottesman, padre dell'applicazione del concetto di endofenotipo in psichiatria, come noi vediamo il disturbo manifestato in un certo soggetto è il risultato di un complesso "balletto" di interazioni tra fattori genetici ed ambientali magistralmente diretto lungo il tempo. Per arrivare dai geni e alla manifestazione del disturbo si deve quindi passare attraverso molti livelli di complessità emergente e interagente. Passando dallo studio del disturbo nel suo complesso ad una sua particolare sfaccettatura si riduce la complessità della rete delle cause del fenomeno indagato e quindi aumenta la possibilità di riuscire a studiarlo fruttuosamente.

I primi risultati di questo approccio sul DAP sono stati promettenti. **L'esempio più importante di endofenotipo per il panico è sicuramente la sensibilità alla somministrazione di miscele d'aria ad alto contenuto di CO₂.** Con una frequenza molto maggiore tra i soggetti affetti da DAP rispetto a quelli sani, il respirare una

tale miscela d'aria provoca delle manifestazioni simil-paniche. Fin dal 1998, Donald Klein, professore della Columbia University e padre del DAP, ha iniziato ad ipotizzare di considerare questa ipersensibilità come un possibile endofenotipo per il DAP e numerosi successivi studi, molti dei quali effettuati presso il Centro Disturbi d'Ansia del San Raffaele, hanno confermato la validità di un suo possibile utilizzo in tal direzione. Certo anche qui siamo ancora molto indietro con la ricerca, ma è indubbio che si tratta di una strada che potrebbe portare presto a buoni risultati. La comprensione del significato della vulnerabilità genetica al DAP necessiterà di nuove strategie di indagine che prendano in considerazione la complessità dei fenomeni sotto studio. Troppo spesso infatti le tecniche comunemente utilizzate, specialmente quelle statistiche, risultano essere poco efficaci allo studio di fenomeni complessi. In questi casi è d'obbligo passare a tecniche più raffinate e che meno tradiscano la natura di quello che si sta cercando di capire. Purtroppo quello che si guadagna in capacità di spiegazione lo si va a perdere in capacità di comprensione del fenomeno. Se invece di considerare il ruolo di cento singoli geni candidati singolarmente, ne si considerano cento tutti in una volta in interazione tra loro e magari allo stesso tempo anche svariati fattori di natura extra-genetica, è molto probabile che avvicinandoci alla complessità della realtà sia possibile un modello migliore, più fedele, che meglio la spiega, ma proprio per questo più difficile da capire. Insomma, spesso, quanto più una tecnica modella bene la realtà, tanto meno ce la rende decifrabile; tanto più la semplifica e quindi ce la rende comprensibile tanto meno la saprà spiegare bene.

Un altro esempio dell'importanza della genetica nel DAP e soprattutto nella sua cura è legata alla possibilità di utilizzare l'informazione sulla nostra genetica per scegliere le terapie più adatte per ognuno di noi. La farmacogenetica, è un campo a ponte tra presente e futuro, sta attirando di anno in anno sempre più interesse, e non solo per valutare la risposta al trattamento, ma anche la possibilità di prevedere l'emergere di effetti collaterali alla somministrazione di un certo farmaco. La farmacogenetica ci permetterà superare, almeno parzialmente, il metodo a "prove ed errori" che necessariamente viene ora utilizzato nella somministrazione delle terapie. Fino ad ora la scelta delle terapie più idonee si basa sul giudizio clinico e sugli

studi sperimentali che dimostrano che un farmaco è "in media" è più efficace del placebo mentre risulta essere difficile predire la risposta farmacologica "ad hoc" per ogni singola persona. La conoscenza genetica potrà permettere di scegliere il farmaco giusto per la persona giusta. Un esempio di questo è un recente studio che ho condotto al San Raffaele con i miei collaboratori e pubblicato sulla prestigiosa rivista "Neuropsychopharmacology" nel 2005. In questo studio abbiamo dimostrato come la risposta al trattamento con paroxetina, una delle molecole di dimostrata efficacia nella cura del panico, fosse influenzata dalla genetica del trasportatore della serotonina, cioè della pompa che recupera la serotonina dalla sinapsi su cui agiscono i farmaci serotoninergici. Chi nasceva con il tipo L del trasportatore che rendeva più efficiente la ricaptazione della serotonina, aveva una risposta migliore rispetto a chi nasceva con il tipo S e questa differenza era presente in particolare nelle donne. **La farmacogenetica sembra promettere di poter identificare chi risponderà ad una terapia e chi no.** E la genetica potrebbe addirittura permetterci di identificare le persone per cui la psicoterapia potrebbe essere utile o meno. In conclusione, è vero che il DAP non può essere ridotto ad una malattia puramente genetica ed è indubbio il ruolo di fattori non genetici ambientali nel modellarne l'espressione clinica, ma è altrettanto vero che la genetica svolge un ruolo importante nel predisporre al DAP e che questa predisposizione sia un fattore necessario per lo sviluppo di questo disturbo così limitante. Essere predisposti non vuol dire sviluppare il disturbo, ma in assenza di questa predisposizione è molto difficile avere attacchi di panico inattesi anche in presenza di condizioni di vita difficili e sfavorevoli. Il non riconoscere questo aspetto del panico, che poggia le sue fondamenta su studi scientifici solidi, vuol dire negare il valore della ricerca scientifica che ha garantito a tutti noi la soluzione a tanti problemi medici e psichiatrici ed un miglioramento importante della qualità di vita.

2. PERCHE' SI ALLA TERAPIA INTEGRATA FARMACI ANTIPANICO & PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORMENTALE

Chiunque soffre o abbia sofferto del DAP, sa benissimo che ciò che questo disturbo in primis nega è la libertà, a partire dall'autonomia nel muoversi. A prescindere da come eravate prima di aver avuto quel

primo maledetto attacco di panico, da quel momento in poi la paura è cresciuta, assalendovi immediatamente oppure piano, piano, subdolamente, ma comunque è cresciuta a tal punto da farvi dubitare della vostra salute fisica rendendovi preoccupati di avere una malattia fisica grave (**ipocondria**). Questo timore si è quindi ridotto, purtroppo non in tutti, dopo le rassicurazioni del medico di famiglia, del cardiologo, dei medici del pronto soccorso e degli altri medici del corpo, che troppo spesso vi hanno semplicemente liquidato con un "non ha niente" oppure "è solo un po' di stress".

È vero che non avevate una malattia del corpo, ma **gli attacchi si sono ripresentati inizialmente in maniera improvvisa e inattesa** e voi avete imparato a difendervi facendo crescere la paura della paura, la paura di star male o di avere un attacco (**ansia anticipatoria**) che vi permetteva di essere all'erta, pronti a difendervi dagli attacchi stessi, forse innocui sul corpo ma devastanti sulla mente. L'ansia anticipatoria poteva essere così forte, soprattutto laddove la paura di star male era molto alta, da mimare un vero **attacco di panico (situazionale)**.

Ma come era possibile difendervi dagli attacchi? Innanzitutto avete iniziato a evitare le situazioni dove erano comparsi i primi attacchi e vi siete sentiti **più sicuri quando venivate accompagnati da qualcuno di fiducia** (non uno qualunque e non era importante che fosse un medico o uno psicoterapeuta, bastava che fosse di fiducia!) che potesse soccorrevi in caso di attacco. Avete iniziato a muovervi avendo bene in mente la **mappa dei punti di soccorso** (ospedali, centri medici, farmacia, abitazioni di amici, e così via) e poi, piano, piano, man mano che gli attacchi continuavano, avete ristretto il raggio di azione in cui potevate muovervi con un sufficiente senso di sicurezza, creando quasi una mappa con confini al di là dei quali la paura del panico e il rischio non vi permettevano di andare oltre. Avete iniziato a evitare o vivere con disagio **luoghi affollati** (supermercati, negozi, strade) oppure **luoghi chiusi** (ascensori, stanze strette, e addirittura di sentire disagio indossando cinture, cravatte o vestiti stretti!), **mezzi di trasporto** (autobus, metropolitane, treni e aerei) oppure **lo star da soli** per quella maledetta paura di star male. Alcuni di voi, nei momenti più pesanti del panico, si saranno quasi trovati agli "arresti domiciliari" bloccati in casa dalla paura di star male, avendo quindi perso quasi totalmente la libertà di movimento e

▶ segue da pagina 13

autonomia. Altri fra voi avranno invece sviluppato una **vera e propria ansia sociale** per il timore di poter fare brutta figura in caso si presentasse un attacco, paura che vi ha portato a isolarvi socialmente.

Avete quindi lottato contro la paura, talvolta riguadagnando spazi, altre volte perdendoli, ma sempre impossibilitati a essere voi stessi, a ritornare ad avere le potenzialità che avevate prima di quel maledetto primo attacco di panico.

Ma, cari pazienti, avevate perso molto di più. Come era possibile programmare il futuro e progettare la nostra vita, avendo la Spada di Damocle degli attacchi sulla vostra testa? Come era possibile assumersi responsabilità nuove sul lavoro e nella vita personale e sociale con questo handicap imprevedibile nel suo decorso? Come era possibile scegliere liberamente amici e partners, quando la paura vi costringeva a scegliere chi vi dava sicurezza ma che non necessariamente amavate? Tutti questi dubbi e limiti e molti altri vi hanno tolto la libertà di scegliere, di essere voi stessi, di vedere un futuro libero e, in ultima analisi, di lottare con tutte le vostre forze per la felicità.

Il DAP vi ha tolto molto di più della semplice libertà di muoversi, vi ha tolto la libertà di scegliere.

Ecco affacciarsi quindi la depressione, una **depressione reattiva a tutte le limitazioni imposte dalla paura**, e che spesso si accompagnava perdita della stima in se stessi e dal desiderio di lasciarsi andare rassegnati al vostro miserabile destino. Ecco la **tentazione di bere o assumere sedativi**, di annegare la paura dell'alcool e nelle benzodiazepine illudendosi di avere un attimo di libertà dal panico e dalla paura, per poi diventare ancora più schiavi e dipendenti.

È vero che ognuno di voi è unico e il suo DAP ha caratteristiche uniche, tanto che nessuno si riconoscerà in ogni aspetto del triste percorso appena descritto. Ci sarà chi avrà più ipocondria, chi non svilupperà le fobie, chi sarà stato capace di vincere la paura e, pur stando male, affrontare la strada, i mezzi, la folla. Chi avrà superato la depressione (o meglio demoralizzazione) aprendo gli occhi al pensiero positivo o chi non sarà nemmeno diventato demoralizzato avendo un temperamento fortemente ottimista. Chi avrà usato gli alcolici come autoterapia, chi no. E addirittura ci sarà chi a un certo punto sarà guarito senza nessun motivo o intervento. Tutto questo è verissimo come è altrettanto vero che ognuno di voi riconoscerà nell'ossatura del percorso descritto il proprio percor-

so, segnale che il processo del DAP è comune per tutte le persone che sono colpite da questo disturbo. È vero che gli alberi sono diversi (un salice piangente non è un pino) e che ogni albero ha un significato diverso per ognuno di noi (l'albero di casa vostra per voi ha un significato particolare, diverso da quello che ha per uno sconosciuto che passa davanti a casa vostra!), ma è anche vero che un albero è sempre un albero e ha caratteristiche comuni, un tronco, le foglie, i rami. Lo stesso discorso vale per il DAP.

Il DAP non è quindi semplicemente una caratteristica individuale, espressione di quello che voi siete o delle vostre esperienze di vita. Il DAP è una malattia che viene innescata dagli **attacchi di panico, bugie del cervello** – come ben descrive Rosario Sorrentino nel libro sul Panico appena uscito - **espressioni dell'attivazione di falsi allarmi nel nostro cervello**. Gli attacchi di panico inducono quella brutale spaccatura nella vostra vita che vi fa perdere la vostra libertà per i mille condizionamenti che inducono costringendovi a difendervi da loro. Come ci difendiamo dipende da chi siamo, dalle nostre esperienze, dalle nostre risorse personali, da chi ci vive accanto ed in ultima analisi dalla società stessa e quindi il quadro finale del DAP diventa unico e differente per ognuno di voi, ma non è l'espressione delle vostre debolezze o del vostro io lacerato ma semplicemente dell'interazione tra un meccanismo malfunzionante del cervello e la complessità che voi siete.

Ecco perché è necessaria la terapia farmacologica con sostanze che agiscano principalmente sulla serotonina che si sono dimostrate capaci di bloccare tutti gli attacchi di panico spontanei che ci colpiscono a tradimento, sia quelli grandi e forti che, soprattutto, quelli piccoli e subdoli che, in se stessi, vi fanno forse meno paura ma mantengono la paura della paura, nell'attesa di poterne avere uno forte, e i comportamenti protettivi di evitamento. Dunque, il farmaco "aggiusta" l'allarme malfunzionante che scatena l'attacco di panico ma deve essere dato per tempi e dosaggi giusti, cosa che spesso non avviene, tali da spazzare via ogni residuo del panico spontaneo, anche la sua ombra. Ma non basta.

Proprio perché non siamo macchine e ci emozioniamo e pensiamo, noi – il nostro corpo e la nostra mente – combattiamo e ci difendiamo quando c'è qualcosa che non funziona. E, nel caso del DAP, impariamo a difenderci dall'attacco di panico utilizzando un meccanismo comune a tutti gli esseri viventi, animali compresi, che è

l'evitamento fobico (cioè la capacità di evitare le situazioni associate a dei pericoli, nel caso del DAP, al rischio di avere un attacco di panico) e **l'ansia anticipatoria** che, con il tempo, cristallizzano il nostro comportamento nelle mille limitazioni che voi conoscete benissimo. Questi meccanismi di difesa si inseriscono nella personalità di ognuno di voi, che viene plasmata sia dal temperamento innato che dal carattere che si sviluppa con le esperienze di vita e relazionali, e si caratterizza dall'essere unica e personale e che ci spiega perché il quadro globale del DAP è differente e unico per ognuno pur avendo delle caratteristiche comuni.

Alla luce di ciò potete comprendere come talvolta bloccare farmacologicamente la causa del DAP, cioè il falso allarme rappresentato dall'attacco di panico inatteso, accompagnata da una corretta psicoeducazione sul disturbo, possa essere necessario e sufficiente a normalizzare la vita e riacquistare la libertà perduta, la fiducia in se stesso e la possibilità di tornare a vedere un futuro oltre il panico verso la felicità. Questo avviene soprattutto quando il disturbo non sia presente da troppo tempo e le risorse dell'individuo siano sufficientemente forti ed equilibrate. La maggior parte delle volte, tuttavia, le fobie e le abitudini comportamentali e mentali acquisite per difendersi dal panico possono cristallizzarsi a tal punto da mantenersi nonostante la scomparsa degli attacchi e continuare a condizionare, più o meno subdolamente, la vita di voi pazienti nonostante la causa iniziale del loro svilupparsi sia scomparsa. In questi casi, è necessario associare alla terapia farmacologica specifica una psicoterapia per permettere la guarigione dal DAP. Situazioni analoghe sono presenti anche in medicina: per esempio, una persona che abbia avuto un problema al ginocchio e si sia abituata a zoppiare, quando faccia passare molto tempo prima di operarsi, nonostante possa ottenere una "restituito ad integrum", cioè una normalizzazione del funzionamento del ginocchio, continuerà a zoppiare avendo bisogno di una riabilitazione spesso lunga e faticosa. Parlare di psicoterapia in maniera generica non è diverso da quello che facciamo quando parliamo di psicofarmaci in maniera generica. Non esiste un tipo di psicoterapia come non esiste un tipo di farmaci e analogamente al fatto che alcuni psicofarmaci (le benzodiazepine) sono inutili e forse dannosi nel trattamento del DAP mentre altri (i serotonergici) sono utili e spesso necessari, allo stesso modo

dobbiamo ragionare sulle psicoterapie.

