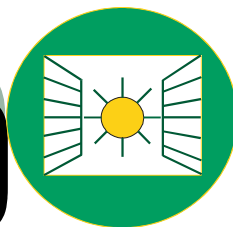


Lettera **LIDAP** 2000

periodico della



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

NUMERO UNO/2000

MARZO 2000

Felice di vivere

di **Maria Elena**

Mi chiamo Maria Elena, ho 27 anni e sono felice di vivere. Non ho vinto al Superenalotto e non sono caduta dalla culla quando ero piccola, ma ho conosciuto molto bene la "non-vita" del dappista.

In realtà, ho deciso di scrivere questa lettera per dire: "Grazie!".

Il primo va proprio, paradossalmente, ai miei attacchi di panico, che mi hanno costretta ad intraprendere un cammino non facilissimo, ma sicuramente ricco di grandi soddisfazioni e sorprese. Ricordo che quando le mie giornate scorrevano tra i tanti tentativi disperati di riappropriarmi della mia vita e ogni chilometro in più, fatto in macchina, da sola e con i finestrini alzati, era paragonabile ad una scalata del K2, pensavo che stare bene, guarire, significasse non avere più il sintomo, non dover più prendere lo Xanax, non avere più problemi ed emozioni forti,

(continua a pagina 3)

Colloqui filtro ed accesso ai gruppi

Gruppo o non gruppo?

di **Paolo Chiappero**

In questi anni ho avuto la possibilità di condurre molti dei cosiddetti "colloqui-filtro". Si tratta di un'esperienza che ha un valore, a mio parere, che va al di là del momento strettamente diagnostico, o d'informazione ed orientamento per la persona che accede al colloquio.

Un colloquio-filtro è quindi un'esperienza con più significati: umani, relazionali, informativi, formativi (per chi lo conduce), diagnostici, supportivi, ecc.

In quest'esperienza si ascoltano tante storie personali e famigliari, così diverse e così uguali, che possono produrre anche riflessioni di tipo sociologico, non solo psicologico e psicopatologico.

Ogni persona porta, insieme con sé, un "pezzo" della sua realtà quotidiana, che è anche la nostra, nel

senso che è condivisibile da ambedue i soggetti del colloquio, in quanto appartenenti allo stesso contesto sociale e geografico (fatte salve tutte le differenze di tipo socioeconomico, culturale, professionale, religioso, ecc.).

Una realtà quotidiana, dunque, che si affianca a quella "psicologica" di cui ci parla la persona che abbiamo di fronte. Una realtà che, proprio perché comune e condivisibile, ci permette di capirci meglio l'uno con l'altro.

(continua a pagina 3)

DAP e vissuto di malattia

di **Antonino Minervino**

Una breve premessa. Una modalità tipica di costruzione del saper medico è quella a tutti noi nota: partendo dalle conoscenze scientifiche costruisce un modello di malattia dal quale deriva una serie di comportamenti professionali, diagnostici e terapeutici.

Proviamo ad immaginare come ci hanno insegnato a riconoscere una qualunque malattia nella scuola di medicina e come abbiamo imparato a conoscerla nell'esperienza professionale: quando nell'anamnesi si trovano certi elementi storici, quando nell'atto della visita medica ci si sente riferire certi sintomi, quando si va ad un riscon-

tro visitando il paziente e si acquisiscono dati dagli esami strumentali e di laboratorio, quando questi elementi convergono in una certa direzione, allora si ha la possibilità di individuare quella malattia e di indicarla con quella diagnosi. Di conseguenza sarà decisa la terapia.

Credo di non andare troppo lontano dalla realtà se indico in questo il modo abituale di procedere del pensiero e della conoscenza medica.

Modo al quale dobbiamo molto, indubbiamente. E' grazie ad esso, un modo deri-

(continua a pagina 8)

SOMMARIO

2 Gruppi Lidap in Piemonte

4 Il gruppo terapeutico

6 Il problema del distacco

7 Trattamento farmacologico

9 Convegno sull'auto aiuto

11 Gli attacchi di panico notturni

15 Perché pagare la quota alla Lidap

Esperienze dai gruppi Lidap del Piemonte

di **Anna Samory**

E' un sabato piovoso del novembre passato. Noi della Lidap di Torino incontriamo persone degli altri gruppi del Piemonte. Sono incuriosita e nello stesso tempo contenta di conoscere dei nuovi compagni di sventura. Sì, perché questa è la magica alchimia della Lidap: ci sentiamo un po' tutti come fratelli, accomunati nei disturbi, nelle ansie, nelle fobie; però anche felici di scoprire che si può migliorare, progredire, forse guarire.

Ci sediamo tutti in circolo. I componenti degli altri gruppi sono relativamente in pochi; mi sembrano attenti, anche loro curiosi; lo spirito di gruppo presente in modo latente in ogni associazione sta per uscire allo scoperto. Ci sorridiamo, qualcuno scambia qualche parola con il vicino. Infine è Maurizia, la nostra helper, a prendere la parola: lei è un punto fermo e coesivo, nel nostro gruppo.

I componenti dei gruppi del Piemonte sono molto interessati alle sue parole, mi sembra di capire che ne ricevano come una sorta di stimoli, ne assorbono la voglia di fare, di riassetto, di organizzazione. Qualcuno di loro, infatti, ha confessato una certa mancanza d'organizzazione, di coesione.

Dopo i discorsi di Maurizia, l'assemblea si anima, tanti vogliono far domande, si ha voglia di comunicare in modo più serrato.

Si susseguono domande, risposte, opinioni, certezze, incertezze, da parte di tutti, alternativamente.

Una ragazza di Novara (Antonella Graceffo - ndr), prima timidamente, poi con più sicurezza, parla delle sue esperienze, dice di essere in apprensione perché, di lì a pochi giorni, dovrà, su invito del suo medico, raccontare la propria storia di dappista davanti a molte persone.

Chissà come le è andata?

Passa il tempo, è ora di rincasare. Sono passate due ore e neanche ce ne siamo accorti.

Ci salutiamo cordialmente, qualcuno si bacia, con la promessa di rincontrarci in primavera.

di **Laura Pin**

Ho visto Valentina Cultrera, alla televisione, in una trasmissione condotta da Rita Dalla Chiesa e, sentendo le sue parole sul DAP e fobie, mi sono riconosciuta: per me è stata come guardarmi dentro ad uno specchio. Ho preso l'indirizzo della LIDAP, con il pro-

posito di scrivere, non so per quanto tempo ho tenuto quel foglio in un cassetto, poi un giorno, in un momento più nero del solito ho scritto la mia storia a Valentina.

Una settimana dopo, ho ricevuto una sua telefonata. Abbiamo parlato per un'ora ed ho saputo che il gruppo più vicino era a Milano.

"Valentina, come faccio ad andare a Milano, se non vado neanche a fare la spesa?" ho chiesto. "Perché non fai un gruppo a Biella? Aprilo!" mi dice Valentina.

La settimana dopo, ho ricevuto la documentazione relativa, e così nell'Aprile 97 nasceva il gruppo a Biella, con ben 3 partecipanti.

Quella domenica, della stessa settimana, con una ragazza del gruppo, sono andata a Milano, ad un'assemblea LIDAP. Mi sono trovata immediatamente a mio agio: non pensavo di conoscere tante persone col mio stesso problema. Tutto ciò mi ha fatto sentire più tranquilla, meno sola, ed in grado di affrontare il disagio con più ottimismo.

Da quel lontano 97, diverse persone sono passate nel gruppo. Alcune si sono fermate, altre, probabilmente non pronte ad affrontare un percorso in comune, si sono allontanate.

Nel nostro gruppo si è creata empatia, con un notevole scambio di emozioni, di successi e di qualche sconfitta.

Un successo? Qui di seguito, riporto una riflessione di una nostra cara amica giunta alla LIDAP da pochissimo.

La libertà è sempre stata il fulcro della mia esistenza. Ero sicura, che per difenderla, avrei intrapreso e vinto qualsiasi tipo di battaglia mi si fosse presentata.

Non avrei mai immaginato, però, che in seguito questa parola assumesse in me un significato più profondo, più ampio.

Forse sarebbe meglio dire che una serie di eventi mi hanno fatto cogliere un lato che rimane spesso celato agli occhi di molti.

Infatti, è usuale definire la libertà come un'assenza di costrizioni, siano esse morali o materiali, la possibilità, per un individuo, di poter agire spontaneamente, in base alla propria volontà ed al proprio ragionamento (senza ledere i diritti altrui).

Condivido pienamente tutto ciò, ma per me, libertà è anche riuscire a liberarsi dalle paure, perché se queste dovessero prendere il sopravvento, ci si ritroverebbe, in breve tem-

po, in schiavitù.

Liberarsi dalle paure non vuol dire assenza di esse, ma piena consapevolezza della loro esistenza dentro di noi. Da questo scaturisce, poi, la capacità di combatterle, di ridimensionarle e, finalmente, di eliminarle. Sono dei piccoli mostri che si insinuano furtivamente nel tuo essere e, inconsapevolmente, tu stesso gli dai gli alimenti che gli necessitano, perché possano crescere e svilupparsi. Quanto ti rendi conto della loro esistenza è troppo tardi, si sono già impadroniti di buona parte della tua vita, e la cosa più drammatica, è che sono fermamente intenzionati a portartela via.

Parlo di quella stessa vita che chissà quante volte abbiamo maledetto, o comunque, non apprezzato nella giusta misura. Però, bella o brutta che sia, è pur sempre una vita, e il fatto di possederla ci fa cadere nell'errore di credere che ci sia dovuta. Ci rendiamo conto del contrario solo nel momento in cui non siamo più padroni di essa.

Per riaverla indietro, il cammino è molto lungo e doloroso: bisogna intraprendere una guerra contro un nemico che è invisibile agli occhi degli altri, e che usa armi non convenzionali, di cui non sospettavamo neanche l'esistenza; solo tu avverti la sua presenza, è sempre più minaccioso, ti senti smembrare, minuto dopo minuto, ora dopo ora; vorresti che questa agonia avesse una fine.

Ma i giorni e i mesi trascorrono e questo non accade; sei sempre più debole, scopri di non essere più in grado di razionalizzare, che ti è stata portata via la volontà, che qualsiasi azione, anche la più banale, diventa ardua da compiere. Sei in balia di tutto e di tutti, ti ritrovi ad essere il perdente in un combattimento di cui non conosci né l'inizio, né il perché; l'unica tua certezza è che è reale, non un incubo.

Però, battaglia dopo battaglia, sconfitta dopo sconfitta, cominci a capire come il tuo nemico agisce, e così provi timidamente a parare qualche colpo.

Alcuni, i meno audaci, impiegherebbero il loro tempo a lenire le ferite e ad adattarsi a "vivere" in questo stato di prigionia, di schiavitù, dal quale difficilmente riuscirebbero ad uscire.

