

SOS PSICHE

I disturbi
da

ANSIA

**ANSIA GENERALIZZATA, ATTACCHI DI PANICO,
DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI,
DISTURBO POST-TRAUMATICO**

Serie di AUTO-AIUTO

Hanno contribuito alla stesura, traduzione e correzione del testo la sede regionale di PSICHE FRIULI e la sezione PSICHE2000 di Conegliano-Vittorio Veneto.

L'opuscolo viene distribuito nell'ambito delle associazioni promotrici del Comitato di SOS PSICHE ed attraverso il sito internet SOS PSICHE.

Prima edizione: gennaio 1997

Seconda edizione, riveduta e corretta: marzo 1997

© 1997 SOS PSICHE, Psiche Friuli - Carlino UD - Disegni e testo non possono essere duplicati se non sotto espressa autorizzazione scritta ottenuta da SOS PSICHE, da Psiche Friuli e dall'Istituto Nazionale Americano per la salute mentale. Si precisa che il copyright è applicato al solo documento tradotto in lingua italiana; il testo in americano può essere liberamente distribuito.

L'opuscolo non è in vendita.

L'invio gratuito è subordinato al pagamento della quota sociale e/o all'avvio di campagne informative, di sensibilizzazione o promozionali.

Introduzione

Cos'è l'ansia? Una malattia che molti non riconoscono, connotata da disturbi che in alcuni casi possono essere veramente invalidanti. Questa pubblicazione fornisce una corretta ed aggiornata informazione per i sofferenti, i loro famigliari ed amici, analizzando con un linguaggio semplice gli aspetti dell'ansia. Lo scopo di SOS PSICHE è di spiegare ai parenti cosa sono i disturbi da ansia, come possono evolvere e quali sono le cure più indicate.

Purtroppo è opinione comune tra coloro che soffrono a causa di questi disturbi, di tenersi lontano dalle strutture preposte (Centri di Salute Mentale, ecc.). Come nel caso dei depressi hanno paura di essere scambiati per "pazzi". A loro chiediamo di collaborare con l'associazione per combattere la stigmatizzazione che colpisce indifferentemente tutti i pazienti ed in particolare quelli affetti da patologie ben più gravi, come la schizofrenia o la depressione.

SOS PSICHE con questo opuscolo giunge alla nona pubblicazione sulla salute mentale, cui se ne aggiungono altre tre fuori collana e non meno interessanti. Le persone interessate, iscrivendosi a SOS PSICHE potranno continuare a ricevere il materiale a domicilio e nel contempo sostenere le nostre iniziative rivolte alla solidarietà.

Infatti con maggiori opportunità riabilitative e migliori leggi sarà possibile strappare alle malattie mentali un maggior numero di persone, indipendentemente dai disturbi che li affliggono. Ringraziamo di cuore le persone che hanno collaborato:

- per la traduzione dell'opuscolo il Sig. E.R.;
- l'Associazione Usa NAMI che ha fornito il materiale e in particolare

Mr. D.J. Jaffe del gruppo FAMI (Friends and Advocates of Mentally Ill) di New York.

- l'Istituto Nazionale Americano per la Salute Mentale (NIMH), proprietario del testo in lingua americana – adattato in italiano da SOS PSICHE.
- per la stesura dell'opuscolo, la correzione e la supervisione il Sig. Amedeo Condotta (Psiche2000 di Conegliano) e il Sig. Alessandro Tuveri (Psiche Friuli).
- per la consulenza scientifica il Dott. Paolo Zucconi (Studio di Psicologia Clinica e Psicoterapia di Udine).

Sommario

DISTURBI D'ANSIA	7
DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO	9
ATTACCHI DI PANICO	11
LE FOBIE	14
- Fobie specifiche	14
- Fobie sociali	16
DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI	19
DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS	22
DISTURBI ASSOCIATI	25
TRATTAMENTO DEI DISTURBI DA ANSIA	26
DOVE TROVARE AIUTO PER I DISTURBI D'ANSIA	28
STATO ATTUALE DELLA RICERCA	30

DISTURBI D'ANSIA

Tutti hanno un'idea di che cosa significhi sentirsi in ansia: il rimescolio allo stomaco in occasione del primo appuntamento; la tensione nervosa quando si deve affrontare il proprio capo irritato; il modo in cui batte il cuore nel momento del pericolo.

L'ansia spinge ad entrare in azione; predispone l'individuo a far fronte ad una situazione di pericolo: fa studiare duramente per superare un esame; ci fa sentire sulle spine quando stiamo pronunciando un discorso. Insomma, essa aiuta ad essere all'altezza della situazione.

Ma se una persona è affetta da disturbi d'ansia, questa sensazione - normalmente utile - viene ad agire proprio in senso opposto, togliendo persino la capacità di affrontare le normali situazioni della vita quotidiana. Essi si presentano sotto diverse forme, ciascuna con proprie caratteristiche istintive.

Un disturbo ansioso può far sentire a disagio per la maggior parte del tempo, senza un'apparente ragione; o manifestarsi in modo tanto insopportabile da spingere a sospendere qualsiasi attività pur di evitarla. E può anche darsi che talvolta gli eccessi d'ansia siano così intensi da terrorizzare ed immobilizzare la persona che li subisce.

Al NIMH, l'Istituto Nazionale della Salute Mentale, l'agenzia federale che conduce e sostiene numerose ricerche concernenti le malattie mentali, la salute mentale e il cervello, gli scienziati stanno imparando sempre più cose riguardo la natura dei disturbi d'ansia, le loro cause, e il modo di attenuarne gli effetti.

Molta gente interpreta erroneamente queste affezioni e pensa che chiunque dovrebbe essere capace di sconfiggere da solo i suoi sintomi, semplicemente con la forza della volontà. In realtà, desiderare intensamente che i sintomi se ne vadano non serve: però ci sono dei trattamenti che possono essere di effettivo aiuto.