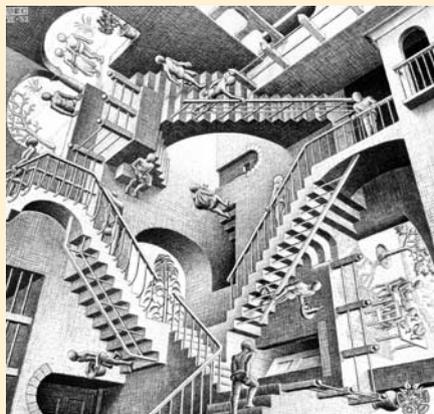
Perché si alla **psicoterapia cognitivo-comportamentale** come psicoterapia principe nel trattamento del Disturbo di Panico?

a) Perché è **l'unica, e sottolineo unica, psicoterapia che ha sufficienti prove scientifiche per essere considerata più efficace della condizione placebo nel trattamento del DAP**. Indubbiamente altre psicoterapie fanno star meglio i pazienti ma non possiamo sapere se questa sia mero effetto suggestione, un effetto generico oppure il risultato di un effetto specifico sul DAP. Questo non vuol dire negare la possibilità che le altre psicoterapie siano efficaci ma vuol dire semplicemente invitare chi le sostiene a dare una dimostrazione di efficacia specifica nella cura del DAP con studi scientifici controllati. Dunque la psicoterapia cognitivo comportamentale è l'unica che abbia la garanzia di qualità del mondo scientifico nel trattamento del DAP, tanto da essere inserita in tutte le linee guida ufficiali (es. Associazione Psichiatrica Americana) per il suo trattamento.

b) Perché, nel trattamento del DAP, è una **terapia breve, durando dai 3 ai 6 mesi**, e si focalizza sia sul **superamento dei condizionamenti**, che si esprimono nelle condotte di evitamento e nelle fobie che sono l'espressione dei meccanismi di difesa dall'attacco di panico, che sulla **ristrutturazione degli schemi mentali automatici** di pensiero che hanno portato molti di voi a vivere con allarme un semplice batticuore da sforzo e ad evitare emozioni per il pensiero che potessero scatenare attacchi, e che anch'essi sono la semplice espressione dei meccanismi di difesa che tutti voi avete attivato quando sono comparsi gli attacchi. Se è vero che il **condizionamento alla paura** è il meccanismo di difesa principe con cui si sviluppano le fobie e l'agorafobia e che la **catastrofizzazione** delle sensazioni fisiche e delle emozioni, il meccanismo di difesa che porta all'ansia anticipatoria e agli attacchi di panico situazionali (che in realtà sono più delle forti crisi di ansia che veri e propri attacchi di panico) non dobbiamo dimenticarci che l'attacco di panico e questi meccanismi di difesa si inseriscono su una persona che ha una personalità propria, esperienze di vita proprie, risorse proprie che definiscono il quadro complesso variegato che è il DAP. E quando la personalità di chi è colpito dal DAP sia abnorme o le esperienze di vita infantile e adulta siano tali da interagire con il DAP creando una sofferenza maggiore, la terapia cognitivo comportamentale non basta ed è utile e necessario integrare altre

psicoterapie, che, pur non agendo direttamente sul DAP, colgono l'evento del DAP come occasione per ristrutturare la personalità di chi è già disturbato a prescindere dal panico. In questo caso il DAP diventa la lente che permette al paziente di vedere quello squilibrio di fondo della sua personalità che non si era manifestata fino alla comparsa del DAP, ma che non è in alcun modo la causa del DAP, la cui terapia si avvale necessariamente della combinazione tra farmaci anti-panico specifici e terapia cognitivo-comportamentale, come peraltro la ricerca scientifica ha chiaramente dimostrato.

In conclusione, analogamente a quanto avviene quando uno soffre di crisi asmatiche o di attacchi di angina cardiaca, anche per il DAP il quadro clinico finale sarà la combinazione dei comportamenti difensivi messi in atto dalla persona in



risposta al segnale patologico, cioè l'attacco di panico, e dalla sua personalità. Riaggiustare farmacologicamente il meccanismo d'allarme "guasto" e, quindi, rimuovere i comportamenti difensivi sostituendoli con comportamenti normali, ri-insegnando al paziente a vivere senza paura sono i due passi necessari e decisivi per uscire dalla trappola del DAP. Negli infrequenti casi in cui esista un disturbo della personalità pre-esistente al DAP, e che per effetto di questi si sia pienamente manifestato, una psicoterapia più strutturata può essere utile, anche senza avere un valore specifico nella cura del DAP e senza potersi in alcun modo sostituire alle terapie descritte, pena la cronicizzazione del disturbo stesso.

Analogamente, la psicoanalisi, pur essendo uno strumento valido per approfondire la conoscenza di se stessi, non può in alcun modo essere considerata una terapia specifica per il DAP, non avendo alcuna dimostrazione scientifica che ne attesti la sua validità.

Per poter intraprendere e gestire con efficacia il percorso integrato che vi ho descritto è fondamentale la consapevolezza di non essere soli, che il percorso per vincere il panico sia possibile e che bisogna avere fiducia nelle proprie risorse e nelle terapie proposte, in questo senso i **gruppi di auto-mutuo aiuto** diventano un momento molto importante nel percorso che vi condurrà alla libertà dal panico. Avendo chiaro in mente che questi gruppi sono momenti di condivisione delle esperienze e di sostegno reciproco che tuttavia non possono e non devono essere momenti di giudizio delle terapie in atto e neppure possono sostituirle in alcun modo. Diventa infine molto importante non perdere l'occasione che il DAP vi offre di diventare consapevoli del valore della libertà, proprio perché questa libertà di muoversi, essere autonomi e poter decidere, scontata per chi non ha avuto l'esperienza del panico, diventa un bene prezioso per cui ringraziare la vita ogni giorno.

Questo è il presente della cura del DAP, mentre per il futuro, la ricerca neuroscientifica sta già facendo intravedere nella **terapia respiratoria specifica anti-panico** (da non confondersi con le varie terapie respiratorie attualmente proposte senza studi che ne supportino la validità...) un possibile strumento integrativo o addirittura alternativo alla terapia farmacologica nel blocco della ricorrenza degli attacchi di panico, nella **riabilitazione psicovestibolare**, una tecnica importante per il superamento delle condotte di evitamento legate alla sensazione di sbandamento che spesso accompagna chi soffre di panico e, addirittura, nella **cicloserina**, il primo farmaco anti-fobico capace di potenziare la terapia comportamentale contro le fobie e l'agorafobia. Tutte queste novità sono allo studio in diversi centri internazionali di eccellenza da alcuni anni e promettono nuove armi per vincere il DAP.

Proprio perché la sofferenza e le limitazioni causate dal DAP sono molto importanti, minando gravemente il benessere e la libertà di chi ne è colpito, ogni terapeuta, sia esso psichiatra, neurologo, medico o psicoterapeuta, ha il dovere etico di offrire alla persona che soffre di DAP terapie validate scientificamente e non semplici opinioni personali. Perché la via di uscita esiste e molti di voi hanno avuto la possibilità di tornare a vivere buttandosi alle spalle l'esperienza di questo disturbo ed è una possibilità di cui avete diritto tutti voi, cari pazienti.

Autostima, assertività e cura di sé

INTERVISTA AL DR. GIANNI LANARI, DR. ANTONIO MINERVINO E DR. PIETRO STEFANINI

Non si può affrontare il tema della “cura” prescindendo dal concetto di “cura di sé”: è improbabile che una persona incapace di cogliere e rispettare i propri bisogni, sappia occuparsi in modo sano di un'altra persona.

Ma prima di prendere per buona questa mia affermazione, proviamo ad affrontare il tema dell'autostima, dell'assertività e della cura con alcuni esperti, a cui ho rivolto domande che, spero, possano servire a orientarci in un argomento vasto e delicato.

A CURA DI VALENTINA CULTRERA

Grazie intanto a tutti e tre, per averci regalato un po' del vostro tempo: approfitto subito della vostra disponibilità e chiedo, a ciascuno di voi, una definizione personale di CURA.

DR. LANARI Tutto ciò che noi possiamo fare per trovare il giusto equilibrio tra il voler bene a noi stessi e agli altri. Quindi la nostra autostima, ma contemporaneamente il rispetto degli altri.

DR. MINERVINO Cura è, secondo me, quell'insieme di atti materiali, affettivi, professionali e non, che una persona può rivolgere a un'altra persona oltre che a sé in una condizione di bisogno da soddisfare.

DR. STEFANINI La cura, nei secoli, è stata una funzione affidata quasi esclusivamente ai componenti la famiglia e ai vicini di casa (il prossimo). Nel tempo la funzione si è specializzata in molti ambiti e, soprattutto nell'ultimo secolo e nei paesi economicamente sviluppati, si è costruito un vero e proprio sistema di servizi (educativi, sociali, sanitari) che hanno assorbito molte delle funzioni di cura a suo tempo svolte dai componenti la famiglia allargata. Il senso di insoddisfazione che spesso pervade le persone che entrano in questi sistemi specialistici ripropone il tema della cura come fattore che ha componenti psico-sociali e relazionali molto importanti. Sovente le persone, infatti, lamentano, in questo caso, scarsa attenzione a se stessi. Non c'è sufficiente cura per esempio nei processi massificati o quando “aiuto” e do aiuto secondo schemi precostituiti, senza curarmi di comprendere i bisogni e i desideri profondi delle persone. Potrebbe capitare che l'essere persone aiutanti sia solo una nostra convinzione. Un problema specifico riguarda le persone che svolgono professioni di cura: spesso si dice che la scelta di professioni di cura è motivata, in fondo, dai propri bisogni di cura e, inoltre che essere centrati esclusivamente su processi di cura rivolti agli altri può provocare vere e proprie malattie professionali o quantomeno la sindrome del *burn-out* (stress lavorativo specifico delle *helping professions*).

DOTTOR MINERVINO, CI PUÒ DARE UNA DEFINIZIONE PRECISA DI AUTOSTIMA? È UNA PAROLA CHE COMPARE SPESSO NEL LINGUAGGIO COMUNE, MA NON CREDO CHE SIA UN CONCETTO SEMPLICISSIMO E SEMPRE CONDIVISO DA NOI PROFANI...

È vero, si tratta di una parola che, come tante altre, dall'universo delle parole psicologiche è migrata nel linguaggio comune ac-

quistando in familiarità, ma perdendo di specificità. Il concetto di autostima si riferisce alla considerazione che uno ha di sé, ed è una complessa confluenza di elementi percettivi, biografici, affettivi di cui si ha una parziale coscienza. Intendo dire che una buona parte degli elementi che vanno a costituire quella che indichiamo come autostima sono inconsci, o per meglio dire non sono nel campo della consapevolezza: questo ci rende conto della frequente differenza che si può riscontrare fra la stima che abbiamo di noi e quella che hanno gli altri.

A LEI, DOTTOR LANARI, CHIEDO INVECE DI INTRODURCI AL CONCETTO DI ASSERTIVITA'...

Per assertività si intende la nostra capacità nelle situazioni conflittuali di rispettare contemporaneamente noi stessi e gli altri, invece che essere aggressivi (aggressivo è colui che rispetta se stesso ma non l'altro) o passivi (passivo è colui che rispetta più l'altro che se stesso).

DOTTOR MINERVINO, DOTTOR LANARI, È SOSTENIBILE A VOSTRO AVVISO LA TEORIA CHE, ALLA BASE DEL DISAGIO PSICOLOGICO, AL DI LÀ DEI SINTOMI CON CUI ESSO SI MANIFESTA, CI SIANO PROBLEMI LEGATI ALL'AUTOSTIMA E ALLA CAPACITÀ DI ESSERE ASSERTIVI?

DR. MINERVINO Certamente mi sembra sostenibile e per le ragioni che in parte ho esposto prima: una collaudata capacità di essere assertivi e un sano livello di autostima riparano dal rischio di disagi psicologici.

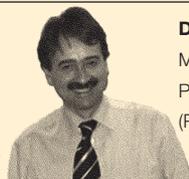
DR. LANARI Sono delle variabili correlate. Di solito, se abbiamo una buona autostima, abbiamo anche la capacità di stare bene.

DOTTOR STEFANINI, NON SOLO GLI INDIVIDUI, MA ANCHE I GRUPPI SOCIALI, POSSONO ESSERE INCAPACI DI ESSERE ASSERTIVI: PUÒ TRACCIARE L'IDENTIKIT DI UN'ORGANIZZAZIONE ANASSERTIVA? CHE TIPO DI DISAGIO PRODUCE NELLE PERSONE CHE LA COMPONGONO?

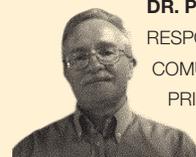
Per assertività si intende la capacità di esprimere i propri bisogni e i propri desideri; in una prospettiva relazionale comunicativa (nel senso che l'assertività gioca nelle relazioni e non solo sulla singola persona), i gruppi sociali possono essere aperti o chiusi all'espressione dei bisogni e dei desideri dei suoi componenti oppure ne possono frustrare l'espressione con azioni sanzionatorie. Anche le organizzazioni (intese come insieme di relazioni finalizzate al raggiungimento di obiettivi condivisi) sarebbe



DR. GIANNI LANARI
PSICOLOGO
E PSICOTERAPEUTA
(ROMA)



DR. ANTONINO MINERVINO
MEDICO, PSICHIATRA,
PSICOTERAPEUTA
(PARMA)



DR. PIETRO STEFANINI
RESPONSABILE SERVIZIO DISABILI
COMUNE DI PARMA E DOCENTE
PRINCIPI SERVIZI SOCIALI
UNIVERSITÀ DI PARMA

auspicabile si sviluppasse secondo la logica assertiva e quindi attenta a che i propri componenti possano, il più liberamente possibile, esprimere i propri desideri e bisogni e non solo operare in modo finalistico per gli obiettivi neutri dell'organizzazione stessa. In sostanza, la qualità della organizzazione è definita anche dalla capacità di essa di porre tra i propri obiettivi la soddisfazione dei propri componenti.

Un'organizzazione anassertiva, quindi, produce un senso di malessere e di estraneità nei suoi componenti e, alla lunga, induce tentativi di fuga dall'organizzazione stessa. Se parliamo di organizzazioni che per *mission* sono destinate a occuparsi dei bisogni (materiali, sociali, sanitari, educativi, ecc.) delle persone, evidentemente, la loro capacità di 'ascolto' dei bisogni e dei desideri più profondi diventa un segno distintivo di qualità. Il porsi, invece, nella relazione di aiuto come coloro che sanno già tutto, hanno la risposta pronta e standardizzata, induce processi di massificazione e di spersonalizzazione. Si pensi alla complessità della cura di fronte a persone 'nuove' che esprimono culture, sistemi di valori e di vita profondamente diversi rispetto a quelli cui, anche in professionisti della cura, sono abituati. Si impone una capacità di ascolto nuova.

DOTTOR MINERVINO, L'AUTOSTIMA SI PUÒ IMPARARE DAVVERO?

Si può fare davvero molto per migliorare un livello di autostima insufficiente e può essere proprio necessario farlo. Di solito è meglio chiedere aiuto, non cimentarsi da soli in un'impresa che partirebbe senza i minimi presupposti necessari: primo fra tutti proprio un livello di autostima sufficiente. Molti sono gli strumenti cui ricorrere, più professionali come una vera e propria psicoterapia individuale o di gruppo a vario orientamento, o meno professionali come la partecipazione a gruppi di varia esperienza: teatro, danza, meditazione, ecc.

E SECONDO LEI, DOTTOR LANARI, COME SI PUÒ "CURARE" LA MANCANZA DI ASSERTIVITÀ?

Iniziando un trattamento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale.

DOTTOR STEFANINI, CHE RAPPORTO C'È SECONDO LEI TRA LA CAPACITÀ DI AIUTARE L'ALTRO E IL LIVELLO DI AUTOSTIMA E DI ASSERTIVITÀ DI COLUI CHE SI PRESTA A EROGARE TALE AIUTO?

Un professionista (ma non solo) se non ha un buon livello di autostima non può dare aiuto; questo è un problema, ad esempio, per le professioni di aiuto a scarso valore sociale (che spesso produce basso livello di autostima), pensiamo alle badanti (termine quanto mai improprio e in sé spregiativo), agli ausiliari, ma anche agli infermieri rispetto ai medici, ecc. Nello stesso tempo, proprio nelle relazioni di cura spesso le persone sperimentano emozioni negative connesse all'eccessivo senso di autostima di certi professionisti ("senza di me, il deserto..."). È difficile definire il livello 'giusto' di autostima, se non sulla base dei significati ed emozioni che esso trasmette nelle relazioni tra le persone. L'assertività, invece, è una componente essenziale della competenza di cura: io sono capace di mettermi in una relazione di cura se, prima di tutto, sono capace di ascoltare, di lasciare spazio

all'altro, di lasciare esprimere emozioni, desideri, aspirazioni, speranze, dolori e gioie, bisogni, prospettive di vita. Allo stesso tempo, colui che aiuta deve utilizzare la capacità di esprimere le proprie sensazioni positive o negative con molto equilibrio e capacità empatica, come competenza a mettersi nei panni dell'altro (che consente di capirlo) con il vantaggio di non essere sovrappreso dal suo problema (che ti consente di pensare e suggerire soluzioni adeguate al bisogno).

SE LA MANCANZA DI AUTOSTIMA E LA DIFFICOLTÀ A ESSERE ASSERTIVI FOSSE UNA MALATTIA, SAREBBE UNA MALATTIA ALTAMENTE CONTAGIOSA?

DR. LANARI A volte ci sono delle false credenze: nella vita di tutti i giorni bisogna essere aggressivi per essere rispettati. Chi riesce a ottenere dei successi essendo aggressivo è da rispettare. Chi pensa questo è miope perché, anche se hanno un apparente successo iniziale, nel breve e lungo termine hanno un effetto di ritorno abbastanza negativo. Forse abbiamo delle convinzioni disfunzionali sull'aggressività o sulla passività.