Altri, invece, i più temerari, si improvvisano guerrieri e, raccogliendo le poche forze che ancora hanno, andranno alla ricerca del nemico, che ormai è diventato compagno, e lo affronteranno a viso aperto, senza più scappare.

Così facendo, acquisteranno la consapevolezza che la guerra è fatta di molte battaglie...

Gruppo o ...*(segue dalla prima pagina)*

Chi arriva al primo colloquio ci parla di tante cose: del capufficio che pareva non aspettare altro che "avessi il DAP per diventare più sadico di prima", del medico che, da 10 anni, dice "Signora è una questione di buona volontà", dei vicini di casa che, con molto tatto, chiedono "Ma perché si fa sempre accompagnare? Suo marito non si fida di lei?", del partner che si lamenta perché "quest'anno finalmente aveva organizzato tutto per andare in aereo ad Ibiza, e invece si andrà dalla zia Pina che abita appena (ma proprio appena...) fuori città", oppure dei figli che non capiscono se il genitore è "depresso, ansioso, depressivo-ansioso o ansioso-depresso, o qualcuna di quelle cose lì..." ma comunque sia "da quando ha l'esaurimento non è più lui (o lei)".

In genere noi tendiamo a valutare ogni informazione che ci è for-

**NON DIMENTICARE LA TUA
QUOTA ASSOCIATIVA!**

nita, sulla base della sua utilità agli obiettivi del colloquio (quelli ricordati all'inizio, ed in primis l'inserimento o meno in un gruppo di self-help). Fino a qui tutto bene. E' da lì che dobbiamo partire per fornire un primo aiuto. Ma perché non fare, nella nostra mente s'intende, un'operazione diversa? Perché non pensare a tutto ciò che ci vien detto, anche come una serie di piccoli tasselli di quel grande mosaico che è la realtà in cui viviamo tutti?

Partendo da questi presupposti, vorrei portare alla vostra attenzione un fenomeno che ho colto recentemente, e mi ha imposto una riflessione più ampia su un tema ancora più vasto di quello dei disturbi d'ansia e dei Gruppi di self-help.

Si tratta del bisogno di creare e mantenere relazioni umane, di associarsi, di stare insieme, di trovare un tempo ed uno spazio che è contemporaneamente "per sé" e "con gli altri" e, nello stesso tempo, delle dif-

ficoltà, gli ostacoli, i limiti, che si frappongono a questi bisogni (e non mi riferisco agli impedimenti individuali ma a quelli insiti nella società contemporanea nella quale viviamo tutti con DAP o senza DAP...).

Soffermarsi su aspetti di tipo psicologico richiederebbe più spazio e, probabilmente, anche competenze professionali più specifiche. Vorrei partire, invece, da alcune "richieste improprie" che mi sono state avanzate nei colloqui-filtro e che ritengo strettamente correlare con i temi esposti in precedenza.

Trattasi di persone che, pur non potendo essere diagnosticate come sofferenti di un "disturbo d'ansia", mi hanno richiesto la possibilità di poter partecipare ai gruppi LIDAP di Genova.

Non ho dubbi sul fatto che una richiesta di questo tipo non potrà essere accolta, pena lo snaturamento della specificità del gruppo di self-help, ma non mi sento di accantonarla semplicisticamente come qualcosa di "strano" o inopportuno.

Non riuscendo quindi a "rimuovere" dalla mia mente tutto ciò, mi sono chiesto, forse con un pizzico di deformazione professionale, "perché?", "cosa significa?".

Perché una persona dovrebbe avere il desiderio di partecipare ad una situazione collettiva, pur sapendo che, in prevalenza, ci si occuperebbe di problematiche che non le appartengono? Perché una persona dovrebbe preferire di soffrire d'ansia patologica per poter accedere ad uno dei nostri gruppi? ("allora sarebbe meglio che li avessi, gli attacchi di panico... così potrei almeno avere questa opportunità del gruppo" mi è stato detto recentemente durante un colloquio-filtro)

Tutto ciò per non considerare, concedetemelo, il ruolo in cui "viene messo" il consulente-terapeuta che diventa: colui che proibisce, esclude, non dà la possibilità di vivere nuovi rapporti umani, e tutto questo perché? "Soltanto" per una diagnosi?

Chi ha ragione? Chi ha torto?

Credo che un po' tutti abbiamo le nostre ragioni: noi consulenti e la LIDAP, nel mantenere una caratterizzazione ai gruppi di self-help senza la quale non potrebbero continuare ad esistere, in quanto strumento di supporto psicologico e metodologia sociale; ma anche chi è di fronte a noi, ed esprime un bisogno d'accoglienza, condivisione e comprensione in un contesto grupale.

Questi bisogni, al di là della nostra risposta negativa, vanno compresi, perché non possono essere riducibili ad un problema diagnostico e di selezione. Non so cosa possiamo fare tutti noi (consulenti, LIDAP, gruppi, singoli), ma mi pareva interessante poterne parlare.

Felice di ...*(segue dalla prima pagina)*

talvolta dolorose, da vivere. Sbagliavo.

E' più di un anno che non ho attacchi di panico e la mia vita non si è trasformata in una favola, anzi probabilmente ci sono più problemi e preoccupazioni da affrontare, quello che c'è di nuovo e la qualità del rapporto con me stessa che mi permette di non avere più paura di vivere le emozioni, belle o brutte che siano, quando le sento nascere in me. Ho imparato a volermi bene, ad accettare e ad avere consapevolezza dei miei limiti e delle mie capacità.

Ma, se sono riuscita a capire tutto questo è stato merito anche di tutte quelle persone, che con la loro "umanità" mi sono state vicine, come l'"angelo" di nome Rita che mi rispose al telefono quella sera dopo la corsa al Pronto Soccorso; Sabina che mi ha accolta nel suo gruppo, dove mi ha aiutata a crescere come persona e come helper; i miei meravigliosi compagni di gruppo Graziella, Anna, Massimo, Marina, Gisella, Laura, Elisabetta, che con semplicità e delicatezza sanno donare agli altri la parte migliore di loro stessi, Queste sono le persone che ho incontrato grazie alla LIDAP.

Come funziona un gruppo di terapia

DESIDERO FORNIRE ALCUNE INDICAZIONI SUL FUNZIONAMENTO DELLO PSICODRAMMA IN UN GRUPPO DI TERAPIA, A MIO AVVISO IMPORTANTE STRUMENTO PER IL SUPERAMENTO DI ANSIE E FOBIE CORRELATE AL D.A.P.

di **Daniela Del Frate**

Il gruppo terapeutico è composto da un numero limitato di persone (5 o 6 al massimo) allo scopo di verificare continuamente le azioni e le interazioni dei componenti il gruppo. La leadership non deve mai essere fissa, ma spostarsi continuamente: compito peculiare del terapeuta è quello di favorire lo spostamento della comunicazione, individuando il membro del gruppo idoneo ad assumere il ruolo centrale in ogni specifico momento della seduta.

Il gruppo terapeutico è un potente ed ineludibile serbatoio di energia che consente il potenziamento della terapia individuale e ne rappresenta la naturale prosecuzione. In esso, infatti, viene agito uno degli strumenti più efficaci per esplicitare e rappresentare le emozioni e le conflittualità interiori: lo psicodramma ovvero la drammatizzazione psichica.

Tratto dal classico schema moreniano e adattato alle esigenze della terapia D.A.P., lo psicodramma consente il superamento di una delle cause fondamentali determinanti l'insorgenza dell'attacco di panico: la coartazione affettivo-emozionale.

Cifra paradigmatica della drammatizzazione psichica è la possibilità di portare a livello di coscienza i propri vissuti inconsci, ed estrinsecarli attraverso la rappresentazione di un ruolo.

Ciascun membro del gruppo diventa, a turno, protagonista, rappresenta sé stesso e sceglie la "scena" del rapporto da drammatizzare.

Già al momento della scelta si esplicitano le primarie conflittualità della persona nei propri aspetti relazionali; successivamente l'agire vero e proprio consente l'emersione dei vissuti emozionali coartati. A ciascun altro membro del gruppo viene affidato un ruolo di comprimario; in questo modo si esplicitano le caratteristiche personalistiche del personaggio rappresentato, mediate dal-

l'informazione conscia e inconscia dell'individuo che "gioca" il ruolo dell'attore.

Questo meccanismo consente di elaborare conflittualità anche latenti: gestire in modo drammatizzato le proprie difficoltà relazionali non soltanto ne facilita il riconoscimento, ma soprattutto avvia il processo di superamento, con conseguente aumento di autostima e visione più realistica delle proprie possibilità.

Dalle riflessioni di Moreno:

"Il problema presenta anche un altro aspetto, tanto più importante quanto più la vita sociale è differenziata: si pretende che ognuno di noi viva secondo il suo ruolo ufficiale nella vita: così il professore deve comportarsi come un professore, un allievo come un allievo ecc. Però ogni individuo aspirerebbe ad incarnare molti più ruoli di quanto gli sia consentito dalla vita o, quanto meno, se deve attenersi a un ruolo, aspira a viverne tutte le varianti, nel corso del suo sviluppo, ogni individuo è sollecitato da più e più ruoli, che vorrebbe tradurre in atti".

Spesso è proprio la pressione attiva esercitata da questa pluralità di ruoli segreti sul ruolo palese ed ufficiale dell'individuo che genera stati d'ansia (Moreno, 1953); ansia a cui l'individuo, soprattutto se affetto da D.A.P., risponde con un irrigidimento nei ruoli sicuri e approvati, e con una sorta di inerzia emozionale di fronte alle tentazioni esplorative del mondo.

Con l'accesso ad un gruppo organizzato, la cui partecipazione è soggetta a regole, ma sempre e comunque su base volontaria, nuove forme di espressione e comunicazione diventano i compiti su cui l'individuo può articolare la sua attività. Ogni membro ha la facoltà di rinunciare in qualsiasi momento al gruppo: ciò non è pregiudiziale alla vita del gruppo stesso.

Nuovi membri possono essere

integrati, a giudizio e secondo le modalità stabilite dal terapeuta, con riti d'accoglimento e d'iniziazione.

I primi consistono nel promuovere interazioni verbali e non verbali fra il neofita ed il gruppo: in genere e il nuovo membro a parlare di sé, mentre gli altri pongono domande mirate a farlo sentire al centro dell'attenzione.

La disponibilità all'accoglienza consente al gruppo di ben tollerare anche egocentrismi, logorree eccessive, silenzi e avarizie comunicative, sino alla definitiva integrazione o espulsione dal gruppo stesso.

Il primo psicodramma individuale è il battesimo vero del neofita.

Con la "creazione del ruolo" ciascun membro del gruppo diviene agente terapeutico per l'altro: l'esperienza del giocare, o rigiocare con spontaneità fuori dai copioni correnti di comportamento organizza le esigenze intrapsichiche dell'individuo e le armonizza con le esigenze della realtà da lui stesso proiettata; la comunicazione telica, ovvero il senso operativo dell'"agire insieme", consente al protagonista e ai comprimari di valutare la varietà multiforme dei fantasmi per trovare nuovi modi affrontarli ed integrarli.