Questa è la ragione per cui il NIMH ha realizzato questa

pubblicazione per aiutare la gente a capire questi disturbi, indicare i trattamenti disponibili, e illustrare il ruolo svolto dalla ricerca nel combattere l'ansia.

In questo opuscolo vengono esaminati, in maniera ovviamente sintetica, i disturbi d'ansia generalizzata, gli attacchi di panico (accompagnati talvolta da agorafobia), le fobie specifiche e quelle sociali, le nevrosi ossessive-compulsive e quelle da stress post-traumatico.

Ulteriori informazioni più' dettagliate su alcuni di questi disturbi sono disponibili presso la sede più vicina di Psiche 2000 o altre fonti.

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

“Io pensavo di essere solo una che si preoccupa troppo. Ero sempre sotto pressione e incapace di rilassarmi. Certe volte questa sensazione andava e veniva, altre non mi lasciava più. Poteva andare avanti per giorni. Ero presa dall'angoscia al pensiero di come organizzare una cena, di quale regalo sarebbe andato bene per una certa persona. Non potevo assolutamente farmi sfuggire qualcosa”

“Avevo grossi problemi di sonno. C'erano delle volte che mi svegliavo già stanco al mattino o nel bel mezzo della notte. Avevo difficoltà a concentrarmi, anche solo per leggere il giornale o un romanzo. Talvolta mi sentivo la testa in po' vuota. Il mio cuore correva e batteva forte. E tutto ciò non faceva altro che aumentare la mia preoccupazione”

Un disturbo d'ansia generalizzato (GAD negli USA) è molto più della normale ansia che si prova giorno dopo giorno. Consiste nel sentirsi continuamente ed esageratamente sotto pressione anche senza che vi sia apparentemente alcuna ragione per esserlo. Soffrire di questo disturbo significa essere sempre in attesa di guai, spesso preoccupandosi eccessivamente della salute, dei soldi, della famiglia o del lavoro. Qualche volta tuttavia, l'origine dell'inquietudine è difficile da individuare: in pratica il solo pensiero di dover affrontare la giornata provoca ansietà.

Coloro che sono affetti da GAD sembrano non dar peso al loro problema, anche se si rendono conto che la loro ansietà è più intensa di quanto la situazione giustifichi. Queste persone appaiono incapaci di rilassarsi e spesso hanno difficoltà ad addormentarsi, o non hanno un sonno regolare. Le loro preoccupazioni sono accompagnate da sintomi fisici, specialmente tre-

mori, formicolii, tensione muscolare, irritabilità, sudorazione, vampate di calore.

Possono provare vuoto alla testa o anche nausea; sentirsi mancare il respiro o avere l'impressione di un nodo alla gola; oppure dover andare troppo spesso in bagno. Inoltre, molti di loro sobbalzano più facilmente che la gente normale, propendono a sentirsi sempre stanchi, hanno problemi a concentrarsi e qualche volta soffrono pure di depressione.

Di solito la menomazione conseguente a questo disturbo è di lieve entità, e chi ne soffre non si sente troppo danneggiato nelle sue relazioni sociali o sul lavoro. A differenza di quanto si verifica per altre forme d'ansia, chi è affetto da GAD non cerca di evitare certe situazioni connesse con la sua affezione. Tuttavia, se questa è veramente accentuata, può diventare assai debilitante e rendere difficile anche lo svolgimento delle più normali attività quotidiane.

Un disturbo d'ansia generalizzato si sviluppa gradualmente e molto spesso colpisce durante l'infanzia o l'adolescenza, ma può iniziare anche nella maturità. E' più frequente nelle donne che negli uomini e spesso è presente anche fra i congiunti del paziente.

Si diagnostica un GAD quando il soggetto, per almeno sei mesi all'anno, prova eccessiva preoccupazione nei confronti di un certo numero di problemi quotidiani. In generale i sintomi di questo disturbo sembrano diminuire con l'età.

Buoni risultati si ottengono con un trattamento a base di *buspirone*, ma sono in corso ricerche sull'efficacia di altri farmaci, come le benzodiazepine e gli antidepressivi. Risultano altresì utili la "terapia cognitivo-comportamentale", le tecniche di rilassamento muscolare e il biofeedback per il rilascio delle tensioni muscolari.

ATTACCHI DI PANICO

“E’ cominciato dieci anni fa. Ero ad un seminario in un hotel, e questa faccenda è venuta fuori all’improvviso. Mi sentivo come se stessi morendo”

“Per me un attacco di panico è un’esperienza piuttosto violenta. Mi sembra di impazzire: è come se stessi perdendo completamente il controllo di me stesso. Il cuore mi batte violentemente, le cose che mi circondano diventano irreali, e c’è questa fortissima impressione di una grave minaccia che mi sovrasta.”

“Negli intervalli fra un attacco e l’altro resta l’angoscia e il terrore, al pensiero che tutto accadrà di nuovo. Cercare di sfuggire a questa sensazione di panico diventa una cosa estremamente debilitante”

Le persone che soffrono di attacchi di panico sperimentano un vero senso di terrore, che colpisce improvvisamente e ripetutamente, senza alcun preavviso. Esse non possono prevedere quando arriverà l’attacco: in molti di loro si sviluppa, fra un episodio e l’altro, un profondo stato di ansietà causato dalla preoccupazione di dove e quando si verificherà la crisi successiva. Durante il tempo intermedio resta un persistente ed estenuante timore che ne possa giungere una nuova, da un momento all’altro.