DR. MINERVINO Il concetto di contagiosità si rifà classicamente ad agenti patogeni di tipo virale o batterico, ma non è improprio parlarne anche in termini psicologici: l'ansia ne è il miglior esempio. Per l'autostima e l'assertività, quando difettano, non saprei dire, ma posso immaginare che alcuni atteggiamenti o comportamenti che ne derivano potrebbe essere condizionanti per chi sta vicino e forse in questo senso si potrebbe parlare di contagiosità.

DR. STEFANINI Evidentemente esiste la possibilità, soprattutto nelle organizzazioni che si occupano di cura, che si sviluppino sentimenti condivisi di scarsa autostima e assertività. Questo induce a dare risposte standardizzate e quindi a 'difendersi' dal dolore o dalla malattia altrui utilizzando schemi di riferimento collaudati (peraltro, anche a tutela dell'ammalato, si pensi ai protocolli di intervento su molte patologie ed eventi particolari). Se la persona agisce solo in virtù di un protocollo effettuerà una buona (si spera) prestazione ma questo potrebbe avere scarso valore terapeutico (inteso come capacità di produrre un vero cambiamento). Segnalo poi un altro aspetto. La persona che si prende cura, spesso può andare in depressione perché non trova spazi personali di manifestazione dei suoi bisogni e dei suoi desideri: troppo presa a occuparsi dei bisogni degli altri non riconosce o non si sente legittimata a parlare dei propri. Questo potrebbe innesicare un circuito negativo che, nel tempo, sarebbe molto negativo per lei stessa oltre che per le persone di cui si cura.

È in funzione di questo, ad esempio, che nella mia attività ho cercato di sviluppare servizi di sostegno alle persone che si debbono occupare di altre persone. Tra essi, anche un gruppo di auto aiuto per genitori che hanno figli con deficit gravi: molto spesso il porre tutta l'attenzione sui bisogni del figlio non consente di avere l'attenzione necessaria ai bisogni delle persone che curano. Dare spazi di assertività credo possa migliorare non solo le relazioni ma anche il nostro modo di intendere la realtà in cui siamo inseriti. Allo stesso modo ho sempre considerato importanti i momenti di confronto e gli spazi riservati agli operatori per avere la possibilità di parlare di sé, della propria esperienza lavorativa, delle difficoltà e dei desideri che fanno parte della vita professionale.

COME SE PER I RAGAZZI GIOCARE FOSSE SEMPRE UNA COSA SEMPLICE. OGGI SPAZI LIBERI ALL'APERTO, VICINI DI CUI fidarsi, cartoni animati "educativi", parenti vicini ai quali rivolgersi, tempo per stare insieme con la famiglia appaiono spesso ai genitori un'utopia e, per quanto mamma e papà cerchino di cautelare e tutelare i più giovani, non sempre ci riescono. Questo ingenera solitamente un forte senso di frustrazione che si tramuta per i genitori in senso di colpa e per i figli in un senso di smarrimento che provoca ansie " motivate" e a volte destabilizzanti. È vero che l'età influisce sulle modalità di espressione dell'ansia, ma il periodo adolescenziale rappresenta di per sé uno spazio di crescita caotico e irriverente.

L'adolescenza costituisce un lungo ponte tra l'infanzia e l'età adulta che dura circa 10 anni e rappresenta un vero e proprio **Periodo Critico** dello sviluppo, in quanto particolarmente stressante. D'altra parte le trasformazioni che si evidenziano in questa fase mettono definitivamente in crisi il mondo dell'infanzia che viene lasciato alle spalle. Tale **destrutturazione** risulta necessaria per l'ulteriore sviluppo della personalità e del comportamento. È importante quindi "leggere" gli atteggiamenti e i modi di fare dei ragazzi considerando i vari passaggi obbligati a cui sono sottoposti anche da un punto di vista fisiologico.

La **pubertà** (o età della virilità) inizia generalmente intorno ai 10/12 anni per completarsi verso i 15/16 e, sotto la spinta della maturazione ormonale inizia la crescita graduale delle ovaie e dell'utero nelle femmine, della prostata e delle vescicole seminali (gonadi) per i maschi; di solito però si fa partire la pubertà dalla crescita del seno e dalla prima mestruazione (o menarca) nelle ragazze e dalla comparsa dei peli pubici e dall'aumento di dimensione del pene nei ragazzi. Alla piena maturazione sessuale si accompagna la comparsa dei Caratteri Sessuali Secondari. Le trasformazioni morfologiche dipendono da un forte incremento di ormoni a opera di una ghiandola: l'**ipofisi**. L'ormone ipofisario stimola

l'attività delle gonadi (cioè delle ghiandole seminali) facendo aumentare la produzione degli ormoni sessuali e la formazione di spermatozoi nei maschi e di ovuli maturi nelle femmine.

Gli ormoni sessuali tra cui il **TESTOSTERONE** nei maschi e gli **ESTROGENI** nelle femmine, insieme ad altri ormoni, stimolano la crescita delle ossa e dei muscoli e producono la "Crisi di Crescenza".

Il ritmo di accrescimento del peso e della statura raggiungono poi il massimo di accelerazione nei maschi intorno ai 14 anni e nelle femmine verso i 12 anni. Nel giro di pochi mesi la fisionomia cambia e cambia anche la percezione che i ragazzi hanno di se stessi e il senso della propria identità. È pur vero però che negli ultimi 100 anni l'inizio della pubertà ha risentito di notevoli cambiamenti tanto da prendere un arco di tempo maggiore oscillando da una Pubertà precoce (8-9 anni) a una Pubertà tardiva (16-18 anni). Tali variazioni portano l'individuo adolescente in una posizione di **DIVERSITA'** nei confronti dei coetanei.

Uno **sviluppo precoce** può portare all'ostentazione di una sicurezza determinata da un fatto puramente esteriore e privo di una base di maturazione psicologica (ciò può avere conseguenze negative soprattutto per quanto riguarda le ragazze). Emergono pulsioni interiori, di ordine prevalentemente sessuale.

Mentre nei casi di **sviluppo tardivo** si possono manifestare sentimenti di inferiorità e valutazioni negative di se stessi.

Il cambiamento totale del corpo e la comparsa dei caratteri sessuali secondari possono dunque:

- confermare l'identità positiva già esistente (il bambino è alto e atletico e queste caratteristiche restano nell'adolescenza)
- dare un'identità positiva al posto di un'identità negativa (il "brutto anatroccolo" diventa cigno)
- danneggiare una precedente identità positiva (il cambiamento della voce e l'assenza di peluria nei maschi e l'esuberanza del seno o le gambe storte per le ragazze, l'altezza o il peso non adeguati)
- rafforzare un'identità negativa (il bambino brutto, goffo e gracile diventa un adolescente con le stesse caratteristiche).

Gli adolescenti sono molto sensibili ai giudizi degli altri nei confronti del loro aspetto fisico e facilmente condizionabili dai criteri divulgati dai mass-media in merito alla bellezza e alle caratteristiche ideali maschili e femminili.

Possono infatti emergere grossi problemi legati a una immagine negativa di se stessi, soprattutto quando non si è riusciti a stabilire precedentemente una buona identificazione con il genitore dello stesso sesso detto anche "genitore omologo".

La psicoanalisi è una delle prime correnti psicologiche che identifica la pubertà non come "inizio" ma come la "ripresa" o il secondo inizio della vita sessuale umana. L'"inizio in due tempi" della sessualità è una scoperta della psicoanalisi, in corrispondenza dei "due culmini" dello sviluppo sessuale, il primo intorno ai 3-5 anni (che fa riferimento al complesso di Edipo per il maschio e al complesso di Elettra per le femmine) e il secondo con la pubertà, inframmezzati dal periodo evolutivo della "latenza". Tali fasi dello sviluppo sessuale hanno in sé una connotazione dirompente, perché irrompono violentemente in un apparato psichico non ancora attrezzato a fare i conti con l'impatto violento di una spinta sessuale che raggiunge improvvisamente dei picchi di intensità sorprendente.

Nella pubertà questo "eccesso" evolutivo diventa ancora più evidente che nel primo culmine in quanto i caratteri sessuali secondari e le spinte ormonali non lasciano più dubbi interpretativi. Non è solo una questione "estetica" come si potrebbe pensare, in quanto si propone il tema della costruzione dell'identità del soggetto che si estende anche all'immagine corporea che diventa il mezzo cui viene affidato il compito di veicolare il desiderio dell'altro da sé (che è essenzialmente il desiderio sensuale e sessuale nei confronti di un altro individuo), che si presenta con un'intensità che non ammette di essere negata.

Sindromi anoressiche e bulimiche, depressioni, alcolismo e uso di stupefacenti, corse in macchina e/o motorino, molti suicidi in età giovanile e altre difficoltà infatti possono essere fatte risalire a gravi problematiche relative a un'identità confusa o negativa.

Da un punto di vista intellettuale e cognitivo tra i 12 e i 14 anni inizia a manifestarsi lo **stadio delle operazioni formali** secondo la classificazione di Piaget, cioè una capacità matura di pensiero astratto o ipotetico-deduttivo; questa capacità però si struttura completamente intorno ai 15-16 anni.

L'adolescente tende ad analizzare criticamente i fatti, confronta il reale con il possibile ed elabora alternative, ha difficoltà a impegnarsi con costanza nel tempo.

In questa Crisi Adolescenziale riemergono i bisogni primari già

CRESCERE? È UN GIOCO DA RAGAZZI

DI ROSARIA GULLO
PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA



I FIORI
DI
BACH

DI SUSANNA CANETTI

Ancora una volta, è proprio dal mondo della natura che ci arriva un valido aiuto per superare i nostri problemi legati all'ansia, alla depressione e agli attacchi di panico. Dobbiamo ringraziare il Dott. Edvard Bach (1886-1936) il quale, dopo numerose ricerche, scoprì che la coscienza funziona in base a determinati modelli di reazione, uguali per tutti gli esseri viventi (piante, animali o uomini) e che nei fiori di alcune piante selvatiche è presente una sostanza capace di riequilibrare questi modelli di reazione, nel momento in cui essi siano alterati. Elaborò nei primi decenni del nostro secolo uno dei metodi di cura naturale più semplice ed efficace, cercando di curare il malato nella sua interezza e non nella malattia, che poi è la filosofia dell'attuale medicina olistica. Bach individuò 38 tipi di reazioni alterate e li suddivise in sette gruppi. Questi gruppi comprendono tutte le forme di paure, rifiuto della realtà, incertezza, solitudine, disagio e atteggiamenti eccessivi verso se stessi e il prossimo. Come ben sappiamo, spesso i disturbi fisici hanno origine da una disarmonia tra emozioni e sentimenti, tra la psiche e l'Io, quindi curando il disordine psicologico si può curare anche la malattia fisica. Bach ebbe la fantastica capacità di intuire che per ogni problema esiste un rimedio in natura. Trascorse parecchi anni ricercando questi rimedi uno ad uno, in fiori ed erbe della campagna inglese. Inventò anche un metodo per estrarre quel "qualcosa di speciale" contenuto nei fiori, per poi poterlo conservare e utilizzare quando necessario. Questo metodo deve essere osservato con cura, a partire dalle modalità di raccolta dei fiori sino all'esposizione al sole, per permettere ai raggi solari di svolgere l'importante compito di trasferire l'energia dai fiori all'acqua. I fiori di Bach si assumono in gocce da mettere sotto la lingua, conservate in apposite bottigliette e per l'individuazione della miscela adatta al nostro problema è bene rivolgersi a una farmacia erboristica specializzata. Solitamente viene chiesto di compilare un questionario per tracciare un profilo della personalità del paziente. È importante sottolineare che, in presenza di un disturbo fisico o mentale, è sempre opportuno prima rivolgersi a un

medico. In ogni modo, i fiori di Bach possono essere tranquillamente affiancati a una terapia medica senza nessuna controindicazione, spesso migliorando la risposta ai farmaci e ai trattamenti. Può accadere, all'inizio dell'assunzione, di assistere a un breve peggioramento noto come "aggravamento omeopatico". Questo fenomeno in realtà è molto positivo in quanto sta a indicare che è stato centrato un punto importante, poi solitamente scompare per dare spazio ai miglioramenti. Il metodo di Bach è frutto probabilmente di una intuizione e di costanti ricerche in campo omeopatico; di certo è innocuo, ma anche economico e adatto ad adulti e a bambini. In campo scientifico però non ha trovato ancora una spiegazione medica, nonostante i vari esperimenti fatti. Spesso si è parlato allora di autosuggestione o di effetto placebo, ma questo non si spiega quando i fiori di Bach si dimostrano efficaci anche sui bambini o sugli animali, i quali non possono subire nessuna influenza. Diversamente da molti farmaci, questo metodo non ha effetti collaterali a fronte di un costo molto basso. Circa la metà dei soggetti che iniziano questa terapia affermano di avere più sogni notturni, sinonimo di cambiamenti in atto a livelli profondo, di provare maggiore necessità di riposo, come se fosse giunta l'ora di fermarsi un attimo e di dedicarsi un po' a se stessi. Per altri può esserci una "crisi di coscienza", ossia un breve peggioramento, come se ci si rendesse conto improvvisamente di cosa non va in se stessi, trovando così la chiave per reagire e autoguarirsi.

Abbiamo accumulato tante ferite, se non ne siamo consapevoli tutte le nostre azioni diventano reazioni a quelle ferite. Nella conoscenza di sé c'è la fine del dolore e, quindi, l'inizio della saggezza.

J. Krishnamurti

► sperimentati, i tipi di relazione e le fasi dello sviluppo anche se in maniera diversa:

- la reviviscenza della fase orale: la seconda diede di sicurezza
- la reviviscenza della fase anale: la controdipendenza o fase di opposizione
- la reviviscenza della fase edipica: diventare grande
- l'investimento libidico narcisistico: la masturbazione.

Ciò che è quindi in questione nell'adolescenza, rimanda alle forme di controllo che un giovane individuo può mettere in atto per far fronte a qualcosa che lo sollecita in modo talmente stressante da essere avvertito come "pericoloso". A questo pericolo a cui l'adolescente si può sentire esposto egli risponde con l'**Angoscia** che è il segnale per eccellenza e che ha fatto la sua prima apparizione nella vita del soggetto come "**segnale d'allarme**" già intorno ai quattro anni (e non semplicemente come reazione riflessa a uno stimolo esterno come potrebbe malamente essere interpretata). Attraverso l'ansia e l'angoscia il soggetto si attrezza a far fronte all'impatto violento e improvviso, "sproporzionato" della pubertà. Se la costruzione dell'identità dell'adolescente sarà sufficientemente solida, l'angoscia che avvolgerà il soggetto, e che è essenzialmente legata all'elaborazione di una spinta sessuale genitale

"adulta", potrà essere affrontata ed elaborata. Infatti l'angoscia della pubertà, in tutte le sue forme palesi e latenti, segnala il ritorno e la ripresa di una vicenda che il bambino ha già affrontato e che ora lo impegna nel passaggio alla posizione di adulto impegnato a fronteggiare la minacciosità della figura genitoriale come strumento di identificazione sia emotiva che fisica.

Ecco perché il corpo dell'adolescente rappresenta in forma teatrale il terreno di gioco più evidente ed esplicito del Cambiamento che per sua natura deve trovare un compromesso tra un prima già conosciuto ma non più familiare e un dopo agognato e contemporaneamente "pericoloso" perché sconosciuto.

L'ansia e l'angoscia possono quindi presentarsi come elementi naturali della vita ma la loro gestione non è altrettanto naturale per i ragazzi che hanno bisogno di un occhio vigile ma non opprimente, un atteggiamento amorevole di ascolto che non deve sfociare nella condiscendenza, una partecipazione genitoriale che va calibrata costantemente e con fatica. I ruoli di mamma e papà nella vita dell'adolescente devono trovare una nuova strada preferenziale perché ricordiamoci che se nessuno insegna a un genitore a essere tale, è il genitore che insegna al figlio a essere individuo nel mondo e le sue sono le orme iniziali su cui il figlio si muoverà.



