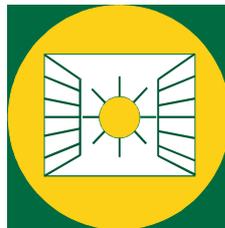


PAN Lidap onlus



periodico della

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

NUMERO QUATTRO / 2001

DICEMBRE 2001

E' ancora Natale

di **Valentina Cultrera**

Un altro Natale alle porte e quasi l'obbligo, ogni anno, di trovare qualcosa di originale da augurare, da trasmettere, da scrivere alle persone che ci leggono.

Beh, io mi sono sforzata un po', davanti al computer, pensando ad un articolo per il nostro giornale, e poi ho ceduto le armi.

Non ho nulla di nuovo da dire: semplicemente, sarà ancora Natale..., che ognuno di noi affronterà al meglio delle proprie possibilità. E poi arriverà Capodanno, ossia il famoso "felice anno nuovo"...

Questa mia forzata ammissione di banalità, di conformismo, di scarsa creatività, mi ha fatto riflettere su quanto sottovalutiamo proprio le cose più importanti, solo perché le abbiamo sotto gli occhi, perché sappiamo che oggi ci sono e che domani ancora ci saranno, perché non vediamo perché non dovrebbero non esserci.

E ho pensato a noi, alla Lidap, al
(continua a pagina 3)

Un'altro contributo al dibattito sulle terapie

Cari amici della Lidap

di **Nicola Ghezzi**

Cari amici della Lidap, avendo constatato che il mio articolo "Miracolo a Milano" del precedente numero di "Pan" - articolo in cui criticavo alcune terapie "alternative" - ha provocato una certa polemica, mi sento in dovere di rispondere per ovviare ad alcune incomprensioni.

Innanzitutto è fondamentale intendersi sul fatto che utenti e terapeuti sono soggetti "pari", uguali, che svolgono all'interno dell'Associazione ruoli differenti. Una cosa è essere un socio utente del servizio per via del disturbo specifico di cui si soffre, tutt'altra cosa è parteciparvi in qualità di "consulente scientifico", secondo l'esplicita dizione voluta dalla stessa Associazione. Un utente non ha particolari "doveri"; un consulente scientifico sì. E la differenza non è marginale. L'utente vive della sua esperienza diretta, e ingloba in questa quella dei suoi compagni di viaggio. Un consulente scientifico non soltanto può avere una sua personale esperienza delle crisi esistenziali e dell'an-

goscia, esperienza cui ovviamente deve aggiungere quella fatta con i suoi pazienti, ma è tenuto anche ad avere una cultura dello specifico, cioè una cultura scientifica. E' necessario: se no non sarebbe uno psicoterapeuta. Alle doti umane che è bene che egli abbia, lo psicoterapeuta deve aggiungere una mentalità scientifica. Se non la possiede, fornisce un servizio carente al suo interlocutore diretto: cioè al paziente.

Detto ciò, suggerisco una metafora per esprimere con chiarezza ciò che in linguaggio scientifico è la fondamentale differenza fra *probabile* e *possibile*. Immaginiamo una macchina che stia

(continua a pagina 3)

Aiutiamo un sogno a fiorire

TUTTI NOI ABBIAMO NEGLI OCCHI LA VISIONE DELLE "TWEEN TOWERS" CHE IN UNA FRAZIONE DI NIENTE SI SQUAGLIANO COME GELATO AL SOLE. DA QUEL 11 SETTEMBRE NON VI È NULLA NEL NOSTRO QUOTIDIANO CHE NON RICHIAMI QUELL'ASSURDO E IGNOBILE GESTO: TELEGIORNALI, DIBATTITI PUBBLICI MA ANCHE CHIACCHIERE DI MENSA SONO INTRISE DEL POST ECCIDIO.

di **Otello Castiglioni**

E noi piccoli dappisti, che sovente abbiamo paura ad uscire da casa o a relazionarci con l'esterno, che viviamo in un mondo dove primeggiano le nostre grandi piccole paure, come possiamo portare avanti una visione di speranza?

Mi sono calato in prima persona in questa domanda. Mi sono soffermato su varie ipotesi. Nel proseguo vi elenco quelle che (a mia discrezione) fra le

centinaia d'opzioni che esistono, ritengo possano essere le più attinenti a noi.

Inizio la trattazione fornendovi la mia soluzione: aiutando concretamente piccole iniziative che perseguono sogni positivi per migliorare il mondo.

Ma a chi dare fiducia? La mia ricerca ha prodotto i nomi di tre associazioni meritorie.

La prima è la nostra LIDAP: aiu-
(continua a pagina 4)

SOMMARIO

2 Il dap al Pronto Soccorso

5 Ansia da separazione

6 4 Convegni della Lidap

8 Difficoltà scolastica

11 Un gruppo di Genova

13 Una storia con il dap

14 La psicoterapia individuale

Le corse al Pronto Soccorso

IL DOTT. CLAUDIO NUTI, SPECIALISTA IN CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO, CI RACCONTA IL PUNTO DI VISTA DI COLORO CHE INCONTRIAMO QUANDO, IN PREDA AL PANICO, CERCHIAMO AIUTO IN UN PRONTO SOCCORSO DI UN OSPEDALE.

di **Claudio Nuti**

Mai rapporto è stato più difficile e conflittuale; purtroppo, anche per la scarsa educazione sanitaria di noi tutti cittadini Italiani, il pronto soccorso è diventato un pochino il "refugium peccatorum" di ogni magagna e di ogni problema e quindi si verificano un numero enorme di accessi incongrui al servizio che da una parte riducono il tempo a disposizione per ogni paziente e dall'altro esasperano gli animi sia degli operatori che dei cittadini.

Di questo problema forse chi ne fa di più le spese è proprio il paziente che soffre di DAP. Egli si reca in P.S. con l'angoscia e con la sofferenza che tutti noi conosciamo, giunge in questa struttura di emergenza con l'aspetto disperato, con l'ansia di chi teme di morire e... trova sufficienza, distacco, irritazione e a volte anche poca educazione da parte di chi, vedendo la stessa persona più volte, che non presenta segni fisici di malattia, viene indotto a considerarla una rompiscatole da liquidare in breve tempo per far posto a "chi veramente ha bisogno di un pronto soccorso".

Purtroppo questa è la realtà ed è una realtà legata al fatto che sovente il malato psichiatrico viene poco considerato in una struttura di emergenza e, di conseguenza, la malattia psichiatrica, anche quando riveste le caratteristiche, almeno soggettive, dell'emergenza, viene demandata a strutture territoriali che sovente, o non funzionano a dovere, o comunque non sono immediatamente reperibili dal paziente.

In fondo basta poco a tranquillizzare, almeno temporaneamente, un paziente con DAP conclamato, egli vuole solo essere assicurato che "non sta morendo" ed anche se non sembra un'emergenza, è una situazione di disagio talmente forte che dovrebbe essere compresa e

rispettata da chiunque venga a contatto con tali persone.

Nella mia esperienza di P.S. di un grande ospedale torinese ho avuto alcuni casi di DAP conclamato, ma in quegli anni (non parlo del medioevo, ma di una decina di anni fa), questo quadro clinico rientrava nel quadro generale delle ansie acute e come tali veniva trattato.

Io stesso, probabilmente, ho considerato poco importanti questi pazienti (che non avevano nulla) e solo con l'esperienza sul territorio, conoscendo la vita dei miei pazienti, entrando nelle loro case, partecipando ai loro drammi, ho capito quanto importante è la figura del terapeuta, qualunque esso sia, per un paziente che chiede aiuto per un qualcosa che non conosce e che teme.

La cultura universitaria ci insegna molte cose sul saper fare e sul sapere, ma poco ci insegna sul saper essere ed è questa conoscenza che dobbiamo coltivare, per saperci atteggiare correttamente nell'affrontare questi problemi che, pur non risultando da alcun esame, mettono un essere umano in una situazione di profondo disagio ed a volte di sacro terrore.

Un piccolo consiglio per gli ammalati che decidono di accedere ad un P.S. durante un attacco di panico: cercate di ricorrere, in primo luogo, al vostro medico di fiducia, egli vi conosce e probabilmente può affrontare il vostro problema meglio del medico di guardia di un pronto soccorso e, se non riuscite a trovarlo, cercate di affrontare il pronto soccorso con lo spirito di chi cerca aiuto e non riesce a trovarlo.

Se trovate una persona sensibile vi comprenderà e vi aiuterà, se trovate un personaggio insensibile e scontroso... augurategli con generosità che non debba mai provare quello che state provando voi.

Reperibilità telefonica

di **Maria Teresa Pozzi**

L'anno 2001 chiude in attivo il bilancio della reperibilità telefonica.

Gli Operatori telefonici in servizio sul territorio nazionale sono 27, il loro ascolto è attivo dal lunedì al sabato per un totale di 50 ore settimanali. I volontari telefonici di oggi sono persone che hanno già fatto esperienza nella Lidap nei vari campi, possono essere componenti di un gruppo di auto aiuto, facilitatori, collaboratori locali così come membri del direttivo o uditori dello stesso. Sono selezionati in base alle loro motivazioni, alle doti di empatia ed alla preparazione e formazione all'ascolto ed alla comunicazione efficace. Il sentimento che li porta ad impegnarsi in questo servizio è sempre la solidarietà. Nell'ambito del progetto di formazione e aggiornamento il 24 novembre, a Parma, è stato organizzato un corso di formazione per operatori telefonici. I formatori sono stati la sottoscritta per la Lidap e la D.ssa Olimpia Degni psicoterapeuta consulente Lidap. Il prossimo corso di formazione sarà a Milano, da concordare per Gennaio o i primi mesi del 2002. Poi vedremo in base alle esigenze. Sono particolarmente soddisfatta dei risultati di quest'anno dovuti all'impegno, alla collaborazione fattiva, alla facilità di comunicazione e di intendimenti con i 27 operatori telefonici che ringrazio di cuore. Non posso nominarli tutti ma ho

Cari amici ...*(segue dalla prima pagina)*

sbandando in curva e si trovi per un attimo a correre sul filo delle due ruote a 180 all'ora. E immaginiamo che in quello stesso istante qualcuno dal bordo della strada scagli una palla da tennis che colpisca l'auto in senso opposto alla forza centrifuga della sbandata. E' possibile a questo punto che quell'urto rimetta la macchina in carreggiata sulle quattro ruote, salvando la vita ai passeggeri. Questo evento è *possibile*, ma è raro, dunque non è *probabile*; sfido qualunque Ministero dei Trasporti o Ente per la Sicurezza Stradale ad adottarlo come sistema normativo di sicurezza. Ve le immaginate le strade piene di giocatori di tennis messi lì per salvare le auto dalle sbadate? E' una metafora scherzosa e paradossale, ma la scienza si pone proprio questi problemi: la scienza non nega l'esistenza di eventi unici o occasionali, ma si edifica a partire dalle regolarità. La scienza deve considerare ciò che tende a ripetersi molte volte, con una certa regolarità, e ne deduce una legge. Una mela lasciata in aria cade sempre per terra: questa è una legge scientifica: non cade occasionalmente, ma sempre. Se un uomo guarisce con i fiori di Bach io sono il primo a gioire per lui (non ho preclusioni neanche per le guarigioni effettivamente "miracolose", figuriamoci per un normale intervento di erboristeria). Tuttavia, poiché non esiste nella letteratura scientifica la dimostrazione che ci sia un rapporto costante o almeno probabile fra erbe e strutture della personalità devo dedurre, per coerenza logica, che l'evento della guarigione di quest'uomo era *possibile*, ma non *probabile*: cioè è accaduto per caso, non per un rapporto diretto e spiegabile. A questa deduzione mi costringe la mia onestà intellettuale. E' necessario ricordare che guarigioni realizzate con terapie non specifiche, casuali, sono classificate nella letteratura scientifica sotto la dizione di "effetto placebo"? Effetto placebo vuol dire che l'azione benefica di certe terapie dipende dal fattore umano (cioè affettivo o suggestivo) non da quello chimico. Questa è una distinzione fondamentale, che se non è puntualizzata con la massima chiarezza rischia di provocare danni. Chi prescrive i fiori di Bach o simili non dice mai "attenzione perché i fiori di Bach funzionano solo se c'è l'uomo giusto", perché se il fattore umano venisse riconosciuto e codificato ("que-

sta terapia funziona solo c'è l'uomo giusto"), allora non sarebbe più lecito parlare di una "terapia medica alternativa", bensì di semplice psicoterapia.