Quando un individuo è colpito da un attacco di panico, avverte generalmente una pluralità di sintomi - alcuni dei quali estremamente penosi - che sono naturalmente diversi da caso a caso, ma in linea di massima risultano compresi in un gruppo abbastanza ben definito. Quasi sempre si verifica un aumento del battito cardiaco, in frequenza ed intensità, spesso accompa-

gnato da dolori al petto, senso di soffocamento, sensazione di grande pericolo imminente, sudorazioni, vampate di calore o brividi. Possono altresì essere presenti: spossatezza, senso di nausea, confusione mentale, formicolii alle mani o intorpidimento, tremore, sensazione di essere fuori dalla realtà o perdita di coscienza. Il soggetto può realmente credere di avere un attacco di cuore o un infarto; di essere sul punto di impazzire o di morire. Le crisi possono verificarsi in qualsiasi momento, anche durante la fase del sonno senza sogni. La maggior parte degli attacchi durano solo un paio di minuti, ma qualche volta possono arrivare fino ad una decina di minuti. In rari casi, può accadere che si prolunghino anche per un'ora e più.

I disturbi di questo tipo colpiscono (negli USA) oltre l'1,6 per cento della popolazione e sono due volte più frequenti nelle donne che negli uomini. Possono comparire ad ogni età, nei bambini come negli anziani, ma il più delle volte si presentano nella maturità.

Non tutti quelli che sperimentano attacchi di panico sono da considerarsi malati, perché molti subiscono un attacco ma poi non ne hanno più altri. Coloro che invece soffrono realmente di questo disturbo è necessario che si sottopongano ad un trattamento adeguato in quanto la condizione, se trascurata, può diventare gravemente inabilitante.

Gli attacchi di panico sono spesso accompagnati da altri disturbi, come la depressione o l'alcolismo; inoltre possono ingenerare fobie, le quali scattano negli stessi luoghi o situazioni dove in precedenza si sono verificati gli attacchi. Se, ad esempio, un individuo ha un attacco mentre si trova in ascensore, può darsi che nella sua mente si instauri una paura irrazionale degli ascensori, e cominci quindi ad evitare il loro utilizzo.

Alcune delle persone che si trovano in queste condizioni, pur di non correre rischi, finiscono con l'accettare uno scadimento di qualità della propria vita, in quanto rinunciano alle normali attività quotidiane, all'automobile e, in qualche caso, persino ad uscire di casa. Oppure si fidano ad affrontare il mondo esterno solo se accompagnate dal coniuge o da altra persona di fiducia. Sostanzialmente esse evitano qualsiasi situazione che temono

e che le farebbe sentire indifese qualora si verificasse un attacco di panico. Quando l'esistenza di un individuo arriva ad un tale livello di dipendenza, come accade in circa un terzo di coloro che presentano attacchi di panico, si parla di **agorafobia**. Anche per i disturbi da panico e l'agorafobia si riscontra la predisposizione familiare. Tuttavia un idoneo e tempestivo trattamento può essere efficace in entrambi i casi.

Gli studi hanno dimostrato che un adeguato trattamento, consistente in una forma di psicoterapia denominata "**terapia cognitivo-comportamentale**", o una combinazione psicoterapia e terapia farmacologica è efficace nel 70/90 per cento dei pazienti. Significativi miglioramenti si riscontrano, di norma, nell'arco di 6 - 8 settimane dall'inizio del trattamento.

La terapia cognitivo-comportamentale insegna ai pazienti come guardare diversamente alle situazioni di panico, e mostra in qual modo ridurre l'ansietà ricorrendo, ad esempio, agli esercizi di respirazione o alle tecniche per il ristabilimento della capacità di attenzione. Una strategia terapeutica nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale è denominata "**esposizione**" e può spesso essere di aiuto per attenuare le fobie conseguenti agli attacchi di panico. In questo trattamento, i pazienti vengono gradualmente esposti alle situazioni che fanno loro paura, fino a che imparano ad affrontarle con sufficiente tranquillità.

LE FOBIE

Le fobie si manifestano sotto diverse forme. Viene definita fobia la specifica avversione sproporzionata che una persona prova per una determinata cosa o situazione. La **fobia sociale** è la paura di sentirsi fortemente a disagio nei rapporti con gli altri. E l'agorafobia, che spesso accompagna gli attacchi di panico, è il timore di trovarsi in una situazione che può provocare un'attacco di panico, o dalla quale possa essere difficile venir fuori qualora se ne verifici uno.

Fobie specifiche

“Io ho paura di volare; una paura da morire. Non farò mai più una cosa simile! Quando i portelloni dell'aereo si chiudono, io provo un'impressione terribile e mi sento come intrappolato. Il cuore mi batte forte e sudo a goccioloni. Se qualcuno attacca discorso con me, la preoccupazione cresce e mi irrigidisco. Quando poi l'aereo comincia a salire, la sensazione di non poter scappare aumenta ancora di più. Mi sembra di perdere il controllo di me stesso, di andar fuori di senno, di arrampicarmi sulle pareti; ma naturalmente non succede niente di tutto questo. Io non ho paura di cadere o di imbartermi in una turbolenza: è solo la sensazione di essere imprigionato. Ogni volta che ho tentato di cambiare impiego, mi sono trovato a pensare: sarò costretto a volare? Adesso vado solo in posti che posso raggiungere con l'auto o il treno. I miei amici mi fanno sempre notare che io non sarei comunque in grado di scendere da un treno in corsa, e mi domandano: perché i treni non ti fanno paura? Io rispondo

semplicemente che la mia non è una paura razionale”

Molte persone sono affette da fobie specifiche, cioè da una intensa ed irragionevole paura di determinate cose o situazioni. Alcune di queste, fra le più comuni, sono; i luoghi chiusi o quelli elevati, le cabine degli ascensori, le gallerie, l'acqua, il guidare in autostrada, il volare, i cani, i microbi, le ferite sanguinanti, i coltelli, ecc., le fobie non sono solo una enorme paura, ma una paura irrazionale. Un individuo può essere in grado di sciare tranquillamente sulle più alte montagne del mondo, ma farsi prendere dal panico quando supera il decimo piano di un edificio. Gli adulti affetti da fobie si rendono conto che le loro paure sono ingiustificate, ma spesso il trovarsi di fronte - o anche solo il pensare di esserlo - alla cosa o situazione che è all'origine dei loro timori, fa insorgere un attacco di panico o di grave ansietà.