L'IPPOTERAPIA (DAL GRECO HUPPOS=CAVALLO, THERAPEIA=CURA), MEGLIO DEFINITA TERAPIA PER MEZZO DEL CAVALLO (TMC), mette in contatto cavallo e uomo, nel momento in cui quest'ultimo vive una situazione di disagio fisico, psichico o entrambe le cose, di diversità e di svantaggio. Si viene così a formare una relazione-interazione tra questi due soggetti con obiettivo finale il benessere di entrambi. Il legame profondo tra uomo e cavallo è presente sin dagli albori dell'umanità, ne sono testimonianza i graffiti degli uomini primitivi e la presenza massiccia nella mitologia più antica. Una convivenza lunga millenni, nella quale il cavallo è stato risorsa alimentare, mezzo di trasporto, strumento di guerra e alla fine compagno nello sport, nel divertimento o per la salute. Nell'immaginario collettivo il cavallo rappresenta la libertà senza confini, la forza, l'eleganza e la mancanza di costrizioni o di barriere. I benefici effetti correlati all'uso del cavallo furono intuiti in epoche remote, la prescrizione dell'equitazione a scopo terapeutico si riscontra già nel 460-370 a.C. ad opera di Ippocrate di Co. In Italia l'ippoterapia è stata introdotta negli anni '70 dalla Dott.ssa belga Daniele Nicolas Citterio, fornendo un notevole impulso anche attraverso l'associazione nazionale per la riabilitazione equestre (A.N.I.R.E.). In realtà, nel congresso di Amburgo del 1982 con il termine ippoterapia viene identificata la prima fase della riabilitazione equestre, la quale comprende il primo approccio con il cavallo. Nei centri di riabilitazione sono presenti una serie di attività che mirano al recupero dell'indipendenza, della dignità e del benessere delle persone che hanno un disagio psicofisico. Viene prevista un'interazione tra uomo e cavallo, ma nello stes-

so tempo anche un'interazione trasversale tra uomo e ambiente, uomo e società, uomo e operatori/gruppo, puntando a un reinserimento della persona nel tessuto sociale. La persona viene vista sotto un'ottica "olistica", ossia nella sua interezza: corpo, mente, ambiente e relazioni. Si cerca quindi di stimolare l'autoguarigione, di riequilibrare anziché curare, di cercare le cause piuttosto che soffermarsi sui sintomi. Il trattamento per mezzo del cavallo è una possibilità di riscatto, di re-integrazione, poiché insegna a gestire i propri limiti, a superare piano piano le proprie barriere, a gestire le emozioni interagendo con l'animale e confrontandosi con se stessi e con gli altri. Anche in questo ambito, dove si lavora sull'immateriale come affetti ed emozioni, diventa di vitale importanza la condivisione; infatti senza un'efficace condivisione utente-operatore/utente-gruppo, i vissuti è come se non fossero mai accaduti. Ecco quindi la differenza tra il semplice cavalcare e l'ippoterapia, la quale presuppone la presenza di operatori-terapisti specializzati, che sappiano accogliere l'utente, valutare il percorso più idoneo tramite dei colloqui e affiancarlo durante il percorso. Se prendiamo il vocabolario, alla voce "riabilitare" leggiamo: "rendere di nuovo abile... reintegrare nell'esercizio dei diritti... rendersi nuovamente degni di stima". Da ciò possiamo dedurre che l'autonomia, non soltanto motoria, ma anche emotiva e mentale, è il principale obiettivo da raggiungere. In situazioni di disarmonia la persona si sente preda dei propri stati emotivi, viene aggredita dalle proprie percezioni ed emozioni che vengono tradotte in angoscia. L'individuo sem-

L'IPPO- TERAPIA

DI SUSANNA CANETTI

UNA PASSIONE RITROVATA

di Susanna Canetti

Penso fermamente che il momento in cui inizia la vera guarigione di una persona coincida con l'attimo in cui essa finalmente si accorge di avere bisogno di cure, quando ammette a se stessa di avere un problema e decide che è giunta l'ora di correre ai ripari. Sembra la cosa più facile e logica del mondo, invece non è affatto così. Ci vuole molto coraggio e molta umiltà per staccarsi dalla vita di tutti i giorni, da quella che ognuno di noi si è creato su misura per sfuggire alla paura del futuro, per distrarsi dalle ombre del passato, e uscire quindi da una realtà fatta di abitudini e compensazioni per tuffarsi piano piano nella vita "vera", quella del nostro animo e delle nostre emozioni. Questo è vivere il presente; è vivere con noi stessi, accorgersi di noi stessi, prestarsi delle attenzioni, ascoltarsi con pazienza e soprattutto con amore. Bisogna iniziare ad amarsi e a desiderare con forza di riacquistare la nostra libertà, la nostra serenità, il

nostro benessere e la nostra indipendenza. Ne abbiamo diritto. Ormai è assodato, la vita, il più delle volte, non va come noi vorremmo che andasse; l'unica cosa sulla quale possiamo agire è il presente, cercando di essere felici "qui e adesso". Può però accadere che il presente diventi un incubo dal quale non ci si può svegliare, una prigione dalla quale non si riesce a fuggire. A volte anche i nostri stessi pensieri diventano dei nemici e il nostro corpo una specie di trappola. Non ho avuto una vita facile, ma anche nei momenti peggiori ho sempre saputo trovare la forza per combattere e non perdere la speranza. Ma quando ho iniziato a soffrire di attacchi di panico c'è stato un periodo durante il quale pensavo fosse meglio morire, piuttosto che vivere una vita nella quale ti è stato tolto il sorriso, il piacere del sonno, la voglia di sognare, la forza per mangiare, la capacità di godere delle piccole cose. Penso sia stato solo nel momento in cui

ho toccato davvero il fondo che ho preso realmente coscienza del fatto che volevo disperatamente tornare a vivere. Ma non come prima, questa volta libera dai compromessi, dai sensi di colpa, libera dal mio non saper vivere le emozioni. Ho iniziato a essere un po' "egoista", ossia a pensare davvero a me stessa e a volermi bene, smettendo di ascoltare quel tribunale interno così spietato che continuava a giudicarmi e a condannarmi. Per essere sincera non posso dimenticarmi di continuare a ripetere che in questo mio percorso un ruolo fondamentale l'ha avuto il mio gruppo. È stato indispensabile nell'aiutarmi a sciogliere parecchi nodi sparsi nella mia mente, a indirizzarmi in un difficile percorso di introspezione e di analisi delle mie relazioni umane. Ritrovandomi e immedesimandomi nei racconti fatti dai miei compagni di gruppo, condividendo con loro ansie ed emozioni, provando a raccontarmi, ho riscoperto la vera me stessa. E

bra aver bloccato la comunicazione con se stesso. Pare allora indispensabile l'introduzione di un mediatore, e questo ruolo di co-terapeuta può essere svolto dal nostro amico cavallo. Infatti la comunicazione con l'animale sembra essere più facile in quanto non verbale, ma basata su un codice diretto ed esplicito centrato sul presente. Grazie a questa nuova modalità di comunicare, l'individuo sembra tollerare con minor angoscia situazioni e avvenimenti della propria vita. Ma perché ciò avvenga l'individuo deve entrare, con compassione, in contatto con le proprie carenze. Per alcune persone i confini rappresentati dal corpo e dal tempo (spazio-temporali) vengono vissuti come delle prigioni. Per noi umani la capacità di vivere nel presente, per quanto sia l'unico tempo a nostra disposizione, non è per nulla scontata. I cavalli invece vivono solo nel presente, anche se non scordano niente del passato, e ogni esperienza è fonte di conoscenza. Quindi è come se ci lanciassero una sfida, quella di imparare a essere come loro: apprendere dal passato, disporci con curiosità verso il futuro più prossimo, andare incontro a noi stessi. Tenendo sempre presente che in un viaggio la cosa che conta non è arrivare alla mèta, ma come si percorre la strada per arrivarci. Il TMC è basato sulle relazioni, su un linguaggio emozionale. Imparare a piangere, ridere, aggredire fa parte della terapia. La drammatizzazione, cioè la capacità di dare espressione alle emozioni, è una tecnica riabilitativa. Ma perché le emozioni sono così importanti? Negli ultimi 15 anni le neuroscienze hanno dimostrato, attraverso l'osservazione del cervello, che le emozioni hanno un ruolo fondamentale nell'apprendimento dalle esperienze e perciò sono indispensabili nelle situazioni di crescita e cambiamento. Si può affermare che il nostro cervello funziona a emozioni, quindi è da esse e dalla capacità di viverle che dipende la qualità della nostra vita. Più emozioni positive riusciamo a vivere e più verrà potenziato e sviluppato il sistema della capacità cognitive.

Definire l'ippoterapia una terapia alternativa rispetto quelle tradizionali non è corretto. Piuttosto si potrebbe definirla una terapia complementare, da programmare e definire all'interno di un più ampio progetto riabilitativo personale, il quale deve essere monitorato periodicamente da diverse figure specialistiche. È importante sottolineare di evitare le terapie "fai da te" o di abbandonare terapie farmacologiche senza rivolgersi al medico di fiducia, ma piuttosto valutare insieme a lui la possibilità di cogliere questa opportunità, rivolgendosi rigorosamente a centri specializzati e accreditati. L'effetto terapeutico dell'ippoterapia si basa sul rapporto dialettico che si instaura tra uomo e cavallo, ricco di sensazioni piacevoli e rassicuranti, coinvolgenti sotto il profilo emotivo, aiutando a sviluppare il senso di fiducia e di sicurezza. Ecco alcuni degli aspetti positivi di questa terapia "non tradizionale":

è in grado di generare sentimenti ed emozioni intense favorendo il processo di apprendimento;

il cavallo è un essere che esprime emozioni proprie come la paura, nelle quali ci si può riconoscere, e dove la persona può assumere un ruolo rassicurante;

cavalcare offre sensazioni di protezione, autostima, fiducia in se stessi;

permette di stabilire un contatto fisico "intimo" e di sentirsi gratificati, sia nell'offrire cure e carezze, sia nel ricevere manifestazioni di piacere da parte dell'animale;

il cavallo possiede le qualità (calore, morbidezza, sguardo, movimento ritmico) necessarie a sviluppare il processo di attaccamento fondamentale per lo sviluppo dell'essere umano.

Il cavallo è un essere estremamente sensibile che può donare all'uomo calma e serenità, condividendo con lui il suo disagio, regalandogli la formula magica per ritrovare la forza e la dignità. E donandogli amore e riconoscenza, egli trasmetterà anche un importante insegnamento: più amore si dà più se ne riceve.

ancora oggi mi chiedo dove fosse finita per tutto quel tempo. Ho ritrovato i miei desideri, le mie passioni, le mie aspirazioni, i miei pregi e i miei difetti. Ho avuto la sensazione di aver perso parecchie occasioni, di essere stata una spettatrice della mia vita, e ho sentito come mai prima la necessità di vivere a mille all'ora per poter recuperare. Ho capito che bisogna dare spazio alle cose che amiamo, che ci appassiano, che non bisogna avere paura di far valere le proprie idee, o temere il giudizio altrui, ma essere orgogliosi di noi stessi senza soffocarci.

Pensavo di non avere più passioni e invece le avevo soltanto relegate in un angolo per evitare che potessero farmi del male. Così, a marzo dell'anno scorso, la mia ricerca ha iniziato a dare i primi frutti ed è successo in Toscana, in un bellissimo agriturismo. Dopo tanti anni, con ancora qualche strascico d'ansia, sono finalmente risalita a cavallo! Quand'ero bambina e sino all'inizio dell'adolescenza, la maggior parte del tempo la passavo nella fattoria di un amico di famiglia, poco

distante da casa mia. Lì c'erano parecchi cavalli e io spesso me ne stavo per ore a guardarli pascolare nei prati, oppure restavo nella scuderia sino a tardi per spazzolarli. Non vedevo l'ora che arrivasse la domenica perché il proprietario dei cavalli mi faceva montare e mi dava lezioni in maneggio. Ecco, questa per me era la felicità: l'odore del fieno, l'aria aperta, e il contatto con quell'animale fantastico che è il cavallo. Da quel fine settimana in Toscana non ho più smesso di dedicarmi alla mia passione per i cavalli, e ho iniziato a frequentare un centro ippico vicino a casa mia. Quello è diventato il mio rifugio, il posto dove mi sento in armonia con me stessa e con il mondo. Spesso sento un vero e proprio bisogno di prendere la macchina e correre al maneggio, ed è questo bisogno che mi fa alzare la domenica mattina presto o uscire la sera d'inverno con la nebbia. La verità è che quando sono con i cavalli il tempo sembra fermarsi, la mia mente è così focalizzata sul presente che si svuota completamente, tanto da dimenticare problemi e

pensieri. Penso che in questo modo la vita mi stia dando una seconda possibilità, mi stia indicando una possibile strada da percorrere. Non posso non ringraziare con tutto il cuore i miei amici cavalli, i quali, durante tutto quest'anno passato insieme, dopo tanta lontananza, hanno saputo regalarmi tanto amore e insegnarmi tante cose importanti: il rispetto, la responsabilità, la sensibilità e il senso della libertà. Niente più del cavallo può simboleggiare e rappresentare la libertà, fisica e mentale, l'armonia e la forza allo stesso tempo. Grazie alle attività svolte con i cavalli, il mio carattere insicuro e pauroso è andato temprandosi piano piano, e spesso è stato messo a dura prova. Ho dovuto ogni volta imparare a gestire le mie emozioni, ad avere autocontrollo e imparare a oltrepassare i miei limiti. Soprattutto ho scoperto che in una relazione ci sono vari modi di comunicare, spesso trascurati, come i gesti, il contatto fisico e l'emotività, che si rivelano spesso più efficaci e diretti delle semplici parole. Nel cavallo mi sono anche potuta

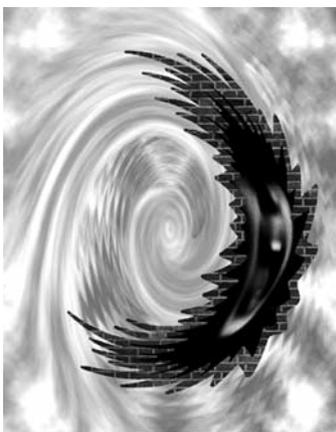
Il gruppo d'auto-mutuo aiuto

Mi chiamo Giuseppe, ho 42 anni e da tempo soffro di disturbi d'ansia generalizzata; sono dal mese di novembre 2007 in un gruppo di auto-mutuo aiuto della Lidap a Parma che si riunisce ogni lunedì alle ore 19:00. Il gruppo di auto-mutuo-aiuto di cui faccio parte è composto da 9 persone accomunate dal desiderio di superare lo stesso disagio psicologico. Tale disagio viene affrontato ed elaborato in prima persona attraverso il confronto, la condivisione e lo scambio d'informazioni, emozioni, esperienze e problemi. Nel gruppo di auto-mutuo-aiuto si ascolta e si è ascoltati, senza pregiudizi, in un clima armonioso in cui si scoprono e si potenziano le proprie risorse interiori. Il gruppo si autogestisce seguendo un sistema condiviso di obiettivi, regole e valori; rivolge una particolare attenzione alle origini sociali dei problemi senza però trascurare i fattori individuali, incrementando le capacità relative alla sfera emotiva e interpersonale. Le problematiche evidenziate nel gruppo sono molteplici: per esempio c'è chi non si sente in sintonia con l'ambiente che lo circonda, chi, quando si trova insieme agli altri, avverte un distacco emotivo e ha difficoltà a comunicare, chi sente di non riuscire a esprimere a pieno se stesso in famiglia o nell'ambiente di lavoro, chi vive la depressione, l'insicurezza, l'ansia, il panico, la malinconia, sentendosi così una persona esclusa rispetto a chi, forse, vive gli stessi problemi, ma non ha il coraggio di esprimerli.

Nella mia breve esperienza ho capito che tenersi tutto dentro aggrava i problemi. Il nostro facilitatore è il partecipante al gruppo che agevola i rapporti tra i 9 componenti e aiuta il gruppo a raggiungere con efficacia i propri obiettivi. Il nostro facilitatore della comunicazione ha il peculiare compito di riuscire a cogliere e riportare al gruppo, in termini espliciti e comprensibili, quei contenuti emotivi che non vengono comunicati esplicitamente nella discussione dai membri, ma che invece contraddistinguono profondamente gli scambi relazionali all'interno della dimensione grupale di questa esperienza, al fine di dare il maggiore senso di completezza ai nostri incontri perché nulla di ciò che viene vissuto all'interno del gruppo vada perso o non utilizzato al meglio in base alle esigenze di ognuno dei partecipanti. Io so che un gruppo di auto-mutuo-aiuto non è un gruppo terapeutico, ma si pone come intervento integrato a quelli tradizionali (farmacoterapia e psicoterapia). Il gruppo offre sostegno emotivo attraverso la rottura dell'isolamento e la condivisione reciproca, permette una crescita personale e l'adattamento a quelle condizioni della nostra vita che percepiamo emotivamente stressanti, rende chi vi partecipa protagonista attivo della ricerca del proprio benessere e di quello degli altri membri del gruppo, perché ognuno mette a disposizione degli altri le proprie capacità. Il gruppo aumenta il potere e il controllo su noi stessi e sugli altri perché nei nostri incontri si ha la possibilità di scoprire risorse che non credevamo di possedere e quindi di attivarle. Inoltre il gruppo di auto-mutuo-aiuto per me è un'esperienza altamente coinvolgente che aumenta la propria autostima, attiva l'emotività e ci fornisce gli strumenti per utilizzarla al meglio nei rapporti con gli altri, favorendo anche la nascita di nuove amicizie.