Rappresentazione, quindi, significa, da un lato organizzazione di percezioni, sentimenti, idee, dall'altro, testimonianza e partecipazione: il contesto individua un rapporto empatico per condizioni basali del setting terapeutico. E' in tale setting che si sviluppa la relazione terapeutica:

- terapeutica per il protagonista, che in un clima di incontro si mette in gioco nel concretizzare i propri conflitti e nell'esplorare nuove organizzazioni psichiche;

- terapeutica per i compagni che partecipano all'azione, perché nell'assumersi ruoli loro assegnati dal protagonista ne sperimentano la verità profonda sia sul piano della si-

(continua nella pagina successiva)

Come funziona ...*(segue dalla pagina precedente)*

tuaione contingente, sia su quello del loro rapporto con il protagonista, sia su quello della loro propria interiorità;

- terapeutica, infine, per il terapeuta stesso, coinvolto sul duplice piano dell'elaborazione del materiale intrapsichico e della sua conduzione e supervisione

Le esperienze reali vissute all'interno dell'artificiale gruppo di drammatizzazione vengono portate all'esterno, regolando e condizionando successive relazioni ed incontri di gruppo spontanei.

Alcuni autori sostengono che gli elementi teorici e tecnici dell'approccio psicodrammatico (basati sulla spontaneità e creatività più che sull'offerta di strumenti operativi) non siano conciliabili con una metodologia cognitivo-comportamentale. Al contrario, riteniamo sussistano importanti terreni di transito comuni, soprattutto nell'ambito della prospettiva teorico/pratica di un eclettismo metodologico:

1 - direttività del terapeuta, per altro inaccettabile sia concettualmente che concretamente in gruppo-analisi, intesa non come imposizione, ma come supervisione e aiuto attivo per un'azione comune;

2 - riconoscimento delle emozioni nell'"hic et nunc" drammatizzato, possibilità di dar loro un nome e un posto (elaborazione cognitiva) dalla distorsione cognitiva di base;

3 - superamento dello schema cognitivo di tipo depressivo, caratterizzato da una visione monodimensionale di autosvalutazione attraverso la drammatizzazione psichica e il "dialogo interno" di Meichenbaum;

4 - "acting out" drammatizzato come sviluppo di nuove modalità comportamentali che vengono agite.

Come si vede, le differenze tra costrutti teorici e pratiche cliniche sono più apparenti che reali, quando l'obiettivo è non tanto la verifica della superiorità di un approccio sull'altro, quanto il raggiungimento del miglior benessere del paziente.

A questo punto sarebbe interessante conoscere l'esperienza di altre persone, conduttori o fruitori di un gruppo di terapia.

Il saluto di Nadia

GRAZIE NADIA, SIA PER IL TUO IMPEGNO DIFFICILE NELLA REALTÀ DI ROMA, SIA PER QUESTA LETTERA IMPORTANTE DI SALUTO E DI RESTITUZIONE A TUTTI, DI QUELLO CHE ANCHE TU HAI TROVATO INSIEME A NOI NELLA LIDAP. GRAZIE PER LE ORE, PER GLI ANNI CHE HAI DEDICATO E GRAZIE PER AVER SAPUTO COGLIERE CIÒ CHE HAI RICEVUTO NEL DARE AGLI ALTRI. IL CAMMINO CONTINUERÀ E POTREMO CERTAMENTE RITROVARCI ANCORA. CON AFFETTO ROSSANA.

di Nadia Filocamo

Con la presente mi dispiace dovervi comunicare che, per motivi personali, non posso più continuare a collaborare per l'Associazione Lidap, sia per la reperibilità che per il gruppo di auto-aiuto.

E' una buona occasione, comunque per farvi sapere quanto la Lidap, nel suo insieme, mi abbia aiutata a percorrere una strada sempre migliore ed ad avere avuto l'opportunità di conoscere persone sensibili e comprensive.

La mia partecipazione nell'associazione forse è stata troppo silente, ma vi assicuro molto vitale ed attiva. Credo di aver dato tanta comprensione, informazione d'aiuto psicologico a tutte le persone che mi hanno telefonato ed anche a tutte quelle che hanno fatto parte del mio gruppo

**INVESTI IN LIDAP:
ASSOCIATI!**

di auto-aiuto.

Accompagnerò ancora per un poco Anna Perrone nella conduzione del nuovo gruppo sperando che inizi presto il corso di helper, affinché possa sentirsi più sicura.

Approfitto anche, e mi dispiace non averlo fatto prima, per ringraziare Rossana ed il

Dott. Del Castello per la vacanza-lavoro svoltasi quest'estate al Lago Matese, veramente significativa. Con mia meraviglia, tornata a Roma, dopo i primi giorni di "svuotamento" ho constatato che avevo superato il problema di guidare in mezzo al traffico cittadino, ed ho allungato i miei tempi di camminare a piedi.

Tre giorni fa, sono perfino entrata in un supermercato e mentre facevo la fila ho incoraggiato una persona avanti a me che dava evidenti segni di disagio e sudorazione.

Il mio saluto non significa dimenticare, sicuramente nei miei rapporti interpersonali mi soffermerò a parlare della Lidap e non nasconderò più a nessuno i disagi ed il lungo percorso che ho affrontato con dolore e caparbia, anche se credo che questo tipo di lavoro non finisca mai, una volta intrapreso perché la conoscenza di sé stessi è inesauribile.

Qualora lo riterrete opportuno potete anche pubblicare questo mio saluto per tutti, tutti coloro che ho incontrato e non, tutti coloro che in un modo o nell'altro mi hanno comunque dato l'opportunità di crescere.

Con affetto.

Discutiamo del distacco

SI ALLARGA IL DIBATTITO PROPOSTO, ED INIZIATO, DA MARCELLO GAMBERINI SU UN TEMA A NOI "TANTO" CARO: IL DISTACCO. IN QUESTO NUMERO DUE INTERESSANTI CONTRIBUTI CHE ANALIZZANO IL PROBLEMA DA DUE PUNTI DI VISTA DIVERSI.

di **Paola Pascucci**

Caro Marcello, aderisco volentieri alla tua iniziativa dell'ultimo numero della Lettera ai Soci. L'argomento mi sembra interessante e pertinente rispetto al panico e anch'io ho qualcosa da dire. La mia prima riflessione è stata che in genere il termine "distacco" non mi suscita automaticamente sensazioni negative. Sarà che ho accettato il fatto che le lacerazioni fanno parte della nostra vita, sarà che il distacco non è necessariamente una lacerazione dolorosa, sarà che un aspetto importante del mio carattere è legato al desiderio d'indipendenza e di libertà. Ho pensato all'enorme importanza che ha avuto nella mia vita il distacco dalla famiglia, inizialmente un distacco fisico che mi ha consentito di sperimentarmi, di sentirmi più libera, di fare esperienze che hanno impresso alla mia vita una svolta fondamentale. Il distacco psicologico ha avuto tempi più lunghi e non è ancora compiuto, ma per fortuna i miei genitori sono ancora in vita, riconosco il bisogno che ho di loro e il mio rapporto con loro mi soddisfa.

Ho pensato al distacco da alcune importanti amicizie. Non mi è successo spesso, ho provato dispiacere, ma riconosco il fatto che le amicizie sono spesso legate a fasi della vita delle persone e che cambiando le esigenze e, cambiando interiormente le persone, alcune relazioni possono interrompersi.

Ho pensato al distacco da un mio compagno, tanti anni fa. Mi era stata una tragedia, fonte di grande sofferenza, ma debbo riconoscere che è stata anche questa una svolta per me, l'inizio di una riflessione su me stessa che mi ha aperto una nuova strada.

Ed ora veniamo ad aspetti collegati direttamente con il mio panico, che riassumo in tre punti:

- Durante il mio primo anno di

attacchi di panico, davvero terribile, ho vissuto un'esperienza molto profonda nel corso di una seduta terapeutica di gruppo dedicata alle prime fasi di vita di un individuo. Ho rivissuto probabilmente dolorose esperienze infantili di abbandono e di distacco, e la disperazione che è venuta fuori era del tutto in sintonia con il panico che mi attanagliava in quei giorni. Credo che, indipendentemente dalle cause specifiche degli attacchi di panico, essi attingano ad un sottofondo antico di paura dell'abbandono presente in ognuno di noi e che, a quanto pare, può avere a volte il sopravvento su tutto.

- I miei primi attacchi di panico erano insorti in seguito ad un periodo di profonda depressione, collegata alla fine di due relazioni sentimentali che si sono succedute nell'arco di un tempo relativamente breve. Forse è stata l'occasione giusta che la mia paura aspettava (paura della vita e della mia inadeguatezza ad affrontarla, accumulata per anni e mai espressa) per venir fuori in tutta la sua intensità. Le mie difficoltà nei rapporti di coppia a la scelta sistematica di persona sbagliate sono comunque in parte dovute alla paura di coinvolgermi molto per poter affrontare un distacco.

- il terzo aspetto è quello che mi interessa di più in questa fase. Il mio modo intenso e viscerale di vivere le emozioni, la capacità di entusiasarmi per poco ma anche di drammatizzare per poco, l'intolleranza nei confronti delle ingiustizie, la tendenza ad impegnarmi a fondo in quello che faccio, sono caratteristiche che non mi hanno reso la vita facile e che hanno lasciato ampio spazio alle ansie. Uno dei punti di forza della psicoterapia che ho iniziato due anni fa, e che ha ottenuto buoni risultati è proprio quello di raggiungere un maggiore distacco dalle emozioni che vivo, in

modo che le delusioni, gli insuccessi, i rifiuti, i dispiaceri ecc. ecc. mi facciano meno male a non compromettano tutto il mio sistema di autostima. Spero tu mi capisca, non sto parlando di freddezza, di cui non sarei capace, ma di lasciarsi scivolare addosso qualcosa, con autoironia, senza combattere contro i mulini a vento.

Sto facendo utili esperimenti nel settore lavorativo, non ancora in quello affettivo, chissà come ... comunque non ho veri e propri attacchi di panico da più di un anno, spero vada sempre meglio.

di **Annamaria Davoli**

Tutti i nostri dappisti hanno sognato per anni di potere finalmente distaccarsi dalla loro reale o immaginaria "stampella", che li ha sorretti, accompagnati, rassicurati nei giorni del panico; il sogno non è solo il loro, ma anche sinceramente dell'altro, la parte forte e positiva della coppia.

Mi è capitato spesso di sentire che alla fine della "malattia" l'accordo, durato tanto tempo, si è incrinato, è stato come ritrovarsi tra estranei: "Dov'è finito quello che mi comprendeva così bene, chi è questo che ora mi è rimasto vicino?".