In casi gravi la distinzione può essere fatale. Tempo fa ho avuto in cura una ragazza giovanissima affetta da un sarcoma inguaribile. Io sapevo che le probabilità di sopravvivenza erano scarse, e lo sapeva anche lei. Tuttavia ella andava disperatamente alla ricerca di una soluzione religiosa, di un "miracolo", sia ai margini della scienza, sia da santoni e altre cose simili. Io non ho mai cessato di sperare con lei. Ma quando i santoni le ingiungevano di abbandonare i protocolli terapeutici consigliati dagli ospedali e dalle riviste scientifiche di maggior livello per seguire strani approcci basati sull'"aura" e misteriose pranoterapie, io non potevo esimermi dall'avvertirla che ciò costituiva un rischio. Va bene cercare il miracolo, ma non ripudiando ciò che l'umanità ha prodotto con fatica. Questa è ovviamente una situazione limite; ma anche nel campo del disagio psichico esistono situazioni gravi, di fronte alle quali è necessario essere molto seri. In campo psicoterapeutico si possono adottare protocolli di validazione che servono a valutare l'efficacia di un risultato su larga scala. Esistono criteri statistici, ed esiste una letteratura abbondante che ne parla. Perché non adottarli?

Un'ultima riflessione sullo specifico: insisto che è necessario - almeno per il consulente scientifico - mantenere uno spirito critico nei confronti di tutto ciò che viene proposto. Faccio un esempio. Fino a pochi decenni fa, la psicosi veniva "curata" negli ospedali psichiatrici con lo shock insulinico: veniva iniettata nei pazienti una dose di insulina sufficiente a provocare un coma. Purtroppo nella percentuale dell'un per cento i pazienti morivano in modo atroce: le convulsioni epilettiche erano tali da spezzare loro la spina dorsale. Esistono molti resoconti di queste terribili scene. Ciò non di meno il creatore di questa "cura" ebbe in quegli anni il premio Nobel per la Medicina. A distanza di alcuni decenni, oggi tutti sappiamo che quella terapia era una cosa mostruosa, nessuno cita più l'illustre scienziato, e nessuna clinica si azzarderebbe a somministrare ancora simili trattamenti. Amici, non perdiamo il nostro spirito critico: è la sola e vera arma (dialettica e democratica) a nostra disposizione.

Con affetto, Nicola Ghezzi.

E' ancora ...*(segue dalla prima pagina)*

nostro impegno nell'auto-aiuto in gruppo.

Ho pensato a quando presentiamo il nostro lavoro all'esterno... a quando lo descriviamo a chi non lo conosce.

Spesso usiamo espressioni del genere, "in un gruppo di auto-aiuto si offrono SOLO solidarietà, ascolto, possibilità di specchiarsi nell'altro, occasioni di diventare attivi rispetto al proprio disagio, occasioni in cui non essere giudicati e in cui non giudicare..."

Non si tratta quindi di un gruppo terapeutico, in esso non ci sono tecniche precise, non è un contesto formale di cura...

E' solo un sostegno, un aiuto...

Ma se davvero, in ogni gruppo, riusciamo a fare due o tre di quelle cose che diciamo essere "offerte dall'auto-aiuto", abbiamo raggiunto un grande e significativo traguardo.

Fermiamo davanti ai nostri occhi le parole, osserviamole, pesiamole, pensiamo a cosa in realtà significhino per noi... SOLIDARITA'... ASCOLTO... NON GIUDICARE... NON ESSERE GIUDICATI...

Sono parole enormi, pesanti, spese. Sono esperienze rare, preziose, difficili. Sono regali sofferti, capacità affinate con anni di esperienza e di attenzione, sono cura verso di sé e verso l'altro, sono accorgersi che noi e gli altri esistiamo come persone, come esseri umani, come unici e complessi sistemi di vita.

Io so di esistere e so che tu esisti. Questo è il piccolo miracolo che avviene in ogni gruppo di auto-aiuto, il SOLO aiuto che noi, acciacciati dal panico e da qualche fobia, ci rivolgiamo l'un l'altro, ben consapevoli della nostra e dell'altrui sofferenza.

In questa nuova visione di ciò che può celarsi dietro ogni evento banale, scrivo solo le solite, spese, preziose parole di sempre... Buon Natale e felice anno nuovo, sperando che tutti noi vogliamo guardarle, pesarle, riempirle della nostra normale vita quotidiana.

Aiutiamo un sogno ...

(segue dalla prima pagina)

tiamola rinnovando la quota associativa.

Servono soldi per i telefoni, sito web e quant'altro d'organizzativo (abbiamo una sede nazionale della Spezia da gestire) possa servire di supporto.

Dopo quest'enunciazione avverto già un brusio di sottofondo: Che palle! Adesso hanno trovato, approfittando della situazione di paura che si è generata intorno a noi, un'elegante maniera di chiedermi la quota associativa! Tante belle parole per sostenere una Lidap che mi dà poco o niente.

Incominciamo a chiarirci! A me quest'articolo non l'ha chiesto proprio nessuno.

Nasce esclusivamente da una mia esigenza, di persona persa in quest'attuale ginepraio, che cerca chiarificazioni con persone (VOI) che possono comprenderne o dividerne le necessità.

Eccola!

L'anno prossimo compirò 50 anni. Volevo coronare un sogno che ho da ragazzino: visitare l'Isola di Pasqua nel Pacifico polinesiano per vedere quei giganteschi capoccioni che da tanto mi affasciano. Provate ad immaginare quanti trasbordi di aerei avrei dovuto fare. Tutto ciò è stato distrutto e lo sarà per molto tempo perché ho paura di volare. Il solo pensare di essere in balia di un gruppo suicida che vuole riproporre ciò che è stampigliato indissolubilmente nella nostra mente, francamente mi atterrisce.

Avevo superato questa limitazione! Avevo superato il terrore dei viadotti.

Ora tutto ciò mi si è ripresentato! L'esistenza di gruppi LIDAP che mi potrebbero aiutare mi consola! Aiutiamo perciò la LIDAP ad esistere perché aiutiamo noi stessi!

Forse adesso non è ancora il nostro momento! Ma non potresti essere tu tra quelli che, prima o poi, si faranno vivi con il terrore di prendere l'aereo o di salire su un grattacielo?

E in un grattacielo ci sono gli ascensori... C'è qualcuno che ne ha paura?

Se non esistesse una sede... (magari un po' più funzionante)? Se non ci fossero dei recapiti o volontari telefonici su cui appoggiarsi, che cosa faresti?

Ma ora, a dispetto di quanto appena detto, per un attimo lascerò da parte le mie paure per proporvi con un brusco cambiamento di rotta un attimo di relax ...

Miei oscuri lettori, chiudete per un momento gli occhi e incominciate ad

immaginare...

Un viaggio che dura tre mesi attraverso venti paesi.

Se immaginiamo un viaggio, allora immaginiamo anche un aereo che volta per volta diventi ospedale volante, albergo, sede di conferenze.

Se c'è un aereo immaginiamo che il suo carico sia costituito da un gruppo di chirurghi di tutte le nazionalità che vogliono portare un sorriso.

Però, non si tratta dei mitici dottori clown ma di professionisti della plastica facciale che intendono curare il "labbro leporino", una deformazione del viso grave e dolorosa, effetto della sottoalimentazione, abbastanza comune dei paesi depressi.

Immaginate infine che l'autore sia, qualche volta, affacciato nei suoi vagabondaggi da un certo Mr DAP di cui qualcuno dei miei 24 lettori ha già fatto la conoscenza in passato!

Immaginate che il viaggio sia chiamato "OPERATION SMILE" (Operazione sorriso) e

Operation Smile sia il nome dell'associazione umanitaria che finanzia quest'impresa,

Immaginate che tutto ciò contenuto in un diario narrato in prima persona per dar voce ai diseredati della Terra.

Immaginate che il libro sia "IL SORRISO DEL MONDO" di CLAUDIO CAMARCA.

Detto questo riprendiamo questa pazzia navicella con cui mi state seguendo per soffermarmi sulla produzione letteraria di un altro scrittore che, a parer mio, meriterebbe il premio Nobel per la Pace!

Vi parlerò di Dominique la Pierre, autore di "Parigi Brucia!", "Il quinto Cavaliere", "Mille soli" ma di soprattutto di quella "Città della gioia": tutti libri dove si "crede nella forza dell'uomo" quella strana idea che ci porta a continuare a credere nei sogni e a battersi a realizzarli.

Una visione della vita fatta di coraggio e d'entusiasmo, sempre presente nei suoi libri, m'induce a trasmettervele proponendovi l'acquisto dei suoi libri.

So già che il suo ultimo libro fresco di stampa, BHOPAL, sarà il mio regalo per Natale.

So anche che sarà un atto meritorio perché l'autore devolve metà dei suoi diritti d'autore ad "Action pour les enfants des lepreux de Calcutta", un'associazione che sopperisce alle necessità di numerosi dispensari, scuole, centri per la lebbra e tubercolosi in India.

Se qualcuno di voi colto da raptus

seguirà queste pillole di saggezza o di presunzione (lascio a voi la scelta) mi permetterà di ridurre un debito che ho contratto con quell'ignavo dell'Angelo S.

che in un giorno di settembre mi telefonò per chiedermi: "T'INTERESSA PARTECIPARE AD UN GRUPPO D'AUTO-MUTUO AIUTO?" E da lì è iniziato questo scritto.

PS: Nonostante la mia sia una crociata di buone intenzioni diffidate sempre. Anch'io potrei essere stato abbindolato. Perciò vi elenco i siti dove verificare:

DOMINIQUE LAPIERRE: <http://www.cityofjoyaid.org>; OPERATION SMILE: <http://www.operationsmile.org>.

Se, poi, dopo la lettura di questo scritto, vorrete provare altre strade e sponsorizzerete differenti iniziative! Fatelo tranquillamente! Ne sarò comunque contento perché avrò aiutato qualcuno ad uscire dal suo isolamento.

Workshop

A Firenze, il 2 dicembre, si è svolto un workshop, destinato ai Consulenti della Lidap, che voleva costituire una giornata di riflessione e di approfondimento sul tema delicato degli esiti, per i gruppi di auto-aiuto Lidap, della sovrapposizione di ruoli da parte dei consulenti in una realtà locale.

n altre parole, laddove un terapeuta consulente svolga contemporaneamente più funzioni (colloquio-filtro; supervisione al gruppo; presa in carico di pazienti facenti parte dello stesso gruppo; ecc.), la Lidap ha registrato una serie di problematiche che mettono a repentaglio le condizioni di lavoro dei singoli gruppi e costringono i facilitatori dei gruppi stessi ad un lavoro di interpretazione, mediazione e comprensione che non può spettargli.

Dopo una giornata di interventi interessanti, si è giunti alla conclusione che il problema è reale, che le attuali linee-guida che regolano i rapporti tra la Lidap e i Consulenti hanno ancora tutto il loro valore, che sarà fondamentale intervenire in modo diretto nelle realtà locali che vengono meno alle linee-guida.

Ansia da separazione

ABBIAMO CHIESTO ALLA DOTT.SSA DEGNI DI ILLUSTRARCI QUESTA PROBLEMATICHE COSÌ TANTO SIGNIFICATIVA NEL DISTURBO DA ATTACCO DI PANICO.

di **Olimpia Degni**

Questo disturbo d'ansia, può presentarsi nell'età evolutiva, in una percentuale che è stata stimata intorno al 4%. Può svilupparsi, dopo qualche evento di vita stressante (per es.: morte di un genitore, parente, di un animale domestico, un trasloco, un cambiamento di scuola, o un'immigrazione). L'esordio può avvenire nell'età prescolare e scolare, risulta, essere raro nell'adolescenza. Relativamente alla familiarità, si è rilevata una maggiore frequenza nei figli di madri con Disturbo di Panico.