Il gruppo che io frequento da alcuni mesi è stato per me

un'opportunità per stravolgere e modificare la tendenza all'isolamento e alla sensazione di imbarazzo e soggezione, trasformando e diventando un'occasione, una risorsa che mi permette di riconsiderare la scelta di vita fatta, malgrado contro me stesso, che spesso ripete un "copione" di vita che non mi appartiene. Il gruppo per me è il luogo dove si impara a confrontarsi, a ritrovare fiducia in se stessi e negli altri, ad acquisire autostima, ad aprire il cuore e a trasmettere emozioni, sentimenti e pensieri. La depressione, l'ansia, il panico, la malinconia, il dolore, la confusione, la solitudine non sono vissute come una malattia, ma come momenti di vita di ognuno di noi; quello che cambia è il modo di affrontarli e superarli. Nel gruppo si ascolta e si è ascoltati, senza pregiudizi, senza giudizio, in un clima armonioso, in cui conta non tanto trovare soluzioni istantanee ai problemi ma, scoprendo le proprie risorse interiori, poterli affrontare positivamente con più forza. Nel gruppo si ritrova così fiducia in se stessi e negli altri, si acquista autostima e in una risata collettiva si riesce magari ad alleggerire situazioni dolorose o tragiche le quali, una volta espresse, perdono la loro unicità o drammaticità e ritornano ad essere comuni. Nel gruppo non ci sono interpretazioni; non si risolve il problema di nessuno, ma facilita la comunicazione, lo scambio, la riflessione comune all'insegna del pensiero positivo per cui ognuno trova da sé la propria risposta personale.



Il gruppo di auto-mutuo aiuto è un laboratorio dove si impara a confrontarsi, a ritrovare fiducia in se stessi e negli altri, ad acquisire autostima, ad aprire il cuore e a lasciare trasparire emozioni, sentimenti, pensieri. La disponibilità a cambiare diventa già una conquista e un superamento. Non è il problema che sparisce di colpo, ma è la persona che, cambiando, sposta la sua "posizione esistenziale" nei confronti del problema. Nello spostamento dei termini si gioca la possibilità di cambiare la propria con-

dizione di vita e si ritrova la forza e il coraggio di essere un po' più felici. Il problema di patologie come l'ansia generalizzata, l'ansia fobica e l'attacco di panico ha assunto negli ultimi anni una rilevanza sociale di incredibile ampiezza. Si tratta in effetti di sindromi la cui diffusione epidemiologica è in crescita continua. Basta riflettere sul sorprendente dato statistico che ci informa che le forme sindromiche di tipo fobico-ansioso toccano ormai una percentuale della popolazione globale che si aggira intorno al 20%. Si perviene a questa drammatica cifra considerando come patologia non solo le fobie più strutturate (cioè l'agorafobia, la claustrofobia e l'ipocondria), ma anche un disturbo meno visibile e tuttavia non meno invalidante qual è la "fobia sociale", cioè la paura, propria di molte persone, di avere un contatto stretto o continuativo con altri esseri umani. Questa fobia viene spesso confusa con le altre fobie, ma ha un tratto differenziale, perché riguarda le relazioni umane piuttosto che le situazioni. Queste patologie hanno dei costi sociali molto elevati. Considerata la particolare configurazione sintomatologica, è evidente che si tratta di patologie notevolmente invalidanti, che non solo portano sofferenza ai soggetti colpiti e ai loro congiunti, ma sono anche causa di rilevanti costi sociali.

... MA
ORA
RIPARTO!

DI MONICA DI ROMA

Sono Monica, ho 31 anni e sono nata in Sicilia a Sant'Agata Militello in provincia di Messina; vivo a Roma da 7 anni. Mi sono sposata nel 2001, mio marito è nato e vissuto a Roma ma ha anche lui origini siciliane.

Ho cominciato a soffrire di attacchi di panico circa 13 anni fa, l'anno della maturità. All'inizio pensavo che la tachicardia dipendesse da problemi fisici ma presto uno psichiatra amico di famiglia mi ha diagnosticato gli attacchi di panico. Non avevo idea di cosa si trattasse né tanto meno come poterli superare; ho assunto per un anno degli ansiolitici che hanno tamponato per un po' il problema.

Poi ho conosciuto mio marito e grazie alla spinta che mi dava ad affrontare i viaggi a Roma e l'amore che nasceva sono riuscita quasi a dimenticare la mia ansia. Nel 2000, dopo 2 anni che io e Angelo stavamo insieme, abbiamo preso la decisione di sposarci e mi sono trasferita a Roma. Ho subito trovato lavoro in una sub agenzia di assicurazioni, dove avevo già un'esperienza di circa 5 anni perché in Sicilia mia sorella ha un'agenzia assicurativa; però dopo 2 anni la sub agenzia ha chiuso e io sono rimasta senza lavoro per un po' ed è proprio in questo periodo che mi sono tornati con violenza gli attacchi di panico. Ho cercato di tamponarli con l'aiuto degli ansiolitici ma non bastavano: il senso di impotenza e di solitudine non venivano placati da niente, nessuno poteva capirmi, tanto meno mio marito che stava cominciando con la sua attività imprenditoriale e non

aveva molto tempo per me, e nemmeno potevo biasimarlo...

Da allora ho fatto dei lavori saltuari, però nel frattempo avevo finalmente degli amici miei, e questo mi è stato molto utile; poi mio marito mi ha sempre spronato ad affrontare il problema e a non chiudermi in casa. Ho intrapreso una terapia di tipo cognitivo comportamentale e sembrava che tutto funzionasse per il meglio; ho fatto diversi viaggi in giro per il mondo e ogni volta mi sentivo più forte fino a questo anno, che infatti è stato piuttosto faticoso: abbiamo cambiato casa. È più grande, più comoda e vicinissimo a dove abitavo prima ma mi ha destabilizzato tantissimo; i lavori di ristrutturazione e poi un viaggio ad aprile che forse non volevo fare, a luglio ho ricominciato ad avere i primi attacchi di panico, ma ancora non mi limitavano in niente. Ma ad agosto era previsto un viaggio in Perù che non ero convinta di fare perché molto duro dal punto di vista fisico a causa dell'altitudine, infatti saremmo stati per la maggior parte del tempo a una quota di 4000 m. e questo non giovava certo alla mia ansia che si era rifatta viva. Infatti il viaggio si è risolto in un disastro: sono stata malissimo con il mal di montagna, probabilmente associato al panico e siamo dovuti rientrare prima. Da allora mi sono tornati tutti i disturbi con tutta la loro violenza. Non riesco più nemmeno a restare sola in casa, ad andare a fare la spesa. La sensazione di sentirsi male da un momento all'altro, ti manca il fiato, il cuore sembra impazzire e la vergogna di darlo a vedere ti paralizzano. In questo periodo non riesco più a mettermi in discussione, a mettere in atto i pensieri funzionali: sono stanca di dovercela fare da sola....

Avventure nella *Serendipity*

Nel millenovecentocinquantaquattro un sociologo di nome Robert King Merton formalizzò all'interno di quella che sarebbe diventata la sua *opera magna* i concetti fondamentali della sociologia strutturalista. *Teoria e Struttura sociale* rimane ancora oggi un testo con cui i sociologi e i loro colleghi dovrebbero confrontarsi; la ricchezza dei contenuti delle sue pagine è meravigliosa fonte di riflessioni che scavalcano le barriere della disciplina e riguardano da vicino tutti quanti coloro che si confrontano con questioni di matrice psico-socio-antropologica.

Tra i tanti argomenti, l'autore ha affrontato e definito un processo di scoperta scientifica che si dice *serendipity*. Quando leggevo questo libro fui subito incuriosito dalla stranezza del termine, che emergeva da un indice colmo di concetti/termini scientifici. La mia curiosità mi portò a saltare un blocco di pagine fitte e compatte per arrivare subito al paragrafo dedicato a quella parola magnetica. La mia fame di sapere e la mia sconsiderata curiosità furono saziati, e al tempo stesso le mie idee sulla scienza subirono un rigoroso rimprovero: non tutto quello che gli scienziati scoprono volevano intenzionalmente scoprirlo.

Impossibile a crederci, almeno pensando alla logica sottesa alla forma comune della *scoperta scientifica*. Il caso della *serendipity* significa proprio questo: cercare qualcosa e scoprirne un'altra, la quale devia gli interessi del ricercatore verso nuovi e inaspettati oggetti di ricerca.

Per stabilire familiarità con questa nuova nozione provai ad applicarla al di fuori degli steccati di un ragionare scientifico e

dalla mia mente! Finalmente, dopo 8 mesi, mi è stato detto ciò che avevo e ho cominciato a essere curata. Sono stata finalmente bene, dopo tanto disagio. Ma la paura era rimasta e un'altra crisi, dopo un anno e mezzo, è tornata. Ho scoperto di non avere più attacchi di panico, ma ansia generalizzata, più persistente, ma più gestibile. Mi sono fatta forza così, cominciando a capire che l'ansia si può tenere sotto controllo e, se lo voglio, posso avere la meglio su di lei. Certo i momenti di ansia tornano ancora, ma con il bagaglio di esperienza che mi porto so che posso controllarla e impedirle di prendere il sopravvento. Per la prima volta dopo tre anni, anche grazie ad Antonella e Margherita della Lidap e a tutti i miei compagni di viaggio (che ho conosciuto nel corso delle tre conferenze sull'ansia, che si sono tenute a Correggio all'inizio dell'anno, e che incontro tutti i martedì al gruppo di auto aiuto di Correggio), quest'estate mi sono ritrovata a pensare più volte anche alle cose positive che l'ansia mi ha portato (e non solo a quelle negative). Se per tre anni l'ho sempre e solo vista come un mostro che mi ha causato una grande infelicità e mi ha fatto perdere molti dei punti fermi e delle convinzioni che mi ero costruita, da qualche tempo mi accorgo di essere più vera e di cercare, a differenza di un tempo, la parte profonda di persone e cose, con un indubbio miglioramento nei rapporti interpersonali e nel rapporto con me stessa. Dopo il buio i primi raggi di sole creano in noi un sentimento di stupore, abituati come siamo a stare male. È proprio allora che dobbiamo con forza e senza paura dire il nostro SÌ alla vita. **MARIA GIULIA**

RAGGI DI SOLE

Mi chiamo Maria Giulia e ho 28 anni. Soffro di ansia dal 2004. Il primo attacco di panico l'ho avuto 2 mesi dopo la morte di mia madre, malata di tumore da 8 anni. Ricordo benissimo ogni particolare di quell'attacco, che è stato un vero shock. Per mesi nessuno mi disse che cosa mi stava succedendo, nonostante sia andata più volte dal mio medico di famiglia. Nella mia ignoranza ero convinta di avere la sclerosi multipla. Non so perché... semplicemente non mi pareva possibile che i disturbi fisici che avevo, così potenti e devastanti, potessero essere creati

LA SCIMMIA E LA CILIEGIA

IN UN RACCONTO SUFI SI NARRA: “C’ERA UNA VOLTA UNA vedendone una particolarmente succosa, scese dall’albero per prenderla. Purtroppo il frutto era contenuto in una bottiglia di vetro trasparente. Dopo alcuni tentativi, la scimmia capì che poteva afferrarlo solo infilando la mano dentro la bottiglia, attraverso il collo. E così fece. Quando richiuse la mano sulla ciliegia, si accorse di non poterla tirare fuori perché il pugno chiuso per prendere il frutto era più grosso del diametro del collo.

Ora, tutto ciò era stato previsto: la ciliegia nella bottiglia era, infatti, una trappola preparata da un cacciatore di scimmie che conosceva bene il loro modo di ragionare.

Quando sentì i lamenti dell’animale, il cacciatore si avvicinò. La scimmia tentò di scappare ma, avendo la mano imprigionata nella bottiglia, come pensava, non poté spostarsi abbastanza rapidamente per sfuggirgli.

La scimmia, però, aveva ancora in pugno la ciliegia o, perlomeno, così credeva. Il cacciatore acchiappò la scimmia e un attimo dopo le diede un colpo secco sul gomito facendole mollare la presa.

SCIMMIA CHE ERA MOLTO GHIOTTA DI CILIEGIE. UN GIORNO, La scimmia si era liberata, ma era prigioniera. Il cacciatore si era servito della ciliegia e della bottiglia, che erano ancora in suo possesso”.

A volte le trappole si nascondono dentro la nostra mente. Chi ci guarda da fuori non comprende perché siamo aggrappati alla ciliegia, qualche saggio consigliere ci suggerisce di abbandonare il frutto (e si fa anche pagare per questo...) ma il problema rimane. Allora cosa fare, che strategia adottare? L’ansia non è una ciliegia succosa, ma non cambia l’ottica della questione: la teniamo stretta nel pugno. Non sappiamo perché, ma inconsciamente lo facciamo e ci cattura.

Se la mente è la bottiglia, il nostro inconscio è quella forza che ci porta a subire quella stretta mortale.

Eppure noi possiamo farcela, occorre aprire il pugno. Il cacciatore conosce il modo di ragionare della scimmia ma non quello dell’uomo.

Se osserviamo bene la bottiglia, possiamo comprendere che essa contiene solo un inganno.

NINNI GIUNTA

segue da pagina 23

pensai alle volte che nella vita di ogni giorno mi era capitato qualcosa di simile. La sensazione che provai fu di tremendo, meravigliato stupore. Non potevo nemmeno contare sulle dita le occasioni in cui lo svolgersi delle mie faccende aveva intrapreso un simile andamento.

Eccone un esempio, solo il primo; il più antico che mi torna in mente. Avevo 7 anni e mi ero perso il portachiavi di Spiderman. Un tragedia che potete immaginare. Lo ricercai per un mese, obbligando mio padre a percorrere ogni giorno la stessa strada, andata e ritorno del quotidiano tragitto scolastico. Ero sulle tracce di me stesso, passeggiavo ogni mattina sui passi della mattina precedente. Ma niente Spiderman.

Le ricerche, per quanto attente e ragionate, tradivano puntualmente le mie speranze e la mia fiducia.

Poi, in una giornata qualunque, capitò che il mio sguardo, nella sua traiettoria oscillante e disperata, infantilmente ostinata, fu attratto da un bagliore metallico che spiccava dal grigio del suolo. SPIDERMAN, esclamai, HO RITROVATO SPIDERMAN! Avrete già capito che non poteva essere andata così. Sarebbe stato bello, ma non poteva essere andata così.

Quando mi chinai a infilare la mano in mezzo al fogliame, ai mozziconi di sigarette, alle cartacce e agli altri rifiuti da marciapiede, capii al tatto di aver trovato qualcosa di diverso. E non mi piacque.

Uno stupido anello, d’oro, da femmina peraltro. Che rabbia. Lo raccolsi, lo guardai, mi schifai e alzai la mano per lanciarlo oltre la strada, contro la vetrina del negozio di giocattoli, che aveva finito i portachiavi e precedeva il portone della scuola. Potete immaginare uno scenario peggiore?

Certo che sì, vi dico io venti anni dopo. Avrei potuto ritrovare Spider Man, e farla finita lì. Avrei ritrovato la mia pace momentanea e sarei stato un bambino contento fino al giorno successivo, quando avrei cambiato portachiavi abbandonando l’uomo ragno per un altro supereroe.

Mio padre, che assisteva all’accaduto, mi fermò giusto in tempo e mi fece notare che dentro la mia mano si nascondeva un piccolo tesoro. Il mio disgusto si fece stupore.

Aprii la mano e guardai: c’era un anello, d’oro, da donna peraltro. E adesso stavo per scagliarlo contro mio padre. Ma lui mi invitò di nuovo a guardare, dentro l’anello. C’era una scritta: *il mio Amore a Valentina*. Il mio stupore si fece rancore.

Ma il rancore si tramutò in ardore quando colsi il senso del messaggio che mio padre aveva voluto lanciarmi. Ora avevo una nuova missione, trovare Valentina e restituirlgli il suo Amore. Ciao Spiderman, è stato bello finché è durato, ma le nostre strade si dividono qui. Non occorre raccontarvi il seguito di questa storia. Ero un bambino, e i bambini quando anche non

sono fortunati hanno la meravigliosa e potente virtù di saper disaffezionarsi alle vicende.

Anche se non trovai mai Valentina, che cercai per due lunghissime settimane, inciampai durante una delle mie escursioni in un’oreficeria, che acquistò il mio anello ricambiandomi con una cifra sufficiente per poter acquistare un telescopio. Ora si trattava di diventare un astronomo. Il mestiere che a partire da quel momento avrei sempre voluto fare.

Questa che vi ho raccontato è solo una delle tante *avventure nella serendipity* che ho scoperto di aver intrapreso negli anni, e le vicende che la compongono, nel loro intrigo, si prestano perfettamente come metafora dell’andamento non sempre prevedibile della conoscenza scientifica.

Cercavo una cosa, e ne ho trovata un’altra, che ha cambiato il corso delle mie giornate, che sempre più si assomigliavano.

Tornando a discorsi più vicini ai nostri temi, credo che da questa storiella possano trarsi delle riflessioni.