Sembrerebbe semplice distaccarsi, decidere che ormai è finito un ruolo e bisogna inventarsi qualcosa'altro per stare insieme; invece succede qualcosa d'imprevisto e di doloroso: non si può stare insieme... ma c'è dell'altro: non si può nemmeno stare separati.

Questo stare insieme, magari rimproverandosi il passato (- Ho perso anni con i "tuoi" attacchi di panico -), rivela la paura del distaccarsi da chi ci ha guardato e visto, e al quale ci siamo rivelati completamente: dall'altra parte c'è l'atroce solitudine di chi sente la perdita del ruolo del salvatore e l'incapacità di vivere in nuove vesti con altre persone.

Ricostruirsi diversi è la sfida della nuova situazione.

Proviamo a parlarne anche con Marcello e con altri? Noi lo stiamo facendo in un piccolo gruppo di ex dappisti, ma vogliamo essere di più per riflettere meglio, insieme.

Il trattamento farmacologico

QUESTO ARTICOLO, CHE POTREMMO PIÙ COMPIUTAMENTE INTITOLARE "TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO" È TRATTO DAL LIBRO "NON SOLO PILLOLE: PSICOTERAPIE E PSICOFARMACI" DI FRANCESCO ROVETTO, PROFESSORE DI PSICOLOGIA CLINICA ALL'UNIVERSITÀ DI PARMA

di **Francesco Rovetto**

Numerosi importanti studi sono stati fatti per valutare l'effetto del trattamento psicofarmacologico nella terapia del disturbo da attacchi di panico. In molti casi si sono dimostrate utili terapie basate sull'uso di ansiolitici e, soprattutto, di antidepressivi. La scelta di un farmaco deve essere fatta dal medico che conosca a fondo le caratteristiche del caso, le generalizzazioni e l'autoterapia sono, quindi, molto pericolose, possiamo comunque fornire alcune indicazioni generali sulla terapia farmacologica degli attacchi di panico.

ANSIOLITICI

Le benzodiazepine sono, in genere, poco efficaci, a meno che non si raggiungano dosi talmente elevate da diventare eccessivamente sedative. Dal 55 all'88% delle ricerche dimo-

LA LIDAP FA UN SACCO DI COSE CON LE NOSTRE QUOTE

strano però l'efficacia antipanicò e la tollerabilità dell'Alprazolam (es. Xanax) ad alte dosi. Questo farmaco, che produce effetti ansiolitici anche a dosi di 1/2 mg al dì, è poco sedativo e può quindi essere somministrato a dosi straordinariamente superiori a quelle abituali senza addormentare il paziente. Raggiungendo dosi di 3-5 mg al giorno si ha quindi la possibilità di prevenire o bloccare gli attacchi di panico senza indurre eccessiva sedazione. L'Alprazolam consente un miglioramento anche per quanto riguarda l'ansia anticipatoria, il comportamento di evitamento, la capacità sociale e di lavoro ed il benessere soggettivo.

Se guardiamo i risultati dimostrati dalle ricerche, i miglioramenti sono definiti notevoli nel 30% dei casi e moderati nel 52% (contro rispettivamente il 10 ed il 43 % ottenuto dal

placebo). A favore dell'Alprazolam vi sono l'ottima tollerabilità che rende assai raro l'abbandono della terapia, il farmaco non perde nel tempo i suoi effetti anti panico ed oltre tutto produce rapidamente i risultati. Va tuttavia tenuto presente il fatto che questo farmaco, alle forti dosi proposte in caso di panico, può indurre sedazione, riduzione della memoria, ed anche una condizione di dipendenza. Per tali motivi, dopo avere ottenuto i risultati terapeutici, è spesso utile procedere ad un lentissimo calo del prodotto (es. 0,5 mg ogni due o tre settimane). In questo modo non insorgono sintomi di astinenza ed attacchi di panico in reazione ad un calo troppo rapido.

Alcune ricerche sembrano indicare l'efficacia del clonazepam (es. Rivotril) che è una benzodiazepina a spiccato effetto antiepilettico. L'efficacia di questo tipo di trattamento, si manifesta dopo circa due settimane e l'effetto continua a migliorare nell'arco di sei mesi rimanendo efficace anche nel caso di terapie di lunga durata. Come minimo è prudente lasciare passare un anno, prima di provare a ridurre gradualmente le dosi.

ANTIDEPRESSIVI

Numerose ricerche dimostrano l'efficacia dell'antidepressivo Imipramina alla dose media di 150 mg, al dì nel trattamento degli attacchi di panico. Tra i pazienti trattati si nota un significativo miglioramento tra il 70 ed il 90% dei casi. Probabilmente questo prodotto consente risultati migliori rispetto all'Alprazolam quando vi è una concomitante agorafobia e, soprattutto, quando vi è una chiara forma di depressione. L'Imipramina induce però effetti collaterali che possono renderne difficile l'uso. Tra questi, la xerostomia (bocca secca), la tachicardia e le palpitazioni, la stitichezza, le alterazioni della pressione e del

sonno, i tremori, l'ipertrofia prostatica. La dose terapeutica va quindi raggiunta con lentezza e, comunque, gli effetti terapeutici non sono rapidi a comparire. Questi prodotti non danno alcuna forma di dipendenza o d'assuefazione, i risultati compaiono dopo una o due settimane di cura ma per raggiungere la massima efficacia spesso si deve attendere tra 6 e 10 settimane. Probabilmente questi farmaci non ottengono effetti per la loro attività sui disturbi dell'umore, ma giacché agiscono sulla disponibilità della noradrenalina, che sembra essere il principale neuromediatore coinvolto in questo tipo di patologia.

L'attacco di panico, da un punto di vista neurofisiologico, sembra essere correlato ad una forte attivazione del locus ceruleus, un nucleo del tronco encefalico che è uno dei centri cerebrali in cui si manifesta un'intensa attività della Noradrenalina. Anche alcuni altri antidepressivi tricyclici (Clomipramina, amitriptilina, desipramina, nortriptilina, doxepina) hanno dimostrato efficacia analoga a quella dell'Imipramina.

Recenti studi hanno dimostrato l'efficacia degli inibitori del reuptake della serotonina (es. Prozac, Seroxat ecc.) nel trattamento degli attacchi di panico. Questi prodotti inducono pochi effetti collaterali ed hanno una buon'attività antiossessiva oltre che antidepressiva. Gli attacchi di panico spesso si associano ad una notevole quantità di rimuginazione ossessiva (es. il rischio di un malessere). Questi pensieri continui possono assumere carattere ipocondriaco, e ciò tende ad incrementare i meccanismi d'evitamento.

EFFETTI DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Il trattamento farmacologico degli attacchi di panico produce ottimi

(continua nella pagina successiva)

Il trattamento ...

(segue dalla pagina precedente)

risultati a breve termine. Esistono invece sostanziali dubbi riguardo alla sua efficacia nei tempi lunghi.

Analizzando questi risultati delle più importanti ricerche in questo settore potremmo concludere che probabilmente, per le forme più leggere d'attacchi di panico, il trattamento psicofarmacologico forse non è indispensabile.

Il trattamento farmacologico produce effetti terapeutici non solo per quanto riguarda gli attacchi, ma anche le patologie associate (es. ansia anticipatoria, agorafobia, depressione). Non è perciò sempre chiaro se il trattamento psicofarmacologico produce i miglioramenti sugli attacchi di panico e da ciò derivano gli altri benefici, o se il paziente sottoposto a terapia ansiolitica ed antidepressiva, si mostri più disposto ad affrontare le situazioni temute, proprio per il miglioramento dell'umore.

La cura farmacologica in genere dura un anno o due. L'interruzione precoce del trattamento spesso si associa ad una ricaduta, il paziente però in genere reagisce nuovamente bene ad una ripresa della cura. Una terapia farmacologica, d'altra parte, non insegna al paziente a modificare le proprie idee erronee e la sua tendenza all'isolamento. La patologia da attacchi di panico è quindi, probabilmente, una di quelle in cui l'integrazione tra farmacoterapia e psicoterapia si rivela più utile.

Il vissuto di ...

(segue dalla prima pagina)

vante dall'impostazione scientifica e tecnologica, che abbiamo conquistato risultati ad oggi irrinunciabili per il nostro benessere e la nostra salute.

E' altrettanto vero, però, che quest'atteggiamento ha comportato una progressiva rinuncia alla componente umanistica delle professioni sanitarie. Abbiamo avuto una spiccata progressione delle conoscenze degli organi, dei loro componenti e delle loro funzioni sane ed alterate, ma abbiamo avuto un allontanamento dalla visione dell'uomo nella sua globalità e dalla sua sofferenza: è un organo che si ammala, ma è un uomo che soffre. Del primo siamo diventati sempre più capaci di occuparci; sempre meno del secondo.

E' questo il paradosso della medicina dei nostri tempi, e superarlo diventa la vera rivoluzione per una medicina moderna.

Sempre più vengono salutati con consenso iniziative che nell'ambito dell'assistenza sanitaria portano attenzione all'uomo ed alla sua sofferenza: verrebbe da dire che è ovvio e banale, ma evidentemente è così grande il vuoto che le pratiche mediche sono riuscite a creare in quest'epoca tecnologica che anche piccoli segnali in questo senso sembrano rivoluzionari!

Proviamo a vedere questo discorso dal punto di vista del DAP, punto di vista per il quale il DAP può essere preso come una situazione che mostra bene come spesso l'incontro fra medico e paziente sia difficile.

Il DAP è ovviamente tutto quello che la clinica e la ricerca ci hanno insegnato.

E' per tutti i sintomi che lo caratterizzano, un'esperienza improvvisa e drammatica che si impone nell'esistenza di un individuo con una modalità che è quella dello sgomento e dell'irruenza.

La crisi è aggressiva ed è di solito ricca di sintomi somatici (a carico del cuore, del respiro, della digestione, ecc.) che sottoposti al vaglio delle indagini mediche non hanno quel riscontro che li promuove al rango di sintomi indicativi di questa o quella malattia somatica: restano sintomi orfani e questo fa di quella persona che li avverte una persona senza dignità clinica, che ricorre ripetutamente al medico o al pronto soccorso senza trovare risposta.

C'è un bisogno naturale ed immediato di portare questa sofferenza, questo insieme di sintomi improvvisi ed inspiegabili ad un interlocutore pensato nel ruolo giusto per riconoscere questo bisogno e nel ruolo giusto per rispondere a questo bisogno (il medico di famiglia o di pronto soccorso, appunto).

Infatti, capita piuttosto facilmente a chi si ammala di DAP, soprattutto all'inizio, che il proprio disturbo non venga riconosciuto. La sofferenza, anche intensa, ricca di sintomi somatici a carico di organi che risultano sani crea una sorta di paradosso per il quale, proprio perché i sintomi risultano funzionali, il medico è indotto a non formulare una diagnosi e, quando va bene, ad assumere un atteggiamento sterilmente consolatorio.

Propongo una serie di domande:

Ma cosa vive il paziente?