COME SI MANIFESTA

La manifestazione fondamentale del Disturbo d'Ansia di Separazione è un'ansia, eccessiva e protratta, riguardante la separazione da casa o da coloro il cui bambino è attaccato. Nelle separazioni, anche brevi, hanno continuamente bisogno di rassicurazioni. Temono che le persone a loro care e loro stessi, possano essere vittime d'incidenti o malattie. In situazioni di socializzazione, a scuola o presso parenti, possono manifestare tristezza e isolamento e possono arrivare a raccontare bugie pur di ricongiungersi con la famiglia. Esprimono spesso il timore di essere smarriti e non ritrovare più i loro genitori. Nella preadolescenza (11-12 anni) possono manifestare riluttanza oltre che per andare a scuola, anche per le gite, per il campeggio e giungono a evitare di muoversi per conto proprio. Il rifiuto della scuola può portare a difficoltà scolastiche e all'evitamento sociale.

Al momento di dormire possono non essere in grado di stare in camera da soli e possono insistere perché qualcuno stia con loro, fino a che non si addormentano. Frequente la possibilità che risvegliati, nella notte cerchino di raggiungere i genitori nella loro camera e, a loro, possono riferire delle esperienze percettive insolite (vedere persone che entrano nella loro stanza, creature spaventose e terrificanti). Il sonno può essere caratterizzato da incubi, in cui le paure vengono espresse in scenari spesso relativi alla distruzione della famiglia, incendi, omicidi o altre catastrofi.

A livello fisico lamentano, dolori di stomaco, mal di testa, nausea e vomito. Sono comuni in caso di separazione reale o anche solo immaginata. I sintomi cardiovascolari come palpitazioni, vertigini, e sensazioni di svenimento sono rari nei bambini più piccoli, ma possono insorgere nei soggetti più grandi. Spesso le lamentele somatiche causano esami clinici e procedure mediche.

Le eccessive richieste d'attenzione del bambino, spesso diventano una fonte di frustrazione per i genitori, e portano, nel tempo, a risentimento e conflittualità familiare. Talvolta i bambini con questo disturbo vengono descritti dalle famiglie come coscientosi, compiacenti e desiderosi di piacere. L'umore depresso è spesso presente e può diventare più persistente nel tempo, giustificando una diagnosi Disturbo Distimico o Disturbo

Depressivo Maggiore. Il disturbo può precedere lo sviluppo del Disturbo di Panico con Agorafobia.

CARATTERISTICHE LEGATE A CULTURA, ETÀ E GENERE

E' innanzitutto importante differenziare il Disturbo d'Ansia di Separazione dall'alto valore, che alcune culture, ripongono nella forte dipendenza reciproca tra i membri della famiglia.

Le manifestazioni del disturbo possono variare con l'età. Nei bambini più piccoli, l'ansia non si esprime in paure specifiche di minacce precise ai genitori, alla casa, a loro stessi. Quando crescono le preoccupazioni o le paure riguardano pericoli specifici (per es.: incidenti, rapimenti), l'ansia e l'anticipazione della separazione possono divenire evidenti nella preadolescenza. Spesso gli adolescenti con questo disturbo, soprattutto maschi, possono negare l'ansia riguardo alla separazione, ma può essere facilmente rilevata nella loro limitata attività indipendente e dalla riluttanza a lasciare la casa.

Nei soggetti più grandi, il disturbo può limitare la capacità della persona di far fronte a cambiamenti in alcune circostanze (trasloco, matrimonio, etc.).

Gli adulti affetti dal disturbo sono tipicamente iperpreoccupati riguardo ai coniugi e ai figli e provano notevole malessere quando sono separati da loro. Nei campioni clinici, il disturbo appare ugualmente rappresentato nei maschi e nelle femmine.

Nei campioni epidemiologici, il disturbo è più frequente nelle femmine.

Il Disturbo d'Ansia di Separazione è così delineato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association, DSM IV. Nell'IC-10 questo disturbo è riportato come Sindrome Ansiosa da Separazione dell'Infanzia.

Convegni Lidap: tra farmaci e A.A.

NEI MESI SCORSI SI SONO SVOLTI A NAPOLI, TRIESTE, CAGLIARI E CREMONA I CONVEGNI SUL PANICO PROMOSSI DA LIDAP/PHARMACIA&UPJHON INDIRIZZATI AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE. AMPIA PARTECIPAZIONE E GRANDE INTERESSE PER GLI ARGOMENTI TRATTATI COME CI RACCONTANO LE RELATRICI LIDAP ALLE CONFERENZE.

Napoli

di **Vittoria Casadei**

Una cornice prestigiosa, Palazzo Serra di Cassano meglio conosciuto come Istituto Italiano per gli Studi Filosofici; una grande sala e due contigue da cui era possibile seguire i lavori su monitor; un pubblico di circa 400 persone tra cui medici di medicina generale, specialisti e specializzandi e soprattutto tante, tantissime persone direttamente interessate e i loro familiari.

Sono intervenuti all'apertura del Convegno la Dott.ssa T. Armato, Assessore alla Sanità della Reg. Campania e il Prof. G. Del Barone, Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli.

Da questi è stata riconosciuta la necessità di dare visibilità e risposte, anche all'interno delle strutture pubbliche, a disagi fino ad oggi sottovalutati per il loro grado di sofferenza.

Questo Convegno dell'11 dicembre, organizzato dalla Lidap, in collaborazione con Pharmacia S.p.a, ha visto l'ASL Na1 D S M 44 presentare un suo progetto di diagnosi e psicofarmacoterapia, attivo da un anno; progetto illustrato dagli interventi: "aspetti clinici e umani" (Dott. Pappone, psichiatra dell'U.O. 44), "terapia farmacologica" (Dott. Milano, psichiatra U.O. 44), "sostegno psicoterapico" (D.ssa. Del Mastro, psichiatra U.O. 44).

Il Dott. Francesco Gucci, psichiatra-psicoterapeuta-Membro associato della S.P.I. e membro del C.C.S. della Lidap, con il suo intervento sul Percorso psicoterapico ha riscosso grande successo fra tutti i presenti per la profondità, professionalità e umanità con cui ha trattato questo delicato argomento. Una persona del gruppo di Napoli non ha potuto far a meno di alzarsi per ringraziarlo.

Sono seguite le relazioni su: "La relazione medico-paziente" (Dott.ssa Iaccarino, MMG); "Il domatore, la trapezista e la bambina che non sapeva camminare da sola" (Dott. Senatore, Didatta ISPPREF, Funzionario tecnico-Area Funzionale di Psichiatria, Università Federico II - Napoli) dedicato alla Lidap: utilizza l'anagramma di Lidap, "plaid", oggetto caldo indispensabile al bambino per attraversare la prima fase di

distacco dalla madre, per sottolineare la funzione associativa di accompagnamento verso l'autonomia; "Valenza terapeutica del gruppo d'auto-aiuto" (D.ssa Marina Zornio, membro del CDA Lidap), "Percorso individuale e percorso associativo nella Lidap" (Vittoria Casadei, referente Lidap-Campania).

Moderatore: Prof. Petrella (Responsabile U.O.S.M. 44).

Raramente in questi nostri Convegni, almeno al sud, abbiamo potuto incontrare tra i professionisti così ampia condivisione sulla natura prettamente psicologica del disturbo d'attacchi di panico e nel sottolineare l'importanza di interventi di cura di tipo psicosociale (gruppi d'auto-aiuto) e psicoterapico, oltre che farmacologico. Lo leggo anche come un successo della Lidap, il risultato di anni di sensibilizzazione, portatrice di un'interpretazione scientifico-culturale di un disagio che fino a dieci anni fa sembrava di sola competenza neuropsichiatrica.

Trieste

di **Carla Pivari**

Il tema era "il percorso terapeutico nel disturbo da attacchi di panico", si inizia una buona mezz'ora più tardi. Marisa di Trieste ed io ci accordiamo sugli interventi. Man mano che il tempo passa vengo colta da ansia da prestazione: riusciremo a far passare il nostro messaggio? La saletta è ormai piena e arrivano gli altri relatori. Il prof. Aguglia (direttore clinica psichiatrica Università di Trieste) conduce i presenti nel magico mondo di Pan dove trovano posto tutti i sintomi possibili che se uno è ipocondriaco ne esce distrutto. Non si risparmiano i termini malattia, paziente, mentre io personalmente preferirei disagio ecc. Ma non importa. Si enfatizza l'efficacia della farmacoterapia. Il tempo va ben oltre quello prestabilito, ma finalmente arriva il nostro turno. Io, dopo un'esposizione così arida e schematica di un attacco, aggiusto il tiro e racconto il mio primo dal punto di vista di chi l'ha vissuto. Marisa accanto a me intercala la sua esperienza personale riuscendo a rendere viva la sua sofferenza passata, senza mai scendere nel drammatico. Poi mi passa la palla: ci capiamo a pelle. Vado avanti illustrando brevemente la storia della Lidap, della mia conversione all'auto aiuto. L'uditorio è silenzioso e attentissimo. Quando dico che il gruppo di auto aiuto non prevede la figura di un conduttore professionista avverto un'ondata di irrigidimento da parte degli esperti che si stempera quando nomino la

supervisione e il fatto che il percorso può essere parallelo a quello individuale. Mi soffermo sull'efficacia della comunicazione tra pari, l'ascolto attivo, la sospensione del giudizio. Cerco di trasmettere che nel gruppo si attivano le nostre risorse interiori, si arriva chiedendo e poi si diviene parte attiva. E intanto mi scorrono nella mente i visi delle PERSONE dei nostri gruppi, approdati a noi dopo tanti tentativi, che prima arrivavano accompagnati ed ora arrivano da soli. Non ho mai pensato a me o a loro come pazienti nel senso medico del termine.

L'esposizione del dott. Versanti (MMG) ha un taglio più "umano". Parla di un riconoscimento tempestivo del disagio, dell'importanza della comunicazione, di un rapporto continuato, del prendersi cura ("take care" non solo "to cure"). E nomina la Lidap, dandone il sito. Gli ultimi due interventi riguardano la terapia farmacologica, con una bella diapositiva del nostro cervello sezionato (non si può fotografare un'anima in trappola). Infine il dr. Sapienza legge il disturbo in chiave psicanalitica, rifacendosi al mito di Pan e identificandolo come un meccanismo di difesa.

Però durante l'intervento sulla terapia farmacologica la sala ha cominciato a svuotarsi: probabilmente la gente si è accorta di aver fame. Dopo l'ultimo intervento il prof. Aguglia ringrazia i partecipanti, tra cui la Lidap, mentre su di una diapositiva alle sue spalle si legge che la nostra è un'associazione di sostegno e di CONFORTO. Mi vedo vestita da prete che da l'estrema unzione. Forse è stato un lapsus forse era confronto.

La mia impressione è stata quella dei parenti poveri, invitati tra mille difficoltà, disguidi e guardati dall'alto in basso. Tranne che dalla platea. Ancora discorsi SUI pazienti e non CON i pazienti. La filosofia del "sappiamo noi quello che è meglio per voi". Trovo conforto nell'entusiasmo di Marisa che mi conferma le impressioni che ho avuto, ma mi dice anche che il seme Lidap è stato piantato, il messaggio è passato. E lei di queste cose se ne intende. A proposito la devo ringraziare per il suo sostegno e la sua grande umanità. Anche le sue battute a mezza voce hanno contribuito a rilassarmi.

E a non prendermela troppo.

Cagliari

di **Marina Zornio**

Si è svolto a Cagliari il 30/11/2001 il convegno aperto alla cittadinanza "Il disturbo di panico: il paziente, il medico di medicina generale, lo specialista". La sala era al completo, c'erano più di

(continua nella pagina successiva)

(segue dalla pagina precedente)

250 persone, di cui la maggior parte interessata o coinvolta in prima persona.

Tra i relatori: il Prof. Carta – Istituto Clinica Psichiatrica Università di Cagliari - , il Dott. Bertocchi - Medico di Medicina Generale a Cagliari -, il Dott. Paolo Chiappero – Psicologo, psicoterapeuta, consulente Lidap, e Marina Zornio della Lidap.

L'incontro si è aperto, come di consueto, con la presentazione dei relatori ed è stata, inoltre, sottolineata l'importanza che rivestono questi incontri, aperti alla cittadinanza, come momento di sensibilizzazione sui disagi causati da questo disturbo.