Nei giorni scorsi mi è capitato di ascoltare un’amica, spaventata, persa e stremata dai primi attacchi di panico, che l’hanno colta di sorpresa nel periodo natalizio. La mia vita è cambiata, mi diceva, ho perso quello che avevo e devo trovare il modo di far tornare tutto come era prima. Il suo bisogno di riportare la vita al solito ordine mi ha fatto tornare in mente la lettura di cui

DESIDERARE
DI
FARCELA

DI VINCENZO PATERNUOSTO

Noi appanicati, termine che preferisco a dappati, siamo molto bravi a immaginarci in difficoltà per qualcosa che non abbiamo ancora fatto. A volte ci torturiamo gratis perché pensiamo a cosa succederebbe se facessimo quello, se facessimo quell'altro... Ma se non l'abbiamo ancora fatto, come facciamo a sapere che andrà sicuramente male? Credo che questo schema di pensiero, diventato per noi un'abitudine, possa immediatamente essere modificato senza aspettare mesi o anni. Come? Iniziando a essere consapevoli che alcuni pensieri o immagini che riproduciamo a memoria li abbiamo appresi da qualche parte o ce li siamo creati apposta. Così come ci siamo creati quei pensieri parassiti e quelle immagini deleterie, riproducendoli appena siamo a disagio o non ci sta bene qualcosa, allo stesso modo abbiamo la possibilità di crearci dei pensieri utili e delle immagini positive ripescandoli quando vogliamo. E perché quando siamo a disagio, anziché riprodurre il pensiero parassita o l'immagine deleteria non scegliamo di mettere in scena nella nostra mente un pensiero utile o un'immagine positiva? Da cosa dipende? Dipende da noi e non da qualcun altro. Se lo vogliamo veramente possiamo farlo, possiamo cambiare ridimensionando notevolmente le inutili sofferenze che ci autoprovochia-

mo. Qualcuno potrebbe pensare che io stia esagerando nel dire questo. In realtà non esagero affatto. Constatato la realtà che vedo coi miei occhi, così come voi siete liberi di constatare la realtà che vedete con i vostri. E se vedete e sentite quello che vi sto dicendo, certamente potete iniziare a mettere in pratica ciò che vi ho comunicato. Ebbene, voglio fornirvi un semplice quanto efficace suggerimento. Pensate a un momento della vostra vita passata in cui eravate felici, gioiosi, allegri. Probabilmente non vi verrà facile ricordarlo e soprattutto immaginarlo. Questo perché vi siete abituati e convinti di essere incapaci di essere felici e di stare bene. Non c'è nulla di più falso di questa vostra convinzione! Focalizzate l'immagine in cui eravate felici e memorizzate le sensazioni piacevoli che provavate. Bene! Adesso nel momento in cui iniziate a sentirvi a disagio e vi accorgete che state riproducendo a memoria i vostri pensieri parassiti e le vostre immagini deleterie, decidete cosa fare. Preferite stare male e procurarvi sofferenza, oppure preferite star bene e provare gioia? Scegliete voi in che direzione andare. Se lo desiderate ardentemente vi riuscirà e avrete compiuto un grande passo in avanti. Se non lo volete, perché esiste qualche ostacolo interno che ve lo impedisce, lavorate per rimuovere l'ostacolo o gli ostacoli. Assolutamente non commettete l'errore di giudicarvi per non essere riusciti e per sentirvi ingiustamente in colpa. Spero di esservi stato d'aiuto.

POESIE

“EMOZIONI DI UN MOMENTO D'AMORE”

*Il chiarore del mattino e la forza serena dell'alba
illuminano il mio volto e i miei occhi che stentano ad aprirsi
come se ancora non volessero abbandonare il ricordo di una notte di passione.
Un attimo di sublime felicità
così veloce da non accorgermi che un attimo prima eri solo mio.
Sensazioni che risuonano in me come una gioiosa melodia di note
che accarezzano la mia mente ancora piena di te
e la voglia di soffermarsi a immaginare altri momenti.
Mi rendi forte e inattaccabile perché forte e inattaccabile se tu
caro desiderio
cresci in me come il seme di un'idea sotterrata in un arido deserto.
Perché tu non sia solo un'illusione di un momento d'amore
che come il vento cancella per sempre questi momenti
ma sia come le radici di una quercia che si insidia e cresce.
Fermati e resta qui dentro il mio cuore
affinché l'emozione di un momento d'amore
mi accompagni nel lungo cammino della vita.
Una vita a rincorrere un istante
e un attimo che dà il senso a un'esistenza.
Ti aspetto dolce momento
torna da me
VOGLIO VIVERTI ANCORA.*

Patrizia Peretti

Un giorno desiderio e fantasia si incontrarono;
si piacquero; si innamorarono; così decisero di sposarsi.
Allora dalla loro unione, nacquero tanti bellissimi sogni,
di cui le illusioni furono dolci balie.

prima vi parlavo, che a sua volta, a suo tempo, mi ricordò questo antico episodio. In effetti, a pensarci bene, nel vecchio ordine ci si sta da dio, come sto da dio nel mio vecchio divano, che ha impresa nella sua forma la mia personale seduta. Ma allora quale significato si può dare agli accadimenti della vita? Non ne vedo di positivi se tutto quello che cerchiamo è di far tornare le cose al momento appena precedente, quando “stavamo bene”, oppure, ancora meglio (o peggio), “prima di stare male”. Ma poi quel tranquillo stato di benessere è scomparso, così velocemente da non permetterci di riuscire neanche a capire cosa fosse cambiato tra un momento e quello subito successivo. Io dico che questo significa qualcosa. Significa certamente che le cose dovevano comunque cambiare. Qualcosa doveva perdersi, almeno per poter di nuovo essere ricercato. Mi piace l'idea di poter pensare a queste strane situazioni come a microscopici episodi di cambiamento. Il verso, il senso, le ragioni del cambiamento non posso raccontarvele io, ognuno compia le proprie ricerche. E se proprio c'è bisogno di aggiungere qualcosa, io solo mi auguro che questa semplice storia sia di conforto o di sconforto a tutti quelli che ostinatamente continuano a cercare qualcosa che è andato perso.

ALESSIO ESPOSITO

Erika Pastorelli

RAGIONEVOLI DUBBI

Dopo tre anni d'assenza, torna l'avvocato Guerrieri, già protagonista di due legal thriller editi dalla Sellerio, nell'inconfondibile formato cartonato nero. L'autore è il Sostituto Procuratore Antimafia presso la Procura della sua città, Bari Gianrico Carofiglio. I suoi due precedenti romanzi, *Testimone inconsapevole* e *Ad occhi chiusi*, sono stati due successi, e ora con il terzo *Ragionevoli Dubbi*, è già in testa alle classifiche di vendita. Guido Guerrieri, il protagonista, è un uomo comune, un eroe "umano" pieno di dubbi e incertezze, con un passato di depressione e di... crisi di panico, ma anche un detective insolito che indaga tra i segreti dei quartieri e dei vicoli di Bari, indulgiando volentieri alla malinconia, all'introspezione e a una salutare e sottile autoironia, grazie alla quale riesce a sopravvivere nei meandri della propria e altrui vita.

Il libro si apre con un Guerrieri che sta vivendo giorni difficili: Margherita, la sua compagna, parte per gli Stati Uniti per un lavoro importante, e decide di farlo senza prima consultarlo. Una bella soddisfazione per lei, ma il pensiero della sua lontananza e del mancato coinvolgimento nella scelta lo angoschia. Giunge un nuovo caso a distoglierlo providenzialmente dalle sue preoccupazioni. Un detenuto, Fabio Paolicelli, condannato pesantemente in primo grado per traffico di droga, ha ricusato il suo avvocato e ora vuol nominare lui come difensore. Al primo colloquio in carcere Guerrieri riconosce immediatamente l'uomo. È uno dei picchiatori fascisti, soprannominato Fabio Raybàn, che tanti anni prima, quando era un ragazzo che frequentava "sporadicamente e senza troppa convinzione i gruppi della sinistra extraparlamentare", lo aggredì. L'uomo però non mostra di riconoscerlo, anzi, sta affidando a lui la sua sorte. Nonostante sia stato arrestato con l'automobile imbottita di droga, e si sia dichiarato colpevole, Paolicelli ora si protesta innocente e vuole affidarsi a Guerrieri che gode fama di professionista affidabile. Che fare? L'avvocato è combattuto tra l'antico odio che nutre per il suo potenziale assistito e l'attrazione che prova al primo sguardo per l'affascinante moglie giapponese dell'uomo, Natsu Kawabata. Nonostante tutto decide di accettare...

L'intreccio narrativo è avvincente, la trama intrigante, i personaggi sono costruiti con cura: questi sono gli ingredienti vincenti di questo giallo italiano dove la rispondenza al vero nella ricostruzione del sistema processuale e dell'inchiesta giudiziaria, dovuti all'esperienza quotidiana dell'autore, conferiscono una marcia in più al racconto.

TZUSEPPE

continua da pagina 3

quella condivisione e solidarietà che porta un conforto tanto anelato dopo anni di disagi e percorsi di vita accidentati ma che, se non viene oltrepassata, ci porta nel medesimo "pantano" da cui, invece, vorremmo uscire. Per sintetizzare al massimo quella che vuole essere la "linea editoriale" di Pan, la possiamo indicare con due parole: condivisione e informazione. Due concetti che per noi non avrebbe senso far camminare disgiunti!

Pensiamo che questo numero del nostro periodico possa esprimere la filosofia editoriale che ho cercato di illustrare; la corposa monografia sulla "cura" vuole essere un contributo su un argomento che definirei vitale nelle scelte individuali di risoluzione del disagio. Naturalmente non abbiamo dato "la ricetta" per "guarire" dal panico, che sappiamo non esistere, ma abbiamo illustrato varie posizioni sul problema (dando spazio anche a quelle meno "vicine" al nostro modo di affrontare il disagio) affinché ognuno possa avere gli strumenti per trovare la propria "ricetta" di "guarigione"! Tutto questo sta a fianco delle storie autentiche e vissute di tutti noi perché anch'esse, aiutandoci a disvelare le nostre emozioni, ci possono aiutare a trovare la nostra unica e inimitabile "ricetta di guarigione".

continua da pagina 4

strie multinazionali del farmaco che, in preoccupante sinergia con i potentati della politica, della cultura e della sanità, esercitano sui professionisti della salute e sui cittadini-utenti uno strapotere che mira ad aumentare a dismisura il mercato del farmaco, creando un clima di paura che favorisce il controllo e l'appiattimento sociale.

Psichiatria come Medicina dell'Anima può anche diventare prezioso strumento per psichiatri, medici, psicologi, altri professionisti della sanità e operatori della salute che vogliano conoscere nuovi percorsi, che interpretino l'essere umano nella sua interezza di corpo, mente e anima.

Biografia di Marco Bertali: Marco Bertali, medico psichiatra e psicologo, si è formato in psicoterapia con indirizzo psicosintetico e logoterapico. Ha inoltre approfondito l'ipnositerapia e lo studio degli stati modificati di coscienza, avvicinandosi alla meditazione e a tecniche psico-somatiche di derivazione yoga tra cui l'*arhatic yoga* e il **pranic healing**. È membro dell'Associazione Europea di Psicolo-

gia Transpersonale e delegato di zona dell'Associazione Vegetariana Italiana; dal 1983 lavora come psichiatra a Gorizia presso il Centro di Salute Mentale "Alto Isontino Integrato".

continua da pagina 8

terapia dialettica non solo agisce nel mondo con più efficacia, ma col tempo sarà in grado di ri-narrare la propria storia (a sé o ad altri) in modo rinnovato.

La psicoterapia umanistica ed esistenziale è incentrata sull'idea dell'alienazione dell'uomo, sul fatto che ognuno nasce "perso" in un mondo di valori già esistente, quindi estraneo alla sua vicenda personale, la cui verità dovrà pian piano riconquistare. In questo senso la psicoterapia esistenziale si amalgama naturalmente con la moderna **psicofilosofia**. La corrente psicofilosofica moderna analizza a fondo la struttura della soggettività, che è costituita da idee. In questo senso, si può affermare che le idee ammalano, ossia esse possono costituire uno sfondo di falsità (personale e sociale) dal quale dobbiamo emergere con la nostra verità. In questo senso, la terapia della psiche è sempre anche una terapia delle idee. Un'ultima nota. Chi vuol guarire è anche bene che legga molto, che studi. Chi vuol guarire deve riuscire a diventare una persona colta. La differenza tra chi guarisce e chi no sta soprattutto nelle sue qualità intellettuali.

continua da pagina 21

rispecchiare, in quanto ho riconosciuto nelle sue paure anche le mie. E nell'aiutarlo a superarle, nel tranquillizzarlo, sono cresciuta anch'io. Inoltre il mondo dei cavalli è fatto anche di persone, quindi i momenti di socializzazione e di confronto non mancano, e possono anche nascere vere e proprie amicizie, che aiutano ad ampliare i nostri orizzonti e a immettere nuovo ossigeno nella nostra vita. È stupefacente quanta energia immagazziniamo quando facciamo una cosa che ci appassiona, che ci appaga completamente. Ed è una sensazione di pace assoluta quella che provo quando sono sulla schiena del cavallo, è quasi come sentirsi una libellula, improvvisamente leggera e libera, senza il peso del corpo, né della mente, del tempo o dello spazio.

"Non c'è un'ora che vada spreca se trascorsa in sella"

Winston Churchill

Vivere

29/05/2008 ore 21, stadio Olimpico, concerto di Vasco Rossi: sono mesi che ho fatto i biglietti, sono mesi che penso a quel giorno, non pensieri di gioia, di emozione, di felicità ma carichi di angoscia, paura, rabbia, tristezza.

Poi il giorno arriva e nonostante tutto IO CI SONO, sono tra quelle 75.000 persone, IO che soffro di attacchi di panico mi ritrovo in mezzo a tutta quella gente a cantare a squarciagola. Vorrei sentirmi libera, felice e senza paura; non lo sono totalmente, ma SONO LÌ!! Ed è una sensazione magnifica!

Questo è quello che conta ed è per questo che ringrazio prima di tutto me stessa, perché ce l'ho fatta, e ringrazio tantissimo le persone che sono nel mio gruppo di auto-aiuto (una in particolare che in questo giorno così difficile, ma così speciale, non mi ha lasciata sola) con le quali ho imparato a dirmi: io voglio, io posso, io devo, io...

desidero. Io l'ho desiderato e l'ho fatto ed è stato così bello sentirsi veramente viva!!!! E poi anche Vasco in una delle sue canzoni diceva: VIVERE... E SENTIRE DI STAR MEGLIO... VIVERE... VIVERE... E DEVI ESSERE SEMPRE CONTENTO... VIVERE... VIVERE... ED È COME UN COMANDAMENTO... VIVERE... VIVERE... SENZA PERDERSI D'ANIMO MAI E LOTTARE CONTRO TUTTO CONTRO... VIVERE... VIVERE... E SORRIDERE DEI GUAI PROPRIO COME NON HAI FATTO MAI E POI PENSARE CHE DOMANI SARÀ SEMPRE MEGLIO...". E sembrava che ce l'avesse proprio con me e con tutte le persone che soffrono come me!!!

ANTONELLA, ROMA

NON NEGARE DI AVERE BISOGNO

La cura ha più significati: prendersi cura di qualcuno, vestirsi con cura, la cura per guarire una malattia, etc.

Ho 38 anni ed è un anno che faccio parte di un gruppo Lidap. Devo dire che non sono abituata a esprimere le mie emozioni, i miei dolori. Soprattutto il dolore.

Mi prendo cura del dolore degli altri perché il mio non riesco a sopportarlo, o meglio non voglio ascoltarlo. Ho imparato presto a

prendermi cura dei miei fratelli più piccoli e, in un certo modo, anche di mia madre.

Ovviamente, con il passare degli anni, il mio prendermi cura degli altri si è esteso a chiunque mi circonda. Mi sono creata il ruolo di "madre di tutti" senza ascoltare il mio bisogno di attenzioni e la mia paura; faccio finta di essere forte e sicura e mi nego di avere bisogno di qualcuno che si prenda cura di me.

Il mio bisogno di prendermi cura a volte diventa persino fastidioso per gli altri, più di una volta mi sono sentita ferita perché mi è stato rimandato che era una cosa non richiesta. Solo da poco tempo, con qualche difficoltà e non senza riuscire a non avere sensi di colpa, riesco a prendermi più cura di me e a esprimere un po' meglio i miei bisogni o i miei fastidi, a pensare che gli altri devono cavarsela da soli e non hanno per forza bisogno del mio aiuto.

È difficile dopo una vita che sei abituata a soccorrere gli altri, cercare di mettere la stessa attenzione ai propri bisogni, ma quando ci riesco, quando riesco a sentire il giusto distacco, provo un senso di leggerezza e ho notato che anche gli altri stanno meglio con me. Per questo vorrei ringraziare, oltre me stessa, il gruppo che mi permette di esprimere tutte quelle emozioni e paure che sono rimaste compresse dentro di me per tanti anni.