Qual è la sua esperienza di malattia?

Come cambia la sua esistenza?

Come vivono i suoi familiari o le persone più significative?

Possono le risposte a queste domande costruire una conoscenza nuova della malattia?

Possono essere perciò di aiuto al medico per un professione più moderna ed efficace e essere quindi di aiuto al paziente?

Al paziente spesso non resta che agguerrire alla sofferenza per ciò che gli va capitando anche il disorientamento per un mancato riconoscimento ed una mancata accoglienza, mancanze che capita di registrare anche da parte delle persone più significative.

Molti pazienti raccontano questa fase come di profonda solitudine, come se si sentissero costretti a rifugiarsi dietro una sorta di pudore che copra quel che si sente, ma che gli strumenti della medicina non riescono a far vedere.

Lo strumentario della medicina sembra privo della capacità di relazione, di ascolto, di accoglienza.

Un limite della medicina, a fronte di un ormai irrinunciabile patrimonio di conoscenze che la medicina tecnologica ha costruito e che ha messo a disposizione di tutti, compresi noi possibili pazienti.

Il DAP mostra particolarmente bene tutto ciò: la medicina attuale e tecnologica

**PERCHÈ IL TUO GRUPPO ESISTA
ANCORA, CI VUOLE LA TUA QUOTA**

ha perso di vista la persona e la capacità di accogliere l'uomo sofferente.

E' un limite che ha un costo non solo per il paziente: il medico che non capisce il proprio paziente è un medico che vive continuamente la frustrazione di una scienza che è spesso molto efficace sull'organo, ma che altrettanto spesso fallisce sull'uomo.

Cosa si può imparare da ciò? Una cosa molto semplice: una moderna medicina non può prescindere dall'importanza del "vissuto di malattia" come elemento della conoscenza e del sapere medico e che una medicina di qualità necessita di competenze: la competenza del sapere, la competenza relazionale, la competenza conversazionale (quella delle parole).

L'esperienza del DAP consente di mostrare l'importanza di questo punto di vista.

La linea di contatto, fra l'universo delle professioni sanitarie e quello delle associazioni di volontariato come la LIDAP, può e deve diventare una fertile frontiera perché dai due universi nascano una nuova cultura della salute ed un unico linguaggio.

Le realtà di auto-aiuto

CONVEGNO NAZIONALE E MOSTRA DOCUMENTARIA DELLE REALTÀ DI AUTO AIUTO. FIRENZE 12-14 NOVEMBRE 1999.

di **Rossana Ciambelli**

A Novembre del '99 a Firenze si è svolto il Convegno Nazionale delle realtà di auto-mutuo-aiuto promosso dal Coordinamento nazionale delle realtà di auto-aiuto, dal Cevot (Centro servizi del volontariato toscano), Fondazione Devoto

Esiste, per chi non ne è a conoscenza, già da qualche anno un movimento di collegamento e di rete del self-help per ottimizzare le risorse, per favorire il confronto e per promuoverne la cultura. A questo coordinamento aderiscono sia operatori, che nei servizi hanno promosso gruppi riabilitativi e gruppi di auto-aiuto, sia associazioni di persone (come la LI-DAP) che autonomamente, relativamente al proprio disagio, hanno trovato nell'auto-aiuto uno strumento importantissimo di sostegno e di sviluppo delle proprie risorse di auto-guarigione. C'è esigenza di conoscersi, di confrontarsi, di trovare punti comuni e diversità da rispettare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha compreso da tempo il valore e l'utilità di queste esperienze e ne sostiene la promozione. Contemporaneamente è stata organizzata una Mostra Documentaria delle varie realtà presenti come strumento per la conservazione e la conoscenza del patrimonio culturale di questa realtà

Sono stati per me tre giorni molto intensi, ricchi di interventi e occasione di conoscenza di gruppi su tante problematiche e disagi diversi: Aids, disabilità, malattie rare, malattie croniche, disagio mentale, alcolismo, dipendenza affettiva, violenza e abusi alle donne, immigrazione, carcere, anziani, disturbi dell'alimentazione, depressione, diversità, gioco d'azzardo ecc...

Nelle tre giornate di lavoro si sono susseguiti interventi su temi

ampi, dalla promozione alla salute, al percorso dell'auto-aiuto, dalla necessità della visibilità dei gruppi di auto-aiuto, all'importanza della cittadinanza attiva. Nei pomeriggi si sono organizzati gruppi di lavoro per aree di intervento e per temi quali Politiche di rete, Cittadinanza attiva, Autoaiuto e diritti del cittadino. Sono intervenuti rappresentanti delle associazioni, terapeuti, psicologi di comunità, assistenti sociali che lavorano nei servizi.

Dal Convegno di Firenze è senz'altro emersa per il self-help la necessità di un riconoscimento e di un nuovo ruolo che si differenzia dall'esperienza del volontariato tradizionale. È risultata chiara anche la necessità di promuovere azioni per la visibilità, la valorizzazione ed il riconoscimento della specificità di queste realtà.

Riconoscersi infatti come soggetti autonomi ed interdipendenti è un'affermazione di grande importanza.

Importante è anche l'aspetto dei rapporti tra self-help e istituzioni, tra reti informali cioè e reti formali di cura ed assistenza. Ci si augura un dibattito aperto, che non assuma connotazioni di competitività e di difesa di competenze, ma un lavoro di convergenza ed integrazione che parta dalle esigenze e dai problemi delle collettività e delle comunità del nostro paese, riconoscendo il self-help come una possibile, grande risorsa sul territorio ed un'espressione concreta di cittadinanza attiva.

La casa editrice "ECOMIND Publications" offre ai soci Lidap il libro "Che l'ansia voli via" di Spagnuolo e Falcone a sole lire 19.000. È possibile prenotarlo presso la Sede Lidap di La Spezia, da cui verrà spedito in contrassegno.

Che l'ansia voli via

Quaderni d'auto-aiuto per usare da soli le strategie terapeutiche efficaci di **Pietro Spagnuolo** e **Maurizio Falcone**
Edizione **Ecomind**

Sono molto utili, e valide le pagine di questo libro per aiutare concretamente chi soffre di disturbi d'ansia.

In questa collana per l'auto-aiuto, infatti, gli autori facilitano l'individuazione del confine tra ciò che si può apprendere ed applicare da soli e ciò per cui è opportuno richiedere l'intervento di uno psicoterapeuta.

Ovviamente molto dipende dalla motivazione a cambiare e a mettersi in gioco.

Chi soffre d'ansia è molto sensibile al tema della "sicurezza", ma più sicurezza cerchiamo, più ci allontaniamo dalla soluzione del problema.

Il libro individua gli "errori" più ricorrenti, aiuta a distinguere i diversi tipi d'ansia, sottolinea il ruolo delle relazioni interpersonali, suggerisce come conoscere la propria ansia, parla dei farmaci, di come lo stato della nostra mente influenza il corpo e viceversa come dal corpo possiamo influire positivamente sulla nostra mente. Infatti, tecniche di rilassamento e respirazione, spiegate ed illustrate, aiutano ad acquisire strumenti concreti da usare nei momenti di difficoltà.

Interessanti le pagine per conoscere ed affrontare "i pensieri dell'ansia" e di lì comprendere come "**i sintomi**", **segnali del disagio, possono essere colti come opportunità per migliorare la nostra vita** Affrontare ed attraversare le situazioni temute, graduando le difficoltà, porterà concretamente ad una desensibilizzazione

"Il primo passo per affrontare le cose in un modo nuovo, consiste nell'accettare le emozioni come parte di noi stessi e non come pericoli da fuggire".

Parma: premio S. Lucia 1999

“PER IL CORAGGIO E LA SENSIBILITÀ AL DI LÀ DI OGNI PREGIUDIZIO”
CON QUESTA MOTIVAZIONE L'AVIS DI PARMA HA CONFERITO ALLA
REALTÀ LIDAP LOCALE IL PREMIO CHE ANNUALMENTE VIENE
ASSEGNATO A CHI SI DISTINGUE, PER IMPEGNO E COSTANZA, NEL
MONDO DEL VOLONTARIATO E DELLA SOLIDARIETÀ

di **Sofia Giannatasio**

“S. Lucia il giorno più bello che ci sia”. Per noi della L.I.D.A.P. di Parma lo è certamente stato: è stata la festa di chi è attualmente impegnato, di chi si è ritirato ma ci è stato per un tratto e di Giuliano (cui abbiamo dedicato il premio) che purtroppo non c'è più: l'associazione ha ricevuto l'ottavo Premio S Lucia 1999.

L'annuncio è stato dato nella stessa giornata durante la Messa celebrata nella chiesa di S. Paolo. L'assegnazione ufficiale del premio si è svolta nella sala attigua. C'era un pubblico vivace e curioso, i labari delle varie associazioni AVIS di Parma facevano bella mostra di sé, c'erano fiori e tanta animazione.

Al tavolo delle autorità sedevano la sig.ra Rossana Dazzi, il segretario dell'AVIS di Parma, il dr. Maurizio Vescovi e, per noi, Pietro ed Alma.

Rossana Dazzi, figlia di Sergio Dazzi (figura eminente del volontariato a Parma, in memoria del quale viene dato ogni anno questo premio ad una associazione di volontariato che si è distinta) ha presentato la LIDAP, riferendo che la commissione ha deciso di scegliere un'associazione non molto conosciuta al grande pubblico ma i cui membri, nell'esporsi a parlare di sé per aiutare gli altri che hanno lo stesso disturbo, mostrano grande coraggio e sensibilità. Sulla targa che ci ha consegnato è infatti inciso: “Per il coraggio e la sensibilità al di là di ogni pregiudizio”.

La parola è poi andata al dott. Maurizio Vescovi, medico di base e referente del proget-

to regionale di psichiatria per il dipartimento di salute mentale, per descrivere l'ansia e l'attacco di panico dal punto di vista clinico. In sala, si è fatto molto silenzio, era nell'aria l'attenzione alle parole già dette: ansia, panico, evitamenti; ma forte era l'attesa per quelle ancora da dire. Il dottor Vescovi, cogliendo l'atmosfera di forte partecipazione ha deciso di mettere da parte i termini medici e s'è messo a raccontare di storie vere, tratte dalla sua esperienza e dal libro di Coelho “Veronika decide di morire”. Si è letto, a questo

**SONO SOLDI SPESI BENE
QUELLI DATI ALLA LIDAP!**

punto, sul volto della gente tanta sorpresa e comprensione per la scoperta di “questa sofferenza” cui veniva data dignità.

Mi viene però spontanea una domanda: “Ma quanti sono in Italia i medici di base che ci hanno capito veramente?”