Le fobie specifiche colpiscono almeno una persona su dieci. Nessuno sa con esattezza quale ne sia la causa, quantunque sembri siano ricorrenti in ambito familiare e un po' più frequenti nelle donne. Le fobie compaiono solitamente nell'adolescenza o nella maturità. In tal caso iniziano improvvisamente e tendono ad essere più durature delle fobie infantili; solo un 20 per cento circa dei casi di fobia in individui adulti, spariscono da soli. Quando una fobia specifica - ad esempio: la paura degli animali - si sviluppa in un bambino, di solito scompare col passare del tempo, anche se può poi ripresentarsi nella maturità. Non si conoscono le ragioni per cui in alcuni individui il disturbo cessa, mentre in altri persiste invariato.

Se la cosa che incute timore può essere evitata, è probabile che la persona affetta da fobie non ricorra ad alcun trattamento. Anche se così facendo la persona sarà qualche volta costretta a prendere decisioni che la penalizzano dal punto di vista umano o professionale pur di non dover affrontare situazioni in cui è insito il rischio di crisi. I disturbi fobici possono tuttavia essere trattati adeguatamente, con buoni risultati per i pazienti. Un approccio certamente valido è quello costituito da tecnica terapeutica della **terapia cognitivo-comportamentale** chia-

mata “**desensibilizzazione sistematica**”, nella quale il soggetto viene gradualmente portato a confrontarsi con una situazione simile a quella che lo spaventa, fino a che le sue paure scompaiono. Tre quarti dei soggetti ricavano un significativo beneficio da questa forma di trattamento. Anche gli esercizi di rilassamento muscolare progressivo e di respirazione aiutano a ridurre i sintomi di ansietà.

Non esistono al momento farmaci efficaci nei confronti delle fobie specifiche, ma ve ne sono alcuni che possono essere assunti dalle persone affette da questo disturbo, per attenuare i sintomi ansiosi prima di affrontare una situazione potenzialmente fobica.

Fobie sociali

“Io non potevo andare ad un appuntamento o ad un party. Per un certo tempo non sono nemmeno riuscito ad andare a scuola. Al mio secondo anno di università ho dovuto restarmene a casa per un semestre.”

“Questa mia paura si manifesta in ogni ambiente pubblico. Io comincio già a provare angoscia ancor prima di uscire di casa, e la sensazione aumenta quanto più mi avvicino alla scuola, al party, o a chicchessia. Io sento male allo stomaco: è un po' come se io avessi l'influenza. Il cuore batte forte, le palme delle mani si coprono di sudore, ed io provo la sensazione di essere da un'altra parte, lontana da me stessa e da tutti gli altri.”

“Quando devo attraversare una stanza piena di gente, divento rosso e ho l'impressione che tutti mi guardino. Io provo estremo imbarazzo a restare solo in un angolo, ma non riesco a farmi venire in mente niente di cui parlare con gli altri. Mi sento così goffo, che

non vedo l'ora di andarmene”

La **sociofobia** consiste in un grande timore di provare umiliazione in una situazione sociale e, in particolare, di trovarsi in imbarazzo di fronte ad altre persone. Spesso ha carattere familiare ed è accompagnata da depressione o alcolismo. Tale disturbo inizia di solito verso la prima adolescenza o ancora prima.

Se una persona è affetta da questo disturbo, è portata a pensare che tutti gli altri sappiano come comportarsi in pubblico, mentre lei no. I piccoli errori che commette le sembrano enormemente più grandi di quanto lo siano in realtà. Se le capita di arrossire, la cosa la fa sentire come se tutti gli occhi fossero puntati sopra di lei. Può trovarsi notevolmente a disagio con gente diversa da quella che frequenta abitualmente; o avere paure più precise, come fare un discorso, parlare con un superiore o con un'altra persona autorevole, avere un appuntamento. La più comune delle fobie è appunto quella di parlare in pubblico. Qualche volta la sociofobia si identifica con una profonda avversione nei riguardi di tutte le occasioni sociali: come i parties, ad esempio. Più di rado può riguardare il timore di utilizzare i gabinetti dei locali pubblici, mangiare fuori casa, parlare al telefono o scrivere alla presenza di altre persone, come quando si firma un assegno.

Questo disturbo viene spesso scambiato con la timidezza, ma in realtà si tratta in realtà di due cose diverse. Chi è timido si può trovare estremamente a disagio con gli altri, ma non si sente preso dall'ansia al pensiero di dover partecipare ad un evento sociale e non evita necessariamente quelle situazioni che lo portano a prendere coscienza di sé. Per contro, coloro che sono affetti da sociofobia non sono necessariamente timidi. Essi possono trovarsi completamente a loro agio con la gente, per la maggior parte del tempo: ma in determinate circostanze, come il camminare fra due ali di folla o fare un discorso, possono provare una grande ansietà. La sociofobia è incompatibile con la vita normale, perché interferisce con la carriera o con le relazioni sociali. Ad esempio, una persona che lavora può rinunciare ad

una promozione perché non riesce ad esprimersi in pubblico. Il terrore per una qualsiasi occasione sociale può iniziare settimane prima, e i sintomi essere assai debilitanti.

Coloro che soffrono di questa fobia si rendono perfettamente conto che le loro paure sono irragionevoli. Tuttavia provano un grande sgomento al solo pensiero di trovarsi di fronte alla situazione temuta, e possono cambiare ogni loro programma pur di evitarla. Anche se si sforzano di affrontare ciò di cui hanno paura, queste persone non possono fare a meno di provare all'inizio un forte senso di ansietà e di sentirsi poi, durante l'esperienza, estremamente angustiate. Senza contare infine, che la sensazione spiacevole può riprendere subito dopo, dato che non riescono a fare a meno di preoccuparsi del come sono state giudicate dagli altri, o di che cosa gli altri abbiano detto o pensato di loro.