ELENA, LA SPEZIA

RECENSIONI

Into the Wild

Ci sono film che non restano rinchiusi nei margini dello schermo e magicamente ti entrano dentro, fino a colmarti. Ci sono film che diventano esperienza, nel momento stesso in cui li vedi e li ascolti si trasformano in sentire. Emozioni, vita, dolore, morte, paura, felicità. *Into the Wild* è un viaggio di puro splendore. Nel quale un ragazzo spinge fino ai limiti estremi una sua scelta morale. La ricerca della solitudine assoluta per misurare il proprio bisogno degli altri. È questo il fine ultimo di tutte le avventure, gli incontri e le scelte di Chris McCandless (interpretato da un magnifico Emile Hirsch). Un viaggio che trasforma la fisicità del movimento in una ricerca interiore, esistenziale e allo stesso tempo letteraria e filosofica. Sean Penn amalgama con grande maestria questi tre piani, riportandoli in una forma del racconto che li sappia racchiudere ed esprimere. E allora a dare continuità al rapporto tra vita e scrittura ci pensano le parole in sovrapposizione di Chris, che riempiono lo schermo e si mescolano con le immagini, diventando un'unica materia, quella di cui poi è fatto il cinema. E gli autori e i libri amati da Chris: London, Tolstoj, Il dottor Zivago. Le riflessioni filosofiche (Thoreau) che scaturiscono dal rapporto dell'uomo con la natura, dal suo misurare i propri limiti, dalla sua ricerca della verità.

ALLA RICERCA DELL'ISOLA DI NIM

DI JENNIFER FLACKETT E MARK LEVIN, USA, 2008 - AVVENTURA, COMMEDIA

Nim ha undici anni, ha smarrito per sempre la madre in fondo al mare e vive sola con il padre, un biologo che si occupa di plancton, in un'isoletta del Pacifico, un vero paradiso terrestre, cui ha dato il proprio nome. Quando il padre si allontana per le proprie attività di ricerca la bambina resta in compagnia di amici del tutto particolari: un'otaria, un'iguana e un pellicano, oltre ai libri di avventure di Alex Rover, il suo scrittore preferito. Nel momento del pericolo, rimasta sola senza riuscire a stabilire alcun contatto per il padre partito sull'Oceano e investito da una tempesta, la piccola chiede aiuto via e-mail ad Alex Rover in persona. Peccato che dietro lo pseudonimo e l'immagine di uomo coraggioso all'Indiana Jones, si celi invece una zitella fifona, la bravissima Jodie Foster, preda di

una grave forma di ansia, fobie (per l'igiene) e panico con agorafobia, che da settimane non le consente più di uscire nemmeno per ritirare la posta nella casella: "Di che hai paura? - Di tutto". Alla chiamata di aiuto della bambina, Alexandra si trova tuttavia costretta ad affrontare le proprie paure e si mette in viaggio per aiutarla, scoprendo che il mondo non riserva solo paura, ma anche amicizia e amore. A tratti esilarante (il viaggio in aereo di chi soffre di panico è comunque sempre un'Odissea) e delicato (come nei bellissimi disegni animati che illustrano la morte della mamma), il film è un inno al coraggio della rottura con i propri schemi mentali, per affrontare la vita giorno per giorno, così come si presenta, un invito a tirare fuori "l'eroe che c'è in te", con un messaggio di ottimismo. Film di genere fantasy, oltre che per le grandiose immagini del luogo in cui è girato, merita certamente per ridere un po' sui nostri limiti e sulle nostre stesse paure, per capire che dobbiamo trovare in noi stessi la motivazione profonda per uscire dal guscio falsamente protettivo di cui ci siamo circondati.

SABINA MOSCATELLI

IL CORAGGIO DELLA PAURA

Gita ad Assisi 7/8 giugno 2008

Da un'idea di Patrizia Peretti, Segretario Regionale del Lazio, è nato un progetto, che la socia Letizia Ruggiero ha giustamente nominato "Riabilitarsi all'aria": ogni anno si organizza una "gita terapeutica" in modo da riabituarsi insieme a fare cose che, chi soffre di dap, da solo evita di fare. In questo modo il gruppo ha funzione catartica.

Sono partite da Roma 14 persone, alle quali se ne sono aggiunte 7 a Firenze.

Quest'anno era la terza edizione: luglio 2006 Firenze, giugno 2007 Orvieto, giugno 2008 Assisi; primavera 2009 ??????. Decidiamo insieme dove! Ecco alcune testimonianze:



Panico 0 – Gruppo Lidap 1: primo risultato della stagione. Positivo.

Come i pensieri che ci hanno accompagnato in questa gita ad Assisi tanto desiderata quanto paventata da tutti noi partecipanti.

La squadra era su di giri e nessuno aveva fatto pronostici su questa partita.

Ma la Lidap ha vinto.

L'esperienza è stata ricca di emozioni, forti, sentite.

La gioia nella condivisione degli spazi e dei discorsi più intimi, il timore di "rovinare tutto", la dolce consapevolezza di essere "soli" ma "insieme".

Una bella sfida... che abbiamo superato brillantemente e che ci fa comprendere che ci meritiamo una vita ricca e vincente come chiunque altro al mondo.

Io (mediano della squadra) spero di ripetere l'esperienza. Con affetto.

Milena Leone Gruppo Lidap Roma Cecchignola

Un'esperienza veramente entusiasmante. È stato come tornare indietro nel tempo, alle gite scolastiche, spensierate e con una sana voglia di divertirsi e scherzare. Due giorni che mi hanno veramente ricaricato. Mi sono sentito a mio agio nonostante fossimo per la maggior parte estranei. Lo spirito di rivincita, il fatto di essere lì, di aver affrontato ognuno una piccola o grande difficoltà e averla superata ci ha dato una carica positiva che si sentiva nell'aria, la consapevolezza di aver fatto un gradino in più. Sono contento di non aver ceduto alla tentazione di rinunciare, di essermi imposto di concedermi questo spazio, nonostante la famiglia e gli impegni, un sano egoismo che aiuta. Se si sta meglio anche le persone più vicine a noi ne trarranno beneficio. In conclusione: non so se sono riuscito a trasmettere l'entusiasmo che ho sentito in questi due giorni, spero di sì, e soprattutto spero che la prossima volta saremo più numerosi.

Paolo Gruppo Lidap Roma Cecchignola



Salve a tutti, dopo aver partecipato alla gita terapeutica ad Assisi, mi sento di dover trasmettere a tutti questa esperienza. Anche se all'inizio eravamo un po' impacciati, è bastato molto poco per sciogliere l'imbarazzo e integrarci in un unico grande gruppo. L'esperienza è stata sicuramente positiva, abbiamo trovato un affiatamento a dir poco familiare e abbiamo trascorso 2 giornate in tranquillità e allegria. Ci siamo conosciuti meglio, ci siamo raccontati tante cose senza alcun imbarazzo. Che dire... sono partita titubante e sono tornata felicissima di essere partita.

Conclusione!!!!!!! Speriamo di rifarla prima possibile anche con tutti quelli che non sono potuti venire.

Rosella Gruppo Lidap Roma Cecchignola

Devo dire che è stata un'occasione preziosa per rafforzare alcune amicizie e un'esperienza nuova in un gruppo di persone ricche di umiltà...

Simonetta (L'intrusa)

Dopo tanta attesa, finalmente il giorno della "gita fuori porta con i picchiatelli" è arrivato.

Eravamo tutti lì alla stazione, con le nostre bottigliette d'acqua, i nostri panini. Probabilmente i cuori battevano all'impazzata, ma i sorrisi dimostravano solo contentezza e voglia di andare.

È andato tutto benissimo: un modo per conoscere altre persone, confrontarsi, misurarci e la cosa più bella e sorprendente è stata solo una. Nessuno si è sentito male! Una specie di miracolo. Chissà se il luogo, oltre a essere magico, è anche taumaturgico; ma sicuramente, per gli scettici e gli agnostici, eravamo tutti lì insieme, soddisfatti e ci siamo lasciati con la promessa che ci sarebbe stata un'altra volta ancora.

Letizia Gruppo Lidap Appio-Latino



Dopo tanto penare, il fatidico giorno è arrivato in fretta, senza accorgercene. Sabato 27 giugno ore 12 partenza dal binario 5 della Stazione Termini per Assisi. Per 14 persone, confuse nella folla formicolante della stazione, inizia la grande avventura. Cosa unisce il gruppo? Non sono parenti, né amici, né turisti o pellegrini, sono solo dei dappisti o ex tali o amici di dappisti. Confusa tra loro, c'ero anche io quel giorno e mi rivedo ancora là, di fronte ai binari, con i miei jeans e la mia maglietta verdolina a scrutare i volti sconosciuti degli altri partecipanti. Era la prima volta che mettevo il naso al di fuori del mio gruppo e non ero accompagnata né dal mio uomo, né dall'amica del cuore. Ero sola, infinitamente sola, sperdutamente sola.... eppure mi sono sentita subito accolta e coccolata; non c'era da fingere o da difendermi: gli altri erano nella mia stessa situazione, miei simili. Insieme siamo diventati parenti e ci siamo incontrati con i cugini di Pistoia.

Siamo diventati 22, partecipanti di un gruppo, amici e poi turisti e.... pellegrini. Insieme a voi, cari compagni ho visitato tutte le chiese di Assisi, assistito alle Messe, pregato e scritto suppliche per Santa Chiara. Non mi è pesato farlo anche se io sono atea, mi sentivo felice di fare le stesse cose di tutti come se niente fosse... Il pomeriggio della domenica mi sono ritrovata nel cerchio magico di un gruppo allargato e improvvisato a sentire i vostri frammenti di storie e a raccontare i miei. È stato esaltante e liberatorio, ho vissuto delle emozioni positive che resteranno nella mia mente e mi aiuteranno quando starò in altri gruppi, di qualsiasi tipo e mi sentirò spaventata e disorientata. L'esperienza mi è servita per aprire la mia mente e i miei orizzonti, è bello conoscere nuove persone, è bello incontrarsi e scrutarsi. Anche uscire dal proprio gruppo di auto-aiuto e vedere cosa c'è oltre, percepire e sentire che la Lidap è una grande organizzazione, partecipare alle sue iniziative e sentirsi protagonista di un'associazione, anche questo è un modo che ti fa avvicinare ogni giorno di più alla guarigione! Baci a tutti e soprattutto a chi lavora per il benessere di tutti.

Ciao da Lidia Gruppo Lidap Centocelle



Sono contenta di aver partecipato alla gita ad Assisi.

Pensavo di non essere più in grado di poter andare, anche se per soli due giorni, da sola senza mio marito o qualcuno a me vicino. Mi sono sentita più forte e sicura, cosa che non mi accadeva da tempo, e cosa più importante mi sono sentita a mio agio con persone che non conoscevo perché relazionarmi con gli altri mi è molto difficile.

Questo mio pensiero spero possa aiutare chi soffre come me di Dap, scoprendo che ci sono tante persone come noi.

Un grazie a tutti voi della LIDAP.

Daniela Gruppo Lidap Roma Appio Latino



LEGITTIMITÀ E AUTOREVOLEZZA: Nascita di un Comitato Scientifico della Lidap

La scelta di creare un comitato scientifico nasce dall'esigenza di consolidare le basi della nostra azione.

Fondamenta più solide per continuare in modo ancor più completo e intenso il nostro impegno nei confronti delle persone che affrontano quotidianamente il DAP.

Se alcuni pregiudizi e preconcetti vedono la scienza come un qualcosa di freddo e asetticamente lontano dalla sofferenza dell'individuo, la Lidap vuole invece dimostrare che gli esperti, accanto a tutti noi, sapranno offrire nuove risorse e nuove strade verso la guarigione. Il concetto di auto aiuto è il fulcro per capire e superare l'attacco di panico: non ci stancheremo mai di ribadire le eccezionali opportunità legate a questa metodologia di intervento.

Vediamo ogni giorno persone fare passi concreti verso un nuovo equilibrio, uscire da anni interminabili di DAP, trovare nuovi stimoli e tutto questo grazie anche all'incontro e al confronto nei gruppi di self help. No, non sto gridando al miracolo ma sto semplicemente sottolineando quello che un corretto approccio di cura può e deve fare. Al comitato spetta il compito di seguire e accentuare l'ambito della ricerca, offrendo una corretta e completa formazione: lo studio del DAP deve continuare a crescere ulteriormente in una direzione multidisciplinare, per offrire indicazioni chiare e coerenti. Sarà dunque un organo che

sovrintende, sotto l'autorizzazione del Presidente, l'attività scientifica dell'associazione.

Il comitato diventa allora punto di incontro e di confronto per superare visioni (talvolta) contrapposte, integrandole e arricchendole a vicenda. In questo modo sapremo offrire risposte e indicare nuove strade per chi con il panico convive ogni giorno: sì, perché ogni teoria è quasi superflua se non aiuta tangibilmente la singola persona che soffre, che vuole guarire, che vuole continuare a vivere nel miglior modo possibile ma ogni azione può diventare un passo verso il benessere soltanto se ben radicato in ciò che la scienza dimostra. Niente cattedre quindi, niente dogmi, niente torri d'avorio ma risposte, analisi nuove, stimoli da parte di "scienziati" di grande valore e spessore umano.

Gli esperti, coinvolti dalla Lidap nel **comitato scientifico** in virtù del loro curriculum, avranno il compito di proporre una rosa di candidati che abbiano dimostrato capacità nell'ambito della ricerca scientifica o siano riconosciuti dall'ambiente scientifico. La costituzione di un comitato scientifico che includa tutte le varie anime esperte di panico: dalle neuroscienze, alla psicoterapia; dai medici agli psicologi e potranno includere anche scienziati stranieri di riconosciuta fama nello studio del DAP. Ciascuno, nella specificità del suo compito e della sua pro-

fessione, è chiamato a promuovere la ricerca, in un'ottica più ampia di promozione delle attività del gruppo. Al comitato quindi anche una funzione di "**collegamento**" tra la nostra associazione e il mondo scientifico, per dare forma a una rete di scambio continuo.

Accanto al comitato scientifico, in virtù dell'esperienza maturata nel campo del DAP come clinici e didatti, nascerà un **comitato per lo studio e la valenza terapeutica dei gruppi di self-help** che avrà il compito di rendere coerente l'attività dei gruppi di auto aiuto e diffondere nella popolazione la consapevolezza del DAP. Il comitato agirà in sinergia con il comitato scientifico e in coerenza con le indicazioni del mondo della scienza e sarà composto da alcuni collaboratori e consulenti Lidap che hanno avuto un ruolo centrale per lo sviluppo dell'associazione

Un ulteriore sviluppo potrà essere la nascita di un osservatorio permanente dedicato al disagio da attacchi di panico, in grado di diventare un punto di riferimento per le persone colpite da DAP. È evidente che una risorsa come questa diventa della massima importanza nei confronti, prima di tutto, di coloro che vogliono comprendere gli attacchi di panico, la loro natura e le soluzioni per superarli.

L'auto aiuto, e sottolinearlo non è mai eccessivo, è il nucleo vero della Lidap e di tutta la nostra attività, il concetto cardine del nostro approccio. Il far conoscere e capire questa metodologia si conferma sempre più una priorità fondamentale.

Infine, attenzione anche a progetti di sensibilizzazione della filosofia Lidap: attraverso convegni, conferenze stampa, workshop, l'intenzione è promuovere i gruppi di auto-mutuo aiuto come risorsa fondamentale per sviluppare nuovi modi comunicativi per una crescita personale, per la cura del disagio e per sottolineare la valenza terapeutica di questa metodologia d'intervento.

Parallelamente, la presenza efficace di un comitato scientifico garantirà una crescente **legittimità e autorevolezza** della nostra associazione nei confronti degli interlocutori esterni.

NUOVE REALTÀ LIDAP

Si sono attivate nuove realtà in Italia: Campobasso (Egidio), Livorno (Lucia), Ostia (Massimo), Pisa (Flaviana), Reggio Calabria (Loredana e Rosaria), Torino (Veronica). Un sentito ringraziamento ai soci che hanno permesso l'apertura dei nuovi gruppi! Inoltre il Dr. Maurizio Montanari, psicologo/psicoterapeuta consulente Lidap, sta svolgendo un importante lavoro nel territorio di Modena e provincia, portando la Lidap a essere un interlocutore disponibile e dialogante con la struttura pubblica locale (Ausl, ospedali, consultori, ecc.).

A tale scopo ha organizzato una serie di incontri per promuovere l'approccio multidisciplinare alla sofferenza di persone con attacchi di panico.

Il ciclo di incontri 'La città sofferente' è partito a Vignola il 9 giugno.

Il socio Eliseo Bertani, referente locale di Reggio Emilia, era presente in rappresentanza della Lidap e, grazie alla sua simpatia, ha stemperato il clima portando il pubblico a interagire.

Il neo formato gruppo di Modena ha partecipato al completo! Il nostro impegno è quello di raggiungere quelle zone dove la Lidap ancora non è presente.