Il dott. Vescovi ha infatti anche accennato alle sue modalità di approccio ai pazienti toccati dai nostri problemi. Frasi come “E' vero quello che lei mi dice, la credo e la capisco”, per chi soffre, come noi, sono importantissime. Quando più medici di base percepiranno, con scienza e cuore, la realtà del nostro disturbo; avremo ottenuto un grosso risultato. Il dott. Vescovi ha inoltre sottolineato l'importanza di un rapporto di fiducia paziente/medico all'interno del discorso del farmaco. Successivamente ha

preso la parola Alma, spiegando le finalità della nostra associazione in ambito nazionale e locale, l'organizzazione che ci siamo dati a Parma e le opportunità che vengono offerte con il gruppo di auto aiuto a chi ha il nostro disturbo sottolineando soprattutto la necessità di accettarci senza vergogna. Pietro ne è stato poi la personificazione in diretta, raccontando il suo percorso personale di sofferenza e quanta anima e cuore abbia messo per avviare la felice avventura della L.I.D.A.P. nella nostra città (tutto è partito da una semplice indicazione ricevuta da sua moglie Enrica, così, quasi per caso).

Questo premio ci è giunto, meritato, grazie al coraggio di Pietro, all'impegno di Alma, alla collaborazione costante di tutti noi, alla grande disponibilità di Giuliano. Ma è della LIDAP tutta, di tutti Voi insieme, perché scaturisce dai contatti avuti, della formazione ricevuta, da ciò che abbiamo appreso girando l'Italia per convegni e seminari insieme a tanti di voi, dai rapporti di amicizia, confidenza, complicità, che si sono venuti a creare, dai nostri scambi di idee dove alcune volte ci siamo riconosciuti e altre volte meno, gli incontri, gli scontri, gli sforzi le fatiche e gli errori: tutto ci è servito per costruire ciò che siamo a Parma.

Mi verrebbe a questo punto, anche se so di andare fuori argomento, di parlare di ciò che è stato significativo per me nella Lidap, che so diverso da quello di altri: mi vengono in mente le “fantasie” di Marcello al corso di formazione di Bologna, l'incontro con Tina di Salerno, la chiacchierata con Vittoria a Napoli, le parole del Dott. Aquilar al convegno di Roma e tante altri momenti significativi: questo per arrivare alla fine anche a ringraziare Valentina, che ha gettato il seme di questa bella pianta che è la L.I.D.A.P.: spero diventi una quercia.

Gli attacchi di panico notturni

DA UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE, UNA PRIMA INTRODUZIONE AL TEMA "IL PANICO NOTTURNO", CURATA DAL DR. DE ISABELLA E DALLE DOTT.SSE CURATOLO E BARBIERI, DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DEL D.S.M. DELL'A.O. OSPEDALE S.CARLO BORROMEO DI MILANO.

di **Giorgio De Isabella, Antonella Curatolo e Serena Barbieri**

Chi ha sperimentato attacchi di panico sa che possono essere sia situazionali, sia inattesi. Quest'ultimo tipo di attacco arriva all'improvviso, indipendentemente da ciò che la persona sta facendo, sia durante il giorno, sia di notte. In quest'ultimo caso, il soggetto può essere svegliato bruscamente da un attacco improvviso, tipicamente al momento del passaggio dalla fase di sonno leggero a quella di sonno profondo.

L'attacco di panico notturno (caratterizzato da un senso di soffocamento, costrizione al petto, sudorazione, vertigini...), va distinto dall'attacco d'ansia dovuto ad incubi, in quanto al momento del risveglio non sono presenti ricordi o immagini riferibili a sogni. Si differenzia, inoltre, dai "terrori notturni", caratterizzati da un risveglio improvviso associato ad uno stato confusionale, che non ostacola la ripresa del sonno. Nel caso dell'attacco di panico, invece, il soggetto si risveglia in uno stato di allarme lucido, con conseguente difficoltà nel riaddormentarsi.

Due pazienti su tre, con attacchi spontanei sperimentati, almeno una volta, questo tipo di attacco. In un caso su tre, invece, gli attacchi di panico notturni sono ricorrenti. Per questo sottogruppo di pazienti, la frequente comparsa di attacchi durante la notte e il conseguente sviluppo di disturbi del sonno (quali ad esempio: insonnia o paura di addormentarsi) possono comportare l'evenienza di complicanze e comorbidità secondarie (per esempio, depressione) che aggravano il quadro clinico del paziente. In particolare, chi ha attacchi di panico notturni, riporta anche attacchi diurni più severi e con più sintomi fisici.

Nonostante la rilevanza clinica di questo quadro psicopatologico, l'attenzione, ad esso rivolta dalla ricerca, è stata fin'ora piuttosto scarsa e frammentata. Per tale ragione, risulta difficile trarre conclusioni definitive sia sulle cause, sia sul tipo di terapia più appropriata. E' stato comunque possibile rintracciare alcuni ambiti di interesse, intorno ai quali si sono maggiormente concentrati gli sforzi dei ricercatori.

1) Un primo ambito di interesse riguarda le condizioni interne, che possono scatenare l'attacco di panico notturno. In particolare, sono state individuate, come critiche:

- la percezione di un cambiamento nello stato di coscienza (al



passaggio dallo stato di veglia a quello di distensione; al passaggio dal sonno leggero a quello profondo), associabile ad una sensazione di perdita di controllo;

- la percezione di un progressivo rilassamento, vissuto come stato d'inerzia e costrizione.

Le implicazioni terapeutiche derivanti da queste prime considerazioni, vanno nella direzione di proporre il rilassamento come tecni-

ca di seconda scelta, rispetto ad altre che possano agire più sul versante della ristrutturazione cognitiva e della rassicurazione.

2) Nei pazienti che soffrono di attacchi di panico di tipo spontaneo, è stata riscontrata una forma di ipersensibilità ai segnali fisiologici correlati all'ansia. In tali pazienti, un fenomeno naturale e fisiologico, quale l'abbassamento del livello di vigilanza (coscienza), tipico della fase di passaggio dalla veglia al sonno, ed il conseguente aumento della sensibilità ai segnali somatici, può provocare una risposta patologica: qualunque segnale di attivazione fisiologica (causato da stimoli disturbanti esterni o interni - un rumore di sottofondo, difficoltà respiratorie...) può, infatti, scatenare una forte reazione di allarme e provocare il brusco risveglio con tutti i sintomi tipici del panico. Queste ultime indicazioni, spingono a considerare come terapia di prima scelta, anche l'utilizzo di tecniche di desensibilizzazione ai sintomi somatici dell'ansia, come ad esempio l'esposizione ad esse, attraverso l'esecuzione di esercizi che provochino sensazioni fisiche, simili a quelle provate durante un attacco d'ansia: tachicardia, vertigini, fame d'aria...)

3) Un altro filone di ricerca si è concentrato sullo studio delle disfunzioni respiratorie riscontrate durante il sonno di pazienti, con attacchi di panico notturno. Tali irregolarità sono state verificate tramite un esame particolare (il polisonnogramma) che permette di monitorare l'andamento del sonno del

(continua nella pagina successiva)

Gli attacchi ...

(segue dalla pagina precedente)

soggetto, in termini di ritmo del respiro, onde cerebrali e movimenti muscolari. L'analisi dei tracciati ha permesso di evidenziare irregolarità nel volume del respiro, durante la fase di sonno REM, ed un aumento del tasso di micro-apnee (brevi pause nel ritmo del respiro). L'origine di queste irregolarità respiratorie notturne, tuttavia, non risulta ancora chiara. Nonostante ciò, può rivelarsi utile una tecnica di rieducazione alla respirazione corretta. Tale metodica risulta essere, se non terapeutica, quanto meno uno strumento di prevenzione (anche in considerazione del fatto che la maggior parte dei sintomi tipici dell'attacco notturno sono di tipo respiratorio).

4) Un'ultima area d'interesse da segnalare, riguarda l'ipotesi di una disfunzione nell'architettura del sonno dei pazienti con attacchi di tipo spontaneo, nonostante il fatto che non tutti gli autori siano concordi nel ritenere che ciò possa avere un valore esplicativo rispetto all'insorgenza attacchi notturni.

Tale panoramica dei dati di letteratura, non permette di trarre conclusioni definitive, per quanto riguarda l'origine degli attacchi di panico notturni. Nonostante ciò, l'analisi del materiale emerso, e la nostra esperienza clinica, permettono di intravedere possibili indicazioni, per rendere maggiormente efficaci i percorsi terapeutici ad oggi disponibili. In sintesi, è possibile ritenere che le indicazioni terapeutiche più pertinenti per un disturbo di panico, complicato dalla presenza di attacchi notturni, si debbano concentrare prevalentemente sulla ristrutturazione cognitiva, sull'esposizione enterocettiva e sulla rieducazione alla respirazione corretta.

Particolare attenzione va posta sull'opportunità o meno di utilizzare tecniche di rilassamento, che potrebbero, talvolta, risultare controproducenti.

Estate 2000: in vacanza insieme

A CONTATTO CON LA NATURA PER VINCERE LA PAURA

Le nostre paure hanno una lontana origine nell'evoluzione della specie.

La paura di restare soli o di allontanarsi dagli adulti, costituisce per i cuccioli una garanzia di sopravvivenza.

Anche negli adulti la paura continua a svolgere una funzione protettiva, ma allo stesso tempo l'individuo impara a regolarne l'intensità per non restare paralizzato.

Perché allora non provare a regolare meglio la nostra paura facendo un'esperienza a contatto intenso con l'ambiente naturale.

A questo fine che c'è di meglio di una vacanza tutti insieme in montagna?

(Emanuele Del Castello)

Anche quest'anno si organizza una Vacanza in Montagna, assistita.

-Attività:

Passaggiate, escursioni, contatto con la natura ed il silenzio, musica ed attività corporee, tecniche di respirazione e rilassamento, giochi di gruppo e...

-Sistemazione

Quest'anno si sono individuate due possibilità:

Una sull'Abetone (Toscana) e l'altra a Miralago Matese (sul confine Molise-Campania) come l'anno scorso.

6 giorni (dal lunedì al sabato) in Agriturismo, rispettivamente nella III settimana di Luglio e nella I di Agosto a seconda dell'interesse e delle adesioni che perverranno.

E' possibile partecipare anche con accompagnatori o famiglia. Sarà possibile organizzare una parte del viaggio accompagnati

Le adesioni dovranno pervenire entro il 1° Giugno

Per ricevere ulteriori informazioni e per prenotazioni: tel e fax 081-7614330 lasciando il vs. recapito.

* Per i soci Lidap sarà applicato uno sconto

incontri con i medici di base

I prossimi incontri organizzati dalla LIDAP e da PHARMACIA & UPJOHN indirizzati ai medici di base ed ai cittadini, si svolgeranno:

5 maggio 2000: Napoli;

3 giugno 2000: Bari;

24 giugno 2000: Cremona.

versi strani

di Marina Zornio

SORRISO

Lacrime
come gocce di rugiada
come spruzzi di salsedine
come gemme incastonate nel platino.
Lacrime
sfiorano la mia pelle
pervadono il mio io.
Lacrime
svaniscono davanti a un sorriso.