Circa l'80 per cento dei soggetti che soffrono di sociofobia, trovano sollievo ai loro sintomi quando si sottopongono ad una **terapia cognitivo-comportamentale** o ad una **farmacologica**, oppure ad una combinazione delle due. Nel trattamento si opera in modo che il paziente arrivi a considerare diversamente gli eventi per lui critici, esponendolo di proposito ad una situazione sociale simile a quella che egli teme; e dandogli la possibilità... di apprendere le tecniche per la riduzione dell'ansia e quelle di rilassamento progressivo, nonché come trattare con gli altri attuando un comportamento socialmente competente.

I farmaci dei quali risulta provata l'efficacia sono gli antidepressivi, chiamati IMAO. Alcuni pazienti con una forma specifica di fobia, che si potrebbe chiamare da "spettacolo" hanno trovato aiuto in medicinali definiti betabloccanti. Ad esempio, a musicisti o ad altri con questo tipo di ansietà, può essere prescritto un betabloccante, da assumere il giorno della rappresentazione.

DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI

“Io non potevo far niente senza uno specifico cerimoniale. Ogni aspetto della mia vita era dominato dai rituali. I numeri erano importantissimi per me. Quando regolavo la mia sveglia, alla sera, dovevo farlo in modo che la somma di ore e minuti non desse un numero sfortunato, Quando mia sorella aveva 33 anni ed io 24, non potevo sintonizzare la televisione sui canali 33 o 24. Ero capace di lavarmi i capelli tre volte di seguito, perché tre è un numero fortunato; mentre uno no. Impiegavo molto tempo a leggere, perché dovevo contare le virgole in ogni paragrafo. Quando scrivevo una relazione, non potevo mettere sulla stessa riga un numero di parole tale che la loro somma desse un numero portafortuna. Ero afflitto dal pensiero che se io non facevo qualcosa, i miei genitori sarebbero morti. O mi preoccupavo della possibilità di far loro del male, il che era completamente assurdo. Io non potevo indossare niente con la parola Boston, perché i miei genitori erano di Boston. Non potevo scrivere la parola “morte”, perché ero preoccupato del fatto che potesse accadere qualcosa di male,”

“Vestirsi al mattino era una faccenda complicata, perché io dovevo seguire una routine e se per caso deviiavo da essa, ero costretta a rivestirmi da capo. Io sapevo che questo rituale non aveva alcun senso, ma fino a quando ho iniziato a curarmi, mi sembrava di non essere in grado di farne a meno.”

I disturbi ossessivo-compulsivi sono caratterizzati da pen-

sieri ansiosi o rituali che il sofferente non riesce a controllare. Chi soffre di OCD (così sono chiamati negli USA) può essere insistentemente disturbato da pensieri o immagini sgradite o dal bisogno urgente di eseguire un certo rituale.

Si può essere ossessionati dai microbi o dallo sporco, e continuare a lavarsi le mani. Avere un mucchio di dubbi e sentire il bisogno di verificare continuamente le cose. Essere perseguitati da immagini di violenza e temere di poter fare del male alle persone che ci sono vicine. Si può passare molto tempo toccando le cose o contandole; essere preoccupati dell'ordine e della simmetria; non riuscire a liberare la mente da assurde fantasie morbose; essere disturbati da idee che sono contrarie ai propri sentimenti religiosi. I pensieri o le immagini sgradite sono chiamate **ossessioni**, e i rituali che si eseguono per tentare di prevenirle o di scacciarle, sono definite **compulsioni**. Chi è affetto da questo disturbo non prova alcun piacere ad eseguire quei rituali cui è purtroppo costretto, ma solo un sollievo temporaneo allo sconforto provocato in lui dall'ossessione.

Molte persone sane possono pensare di presentare qualcuno dei sintomi indicati per l'OCD, perché ad esempio controllano diverse volte il gas della cucina prima di uscire di casa. Ma la patologia è diagnosticata solo quando tali attività occupano almeno un'ora al giorno, sono molto stressanti e interferiscono con la vita quotidiana.

La maggior parte degli adulti che presentano questo disturbo sono consapevoli di compiere azioni senza senso, ma non possono farne a meno. Altri soggetti invece, specialmente i bambini affetti da OCD, non si rendono conto di comportarsi in modo fuori dall'ordinario.

I disturbi ossessivo-compulsivi colpiscono uomini e donne approssimativamente in ugual numero, e affliggono grosso modo il 2 per cento della popolazione. Possono comparire nell'infanzia, nell'adolescenza o nella maturità, ma mediamente si manifestano tra i dieci anni e la prima maturità. Un terzo dei pazienti adulti hanno mostrato i loro primi sintomi da bambini.

Il corso delle malattia è disuguale: i sintomi possono an-

dare e venire: attenuarsi col tempo, o crescere progressivamente diventando sempre più gravi. L'evidenza indica che esiste predisposizione familiare a questa affezione.

La depressione o altri disturbi accompagnano talvolta l'OCD, e alcuni pazienti possono avere anche problemi di alimentazione. Può anche darsi che essi tendano ad evitare situazioni nelle quali sarebbero costretti a confrontarsi con le loro ossessioni, oppure cerchino di usare senza successo alcol o altre sostanze per calmarsi. Se l'OCD cresce oltre un certo livello, può anche rendere il sofferente inidoneo a proseguire il proprio lavoro, o a far fronte alle normali responsabilità della casa ma per fortuna solo raramente si arriva a tali estremi.

Studi condotti dagli scienziati finanziati dal NIMH e da altri ricercatori, hanno portato allo sviluppo di medicinali e terapie comportamentali, che possono essere di beneficio per le persone con OCD. Una combinazione dei due trattamenti è spesso di aiuto per la maggior parte dei pazienti. Alcuni soggetti rispondono bene ad un tipo di terapia, altri ad uno diverso. I farmaci che si sono dimostrati efficaci nella cura dell'OCD, sono la *clomipramina* e la *fluoxetina*; tuttavia ve ne sono numerosi altri che si annunciano promettenti e può darsi siano presto disponibili.