Il primo intervento, esposto dal prof. Carta, si è incentrato prettamente sugli aspetti clinici del disturbo. Il professore ha spiegato che cosa sia il disturbo da attacchi di panico, il susseguirsi di attacchi di panico e le conseguenze che derivano da questa catena. Si è soffermato nel considerare gli eventi di vita che hanno o meno un'influenza sul disturbo, e in che misura, evidenziando i sintomi del disturbo, compresi quelli atipici spesso trascurati, quali: confusione e ottundimento, sensazione di aver perso l'orientamento, di camminare sulla gommapiuma o sul velluto, impressione che si sia rotto qualcosa nel cervello, astenia e spossatezza. Analizzate le differenze tra l'attacco di ansia e l'attacco di panico, tratta l'ansia anticipatoria, tipica dei disturbi che, nei soggetti colpiti dal DAP, porta a condotte di evitamento, con conseguente agorafobia, demoralizzazione, fobia sociale, ipocondria, disturbi dell'umore e, a volte, abuso di sostanze. Fa presente la comorbidità con altri disturbi, spiegando quanto sia difficile fare una diagnosi precisa, specie se non si ha un quadro clinico completo. A suo avviso, la diagnosi dovrebbe essere fatta in simbiosi tra il paziente e il medico che lo segue. L'ideale sarebbe attuare una comunicazione diretta tra paziente, medico di famiglia, psichiatra, psicologo e associazione di pazienti.

Spiega che si tratta di disturbi che, come tutti gli altri, vanno affrontati, curati e possono essere "superati": Espone quindi dettagliatamente la parte farmacologica, elencando i vari medicinali usati, il loro utilizzo e posologia.

Evidenzia, infine, l'importanza della psicoterapia e la valenza della Lidap come associazione di pazienti che reputa fondamentale per la funzione informativa e di sostegno attivo che svolge.

Dopo il Prof. Carta interviene il Dott. Bertocchi che racconta le difficoltà che si trova ad affrontare il medico di medicina generale: non è facile dire al

paziente di rivolgersi ad uno specialista quando si tratta della figura dello psichiatra. Spiega l'importanza dell'informazione come strumento per smantellare l'ignoranza legata alla non conoscenza di un disturbo che, se trascurato o mal affrontato, porta a conseguenze catastrofiche.

All'intervento di Bertocchi segue quello del Dott. Chiappero sul Dap e la Psicoterapia Individuale.

Lascio che sia lo stesso Dottor Chiappero ad esporre la sua relazione in modo dettagliato.

A chiedere gli interventi, Marina Zornio che presenta la Lidap e la valenza terapeutica del gruppo di autoaiuto Lidap attingendo anche alla sua storia personale. L'esposizione in prima persona di chi ha affrontato e affronta il disturbo con la voglia di trasmettere un messaggio di solidarietà, di competenza e di incoraggiamento aiuta a stabilire un'intesa, tra chi racconta e chi ascolta, utile per creare i presupposti ad una comunicazione più spontanea e quindi ad un'informazione più diretta.

Viene, inoltre, sottolineata l'importanza che l'associazione ha nel trasmettere che non c'è solo il disturbo, ma che, chi sta male, può diventare l'artefice del proprio miglioramento, attivandosi in prima persona, senza delegare ad altri le proprie scelte.

L'intervento si chiude facendo presente che chi desidera entrare in contatto con la Lidap e attivarsi per dar vita ad una realtà locale può farlo contattando la sede e chiedendo di essere messo in contatto con altre persone che abitano nella sua zona. Vengono, pertanto, indicati i recapiti telefonici e di email, l'indirizzo della sede e del sito web.

L'incontro termina dopo il momento del dibattito con domande a cui i vari relatori rispondono in maniera esauriente.

Cremona

di **Monica Visloli**

Lo scorso 20 ottobre si è tenuto presso il Museo Civico di Cremona un incontro sul DAP dal titolo *Il Disturbo da attacchi di panico: il paziente, il medico di medicina generale, lo specialista*. Nato dalla sinergia tra la casa farmaceutica Pharmacia & Upjohn, gli Istituti Ospedalieri di Cremona e la LIDAP, l'incontro è stato organizzato allo scopo di promuovere una proficua interazione tra il medico di base e lo specialista, al fine di arrivare ad una diagnosi precoce e tempestiva del disturbo di panico. L'incontro, coordinato dal dottor Minervino, le cui doti di sensibilità e di

sponibilità nell'affrontare il problema ho già avuto modo di apprezzare lo scorso anno durante un analogo convegno tenutosi a Sabbioneta, ha visto anche la straordinaria partecipazione del dottor Mencacci, direttore del Dipartimento di Salute mentale dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano, il cui intervento ha riscosso grande favore da parte del pubblico, per la puntualità e finezza con cui ha saputo raccontare l'attacco di panico, senza ricorrere ad incomprensibili definizioni scientifiche da addetto ai lavori, ma con un linguaggio accattivante e di facile comprensione, che i presenti hanno molto apprezzato. Sono seguiti gli interventi del dottor De Luca e della dottoressa Agrimi i quali, pur con un occhio di riguardo al vissuto del paziente, hanno ampiamente illustrato l'indagine epidemiologica sui disturbi d'ansia condotta dall'OMS e la terapia farmacologia impiegata per la cura di tali disturbi. Molto vivace è stato quindi l'intervento della dottoressa Taverna, rappresentante dei medici di medicina Generale della provincia di Cremona, i quali si sono immancabilmente distinti per la loro assenza, benché destinatari privilegiati dell'incontro. La testimonianza della Taverna è stata breve, efficace e soprattutto onesta; in modo spiritoso la dottoressa ha descritto la situazione problematica ed ambigua in cui si trovano i medici di base quando devono consigliare ad un loro paziente, che manifesta disturbi ansiosi e psicosomatici, di rivolgersi ad uno psichiatra.

Le conseguenze a cui vanno incontro sono di due tipi: o perdono il paziente o rischiano di sentirsi rispondere che dallo psichiatra ci possono andare loro! Credo che le parole della dottoressa Taverna e la quasi totale assenza dei suoi colleghi facciano riflettere sia sul pregiudizio ancora molto forte nei confronti della figura dello psichiatra e del disagio psicologico, sia sulla difficoltà della collaborazione tra medici auspicata dal convegno. La strada da percorrere mi sembra ancora molta e senz'altro richiederebbe maggiore collaborazione da parte di tutti.

E da ultimo vorrei esprimere un piccolo rammarico: gli interventi dei due rappresentanti LIDAP, il dottor Clemente, consulente LIDAP di Bergamo e la sottoscritta, si sono dovuti sintetizzare in quindici minuti complessivi, al termine della mattinata... forse troppo tardi e troppo in fretta per poter lasciare spazio ad un eventuale dibattito.

Difficoltà scolastica e angoscia

CON UNA AMPIA ED ARTICOLATA ESPOSIZIONE IL DOTT. MARCO FOCCHI, PSICOLOGO E PSICOTERAPEUTA, TUTOR PRESSO LA SPECIALIZZAZIONE DI PSICOLOGIA CLINICA DI MILANO, CI PARLA DEI PROBLEMI VISSUTI DAL BAMBINO NEL SUO RAPPORTO CON LA SCUOLA E PIÙ IN GENERALE CON L'APPRENDIMENTO E LA CRESCITA. DATA LA CORPOSITÀ DEL PEZZO, IN QUESTO NUMERO PUBBLICHIAMO SOLO LA PRIMA PARTE. LA SECONDA E ULTIMA PARTE VERRÀ PUBBLICATA NEL NUMERO DI PAN IN SPEDIZIONE NEL MARZO PROSSIMO.

di **Marco Focchi**

Parlare di bambino in difficoltà a scuola significa immediatamente prospettarsi il tipo di cambiamento necessario a farlo uscire dallo stato in cui si trova. Qualunque sia la ragione o l'espressione del suo disagio, sia che lo consideriamo sul piano scolastico, sul piano emotivo, su quello relazionale o familiare, portare attenzione al bambino in difficoltà significa entrare nell'ordine di idee necessario a modificarne la situazione.

Dallo stato di disagio occorre passare a quello quanto più possibile vicino al benessere o alla tollerabilità. E' un'idea immediata, semplice, elementare, che si impone da sé e non richiede nessuna discussione.

Che modelli ne abbiamo? Il primo modello di difficoltà è la malattia. In questo caso il cambiamento consiste nel far passare al soggetto la frontiera dello stato di malattia a quello di salute. L'intervento medico diventa poi la matrice di molte altre modalità d'intervento rispetto alle quali si tratterebbe di valutare la pertinenza, ma certamente quello medico è un esempio dei più antichi e dei più chiari. Cosa si tratta di cambiare in questo caso? Lo stato di malattia, per ricondurlo a uno *status quo ante* che è lo stato di salute. Nel modello medico lo stato di salute è presupposto come naturale. Si considera che intervenga qualche fattore di disturbo per destabilizzarlo. Tolto il fattore di disturbo la salute viene recuperata. La salute funziona qui come norma per il cambiamento, come ciò verso cui si tratta di tornare.

L'altro grande modello di cambiamento è fornito dell'educazione e dell'apprendimento. Il cambiamento in questo caso non è inteso come ritorno a uno stato pregresso, quanto piuttosto come crescita, come sviluppo, come

cammino verso una meta che ha anch'essa un carattere normativo. Classicamente l'educazione è il processo che porta l'individuo all'adeguamento a un sistema di valori sociali, è un cammino in cui la scuola costituisce una tappa, accanto alla famiglia. Oggi il sistema di valori sociali è meno compatto, e questo, nella scuola, si sente e alimenta il disagio degli insegnanti, che hanno davanti a sé obiettivi meno definiti per far fronte ai compiti educativi, e che sono spinti verso una forma di disagio che è stato riconosciuto come "fobia scolastica degli insegnanti". Il problema è che oggi i valori sociali passano soprattutto per canali diversi dalla scuola: passano attraverso i media, i giornali, la televisione. Negli anni '60-'70 per esempio, la scuola era vista come strumento del potere. Oggi le cose sono molto diverse, non solo per quanto riguarda la scuola ma anche per la nostra comprensione del potere. Le analisi moderne del potere lo presentano come molto meno monolitico, meno Leviatano rispetto al tempo di Hobbes e più diramato, in reti di relazioni. La globalizzazione è l'era del postleviatano: bisogna trarne le conseguenze anche per quanto riguarda la scuola e la molteplicità di problemi diversi che deve affrontare.

Nel caso normale il processo di apprendimento è un processo progressivo, in crescita. Ci sono punti di stallo, momenti di resistenza, ritmi più o meno veloci, ma l'apprendimento è rappresentato da una linea di acquisizione continua, di organizzazione, e quando questa crescita subisce degli arresti, degli stop improvvisi, se ne va a cercare qualche causa esterna, il fattore di impedimento che ha frammentato la continuità di una linea supposta essere per sua natura in ascesa costan-

te. E' risaputo, e molti studi insistono su questo, che la scuola in quanto tale, per le richieste che pone o semplicemente per il nuovo ambiente in cui pone il bambino, può generare situazioni d'ansia che si sviluppano fino a crisi di panico e a comportamenti fobici. Non è che la scuola in sé sia una causa d'angoscia, ma dobbiamo considerare che nel bambino che presenta delle vulnerabilità essa può diventare il catalizzatore ideale, la cartina al tornasole che rivela situazioni critiche precedentemente rimaste latenti.