Una "paidéia" per la profilassi dei disturbi d'ansia

Il gruppo come elemento di formazione

di **Giovanna Ehrenfreund**

Paidéia: in pedagogia, termine greco che significa "formazione del fanciullo" (da páis, fanciullo) ed esprime l'ideale educativo della cultura greca.

Il principio spirituale dei Greci non è l'individualismo, bensì l'umanesimo. *Umanismo* viene da *humanitas*, questa parola, oltre al significato più antico e volgare di disposizione umanitaria, che qui non c'interessa, ne ha anche un altro, più alto e severo: indica l'educazione dell'uomo alla sua vera forma, alla vera umanità.

L'imprimere al singolo la forma della comunità (nell'ellenismo, il concetto di paidéia assunse infatti un contenuto specifico di appartenenza alla comunità greca) procede presso i Greci con consapevolezza sempre crescente.

Un'impostazione ed un approfondimento del problema dell'educazione, così sistematici e sicuri, non furono realizzati da nessun altro popolo.

Mi è sembrato utile fare que-

sta premessa per introdurre un interessante lavoro svolto dalla D.ssa Federica Foti (pedagogista) ed il Dott. Giuseppe Rulli (psicoterapeuta), nel corso dell'anno scolastico 97/98, in tre Istituti Secondari della Locride che avevano chiesto il loro intervento per risolvere dei casi di disagio giovanile.

Dalle storie e dagli episodi raccontati dai ragazzi nei vari incontri, i consulenti hanno potuto individuare quali erano gli argomenti che creavano maggior disagio e difficoltà:

- i ragazzi delle prime classi superiori manifestavano difficoltà nei rapporti intrafamiliari, soprattutto con i genitori;
- gli alunni delle seconde, difficoltà nei rapporti con i coetanei all'interno del gruppo classe;
- gli studenti delle terze, un eccessivo individualismo, dovuto soprattutto alla convinzione che le proprie opinioni erano quelle più giuste. Spesso tali convinzioni alteravano le relazioni nel grup-

po classe, quelle con i docenti, e le difficoltà erano accompagnate da ansia, sfiducia, diffidenza;

- gli allievi della classi quarte e quinte, difficoltà legate alla rivalutazione dei valori trasmessi con l'educazione familiare alla luce di una nuova identità personale e sociale;

Da questa indagine emerge che il disagio presentato dai ragazzi segnalati era dovuto all'uso inadeguato di *modalità relazionali* con i coetanei e con gli adulti.

Far esercitare i ragazzi, in gruppo, con attività educative finalizzate alla ricerca/acquisizione di nuove modalità relazionali si è rivelato l'intervento più adeguato per la risoluzione dei casi.

L'educazione alle relazioni interpersonali, come prevenzione al disagio giovanile, in generale, ed ai disturbi d'ansia in particolare, è dunque un valido strumento per affrontare questo genere di problematiche. E noi, operatori della LIDAP, lo sappiamo bene.

UN'APPELLO ED UNA RICHIESTA D'AIUTO

di **"una dappista delusa"**

Vi scrivo perché sono sconcertata o meglio disperata; per diversi anni ho avuto gli attacchi di panico; ho fatto altrettanti lunghi anni di terapia psicologica individuale (direi anche riuscita) ho preso farmaci, ho letto tutto quello che potevo leggere sull'argomento, ho frequentato i Vostri gruppi, ho stravolto la mia vita e ... gli attacchi di panico sono cessati (da circa due, tre anni).

Ho sempre pensato che quando mi fossero passati gli attacchi di panico sarei stata quasi sicuramente una persona "felice". E non nascondo che momenti di felicità li ho avuti!!

Ma ora di nuovo la disperazione: mi ammalo molto spesso con febbri-cola, nausea (rifiuto?) disturbi intestinali e depressione (sintomi che cerco di nascondere più che posso) davanti a ogni piccola evenienza, cambiamento (dico piccolo per dire che mi riferisco a situazioni di vita che

capitano anche a tante altre persone che mi pare non reagiscano come me) e vedo insormontabile l'idea di dovermi occupare di qualcuno (e se qualche familiare si ammalasse e lo dovessi assistere in ospedale?); la vita te lo richiede invece normalmente; io alle situazioni di bisogno e di molto impegno rispondo con l'incapacità di muovermi, stramazandomi fisicamente, e scappando. Mi vergogno. So con certezza che dall'esterno il mio comportamento è giudicato come menefreghista o qualcosa di peggio e mi dispero perché non sono questi i segnali che vorrei generalmente mandare: è ancora il mio corpo che non mi vuole essere alleato.

Vi scrivo per la delusione, sono tanti i cambiamenti che ho fatto, sia nell'organizzazione della mia vita reale che dentro di me; man mano ho avuto la speranza di farcela, anzi a un certo punto ho pensato di avercela fatta. Ora però sono anche senza la speranza che

senza l'attacco di panico la mia vita sarebbe stata diversa.

Mi sento condannata lo stesso, gli esperti parlerebbero di struttura di personalità di un certo tipo ecc., di sicuro vivo con rifiuto un imprinting da cui non mi so liberare; mi chiedo: il panico copriva semplicemente questo?

Siamo, o, meglio, sono comunque condannata al di là del panico? La mia sofferenza ora è semplicemente diversa.

Vorrei poter leggere su questo punto le vostre esperienze (anche quella degli esperti!) più spesso ho letto solo di chi voleva e agognava (e lo capisco bene!) il traguardo di liberarsi da questo dannato panico.

Non mi firmo solo perché potrei far male, con quello che scrivo, a persone che mi vogliono bene a cui ho cercato di non far vedere questa realtà. Vi leggerò comunque sul giornale che continuo a ricevere.

Un uovo è sempre un uovo

SOTTOTITOLO: DIALOGO NON TROPPO IMMAGINARIO TRA UN (IO) DAPPISTA E UN (K) CHE NON FA PARTE DEL NOSTRO CLUB.

di **Otello Castiglioni**

IO) Eureka! Finalmente ho trovato la risposta!

K) Di grazia ... A quale domanda?

IO) Se tu dovessi raffigurare un dappista con un elemento/oggetto presente in natura quale sceglieresti?

K) Non ne ho la minima idea e sicuramente non ci perderei il sonno.

IO) Già. Si vede proprio che tu non soffri di panico. Però visto che ci sei, ti voglio coinvolgere in un ragionamento. Intanto la risposta al quesito è: L'UOVO.

K) Amico mio, a testimonianza che seguo l'argomento, ti ricordo che nello scorso numero del giornale della LIDAP veniva citato l'uovo secondo la Psicosintesi di R. Assagioli. Comunque, prosegui nel tuo farneticare. Sono proprio curioso di sapere a quali lidi approderai.

IO) L'uovo è un elemento basilare. Ad esempio nel mondo delle forme ha una sua propria precisa connotazione... OVOIDALE. Ma ciò che veramente lo contraddistingue è la minuscola unità di vita racchiusa NEL/DAL guscio. Se tutto va bene si genera il pulcino (il "normale") mentre, se qualcosa va storto, ne viene fuori la frittata del primo attacco con le conseguenze che noi tutti ben conosciamo. A questo punto ci troviamo non solo senza difesa, ma con un guscio in tanti pezzi e il contenuto (il CONTROLLO E LE EMOZIONI) sparso qua e là. Diveniamo abili nel piangerci addosso e nel rivangare le scalate sull'Everest di un tempo andato. Però il solo pensare di prendere l'ascensore diventa un incubo.

K) Ma come si fa ad uscirne?

IO) C'è solo una soluzione: RICOSTRUIRE UN NUOVO UOVO.

K) Chiariscimi questo scioglilingua.

IO) Il primo step è prendere coscienza della realtà... accettandola. Si guarda ai cocci, si raccattano quelli

più interessanti, li si lavora un po' dandone nuova forma.

K) E quelli che non servono?

IO) Si buttano via. (ndr: questo è il mio contributo al concetto di "distacco" nel Forum). Poi, si procede così, chiaramente, ognuno con i suoi tempi:

- NON CI SI ISOLA MA SI SCAMBIA (Si va in un gruppo di self-help).

- Se non c'è il gruppo, lo si crea (vedi LIDAP, e in Valentina Cultrera ringrazio tutti i precursori).

- Qualche volta c'è la pastiglietta (in misura minima perché alla lunga fa male).

- Qualche volta si va dal terapeuta (poco anche qui, perché fa male al portafoglio).

- Qualche volta si cerca un guru, uno sciamano, un santone, un maestro. IO, OGGI 10 FEBBRAIO, HO TROVATO UN MATTO: IL DR. PATCH ADAMS.

Eh sì! Proprio quello squinternato, magistralmente interpretato da Robin Williams. Nella realtà è proprio così come lo avete visto al cinema. Le sole imprecisioni sono: è alto quasi due metri, ha un paio di baffi da ussaro, una ciocca di capelli blu tra la folta chioma, e veste come un clown.

Per stimolare la vostra curiosità vi offro qualche perla di saggezza estrapolata dal "VISITE A DOMICILIO... Come possiamo guarire il mondo una visita alla volta":

- SENSO DI SE' - Uno dei fattori più importanti di salute è l'autostima. E' l'atteggiamento amorevole verso di sé e la gioia di essere se stessi.

- RILASSAMENTO - Pensate ai doni avuti dal cielo. Pregate, cantate, emettete strani rumori. (CHE MAI SIGNIFICHERA' CIO? Ognuno la interpreti come vuole...)

- FATEVI LUNGHE RISATE ma soprattutto lasciate perdere colpa, odio, sacrificio, noia, solitudine, paura,

giudizio e, soprattutto, l'essere formali.

E qui mi arresto perché ogni pagina è un insegnamento.

K) Ma funziona questa medicina del buonumore.?

IO) Sì. Più di 15.000 persone sono state curate gratuitamente, nel corso degli anni nella sua casa ospedale di GESUNDHEIT, West Virginia.

K) E tu cosa hai ricavato da questa follia?

IO) HO SCOPERTO CHE VI AMO TUTTI: E SCRIVERLO PUBBLICAMENTE NON E' STATO POI COSI' DIFFICILE.

Tutti in Svezia nell'estate 2000?

La SWEDISH PANIC DISORDER SOCIETY di Stoccolma ci ha inviato il sunto di una loro iniziativa, "La Giornata della Psichiatria", dello scorso novembre 1999, nel corso della quale hanno programmato in vari luoghi della Svezia, conferenze ed allestito stands per la distribuzione gratuita di materiale informativo (opuscoli sul Disturbo da Panico e CD, gratuiti, contenenti esercizi di rilassamento.

Lars Vidman, segretario della S.P.D.S., ha inoltre invitato la LIDAP al loro tradizionale Campo Estivo, in via d'organizzazione ad Halmstad, contea di Halland, sulla costa occidentale svedese. Il Campo prevederà attività quali conferenze, esercizi di rilassamento e "molto divertimento sotto il sole della Svezia".