La **terapia comportamentale**, in particolare le tecniche di "**esposizione**" e "**prevenzione della risposta**", si sono pure dimostrate utili per la cura dell' OCD. In essa la persona è posta prima di fronte a ciò che innesca il problema e poi viene aiutata a non cadere nel solito rituale: ad esempio, si fa in modo che il paziente si sporchi le mani, e poi rinunci a lavarsele. Questo trattamento ha spesso successo in pazienti che completano il programma di terapia comportamentale, quantunque i risultati si siano rivelati meno positivi in taluni soggetti che presentano OCD e depressione.

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

“Io sono stata violentata quando avevo 25 anni. Per molto tempo parlai di questo fatto con un certo distacco, come se fosse capitato a qualcun'altra. Ero perfettamente consapevole che la cosa era accaduta a me, solo che non provavo alcun sentimento. Era come se fosse scivolata via da me. Poi cominciai ad avere dei flashback. Mi arrivavano addosso come dei secchi d'acqua. Ne ero terrorizzata. Improvvisamente rivivevo lo stupro. Ogni istante era spaventoso. Avevo l'impressione che la mia testa fosse scossa da un tremito violento; ma non era affatto così. Sentivo le vampe al viso e la bocca inaridita, e il mio respiro cambiava. Era come se fossi tenuta in sospeso nell'aria. Non percepivo più il mobile che la mia mano stava toccando o il cuscino sul quale ero seduta. Mi sentivo come se stessi fluttuando nell'aria, in una bolla. E tutto ciò era spaventoso. Avere un'esperienza del genere ti sprema: lascia veramente scossi. Lo stupro avvenne la settimana prima di Natale ed io, in occasione degli anniversari, mi sentivo come un lupo mannaro durante le fasi di luna piena. Non mi capacitavo di quell'esplosione di angoscia e di paura.”

I disturbi da stress post-traumatico (chiamati PTSD negli USA) sono un'affezione debilitante, conseguente ad avvenimenti sconvolgenti. Coloro che ne soffrono sono perseguitati dal pensiero e dai ricordi della terribile esperienza vissuta e diventano emotivamente aridi, specialmente con le persone che un tempo erano a loro più vicine. I PTSD, un tempo chiamati **esaurimenti da esplosione o da combattimento**, furono dapprima portati all'attenzione dell'opinione pubblica dai veterani di guerra, ma ora si sa che possono essere la conseguenza di un gran numero

di fatti traumatici, quali ad esempio: terremoti, inondazioni o altre calamità naturali; incidenti gravi, scontri di automezzi, di treni; violenze sulle persone come stupri, rapimenti, aggressioni, torture. L'evento che fa scattare la molla può essere qualcosa che ha minacciato la vita del soggetto o di qualcuno vicino a lui, o un fatto di cui è stato testimone, come ad esempio la catastrofe provocata da un incidente aereo.

Quale che sia l'origine del disturbo, alcuni dei pazienti di PTSD continuano a rivivere il loro trauma sotto forma di incubi o di ricordi, che li perseguitano per tutto l'arco della giornata. Possono inoltre avere problemi di sonno, essere depressi, sentirsi distaccati o intontiti, oppure sobbalzare per niente.

Può darsi che i pazienti perdano qualsiasi interesse anche alle cose da loro preferite e abbiano difficoltà in campo affettivo; che diventino irritabili, più aggressivi di prima, o persino violenti. Poiché il rivedere cose che riguardano la loro sgradita esperienza può essere per loro angoscioso, queste persone sono portate ad evitare posti e situazioni che ne risvegliano il ricordo. Spesso gli anniversari dell'incidente risultano assai penosi.

I disturbi da stress post-traumatico si presentano a qualsiasi età compresa l'infanzia. L'affezione è talvolta accompagnata da depressione, abuso di determinate sostanze, o ansietà. I sintomi possono essere blandi o accentuati: ad esempio, la persona può solo perdere facilmente la pazienza, o avere invece violente crisi di collera. Nei casi più gravi è probabile sorgano problemi nei rapporti con gli altri o sul lavoro. In generale i sintomi sembrano essere peggiori quando l'evento che li ha innescati è stato provocato da una persona - come per lo stupro - anziché da una qualsiasi altra causa.

In pratica, fatti del tutto ordinari finiscono coll'agire come elementi di richiamo al trauma vissuto, con il conseguente innesco dei flashbacks e il ripresentarsi alla mente delle immagini sconvolgenti. Questo può far sì che il soggetto perda il contatto con la realtà, e riviva tutta l'esperienza in un periodo di tempo che solitamente va da alcuni secondi a qualche ora, ma talvolta dura anche giorni. La persona che si trova in queste condizioni di flashback - che può presentarsi sotto forma di immagini, suo-

ni, odori o sensazioni - normalmente crede che l'evento traumatico stia veramente avvenendo di nuovo, in tutto e per tutto come la prima volta.

Non tutti gli individui che hanno subito un trauma, sviluppano un'affezione come quella descritta: anzi, la maggioranza non mostra alcun segno al riguardo. I PTSD sono diagnosticati solo se i sintomi durano più di un mese. In coloro che ne sono veramente colpiti, i primi segnali cominciano normalmente entro tre mesi dal trauma, e il corso della malattia varia a seconda delle situazioni. Alcuni pazienti recuperano nell'arco di sei mesi; in altri i sintomi durano molto più a lungo: in qualche caso l'affezione può risultare cronica. Talvolta il disturbo si evidenzia solo anni dopo il verificarsi dell'avvenimento traumatico.

Nel **trattamento dei PTSD** vengono impiegate sia la farmacoterapia - che con gli *antidepressivi* e gli *ansiolitici* è in grado di alleviare i sintomi di depressione e i problemi di sonno - sia la **psicoterapia, compresa la terapia cognitivo-comportamentale**, che è parte integrante del trattamento. Non va infine dimenticato che il sostegno della famiglia e degli amici può aiutare ad affrettare la guarigione.