L'angoscia suscitata dall'esigenza dell'apprendimento e dagli imperativi della riuscita si esprime allora come rifiuto scolastico, ma se non si esprime in modo diretto, il bambino riesce ad escludersi dalla scuola con manovre diversive. Si presenta allora la sequela dei disturbi psicosomatici, il disinteresse, la passività, l'incomprensione. Si ha di conseguenza l'inibizione intellettuale, all'origine delle difficoltà cognitive, che è come una sorta di blocco del pensiero, un'incapacità di far funzionare i meccanismi della comprensione. Incontriamo allora quella sorta di stupore e di intontimento che sembrano separare il bambino dal senso delle cose. L'istituzione mette in moto così tutte le strategie mirate a disinnescare il blocco, che possono consistere sia in interventi di tipo rieducativo sia di tipo psicoterapeutico. Quando la situazione scolastica genera disagio il bambino vi si sottrae attraverso una serie di sintomi che vanno dal disturbo psicosomatico al disturbo cognitivo, alle difficoltà di apprendimento, all'insuccesso proclamato. Un certo orientamento di pensiero promuove la tendenza a trattare in base al modello medico questo tipo di problema. In modo eclatante que-

(continua nella pagina successiva)

(segue dalla pagina precedente)

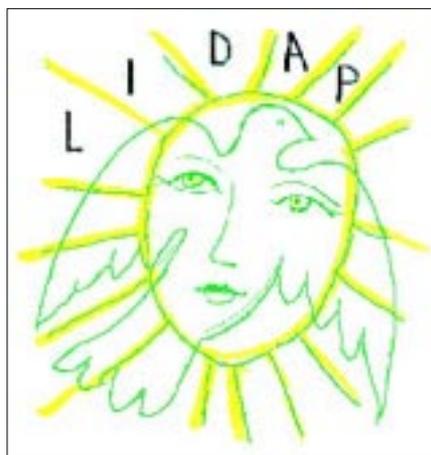
sto avviene per un disturbo che va per la maggiore e che è n'etichetta diagnostica del DSM IV: il disturbo d'attenzione con iperattività.

Dobbiamo fissare qui alcuni punti: il primo è che non credo che il modello medico di cambiamento possa avere validità per il bambino in difficoltà nella scuola. Il modello medico presuppone un concetto di salute come una normalità a cui tornare, e proprio per questo non è utilizzabile nel nostro caso. All'origine di tutte le difficoltà che trovano modo di esprimersi nel contesto scolastico, come abbiamo visto, c'è una situazione d'ansia e più profondamente d'angoscia. Seguendo il modello medico si tratterebbe di rimuovere il fattore causale del sintomo, cioè l'angoscia, per ristabilire lo stato di normalità. Il problema però è che l'angoscia non è una lesione dei tessuti, un'inflammatione, un'anomalia da eliminare. L'angoscia è una condizione esistenziale del soggetto: essa non è affatto qualcosa che discrimina tra sani e malati perché è qualcosa che appartiene a tutti all'origine. Benessere o disagio non significano presenza o assenza d'angoscia, ma buona o cattiva economia del suo trattamento. L'angoscia diventa patologia se degenera in ansia costante, o in panico, o se declina nella depressione. Bisogna entrare in quest'ordine di idee: che il sintomo psicologico, diversamente da quello medico, è una modalità di trattamento dell'angoscia. I sintomi che prendono forma come disagio scolastico vanno esattamente nello stesso senso. Moltissime richieste vengono al servizio psicologico che coordino a Milano nella scuola elementare di viale Romagna per problemi, per esempio, di condotta, di gestione in classe, di aggressività con i compagni.

Occorre considerare che un bambino aggressivo non è un bambino con un cattivo carattere: è un soggetto che tenta di superare l'angoscia dominandola con la forza e generalmente spostandola sull'altro. Se si ha questa chiave di lettura - che ritengo fondamentale - molti problemi diventano trasparenti e di conseguenza più facilmente

affrontabili. La domanda da porsi è sempre: a cosa reagisce il bambino? A quali sollecitazioni risponde? Non appena ci poniamo questa domanda dobbiamo subito introdurre un concetto, che ci porta sul terreno dell'etica, che è lo sfondo tematico di ogni clinica del soggetto. Quando ci domandiamo "A cosa risponde il bambino?" non dobbiamo pensare al bambino come a un puro ricettacolo passivo, pensando sul registro di un determinismo senza lacune che fa del soggetto un essere completamente condizionato e condizionabile. C'è una bella differenza tra il bambino e il cane di Pavlov, e la differenza è per l'appunto che il bambino è un soggetto.

Questo implica una concezione della causalità, e quindi del cambiamento, molto più complessa. L'immagine della causalità su cui si è edificata la fisica classica è quella lineare delle palle da biliardo: una palla si muove perché compita da un'altra palla. Poi le cose si sono complessificate anche lì. Quan-



do diciamo che il quesito è "A cosa il bambino risponde?" dobbiamo valorizzare questo termine di "risposta". Non si tratta infatti di prenderlo nel senso di un automatismo, perché in realtà non è completamente prevedibile né calcolabile, diversamente dal tragitto delle palle da biliardo. La risposta del bambino mette in gioco la sua responsabilità, che è un aspetto fondamentale. Dall'inizio, dai primissimi mesi di vita, il bambino va trattato come un essere responsabile delle proprie azioni - con una responsabilità ovviamente commisurata all'età.

La risposta attiva del bambino sollecita delle reazioni negli adulti, negli educatori, che a loro volta rinforzano o contrastano ciò su cui il bambino è stimolato. Si crea quindi una situazione di causalità circolare. Nei casi negativi la causalità circolare diventa circolo vizioso e si innescano allora dei labirinti di risposte apparentemente insolubili. A scuola vedo questa logica circolare creare impasse di comunicazione tra bambini e insegnanti. Il problema non è mai di andare a cercare dove sta la colpa o l'origine, ma, potremmo dire, di creare l'origine. Si tratta cioè di generare un punto di vista esterno, un punto prospettico fuori dall'apparente automatismo della circolarità, fuori dal binario su cui corrono da sempre le sollecitazioni e le risposte come fossero predeterminate.

Vedete che già qui si delinea un profilo di cambiamento che non è quello medico, consistente nel riportare allo *status quo ante*, a un'originaria normalità perduta, perché l'origine dal punto di vista della soggettività è un mito: non c'è un prima della soggettività.

Per quanto possa sembrare strano anche il modello di cambiamento che ci offre l'apprendimento non è adeguato per il soggetto in difficoltà scolastica. L'apprendimento è un processo progressivo e cumulativo. Il trattamento della difficoltà psicologica segue invece un percorso più accidentato.

A volte le persone sono stupite di progressi che non si aspettavano e che sono poi seguiti da improvvise cadute, regressioni. Tutto è fatto, nel trattamento del disagio, di avanzamenti e arretramenti.

Questo può scoraggiare solo se la cosa viene affrontata a partire dalla prospettiva illusoria della crescita progressiva e continua.

Il processo terapeutico sarebbe così se avesse come obiettivo, in una prospettiva ottimale, quella di eliminare l'angoscia. In realtà, se vogliamo uscire dalla retorica di una guarigione da immagine pubblicitaria, non è questo l'obiettivo, e quindi il percorso terapeutico segue uno strano zigzag.

(FINE DELLA PRIMA PARTE)

Gruppo intensivo antidap

SABATO 15 DICEMBRE SI È SVOLTO A PARMA CON GRANDE SUCCESSO DI PARTECIPAZIONE, NONOSTANTE LA NEVICATA, E DI ATTENZIONE UN INCONTRO DI UN POMERIGGIO GUIDATO DAL DOTT. PIETRO SPAGNULO SULL'INTERESSAMENTO DELLA MUSCOLATURA, DELLA RESPIRAZIONE E DEI NOSTRI SENSI (UDITO E VISTA) NEL VISSUTO D'ANSIA CHE ACCOMPAGNA L'ATTACCO DI PANICO. L'INTERESSE DEI PARTECIPANTI, COSTITUITI DAI FREQUENTATORI DEI NOSTRI GRUPPI DI AUTO-AIUTO, È STATO TALE DA PROMUOVERE SUL CAMPO L'INIZIATIVA DI UNA FUTURA GIORNATA INTERA CON UN PROGRAMMA DI GRUPPO INTENSIVO FINALIZZATO AL DECONDIZIONAMENTO NEL PANICO. PER ARRICCHIRE TUTTI QUANTI I SOCI DI UN ULTERIORE PUNTO DI VISTA SULLA NOSTRA PROBLEMATICA CI È PARSO SIGNIFICATIVO E DI MAGGIOR CHIAREZZA FARE ALCUNE DOMANDE AL DOTT. SPAGNULO.

intervista di **Alma Chlavarini**

1) Ci spiega sinteticamente e in parole a tutti comprensibili su cosa si fonda il suo progetto di lavoro?

Molte persone affrontano dei percorsi terapeutici, anche lunghi, ricavandone una maggiore maturità emotiva complessiva, ma, a volte, senza aver mai avuto l'opportunità di superare l'esperienza del panico con tutti i suoi risvolti emotivi e di evitamento. Il mio progetto parte da qui: intende fornire un'occasione di smarcamento dal panico completando ed integrando le esperienze di crescita personale.

2) Perché tale programma si rivolge a persone che abbiano già alle spalle un percorso di gruppo di auto aiuto o di significativo percorso terapeutico individuale?

Si tratta di un programma avanzato, cioè rivolto a chi possieda già una certa capacità di mettersi in gioco. Naturalmente è possibile che anche una persona più "vergine" possa ricavare molto aiuto da questo gruppo, come, ad esempio, chi possieda già una notevole predisposizione naturale e culturale a lavorare con i propri pensieri e le proprie emozioni.

3) Perché crede abbia tanta importanza per la persona che ha problemi di panico conoscere esattamente le scelte che farebbe nella propria vita nell'ipotesi magica di una vita senza panico?

È molto importante "potersi pensare" liberi dal panico.

Gli attacchi di panico ed i meccanismi di evitamento tendono, col tempo, a diventare i protagonisti della nostra vita e delle nostre scelte. Ciò ci allontana da noi stessi e, paradossalmente, rende gli attacchi di panico più resistenti ad ogni intervento.

4) Fino ad oggi abbiamo pensato quasi tutti, o meglio così ci hanno indirizzato a credere, perlomeno se non puntiamo su un esclusivo aiuto farmacologico, che per "risolvere" il disturbo fosse necessario l'impegno in un lavoro terapeutico su se

stessi, sui propri blocchi e sui conflitti irrisolti: lavoro che prevede, seppure con sfumature diversificate dai vari indirizzi di terapie, l'accettazione di un vissuto di dolore che parte dalla comprensione fino alla riappropriazione della propria storia: il "decondizionamento" cui Lei fa riferimento si fonda sugli stessi passaggi?

Il lavoro su se stessi è irrinunciabile. È irrinunciabile la riappropriazione di se stessi. Ma ciò che a volte viene inutilmente enfatizzato è l'aspetto doloroso della propria storia. È ovvio che dietro al panico c'è dolore. È dolorosa l'esperienza stessa del panico, sono dolorose le tante esigenze calpestate e sono dolorose delle esperienze infantili ed anche adulte che sono collegate con il disturbo.

Ma ci sono anche tante risorse e tanta voglia di vivere.

Cosa farebbe lei se avesse un negozio, un'attività, un'azienda che non va bene? Si metterebbe in un angolo a contemplare le perdite economiche o le occasioni mancate? Oppure cercherebbe di capire quali sono i punti di forza che può utilizzare per uscire dall'impasse?

Insomma, è importante riconoscere il dolore, ma è inutile farne oggetto di contemplazione: la psicoterapia ha un senso se aiuta a cambiare.

5) Tale decondizionamento lavora esclusivamente alla sparizione del sintomo o ha un effetto più profondo?

La maggiore o minore profondità di un intervento terapeutico non dipende dall'oggetto delle proprie tecniche, ma, come lei stessa dice, dagli effetti.

Anche lavorare sul sintomo può avere ripercussioni "profonde" sulla nostra vita. Il sintomo non è un fenomeno isolato di cui semplicemente sbarazzarsi, ma ha dei significati che sono collegati con tutto il nostro modo di essere.

Pertanto, è verissimo che non è possibile decondizionarsi dalla reazione di panico

se quest'ultima ha una funzione soggettiva ed intersoggettiva non risolta, ma è anche vero che la funzione che svolge il sintomo nel nostro equilibrio complessivo spesso non viene a galla finché non si lavora effettivamente sul sintomo e sui suoi significati.

Il decondizionamento in senso stretto, così come viene effettuato nel programma, è solo una parte del lavoro, il gruppo intensivo è strutturato in modo tale da rivelare e riorganizzare le connessioni che il sintomo ha con le nostre convinzioni profonde.

D'altra parte, una volta identificati i significati profondi del sintomo, spesso ci si ritrova a non sapere come affrontare un meccanismo circolare automatico che si chiama panico. Quindi una parte importante del lavoro di gruppo consiste nell'apprendere gli strumenti per allenarsi a smantellare questo meccanismo automatico. Può trovarmi qualcuno al mondo che si rifiuti, per principio, di imparare a farlo?