Periodo: dal 13 al 16 Luglio 2000. Alloggio: presso l'Albergo della Gioventù "Stenige" (tra Halmstad e Falkenberg). Prezzo di pernottamento (esclusi pasti): per gli adulti, 150 Corone Svedesi al giorno (circa L. 30.000); per i bambini, 85 (circa L. 17.000). Costi del cibo: non dispendiosi (a detta di Vidman).

Invitiamo i Soci, eventualmente interessati a quest'iniziativa, a darne comunicazione alla nostra Segreteria di La Spezia, il più presto possibile.

Il significato ed il valore della quota associativa LIDAP

di **Pietro Adomi**

Cosa offre la LIDAP in cambio delle 100.000 lire annue di quota associativa?

“Niente e tante opportunità”, potrebbe essere la risposta più azzeccata, per quanto apparentemente ambigua.

Sappiamo tutti, che il versamento di una quota associativa annuale è comune a qualsiasi tipo d'associazione esistente e che, diventandone soci, oltre ad aver voce in capitolo, ne condividiamo spirito e finalità. Sta poi a ciascuno di noi decidere quanto vogliamo investire, in termini d'impegno (tempo ed energie), sia nel dare che nel ricevere.

V'è poi anche l'aspetto burocratico: ogni associazione ha uno statuto che implica responsabilità amministrative, giuridiche e morali.

L'associarsi non è mai un'offerta.

Nel nostro caso specifico, l'essere "Soci" di un'associazione tra utenti D.A.P., qual è la LIDAP, vuol dire soprattutto offrire a noi stessi, e ad altre persone, opportunità e strumenti per tornare a vivere una vita che si possa definire tale.

Tra gli obiettivi LIDAP, uno dei principali è "acquisire maggior visibilità", per ottenere il riconoscimento degli effetti devastanti ed invalidanti del D.A.P., onde non essere discriminati a livello sociale e sociosanitario e garantirci una maggiore tutela in ambito lavorativo. Ma, per divenire più incisivi ed avere potere contrattuale, è indispensabile crescere numericamente, oltre che qualitativamente.

Tutto quello che affluisce alla cassa Lidap, viene ridistribuito a ciascuno dei soci, in forme diverse: tutto ha un prezzo, anche materiale: farsi conoscere costa, stampare una newsletter ed avere una segreteria per migliorare la comunicazione tra noi costa, organizzare incontri e convegni costa, organizzare corsi per helper costa.

Fatto atipico, inoltre, caratteristico del nostro operare LIDAP, è che anche l'assumersi incarichi (Collaboratori locali, Operatori telefonici, Coordinatori di gruppo d'auto aiuto, Membri del direttivo, ecc.) costa, e

non solo in termini di energie e tempo. Chi di noi riveste, o ha rivestito, ruoli in ambito LIDAP, può confermare l'esborso personale: aumento vertiginoso delle bollette telefoniche e, per chi può, agorafobia permettendo, delle spese d'auto.

Forse chi si avvicina, per la prima volta, alla nostra associazione, non se ne rende conto del tutto... o forse pensa che siamo un distaccamento del Ministero della Sanità o dell'A.S.L. Purtroppo non è così: non riceviamo un solo centesimo di sovvenzioni da parte degli Enti pubblici, pur svolgendo una mole di lavoro notevole nel coprire i vuoti, lasciati dai servizi socio-sanitari, nel campo del D.A.P.

Provo, ora, ad elencarvi alcune delle attività della LIDAP:

- il servizio di reperibilità telefonica: c'è stata una "prima volta" per tutti noi, e a qualcun altro è toccato di sorbirsi il nostro bollettino medico, una o svariate volte, magari dopo mesi o anni che tenevamo tutto dentro, nello stato di autoisolamento (vergogna, incomprensioni, ecc.) cui il D.A.P. di solito ci conduce. E' il primo gradino, un primo momento di condivisione, di confronto. L'importante è non fermarsi.

- i gruppi d'auto aiuto: il percorso terapeutico che la Lidap promuove da 9 anni. Un percorso che implica incontri d'accoglienza, un colloquio filtro, gratuito, con un professionista.

- i corsi di formazione per helper (o coordinatori di gruppo).

- questo giornale che state leggendo, informativo e formativo, sul quale vengono pubblicate testimonianze di soci, resoconti di convegni, ed articoli informativi, curati dai nostri consulenti, sul D.A.P. e/o sui tanti percorsi terapeutici sperimentati per trovare altre vie d'uscita dal disturbo.

- una costante azione di informazione e consulenza sul DAP attraverso la partecipazione a convegni e tavole rotonde, la pubblicazione di opuscoli ed interventi sui media, con l'intento di far conoscere il problema e, soprattutto, di far sapere che dal DAP si può guarire.

Vi sembra poco?

APPELLO

APPELLO

Vorrei mettermi in contatto per parlare e scambiare esperienze con persone che, oltre il panico, stanno affrontando come me la difficile esperienza della chemioterapia.

Maura 0347/5395276

PAGANDO LA QUOTA I GRUPPI DI AUTO AIUTO CRESCONO E SI SVILUPPANO OVUNQUE!

"Sensi di colpa"

di **Castelfranchi, C. D'Amico e R. Poggi**. Ed. Giunti di **Sabina Messina**

Gli autori analizzano in questo scritto la funzione del senso di colpa: senso di colpa interpersonale, nei rapporti di coppia, nei confronti di se stessi.

Nella nostra società il senso di colpa è spesso inteso secondo un'accezione puramente negativa, non si considera a sufficienza la funzione riparatrice e di tutela dell'equità nei rapporti umani, che è lo scopo principale di questa dolorosa emozione. "... il senso di colpa è un'emozione iscritta nell'animo umano a garantire la possibilità di rapporti di "altruismo reciproco", così importanti nella nostra specie...". Il libro suggerisce una riflessione meno ideologica e più complessa.

E' operativo il sito internet www.lidap.org

Anche la nostra Associazione ha attivato il proprio sito Internet. D'ora in poi, grazie al lavoro del nostro webmaster Pietro Adorni, ci potrete trovare sulla "rete delle reti" per la gioia di tutti i navigatori più o meno panicati. Gli scopi del sito sono: aumentare il livello di visibilità della Lidap, instaurare un contatto immediato con chi cerca aiuto, propagandare le nostre finalità ed in prospettiva attivare servizi di consulenza sulle tematiche della nostra Associazione. Naturalmente siamo all'inizio, quindi aspettiamo le vostre critiche ed i vostri suggerimenti per migliorare la nostra pagina web.

I GRUPPI DI SELF-HELP LIDAP SONO ATTIVI NELLE SEGUENTI REGIONI E CITTÀ

Piemonte: Torino, Novara, Asti, Alessandria, Biella, Cuneo
Lombardia: Milano, Monza, Lecco, Bergamo, Brescia, Cremona
Veneto: Venezia, Verona, Treviso
Emilia: Bologna, Parma
Romagna: Rimini
Liguria: La Spezia, Genova
Toscana: Firenze, Lucca
Marche: Camerino(MC)
Lazio: Roma
Abruzzo/Molise: Termoli
Campania: Napoli, Salerno, Caserta
Puglia: Bari, Taranto
Sicilia: Ragusa
I nomi dei collaboratori locali possono essere richiesti alla Segreteria di La Spezia

ORARI E INDIRIZZI LIDAP ONLUS

SEGRETERIA NAZIONALE DI LA SPEZIA

GLI UFFICI SONO APERTI:

IL LUNEDÌ, MARTEDÌ, MERCOLEDÌ, GIOVEDÌ DALLE 8:30 ALLE 11:30

TEL. E FAX 0187/703685

E-MAIL: lidap.@uol.it

lidap@lidap.org

INDIRIZZO INTERNET

www.lidap.org

PER LE PROBLEMATICHE CONNESSE AL MONDO DEL LAVORO:

PROF. PAOLO GRECO. E-MAIL:

greco@ponza.dia.unisa.it

PER VERSAMENTI E SOTTOSCRIZIONI:

C/C POSTALE 10494193 INTESTATO

A LIDAP-ONLUS Via PIANDARANA, 4

- 19122 LA SPEZIA (SP)

Si ringrazia Pharmacia & Upjohn per il sostegno ai progetti ed alle ricerche della nostra Associazione.

A tutti i redattori degli articoli di Lettera 2000

LA REDAZIONE INVITA TUTTI COLORO, SOCI E CONSULENTI, IN POSSESSO DI COMPUTER, E CHE INVIANO CONTRIBUTI SCRITTI DA PUBBLICARE SULLA NEWSLETTER, DI INVIARLI, POSSIBILMENTE, VIA "E-MAIL" O SU FLOPPY DISK, IN FORMATO WORD (.DOC), TESTO (.TXT) O NEL FORMATO DI QUALSIASI ELABORATORE DI TESTI.

TUTTO CIÒ, ALLO SCOPO DI ALLEGGERIRE IL NOSTRO LAVORO NEL DOVERLI RICOPIARE DA FAX, RISCHIANDO ANCHE ERRORI DI BATTITURA. SEMPRE SE POSSIBILE, PER MOTIVI DI IMPAGINAZIONE, INVITIAMO TUTTI A CONTENERE GLI ARTICOLI IN UNA PAGINA, MAX UNA E MEZZA. PER DARE UN PARAMETRO DI RIFERIMENTO CONCRETO, USANDO WORD E UTILIZZANDO CARATTERI ARIAL O TIMES NEW ROMAN DI ALTEZZA 10, L'ARTICOLO CHE INIZIA A PAGINA 11 DAL TITOLO "GLI ATTACCHI DI PANICO NOTTURNI", È LUNGO POCO PIÙ DI UNA PAGINA OVVERO CIRCA 5.100 CARATTERI SPAZI ESCLUSI.

LA REDAZIONE RINGRAZIA.

PAGARE LA QUOTA È UN PICCOLO SACRIFICIO ...

... MA FA BENE A TE, AI GRUPPI E A TANTI ALTRI!

LETTERA 2000

PERIODICO EDITO DALLA LIDAP ONLUS

REDAZIONE: c/o LIDAP ONLUS

VIA PIANDARANA, 4 LA SPEZIA

IMPAGINAZIONE E GRAFICA:

GIUSEPPE COSTA

STAMPA:

V&V PUBBLICITÀ PARMA

STAMPATO NEL MARZO DEL 2000

Iscrizioni 2000

VERSAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA ANNO 2000

Ricordiamo a tutti gli associati che è scaduto il termine per il rinnovo della quota associativa per l'anno 2000. Quota per i Soci: L. 100.000. Quota per i Soci Sostenitori (consulenti, familiari, simpatizzanti, ecc.): L. 250.000.

Il versamento potrà essere effettuato sul c/c postale n°10494193, intestato a Lidap Onlus - Via Piandarana 4 - La Spezia. La quota di iscrizione È COMPLETAMENTE DEDUCIBILE dalla Dichiarazione dei Redditi.