DISTURBI ASSOCIATI

Molte persone presentano un unico disturbo da ansia e nient'altro, ma non è infrequente che una nevrosi ansiosa sia accompagnata da altri malanni, come la depressione, l'alcolismo, il tabagismo, i disturbi dell'alimentazione, l'abuso di medicinali, o qualche altro disturbo di natura ansiosa.

Spesso le persone che soffrono, ad esempio, di attacchi di panico o di fobie sociali, sperimentano anche l'intenso senso di malinconia e sconforto caratteristico della depressione o diventano alcolisti.

In tutti questi casi anche le affezioni concomitanti devono essere naturalmente diagnosticate e trattate in maniera adeguata.

Gli interessati potranno far riferimento alle altre pubblicazioni di SOS PSICHE riguardanti i disturbi dell'umore e gli altri disturbi *neurobiologici*, nonché al bollettino interno all'associazione denominato *Progetto Psiche*, che pubblica articoli a livello internazionale sull'argomento.

TRATTAMENTO DEI DISTURBI D'ANSIA

Molte delle persone che soffrono di disturbi ansiosi possono trarre beneficio da un'adeguata terapia. Il trattamento di queste condizioni è impostato sull'uso di medicinali e/o di specifiche forme di psicoterapia.

I farmaci, quantunque non portino a guarigione, possono tuttavia risultare molto efficaci nell'attenuare i sintomi ansiosi. Oggigiorno, grazie alle ricerche degli scienziati della NIMH e di altre istituzioni, sono disponibili - molto più che per il passato - alcuni prodotti adatti al trattamento dei disturbi d'ansia. Così, se quello impiegato non dà risultati soddisfacenti, ne restano normalmente altri da provare. Inoltre nuovi medicinali adatti al controllo dei sintomi ansiosi sono in corso di sviluppo.

Per la maggior parte dei **farmaci** impiegati nel trattamento dei disturbi ansiosi, la prescrizione medica prevede di solito un dosaggio iniziale ridotto, che viene poi gradualmente aumentato fino al valore normale. Come per ogni altra medicina, anche queste hanno degli effetti collaterali, che però di solito risultano tollerabili o diminuiscono con il tempo. Se però diventano un problema, il dottore può consigliare al paziente di sospenderne l'assunzione per una settimana - o anche più a lungo, se necessario - prima di tentare con un altro farmaco. Quando il trattamento si avvicina alla fine, le dosi devono essere ridotte gradualmente.

La ricerca ha anche dimostrato che la **terapia comportamentale** e quella **cognitivo-comportamentale** possono essere efficaci nel trattamento di parecchi disturbi ansiosi. La "terapia comportamentale" mira a modificare o eliminare determinati comportamenti involontari, attraverso l'impiego di tecniche specifiche. Una ad esempio, consiste nell'addestrare il paziente alla "respirazione diaframmatica", uno speciale modo di respirare, lentamente e profondamente, che consente di ridurre l'ansietà. Con ciò si evitano anche le palpitazioni, il senso di vuoto alla testa e gli altri sintomi che possono essere provocati

dall'iperventilazione conseguente al fatto che le persone ansiose tendono spesso a respirare in modo affannoso. Un altro approccio, la tecnica comportamentale dell' **esposizione**, che consiste nel riproporre al paziente ciò che è all'origine dei suoi timori ed aiutarlo poi a trovare la strada per giungere a neutralizzarli.

La terapia "**cognitivo-comportamentale**" insegna ai pazienti come reagire in modo diverso alle situazioni e alle sensazioni che innescano attacchi di panico o altri sintomi di carattere ansioso. Tuttavia i pazienti imparano anche a comprendere come i loro processi mentali contribuiscano all'insorgere delle crisi e in qual modo sia possibile modificarli allo scopo di ridurre l'eventualità che i sintomi si ripresentino. Questa presa di coscienza dei processi mentali viene associata alla tecnica di esposizione e ad altre terapie comportamentali, così da abituare il paziente a confrontarsi con tutte le situazioni che lo angustiano.

Per esempio, chi prova senso di vuoto alla testa durante un attacco di panico, e teme di essere sul punto di morire, può beneficiare di un trattamento adottato nella terapia cognitivo-comportamentale, del tipo seguente. Il terapeuta chiede al paziente di girare in tondo, fino allo stordimento. Quando questi, allarmato, comincia irrealisticamente a pensare "stò morendo", gli viene suggerito come fare a sostituire questa idea con un'altra più realistica, come: "è solo un piccolo capogiro, posso benissimo sopportarlo".

DOVE TROVARE AIUTO PER I DISTURBI DA ANSIA

Per chi soffre di disturbi d'ansia, la prima e miglior cosa da fare è parlarne con il proprio medico. Un medico può aiutare a capire se i sintomi sono dovuti veramente ad un disturbo d'ansia o a qualche altra patologia: o ad ambedue. Molto spesso il passo successivo, per arrivare ad individuare ed ottenere il trattamento più opportuno, è di contattare un professionista (specialista) della salute mentale.

Quelli, fra di loro, che possono essere particolarmente d'aiuto sono gli psichiatri e gli psicoterapeuti. Tuttavia la cosa migliore è cercare un professionista che abbia una specializzazione quadriennale in **terapia cognitivo-comportamentale**, e che sia aperto all'uso di medicinali, qualora si dimostrassero necessari. Gli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali lavorano talvolta in collegamento con psichiatri o altri medici, che possono prescrivere i farmaci quando ce ne sia bisogno. Per molte persone **la terapia comportamentale di gruppo** rappresenta una valida parte del trattamento. Molti pazienti hanno i migliori risultati con una combinazione di tutte queste terapie.

Quando si è alla ricerca di un professionista della salute, è opportuno informarsi del tipo di terapia che abitualmente adotta. È importante sentirsi a proprio agio con la terapia, altrimenti vale la pena di cercare da un'altra parte. Se sono già stati assunti medicinali è bene non smettere di colpo, ma ridurre progressivamente le dosi esclusivamente sotto il controllo del proprio medico.