6) Dall'esperienza associativa ci siamo spesso interrogati su storie di panico che "durano una vita" nonostante le terapie, residui di esso nel tempo quali per esempio evitamenti o agorafobia, ricadute dopo anni di sparizioni del sintomo vissute come fallimenti: Lei ritiene che non ci si possa mai ritenere completamente fuori dal disturbo?

Bisogna distinguere tra "maggiore sensibilità all'ansia" ed essere succubi del sintomo.

Ciò che bisogna accettare e che probabilmente non andrà mai via, è una particolare sensibilità alla reazione ansiosa.

Ma è possibile fare in modo che questa sensibilità non costituisca un ostacolo al nostro sviluppo personale.

La liberazione dal sintomo non vuol dire assicurarsi a vita di non avere mai più un attacco di panico, ma fare in modo che l'ansia e il panico non guidino la nostra vita allontanandoci dai nostri legittimi bisogni vitali.

Per far questo è importante "prendere confidenza" con l'ansia e persino con il panico, imparare a scioglierne gli effetti, imparare a controllare la nostra reazione circolare all'ansia, imparare a spegnere il panico sul nascere.

Il valore del decondizionamento è tutto qui: disattivare il meccanismo del panico!

In questo modo possiamo imparare ad apprezzare il valore di segnale che l'ansia svolge per noi, senza diventarne vittime.

Alle cinque della sera

GIOVEDÌ, CIRCA LE CINQUE DEL POMERIGGIO. MI AVVICINO AL LUOGO DELL'APPUNTAMENTO SETTIMANALE CON IL GRUPPO LIDAP E PENSO... È UN POSTO DI PER SÉ RILASSANTE: UN PO' LONTANO DAI RUMORI DELLA CITTÀ, MA MOLTO CENTRALE, MOLTO LUMINOSO, UN PO' FREDDO D'INVERNO, FORSE ANCHE PER TUTTE LE "CIMINIÈRE" CHE LO FREQUENTANO E CHE, SIGARETTA DOPO SIGARETTA, COSTRINGONO A TENERE LE FINESTRE APERTE!

di **Lally (Genova)**

Sono alcuni mesi che percorro questa strada settimanalmente. Ho cominciato per disperazione: gli attacchi di panico si sono ripresentati dopo un po' di anni e questa volta temevo di non reggerli! Resistere mi costava ulteriore stress; fermarmi come la prima volta quando, per esempio, ho smesso di lavorare per circa due mesi, è diventato più problematico e mi deprimerebbe. Avrei voluto che qualcuno mi prendesse per mano e mi indicasse una possibile soluzione. Non sono troppo d'accordo sulla teoria che, in questi casi, l'interessato debba agire da solo per dimostrare la sua volontà di guarire. Quando in famiglia c'è chi ha la febbre alta, è chi sta bene a chiamare il medico! I primi passi sono, in certi casi, davvero difficili e dolorosi. Che fare dunque? Per prima cosa tornare dal neurologo che, anni fa, mi ha aiutata a stare meglio e poi? Non volevo e non potevo iniziare una nuova psicoterapia. L'esperienza, a suo tempo, non era stata delle migliori e nemmeno troppo economica. Il suggerimento di una conoscente, per giunta del settore, mi ha portato qui; non sapevo che cosa aspettarmi e forse ancora oggi sto cercando di capirlo. Devo dire che mi ha aiutato a prendere atto del mio disagio. Sono, però, uscita più di una volta dalla riunione con la convinzione che sarebbe stata l'ultima. Nel gruppo porto la mia insicurezza, i miei complessi, il mio panico e la paura del panico; cerco di capire il significato dell'Associazione, le sue finalità, la filosofia che la ispira, al di là dello spontaneismo delle riunioni di gruppo. Mi piacerebbe che si potesse realizzare un'accettazione dell'altro anche in quei casi che comportano uno stato d'ansia o, addirittura, di rifiuto nei confronti di uno o di alcuni componenti. Mi piacerebbe che insieme imparassimo a gestire queste situazioni per non

avere gli atteggiamenti di chiusura, incomprensione, diffidenza, che spesso lamentiamo nel mondo esterno. Credo che vorrei trovare anche qualche stimolo diverso (tecniche di rilassamento, musicoterapica, ecc.) dal puro incontro di persone che cercano, giustamente, di posare per qualche ora il proprio fardello e sentirlo un po' più leggero. Siccome mi è capitato personalmente di trovare medici che in 48 ore hanno cambiato completamente la diagnosi di cui, 48 ore prima, erano assolutamente certi, mi sono chiesta che sarebbe accaduto se ci fossimo fermati al primo pronunciamento. Mi piacerebbe che l'Associazione ci aiutasse anche nella ricerca delle persone "giuste", esperte del settore, per non essere cavie sulla cui pelle si sperimentano farmaci vari con effetti collaterali, non secondari, ed avere indicazioni su psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri consapevoli e rispettosi della nostra sofferenza e del fatto che dobbiamo far convivere il nostro disagio con una vita quotidiana che non vogliamo, o magari, non possiamo abbandonare o modificare con facilità, anche perché non visibile agli altri e spesso nascosta da noi stessi. Una psicologa, amica di famiglia, mi ha detto, qualche anno fa, di cercare con calma l'analista con cui poter fare un lavoro proficuo; parole sante, che tengono però poco conto del costo emotivo ed economico di questo discorso. Allora mi piacerebbe che la Lidap potesse anche dare qualche indicazione al riguardo. Rileggendo i pochi numeri di Pan ricevuti finora, mi sembra invece di trovare suggerimenti rispettosi, sì, dell'autonomia e delle differenti sensibilità di ciascuno, ma anche un po' generiche e contraddittorie; nel numero di Pan di ottobre 2001, Valentina Cultrera risponde, per esempio, agli articoli di Angelo e Roberto. E' vero che gli ar-

gomenti proposti sono assolutamente diversi; l'uno si occupa di una auspiciata linea filosofica della Lidap, l'altro del modo di stare in gruppo (tra amici, tra persone che si incontrano solo per la riunione). Tuttavia la risposta non mi soddisfa! In un caso, Valentina suggerisce e difende l'accoglienza della pluralità quasi assoluta delle varie teorie, ma pluralità che secondo me potrebbe essere fuorviante o più semplicemente sconcertante. Nel secondo caso, mi pare invece che dica con chiarezza come deve comportarsi un gruppo nelle sue dinamiche interne, tanto da pubblicare l'articolo solo con risposta parallela, salvo poi aprire un timido spazio di confronto. Forse la pluralità è a senso unico? Dai comportamenti associativi, dalla filosofia dell'associazione, deriva direttamente, a mio parere, la qualità dell'attività dei gruppi e quindi eventuali, profonde differenze tra i soci che li compongono. Che farebbero allora i Soci? Inseguirebbero il gruppo (migliore) come si fa con lo specialista famoso? Con il panico? A questo punto do sfogo alla mia voglia di polemica per chiedere come mai, per esempio, i corsi per facilitatore ed altre riunioni, non possono svolgersi nelle varie città di appartenenza, anziché costringere i soci a muoversi; non ripetiamo che muoversi fa parte dell'auto-aiuto? Per molti soci viaggiare con il panico è davvero un problema... ed allora questa scelta non è, in qualche modo, discriminatoria? E' vero, comunque, che anche a me ultimamente è capitato di superare almeno in parte la crisi di un viaggio in treno scrivendo una specie di lunga lettera al mio gruppo, in qualche modo portando un po' con me ciascuno di loro. Quanto penso troppo! Me lo dicono da tanti anni... Sono le 19,00 circa... Esco dall'incontro. Sono perplessa. Eravamo in troppi secondo me. C'era poco spazio per il disagio di alcuni che si intravedeva dietro volti tesi e mezze parole; sono perplessa ma credo che la settimana prossima verso le 16,00 metterò ancora a freno la mia impulsività, accetterò anche quel po' di ansia che gli incontri portano con sé e risalirò un'altra volta la viuzza che porta alla sede...

Magia della LIDAP?

Riparte la Lidap a Padova

di **Sandra Milan**

Abbiamo consultato psicologi, psichiatri e psicoterapeuti. Molti di noi hanno fatto uso di farmaci. Ci siamo imbattuti nell'ignoranza delle persone "sane" e ci siamo sentiti dei marziani nella società dei "perfetti". E poi navigando in internet, guardando il Maurizio Costanzo show, leggendo articoli sul DAP abbiamo conosciuto la L.I.D.A.P. e testimoni quali Pietro Adorni. E' così che abbiamo costituito il gruppo di auto aiuto di Padova; grazie all'informazione e alla ricerca continua di "vie di scampo".

Con l'organizzazione dei volontari e della nostra moderatrice gli incontri sono iniziati circa 6 settimane fa. Attualmente il gruppo è eterogeneo; copre diverse fasce di età; i partecipanti vengono da più parti, anche da fuori provincia, e i percorsi del disagio d.a.p.

sono tutti diversi. Ma le 8 persone che ne fanno parte hanno una gran voglia di riuscire a condurre una vita normale; di camminare in uno spazio aperto senza dover scappare; di guidare l'aiuto senza l'ausilio di un compagno; di superare le crisi ansiose depressive...

Alcune di queste persone aspettavano da tempo che un gruppo di auto aiuto si costituisse anche nella provincia di Padova altre invece hanno deciso di intraprendere per la seconda volta il percorso di gruppo in quanto già sperimentato positivamente.

In una percentuale del 40% di uomini e del 60% di donne, ci si incontra una volta a settimana per circa un'ora e mezza in orario serale. L'unica spesa che viene sostenuta è minima ed è quella che riguarda l'affitto della sala in cui ci si riunisce.

Riflessioni su un articolo

di **Salvatore Giresi**

Sono una persona normale come altri, ad eccezione di una particolare variante: da oltre 20 (venti) anni e precisamente a partire dalla pubertà (tra i 13/14 anni) ho cominciato a soffrire di disturbi di crisi di panico (DAP), affrontandoli e combattendoli con enorme forza di volontà, con il continuo supporto farmacologico, che assieme hanno contribuito a tenere bassa la tempesta, che come tale definisco.

Durante questi anni, ho consultato tanti operatori del settore (Medici di base, neuropsichiatri, neurologi), che sostanzialmente mi hanno suggerito di continuare per sempre una terapia farmacologica, di non dare peso al problema, di cercare di accettare la realtà facendo finta di essere come un qualsiasi paziente affetto da diabete, ulcera, ipertensione etc. che deve sempre prendere le medicine.

In atto trascorro le mie giornate (in famiglia, lavoro, sociale etc.), assumendo un farmaco della classe degli antidepressivi (Maveral 100) e di un farmaco ansiolitico della classe delle benzodiazepine (Lexotan 1,5).

Quando sono stato meglio ho sempre cercato di allontanare le medicine, ma dopo poco tempo si è sempre verificata la comparsa dei sintomi ("tempesta") e, per far fronte alle crisi ho ricominciato a prendere i farmaci ritornando subito dopo a migliorare.

Non riuscendo mai a combattere le

crisi di panico senza il supporto farmacologico, apprezzo molto e con molta stima il coraggio che mostra il sig. Caffetti (vedi articolo "Essere fuori di testa" di Roberto Caffetti su Pan n° 3, ottobre 2001) ad affrontare le crisi, ad accettarle, ad ignorarle ed addirittura a sfidarle, scuotendo la testa e sorridendo, cosa che mi ha molto colpito, in quanto lo stesso mostra un qualcosa che io e forse altri non abbiamo.

Sarebbe gratificante sapere dal sig. Caffetti che tipo di strategia adopera ad affrontare le crisi di panico e, se ha qualche stratagemma, potrebbe se vuole suggerirlo anche a me, in quanto io purtroppo, come citato, ho sempre bisogno delle medicine.

Aggiungo anche, e sono perfettamente d'accordo con lui quando sostiene che "QUELLA COSA" che mi accompagna da anni è tutt'altro che una maledizione, una condanna o una grave malattia, ma altro non è che la capacità della mente umana di imboccare un percorso insolito ed alternativo nella percezione del reale che ci circonda.