Assemblea nazionale dei soci - 24 maggio

L'assemblea dei soci è un appuntamento annuale previsto dallo statuto dell'associazione, ma è anche un momento di incontro per i soci che provengono da varie città e che sono portatori di uno spaccato della realtà Lidap della loro zona. Spesso l'assemblea è la motivazione forte che stimola a uscire di casa per mettersi in gioco, affrontando il viaggio per dare un volto a persone di cui spesso non si conosce che il nome e la voce. E qui è bene fare un distinguo, tra viaggio e viaggio. In una associazione come la nostra, in cui i soci hanno avuto la vita sconvolta e condizionata dal panico, programmare un viaggio anche di pochi chilometri non è così semplice e immediato, ma è frutto di una scelta desiderata ma non scevra da tensioni altalenanti e ansia anticipatoria. Perciò si spiega l'atmosfera allegra che si registra entrando nella sala assembleare, l'accoglienza festosa, i sorrisi e gli abbracci di incoraggiamento con cui i vecchi soci accolgono i nuovi. Per l'associazione è un momento di bilanci, non solo contabili ma di confronto, di linee condivise, di proposte e progetti attuati e da attuare. Quest'anno il presidente apre l'assemblea con un benvenuto ai soci un po' emozionato e invita i soci presenti a esporre la situazione delle realtà di appartenenza, poi relaziona i soci sull'incontro del Comitato scientifico da cui è emersa la proposta di aprire sportelli di informazione sul dap presso gli ospedali, da effettuare in via sperimentale in tre città pilota: Genova, Milano e Roma. La discussione si fa interessante e fanno seguito molte proposte da

parte dei soci, tra cui una formazione a persone disponibili a una turnazione presso gli sportelli ospedalieri, la preparazione di un programma formativo per gli operatori del P.S. al fine di offrire sostegno e informazione sulle attività Lidap alle persone che vi ricorrono, una formazione a studenti iscritti a facoltà a indirizzo psicosociale. Tutte buone proposte a cui se ne aggiungono altre per i gruppi di auto aiuto, per le realtà locali, i coordinamenti, il contatto con i soci e con i Collaboratori Locali che ci si propone di analizzare e valutare nel corso dei prossimi incontri di direttivo per verificare la fattibilità e l'organizzazione.

La tesoriere presenta il bilancio e illustra il rendiconto, che viene approvato all'unanimità, e pone l'attenzione sulle spese riducibili nel prossimo esercizio. La pausa buffet ci trova riuniti attorno al tavolo preparato con cura da Daniele, socio e facilitatore di Parma, nonché cuoco sopraffino, che ci delizia con le sue torte salate e dolci e altre sfiziosità. Intanto si approfitta per scambiarsi notizie, impressioni e da tutti i presenti emerge il rammarico per la poca presenza

dei soci a un evento di importanza associativa quale l'assemblea annuale; su questo ci dobbiamo interrogare per comprenderne motivi e ragioni. Speriamo di trovarci più numerosi l'anno prossimo.

MARIA TERESA POZZI

Lidap onlus			
Lega Italiana contro i Disturbi d'ansia, d'Agorafobia e da attacchi di Panico onlus			
Sede Legale Via Pliandrana, 4 - 19122 La Spezia - Tel. e fax: 0187-703685			
www.lidap.it - info@lidap.it - P. IVA 00941570111			
RENDICONTO ANNO 2007			
STATO PATRIMONIALE			
ATTIVITÀ	LIQUIDITÀ		PASSIVITÀ
Cassa	316,20	vi Erario	542,40
Banco Posta	815,36	vi Fornitori	843,47
Carispe	1.549,57	Notaspese	50,00
Crediti vi clienti (USL)	2.780,63	Totale	1.435,87
	1.249,97	Avanzo 2006	4.595,36
TOTALE ATTIVITÀ	4.029,60		
Disavanzo esercizio 2007	2.001,63		
TOTALE A PAREGGIO	6.031,23	TOTALE PASSIVITÀ	6.031,23
PROFITTI E PERDITE CONTI ECONOMICI			
COSTI		PROVENTI	
Spese segreteria (affitto e utenze)	1.017,23	Quote associative 2007	22.223,52
Spese sede Spezia (affitto e tasse)	377,47	Quote anticipate al 2008	1.631,00
Assicurazioni	426,67	Sopravvenienze Attive	1.179,74
Cancelleria e stampati	500,57	Libri	1.576,00
Cespiti (ingenero, segreteria telefonica)	238,85	DVD	50,00
Spese conto Banco Posta	62,52	Vademecum	8,00
Spese conto Banca Carispe	176,09	Provvigioni Psiconline	83,34
Spese canoni internet (BancoPosta: 180; Carispe: 54; Contastudio: 105,60; GestPly: 157,45)	497,05	Elargizione liberarie per affitto locale gruppo TO	400,00
Batech (gestore servizi internet e e-mail)	861,30	Elargizioni liberali	2.465,00
Acquisto libri	1.110,00	Elargizione da Lidap PR	1.236,23
Note spese trasferite Presidente Adorni al 31.5.2007	1.402,48	Altri ricavi (rimborso legale)	177,30
Note spese telefono fisso Presidente Adorni al 31.5.07	2.153,35	Altri ricavi (rimborso postale)	189,00
Note prestaz. Adorni per progetti sito e terapie al 31.5.07	1.666,50	Progetto ansia/scuole SP	1.068,97
Note spese Direttivo (alberghi, trasferite)	4.777,99		
Tassa affiliazione Convegno Catania	403,00		
Affitti sala x Corso formazione PR	45,00		
Consulenza ECM di sala Bozzone	248,78		
Nota prest. Cultrera x prog ansia/scuole SP	504,00		
Rimb. spese Cultrera x prog ansia/scuole SP	168,97		
Tesseramento SICO + ametrati	343,00		
Spese Postali	1.247,97		
Rimborsi spese chilometriche	899,45		
Pan (stampa: 1435,20, sped: 220,47)	1.655,64		
Parcella Commercialista x 2005 e 2006	1.235,52		
Parcella consulente del lavoro x 2006 e 2007	1.446,77		
Parcella Legale (rimborzata)	177,30		
Spendi segreteria	3.069,00		
Contributi dipendente segreteria	811,98		
Rimborsi spese telefoniche mobili	704,50		
Spese Telefoniche Sede SP	354,67		
Spese telefoniche ADSL Segreteria PR	2.015,50		
Trasporti corriere espresso	632,14		
Spese di rappresentanza	158,00		
Manutenzione computer e caldaia (144x100)	144,00		
Spese varie	87,19		
Imposta indeducibili	216,95		
Contravvenzioni e sanzioni	83,17		
Erario 2006	34,26		
Pagamenti vi fornitori 2006	1.875,90		
Fatture x affitti locali gruppo TO	400,00		
TOTALE PARZIALE	34.289,73	TOTALE PROVENTI	32.288,10
		Disavanzo anno 2007	2.001,63
TOTALE	34.289,73	TOTALE A PAREGGIO	34.289,73

CONSIGLIO DIRETTIVO 5-6 APRILE

Cari amici, vi aggioro con una breve relazione sui lavori del consiglio direttivo del 5 e 6 aprile 2008. Presenti: Anna Pappalardo, Maria Teresa Pozzi, Seby Laspina, Carla Caraffini, Giuseppe Costa, Viola Robert. Uditori Patrizia Arizza e Luciana Martini. Si inizia con la lettura e discussione dei punti all'ordine del giorno come sempre molto corposo; si esamina il bilancio consuntivo e preventivo, e si decidono i provvedimenti per contenere al massimo le spese. Si chiede al Coordinamento Ligure di attivarsi per cambiare il gestore telefonico attuale della linea di La Spezia con altro a minor costo sino allo spostamento della sede legale. Viene riconosciuto ad alcuni membri del direttivo di aver rinunciato ai rimborsi di spese effettuate. Si considera di convocare le riunioni del direttivo con 30 gg di anticipo per poter usufruire di tariffe agevolate per i viaggi dei consiglieri. Viene illustrato il lavoro svolto sulla comunicazione e si stabilisce di prendere contatto con il Garante dell'editoria per una pubblicità gratuita e di cercare spazi sulle riviste distribuite nelle farmacie. Si decide di inserire nel sito la Rassegna Stampa divisa per anno per il passato, e per articolo per il 2007. Si propone di preparare un volume della Rassegna Stampa

2007 che verrà stampato senza spese per elargizione gratuita da parte di un socio. In seguito alla sbobinatura delle cassette registrate, verranno pubblicati sul sito Lidap gli Atti dei tre convegni organizzati a Roma presso la Camera dei Deputati. Si tiene conto di proposte espresse per impegnarsi al miglioramento delle attività Lidap, tra cui la creazione di gruppi di lavoro con compiti specifici e l'attivazione di gruppi che richiedono formazione urgente; si delibera di iniziare dalla Toscana con un minimo di tre incontri che partiranno a settembre. Si prospetta la necessità di incontrare i referenti e collaboratori per far sentire la vicinanza dell'associazione ai loro problemi. La presidente relaziona sull'incontro del comitato scientifico e sulla proposta di presentare un progetto pilota per l'attivazione di uno sportello Lidap; si decide di formare tre gruppi divisi per aree di lavoro: ricerca scientifica, formazione e auto aiuto. Si decide di lavorare alle modifiche statutarie. Si prende in esame la scadenza a dicembre del contratto dell'addetta alla segreteria. Si delibera di cooptare in direttivo Marina Zornio in sostituzione del membro uscente Gerardo Savignano di Pistoia.

MARIA TERESA POZZI

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente: **Anna Pappalardo** (Roma)

Vicepresidenti:

Sebastiano La Spina (Catania)

e **Mariateresa Pozzi** (Asti)

Consiglieri: **Carla Caraffini** (Parma),

Vittoria Casadei (Napoli),

Giuseppe Costa (Parma)

Antonino Giunta (Messina),

Patrizia Peretti (Roma),

Paola Rivolta (Monza),

Viola Robert (Genova)

Responsabile Segreteria Operativa:

Carla Caraffini (pro tempore)

Tesoriere: **Carla Caraffini**

Responsabile servizi on line:

Giuseppe Costa

Webmaster: **Massimiliano Iacucci** (Roma)

Responsabile Forum:

Mariateresa Pozzi

Moderatori Forum:

Cinzia Dotti, Emanuela, Rosalba

Responsabile Reperibilità Telefonica:

Mariateresa Pozzi

Responsabile elenco iscritti:

Paola Rivolta (Monza)

Addetto stampa e responsabile della

comunicazione: **Patrizia Arizza** (Roma)

**DESTINA il 5xMILLE
alla LIDAP**

NELLA TUA DICHIARAZIONE
DEI REDDITI PUOI DESTINARE
IL 5X MILLE ALLA LIDAP
FIRMANDO IL RIQUADRO
DELLE ONLUS E SCRIVENDO
IL C.F. 00941570111

7 MARZO | Roma, il CRLazio è stato invitato dall'Istituto Superiore di Sanità ad un Focus Group per la presentazione e discussione dei risultati del progetto European Coordination Action for Policy Research on Mental Disorders per l'individuazione di possibili strategie di intervento e di prevenzione dei disturbi mentali nella popolazione generale.

24 MAGGIO | Parma, Assemblea nazionale dei soci Lidap.

29 MAGGIO | Parma, presentazione del libro di Francesco Rovetto, Panico. Origini, dinamiche, terapie. Dialogano con l'autore, tra gli altri, la Lidap.

7 GIUGNO | Padova, nell'ambito della manifestazione "Tutti in piazza - Stare bene in Quartiere" promossa dall'Assessorato alle Politiche Giovanili del Comune di Padova, la Lidap è scesa in piazza per fare informazione sul Dap.

7-8 GIUGNO | Assisi, gita terapeutica organizzata dal CRLazio.

9 GIUGNO | Vignola (Mo), "La città sofferente - Senza prima bussare", ciclo di incontri aperti alla cittadinanza in cui la Lidap incontra le istituzioni locali per un progetto di collaborazione.

12 GIUGNO | Napoli, Le nuove dipendenze, incontro organizzato dal CRCampania.

27 GIUGNO | Partecipazione del Presidente Lidap alla trasmissione Radio3 Mondo della Rai sul ruolo dell'ascolto e sui gruppi di auto-mutuo aiuto.

SETTEMBRE 2008 | Vignola (Mo), "La città sofferente - Evidentemente magre", ciclo di incontri aperti alla cittadinanza in cui la Lidap incontra le istituzioni locali per un progetto di collaborazione.

La rivista Pan, per garantire al massimo l'obiettività dell'informazione, lascia ampia libertà di trattazione ai suoi collaboratori, anche se non sempre ne può condividere le opinioni.

INFORMAZIONI UTILI SULLA LIDAP

Lidap onlus

P.I. 00941570111

Via Piandarana, 4 - 19122 La Spezia

SEGRETERIA OPERATIVA

Via Oradour, 14 - 43100 Parma

Gli uffici sono aperti: dal Lunedì al Venerdì dalle 8:45 alle 12:00

Tel. 0521-463447 - Fax 0521-465078

info@lidap.it - www.lidap.it

Con l'intento di agevolare sempre più la comunicazione all'interno dell'Associazione pubblichiamo di seguito gli indirizzi e-mail dei membri e dei collaboratori del Consiglio Direttivo.

Alma: alma@lidap.it

Anna: anna@lidap.it

Antonino: ninni@lidap.it

Carla: carla@lidap.it

Giuseppe: giuseppe@lidap.it

Mariateresa: mariateresa@lidap.it

Marina: marina@lidap.it

Massimiliano: webmaster@lidap.it

Ombretta: ombretta@lidap.it

Paola: paola@lidap.it

Patrizia A.: aripatrizia@lidap.it

Patrizia B.: patriziabis@lidap.it

Patrizia P.: patriziaper@lidap.it

Sebastiano: seby@lidap.it

Valentina: valentina@lidap.it

Viola: viola@lidap.it

Vittoria: vittoria@lidap.it

Come effettuare versamenti e sottoscrizioni

1) c/c postale n° 10494193 intestato a Lidap, Via Piandarana, 4 - 19122 La Spezia.

2) On-line nel sito www.lidap.it utilizzando il servizio "GestPay" di Banca Sella.

3) Bonifico Bancario su C/C n° 3291C00 CARISPE (abi 6030, cab 65690, cin D).

Quote associative 2008

SOCIO ORDINARIO: euro 60,00; TERAPEUTI

e CONSULENTI: euro 60,00; SOSTENITORI

e FAMIGLIARI: contributo libero.

Il nostro giornale Pan sarà inviato, oltre che agli associati, anche a quanti invieranno un contributo di almeno euro 10,00.

DETRAIBILITÀ FISCALE: La Lidap è una Onlus: le sottoscrizioni e le elargizioni liberali a suo favore sono detraibili dal reddito per le persone fisiche e per le imprese, in sede di denuncia annuale, ai sensi dell'art. 13 DL n. 460 del 4/12/97.

ATTENZIONE: Questa agevolazione NON include le quote associative annuali dei soci ordinari.

IMPORTANTE: Al fine di limitare al massimo i servizi postali ed amministrativi, vi preghiamo di indicare, con la massima precisione, l'indirizzo postale al quale desiderate ricevere: la ricevuta regolare dell'importo versato, la tessera associativa, la nostra rivista trimestrale "Pan" ed altre comunicazioni e/o inviti a convegni ed eventi Lidap, e di specificare, nell'apposito spazio del bollettino di c/c postale (causale), il titolo del contributo (socio ordinario, sostenitore, abbonamento a Pan) e l'anno solare cui è riferito.

La segreteria chiuderà dal 28 luglio al 24 agosto. Sul sito www.lidap.it nella sezione "Una voce amica" troverai i recapiti telefonici degli operatori volontari. Le risposte alle e-mail inviate a info@lidap.it verranno garantite durante tutto il periodo estivo.

D. Lgs. 196/03 - ELENCHI ISCRITTI

In riferimento alla legge sulla tutela della privacy n. 196/03, si comunica che il responsabile degli elenchi degli iscritti della Lidap-Onlus è Paola Rivolta di Sovico (MI). Il libro dei soci e gli elenchi iscritti sono custoditi presso la sua abitazione. Qualsiasi richiesta o comunicazione, da parte dei soci e non, inerente tali elenchi, dovrà essere inoltrata all'interessata tramite la mail paola@lidap.it o richiedendo i suoi recapiti alla segreteria di Parma.

PAN

Trimestrale edito da Lidap onlus

Direttore: Giuseppe Costa

Caporedattore: Patrizia Arizza

Direttore Responsabile: Anna Maria Ferrari

Redazione: Susanna Canetti,

Alma Chiavarini, Valentina Cultrera,

Antonino Giunta, Anna Pappalardo,

Patrizia Peretti, Mariateresa Pozzi

Via Oradour 14, 43100 Parma

Tel. e Fax 0521-463447

Grafica: www.imprintingweb.com

Stampa: Stamperia s.c.r.l. - Parma