Mi fa molto riflettere anche quanto cita: che convivere con "quella cosa" o, per meglio dire, con quella QUALITÀ non sia poi così negativo e che il fatto di possederla, lo contraddistingua come persona speciale, dotata di una sensibilità particolare, cosa che io ho sempre trovato in persone con questo tipo di patologia.

Rapporti umani

di **Silvana Santi**

Da quando frequento i gruppi Lidap ho imparato molte più cose sui rapporti umani ... Ho imparato soprattutto che siamo persone normalissime, perché delle persone "normali" abbiamo tutti i difetti: gelosie, rivalità, ripicche, antipatie, prevaricazioni. Al contrario: simpatie, complicità, sodalizi.

Credo che tutto questo si crei dal dover gestire le proprie emozioni e contemporaneamente conoscere quelle degli altri; così spesso nel gruppo si sviluppa come una sorta di atmosfera di guerra che serpeggia minacciosa dagli uni agli altri. Ci si guarda in cagnesco, ci si sente giudicati, si giudica.

"Perché quel tizio appena arrivato si comporta così? Dice cose che non condivido e poi mi guarda storto, non mi ascolta quando parlo ... ecc. ecc."

Naturalmente sto facendo un esempio a caso anche se, non lo nego, ho provato anch'io qualcosa di simile.

Si impara quindi a conoscere meglio i caratteri, ma innanzi tutto noi stessi, perciò queste burrasche non mi dispiacciono affatto: più si è assorbiti dalle varie questioni del gruppo, più si dimenticano gli attacchi di panico!

FORMAZIONE

Si è svolta a Firenze, il 13 ottobre, la giornata di formazione per i nuovi consulenti della Lidap.

Hanno presenziato molti psicologi psicoterapeuti, a cui è stato illustrato il protocollo d'intesa tra la Lidap e i suoi Consulenti. Le linee-guida, che regolano questa preziosa collaborazione, sono state discusse ampiamente, sotto la supervisione della d.ssa Amalia Prunotto, che nella Lidap cura l'aspetto formativo del Comitato dei consulenti, e di una parte del Consiglio direttivo. A tutti coloro che hanno superato la formazione, il nostro augurio di buon lavoro.

Il prossimo appuntamento, rivolto ai professionisti che intendono mettere a disposizione dell'associazione la propria competenza, è per il giorno 3 febbraio, a La Spezia, alle ore 10.30.

La mia storia con il dap

PER TANTO TEMPO, OLTRE A DIVIDERMI TRA LA VITA E LA VOGLIA DI NON VIVERE, ANCHE IL MIO NOME DI BATTESIMO ERA STATO ACCORCIATO, TUTTI MI CHIAMAVANO MASSIMO, OGGI PER TUTTI SONO UN NUOVO ESSERE UMANO E PER TUTTI SONO MASSIMILIANO.

di **Massimiliano (Torino)**

Soffro di attacchi di panico da 10 anni, ne ho "solo 25". Dico "solo" perché questi 25 anni, non li ho vissuti al 100%, ma solo, poco più della metà. Le cose, per me sono andate male nel 1995, quando a causa del Dap, mi sono licenziato dal mio lavoro di parucchiere, che amavo molto. Per quasi sei anni sono stato chiuso in casa, uscendo solo accompagnato da persone di cui mi fidavo. Mai solo! Non potevo assaporare il gusto dell'aria senza avere qualcuno accanto... I secondi, i minuti, le ore, i giorni, i mesi e alla fine gli anni, mi hanno fatto "accomodare" su questo "divano" scomodo, ma sicuro che si chiama "Male Oscuro". Tutto questo, fino ai primi giorni di Primavera. Era un giorno pieno di Sole.

Soffrivo, piangevo, vedevo tanta gente che passeggiava sotto casa mia e io ero solo, che scrutavo da dietro le tende, mi vergognavo di vivere quel momento... ero impaurito, volevo scendere le scale e andare anche io a godere di quel bellissimo pomeriggio. Ma non riuscivo nemmeno a staccarmi da vicino la finestra... Cominciai a piangere, pian piano. Poi cercai "aiuto" nel web e ho incontrato la prima porta nel universo della rete, il sito della Lidap. Ho telefonato subito e con un paio di telefonate sono giunto a parlare con qualcuno del gruppo di Torino. Per anni, non avevo accettato nessun aiuto, nessun dottore, nessuna cura. Quel giorno avevo deciso che

Massimiliano doveva tornare a vivere. Sono arrivato al gruppo, con tanto terrore, ma con altrettanto coraggio... Mi chiedevo: - Chi ci sarà? Mi guarderanno, mi daranno problemi? - Più mi avvicinavo alla sede del gruppo, più volevo scomparire... -Eh no!- continuavo a dirmi. - Questa volta sono al bivio, e devo decidere tra libertà e "reclusione forzata".

Ho scelto la strada della libertà e non me ne pento. Dalla prima volta che ho conosciuto il gruppo, mi sono sentito rinascere. Per anni, sono stato deriso, umiliato, giudicato male, per la mia apatia alla vita, per la mia mancanza di vitalità, per la mia voglia di mangiare solamente in casa, di non amare il cinema, le discoteche, ecc...ecc... Da quel giorno ho conquistato un pochino di fiducia in me stesso, e anche tutte le persone che mi circondano, oggi, credono in me. Il contatto umano con chi come me ha sofferto per questo male oscuro è qualcosa di essenziale, ci mette tutti sulla stessa strada, ma con itinerari diversi... L'importante è giungere...

Oggi 17 Ottobre ho scalato una montagna, dopo 6 anni, sono uscito di casa da solo, ho assaporato la mia aria senza essere dipendente da nessuno. Ho camminato, tanto, in teoria 40 minuti, in pratica per me, sono state più di 4 ore. Sono orgoglioso di me, della Lidap... Spero che il gruppo di auto aiuto sia utile a tanti altri ragazzi...

Reperibilità telefonica: formazione in corso

di **Carla Caraffini**

Il 24 Novembre 2001 u.s. si è tenuto, presso la sede LIDAP di Parma, un Corso di Formazione per Operatori Telefonici.

All'incontro, presieduto da Maria Teresa Pozzi (coordinatrice della Reperibilità Lidap) e dalla D.ssa Olimpia Degni (psicologa consulente Lidap) erano presenti Giuseppe Costa e Alma Chiavarini del C.d.A., oltre agli Operatori Telefonici di Parma ed altri soci Lidap interessati alla formazione.

La riunione ha avuto inizio con la presentazione del programma da parte di Maria Teresa che si imperniava sui seguenti punti:

- 1) il servizio di help-line Lidap;
- 2) La figura dell'operatore telefonico;
- 3) Come si articola la risposta alla richiesta di aiuto.

I punti sono stati ampiamente approfonditi con interventi da parte dei presenti.

La D.ssa Degni ha poi proseguito con l'esposizione del suo programma che prevedeva il dibattito sui seguenti punti:

- 1) Il contesto comunicativo del dialogo telefonico;
- 2) Considerazioni teorico-pratiche sulle motivazioni e i bisogni degli utenti telefonici Lidap;
- 3) L'ascolto;
- 4) La risposta alle richieste di aiuto;
- 5) La comunicazione e conflitto;
- 6) Atteggiamenti e risposte di fronte alla diversità.

Al termine sono seguite domande e discussioni su casi ed esperienze personali. La D.ssa Degni ha fornito spiegazioni chiare e complete alle tematiche, ottenendo una partecipazione attiva ed apprezzamento generale.

L'incontro è stato molto interessante, e per questo è stata avanzata la richiesta di altri corsi di aggiornamento e formazione. La domanda è stata accolta e tale richiesta dovrebbe essere presa in considerazione da parte del Direttivo, nel prossimo anno.

I dap e la psicoterapia individuale

IL DAP RISULTA, TRA I DISTURBI D'ANSIA, UNO TRA QUELLI PIÙ SENSIBILI ALL'INTERVENTO DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE. ALCUNE RICERCHE, CHE SI SONO CONCENTRATE SOPRATTUTTO SULLA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA (PSICOANALISI E PSICOTERAPIA BREVE AD ORIENTAMENTO ANALITICO) E SU QUELLA COGNITIVA, HANNO MESSO IN RILIEVO UNA INCIDENZA POSITIVA NELL'80-85% DEI CASI (CON FOLLOW UP DI 10 ANNI) IN CUI I SOGGETTI AVEVANO INIZIATO E CONCLUSO UNA PSICOTERAPIA.

di **Paolo Chiappero**

La positività dell'esito era intesa sia in termini di remissione totale dei sintomi, sia di remissione parziale ma sufficiente a permettere al paziente di svolgere una normale attività sociale e lavorativa in piena autonomia.

Un altro fattore che testimonia indirettamente l'importanza del rapporto psicoterapeutico è dato dalla sensibilità, da parte di chi soffre di DAP, all'effetto placebo". Si tratta di un risultato importante in quanto la "suggerimento", legata all'efficacia del placebo, è un fenomeno eminentemente psicologico.

In questo caso si è rilevato un miglioramento sintomatico che ha raggiunto, in alcuni casi, percentuali del 43%. Dati estremamente elevati, anche rispetto ad altri tipi di disturbi psicologici (ad es. nel caso del disturbo ossessivo compulsivo i miglioramenti dovuti al placebo raggiungono percentuali insignificanti).

Si sono condotte ricerche anche nel caso di DAP indotto artificialmente (attraverso infusioni di lattato, un derivato dell'acido lattico). Dai risultati emerge una alta probabilità di remissione dei sintomi attraverso la psicoterapia.

Nel caso dei risultati esposti per primi (efficacia della Psicoterapia), si è riscontrato come essi siano influenzati positivamente da un trattamento integrato Psicoterapia/Terapia farmacologica e Gruppo di auto-aiuto.

Vorrei soffermarmi su due aspetti che ritengo salienti, nel rapporto tra farmaci e terapia psicologica.

Il primo è legato all'efficacia comprovata di associare le due forme di terapia. Ma questa integrazione non significa soltanto che il paziente associa una terapia all'altra, ma che esiste un'integrazione anche tra i professionisti che si occupano del paziente, nel senso di seguire insieme, passo per passo, la terapia "integrata" del paziente. Una collaborazione che va quindi oltre le ormai anacronistiche divisioni tra approcci diversi.

Inoltre, e questo è il secondo aspetto, ho potuto verificare, insieme a molti altri colleghi, come si assista sempre di più a casi di persone che senza un'ade-

guata "copertura" farmacologica non potrebbero iniziare una Psicoterapia (soprattutto per la difficoltà a spostarsi viceversa molti pazienti riluttanti ad un approccio farmacologico maturano la disponibilità all'assumere farmaci proprio durante la Psicoterapia. Questo avviene non solo per un'esplicita indicazione del Terapeuta, ma anche perché lo stesso "lavoro" psicoterapeutico, consente di intervenire su aspetti che a volte sono alla base delle resistenze ai farmaci (disistima, timore della dipendenza, sfiducia legata ad esperienze farmacologiche precedenti, ecc.).

Ma, ritornando alla Psicoterapia, o meglio "alle Psicoterapie", va detto che esistono vari approcci.

In realtà possiamo riscontrare che accanto a notevoli, e spesso inconciliabili, differenze teoriche, esistono forti analogie sul piano della "conduzione" di una Terapia (la cosiddetta "tecnica"), ed ancora di più ne esistono per quanto riguarda ciò che "veramente fanno i Terapeuti".

In pratica esisterebbero tutta una serie di fattori che permettono che la Psicoterapia sia efficace, nella fattispecie in casi di DAP, e sono detti "fattori aspecifici" proprio perché li possiamo ritrovare potenzialmente in tutte le forme di Terapia psicologica.

Le ricerche più recenti sull'efficacia della Psicoterapia si sono concentrate molto su questi fattori "aspecifici", e su quella che viene chiamata la "personalità terapeutica" dello Psicoterapeuta (Luborsky e coll. 1985; ricerche di H.Strupp e J.Frank).

Questi fattori (ne elenco i più importanti) sono: da parte dello Psicoterapeuta, la competenza teorica e pratica (al di là del tipo di approccio seguito), la motivazione al proprio lavoro in generale e con quel paziente in particolare la capacità di comunicare efficacemente con lui (o lei), di stimolarlo e nello stesso di tempo di metterlo a proprio agio creando un ambiente stabile e confortevole; da parte del paziente: una altrettanto adeguata motivazione all'intraprendere la psicoterapia, la fiducia riposta nel Terapeuta, la capacità e disponibilità ad auto-osservarsi e mettersi in discussione, l'accettazione dei metodi e delle regole della Psicoterapia (potremmo anche dire: la collaborazione al processo terapeutico).

Tutto ciò consente lo sviluppo, in qualunque terapia efficace, di una "alleanza di lavoro" tra paziente e terapeuta che sovente, nei soggetti sofferenti di DAP, rappresenta quella "base sicura" che è mancata nella loro esperienza di vita.

Esistono poi dei fattori più specifici, legati alle singole teorie o Scuole. Da questo punto di vista, mi soffermerò sul mio approccio che è di tipo "psicodinamico" (ossia si collega in larghissima parte alle teorie della Psicoanalisi).

In esso viene dato rilievo a due particolari fattori, interagenti tra loro.

In termini tecnici dovrei parlarvi di "insight" (che in inglese sta sia per "intuito" che per "capacità di discernere, giudicare") e di "esperienza emozionale mutativa". Ma preferisco usare rispettivamente i termini di "comprendere" e "vivere".

Cominciamo dal primo: per una persona affetta da crisi più o meno ricorrenti di panico è fondamentale riuscire a dare un senso, un significato, a ciò che gli/le accade.

Ognuno di noi ha bisogno di dare un senso, un significato, alle proprie sensazioni ed emozioni: soprattutto se si tratta di qualcosa al contempo angosciante ed inspiegabile (oltre che improvviso) come l'attacco di panico. Ovviamente questo non significa che esista una sorta di "formuletta" uguale per tutti, per cui si possa dire a chiunque che la causa dei suoi attacchi è "quello" o "quell'altro". Si tratta di un lavoro più o meno lungo ed impegnativo, quello della ricerca del significato inconscio degli attacchi di panico.

D'altra parte il DAP è presente, come sintomo, in diverse "strutture di personalità" e spesso collegato ad altre problematiche (vedi studi sulla comorbilità); però, aspetto ancora più significativo, dietro ad ogni paziente che soffre di attacchi di panico esiste una storia personale, passata ed attuale, fatta

(continua nella pagina successiva)

(segue dalla pagina precedente)

di esperienze, accadimenti, conflitti, relazioni affettive, risorse personali e limiti, irriducibili a qualsiasi categoria diagnostica! Sono questi gli aspetti che vanno affrontati, e capiti all'interno dell'esperienza della Psicoterapia.

Inoltre, non va dimenticato che nel lavoro psicoterapeutico la focalizzazione è innanzi tutto sul singolo individuo, prima che su una "etichetta" diagnostica. Quest'ultima è di indubbia utilità nella misura in cui può sottolineare denominatori comuni, ma non potrà mai essere esaustiva quanto al descrivere, e tanto meno al comprendere, la persona che è di fronte a noi. (Rischio dell'etichetta "dappista")

Ma la Psicoterapia è anche una relazione tra due persone, due "esseri umani che parlano in una stanza" (o meglio ancora: comunicano, perché la comunicazione è anche non verbale). Questo punto ci porta al secondo fattore terapeutico di cui parlavo in precedenza.

Ho detto "vivere", perché l'incontro tra la persona del Terapeuta ed il paziente è qualcosa di "vivo", non una semplice relazione a due in cui uno parla di sé e l'altro dà delle semplici spiegazioni. Se fosse così, il "comprendere" di cui parlavo prima (o "insight") rischerebbe di essere soltanto un puro esercizio intellettuale. Per questo parliamo di "esperienza emotiva", perché attraverso una persona che ci comprende, ci è vicina anche emotivamente, ci accetta per quello che siamo, parlare di noi e scoprire cause e nuovi significati dei nostri problemi e conflitti diventa "terapeutico".

Soprattutto quando la comprensione di sé è accompagnata da emozioni, anche intense, che proviamo durante questo colloquio a due che è la psicoterapia. Non solo, non vi sarà sfuggito che ho aggiunto, in precedenza, il termine "mutativa".

Questo termine si giustifica per il fatto che l'esperienza emotiva che nasce all'interno della psicoterapia deve anche differenziarsi da esperienze emotive interpersonali precedenti, proprio perché ha un obiettivo "mutativo", cioè si pone l'obiettivo di un cambiamento, e non un'esperienza emotiva a sé stante, cioè che lascia la persona com'è.

L'empatia (ossia il mettersi nei panni dell'altro), l'ascolto partecipe, l'accettazione, diventano allora gli ingredienti di un'esperienza emotiva che può cambiare il paziente e che serve anche come supporto a quel "viaggio dentro noi stessi" che è la terapia psicologica.

Abbiamo, allora, una relazione umana, oltre che una relazione terapeutica, e sottolineerei, che è terapeutica anche perché umana.

Ma quali sono i contenuti di cui ci si occupa più spesso, nella psicoterapia del paziente con DAP?

L'insorgenza del DAP è spesso connessa con eventi drammatici e luttuosi nella vita del soggetto.

Oppure essa si manifesta in chi aveva già una particolare sensibilità a quegli eventi, non traumatici di per sé, che caratterizzano il "ciclo vitale" di quasi tutti noi (matrimonio, cambiamenti lavorativi, maternità e paternità, termine degli studi, ecc.) e che rappresentano importanti momenti di cambiamento, ma anche "separazioni", nella misura in cui sono momenti di transizione verso il "nuovo", che per quanta possa essere anche desiderato consciamente, può rappresentare una incognita.

Le persone che oggi vivono nel timore di avere un attacco di panico sono spesso coloro che, nell'infanzia, hanno sofferto di "ansia di separazione" (inserimento a scuola, all'asilo, ecc.).

Da questo punto di vista il rapporto terapeutico serve a creare una nuova esperienza esistenziale che con i suoi requisiti di stabilità e sicurezza, contribuisce a superare queste problematiche.

Per concludere vorrei aggiungere un'ulteriore considerazione: panico ed angoscia richiamano alla mente anche sentimenti di impotenza, qualcosa che subiamo, passivamente. Tanto che sovente la persona che ne soffre addebita a cause esterne (luoghi, situazioni, ecc.), anziché interne, lo scatenarsi della crisi di angoscia.

Si tratta di un meccanismo di difesa teso a negare la realtà interna, psicologica ed affettiva, dalla quale è più difficile "fuggire", rispetto a qualcosa di esterno e separato da noi.

Da questo punto di vista il Terapeuta deve cercare di dare un senso all'esperienza ansiogena del paziente ma al contempo rassicurarlo, sottolineandone le risorse e le capacità.

Chi soffre di DAP troppo spesso si percepisce come passivo ed incapace, con gravi riflessi sulla propria autostima che possono evolvere verso stati depressivi.

Il Terapeuta deve quindi intervenire anche sull'autostima, perché il paziente ricostruisca una immagine di sé migliore e più realistica, perché se è vero che l'attacco di panico ci invade quando si manifesta, questo non significa che dentro di noi non ci possano essere le risorse per vincerlo.

Aperto il forum internet Lidap-Onlus

di **Pietro Adomi**

Il nostro sito web continua ad essere ben frequentato. Da inizio 2001 ad oggi, 28 Dicembre, gli accessi unici sono stati 38.514, le pagine viste 57.150. Tra le tante visite, sono in buon numero quelle di Centri Universitari ed altri Enti ed Istituti di rilevanza nazionale, europea e mondiale.

Le nostre pagine web figurano su tutti principali motori di ricerca, portali e siti specializzati e non (tra questi, di recente, il sito dell'emittente LA7, la pagina del segretariato Rai.it, ecc.).

Un buon successo, insomma.

Una Novità importante: il 13 Dicembre scorso abbiamo attivato il Forum "Lidap Onlus": un forum, aperto a tutti, al quale tutti gli associati (dotati di computer ed Internet) possono iscriversi e partecipare! Un forum, lo diciamo per chi è poco avvezzo, o non lo è per niente, al linguaggio di Internet, è un "muro, o parete, virtuale" cui i partecipanti Lidap, ed altri "navigatori Internet", appendono i loro messaggi (o post) contenenti esperienze, domande e risposte.

Troverete tutte le istruzioni, nei dettagli, nel sito www.lidap.it.

Ci teniamo a sottolineare, e questo è stato un punto analizzato e dibattuto, a lungo, durante gli ultimi incontri del consiglio direttivo, che il Forum Lidap Onlus è uno "strumento di comunicazione" in più, il cui scopo non è quello di incollarci di fronte ad un monitor. L' Aiuto reale non potrà mai essere sostituito dall'aiuto "virtuale".

Quote associative anno 2002

Ricordiamo a tutti che il 28 febbraio 2002 scade il termine per il pagamento della quota associativa annuale.

Quota associativa* e rinnovo annuale - SOCIO ORDINARIO: • 52,00 (L. 100.686); ridotta per SOCIO disoccupato o studente o • 26,00 (L. 50.343).

Quota associativa e rinnovo annuale- SOCIO SOSTENITORE (terapeuti, familiari, ecc.)- contributo libero a partire da • 52,65 (L. 100.686).

* Chi si iscrive per la prima volta in qualità di SOCIO ORDINARIO dopo il 30.06.2002, (restano esclusi da questa agevolazione pertanto i rinnovi annuali) verserà solo • 26,00 (L.50.353) ridotta per SOCIO studente o disoccupato/a: • 13,00 (L. 25.172).

Quota associativa per residenti in zone attualmente prive di gruppi di auto aiuto e referenti Lidap: • 15,00 (L. 29.044). La nostra newsletter sarà inviata, oltre che agli associati, anche a quanti invieranno un contributo di almeno • 10,00 (L. 19.363).

Conto corrente postale n.10494193 intestato a LIDAP Onlus - Via Piandarana, 4 - 19122 La Spezia.

IMPORTANTE

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

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

A CHI SCRIVE PER PAN

Per ragioni di spazio e di impostazione grafica non possiamo pubblicare articoli eccessivamente lunghi. La Redazione di Pan invita gli articolisti a NON superare 2 pagine formato A4 (carattere 10/12); diversamente, o verranno tagliati o non pubblicati.

Indirizzi di posta elettronica

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

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

| | |
|---------------|-----------------------------|
| Valentina | valentina@lidap.it |
| Alma | alma@lidap.it |
| Silvana | silvana@lidap.it |
| Pietro | pietro@lidap.it |
| Rita | rommen@tin.it |
| Sabina | sabmess@tin.it |
| Vittoria | vittidei@libero.it |
| Marina | marina@lidap.it |
| Cinzia (BG) | cinzia.dotti@tiscalinet.it |
| Paola | paola@lidap.it |
| Cinzia (Roma) | cinzia@lidap.it |
| Giuseppe | giuseppe@lidap.it |
| Gabriella | gabriella.modelli@libero.it |
| Maria Teresa | mariateresa@lidap.it |

ORARI E INDIRIZZI LIDAP - AUTOAIUTO

SEGRETERIA NAZIONALE
DI LA SPEZIA

GLI UFFICI SONO APERTI:
DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE
8:00 ALLE 12:00

TEL. E FAX 0187/703685

E-MAIL: info@lidap.it

INDIRIZZO INTERNET

www.lidap.it

PER I PROBLEMI DEL LAVORO:

DOTT. MARIO MEUCCI

(mariomeucci@tin.it)

DOTT. PAOLO DENARI

(beteldue@hotmail.com)

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

PAN

PERIODICO EDITO DALLA LIDAP ONLUS

REDAZIONE: c/o LIDAP ONLUS

VIA PIANDARANA, 4 LA SPEZIA

IMPAGINAZIONE E GRAFICA:

GIUSEPPE COSTA

STAMPA:

V&V PUBBLICITÀ PARMA

STAMPATO NEL DICEMBRE DEL 2001

Indirizzi internet

Invitiamo tutti gli associati, in possesso di indirizzo di posta elettronica (e-mail), ad inviarcelo a info@lidap.it. L'invio di e-mails consentirà di velocizzare la comunicazione tra i Soci della Lidap. Vi segnaliamo, inoltre, che stiamo utilizzando anche il sito Lidap, www.lidap.it (continuamente aggiornato), per veicolare notizie su eventi ed iniziative.