Va inoltre tenuto presente che se un paziente riesce ad individuare uno specialista con il quale si trova bene, viene a crearsi un affiatamento che consente ai due di lavorare come in un *team*. Insieme sono in grado di sviluppare un piano di trattamento che, a seconda dei casi, può riguardare i medicinali, la terapia cognitivo-comportamentale. I trattamenti per i disturbi ansiosi, tuttavia, non danno risultati immediati. Il terapeuta può

anche chiedere al paziente di seguire un programma specifico di trattamento, della durata di qualche settimana, allo scopo di verificarne l'efficacia.

STATO ATTUALE DELLA RICERCA

Il NIMH, l'Istituto Nazionale Americano per la Salute Mentale, continua le sue ricerche di nuove e migliori cure per coloro che soffrono di disturbi da ansia.

L'Istituto sopporta un consistente programma multidisciplinare di ricerche sui disturbi dell'ansia: le loro cause, la diagnosi, i trattamenti e la prevenzione.

Esso comprende sia studi relativi ai disturbi d'ansia in soggetti umani, sia indagini riguardanti le basi biologiche dell'ansietà e dei fenomeni collegati, negli animali.

Si tratta di una parte dell'imponente sforzo in corso per vincere le maggiori infermità mentali, un impegno che sta' sviluppandosi nell'ambito degli anni '90, che il Congresso ha designato come "Decennio del Cervello".

Tale importantissimo programma sta dando - attraverso numerose ricerche - nuovi risultati e conoscenze circa la natura dei disturbi da ansia e gli altri disturbi mentali.

Attualmente i disturbi d'ansia vengono curati con l'uso di psicofarmaci come *gli antidepressivi* e le *benzodiazepine*, cui si rimanda la lettura ad alcune pubblicazioni di SOS PSICHE.

Nel futuro - grazie a questi studi - probabilmente saranno immessi sul mercato nuovi psicofarmaci più potenti e con effetti collaterali ridotti: una speranza in più per i pazienti e per le loro famiglie.

INDIRIZZI UTILI

Nella seguente sezione pubblichiamo una serie di indirizzi utili di professionisti esperti nella cura dei disturbi d'ansia.

Tali professionisti sono iscritti all'albo degli psicologi e sono specializzati post-lauream in psicoterapia cognitiva e comportamentale; sono membri dell'A.I.A.M.C. (Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento).

L'elenco si riferisce ai professionisti che operano nell'ambito del Veneto e del Friuli Venezia Giulia; per ulteriori informazioni rivolgersi a SOS PSICHE.

PADOVA

BABICI PATRIZIA - V. Curzola, 2 - 35135 PADOVA (tel. 049-617908)

BITTANTE VILMA - Via Pascoli, 21 - 35100 PADOVA (tel. 049-74784)

CILI'A SILVANA - I.T.C.-Galleria S. Sofia - 35100 PADOVA (tel. 049-652610)

DI PIETRO MARIO - Via Gradisca, 5/a - 35100 PADOVA

MAINARDI PERON ERMINIELDA - Dip.to Psicologia Generale - 35100 PADOVA

PEDRABISSI LUIGI - Dip. Psicologia Svil. e Soc. - V. Pellegrino, 26 - 35100 PADOVA

SANAVIO EZIO - Ist. di Psicologia Università - 35100 PADOVA (tel. 049-8276631/652610)

SORESÌ SALVATORE - Dip. Psicologia Svil. e Soc., Via Pellegrino, 26 - 35100 PADOVA (tel. 049-45030)

PORDENONE

BRIEDA PAOLA - Viale Marconi, 32 - 33170 PORDENONE

MASCI SILVIA - Via S. Giuliano, 25 - 33170 PORDENONE

NOTA LAURA - Via Montecavallo, 32 - 33170 PORDENONE (tel. 9434-524144)

TREVISO

ALBERTI LINO - Via Castaldi, 8 - 31100 TREVISO (tel. 0422-402737)

COLUSSI GIULIANA - Via N. Franco, 21 - 31100 TREVISO

DI GIORGI ENRICO - Via R. Selvatico, 35 - 31100 TREVISO (tel. 0422-545701)

DE GASPERI MARIA PIA - Via Cave, 12 - 31020 LANCENIGO TV

FAVA SILVANO - Via Plave, 171 - 31020 LANCENIGO TV

MICHIELIN PAOLO - Comunità Terapeutica Resid.le Ulss 9 - 31040 MUSANO TV
(tel. 0423-819534)

PASTORELLO TIZIANA - Via Ferro da Cavallo, 4 - 31100 TREVISO

RIEDI MARISA - Vic. Feltrina, B/1 - 31100 TREVISO

RIEDI ROSANNA - Via Buratti, 24 - 31100 TREVISO

ZAMBON CRISTINA - Via Lorenzo da Ponte, 16 - 31100 TREVISO

ZANUSSO GERMANO - Via Bachelet, 14 - 31100 TREVISO

UDINE

BUTTOLO GABRIELLA - Via Sabbadini, 19 - 33100 UDINE (tek. 0432-531137)

FIORILLO FRANCESCO - Via Tomadini, 53 - 33100 UDINE (tek. 0432-295469)

JOB SILVIA - Via Aquileia, 117 - 33100 UDINE (tek. 0432-299381)

MURDOCCO MAURIZIO - Via Aquileia, 117 - 33100 UDINE (tek. 0432-299381)

SNIDARCIG MARIA PIA - Via Bottego, 6 - 33043 - CIVIDALE UD (tek. 0432-700912)

TIBURZIO MARCO - Via Aquileia, 117 - 33100 UDINE (tek. 0432-299381)

ZUCCONI PAOLO - Viale Venezia, 291 - 33100 UDINE (tek. 0432-233006)

VENEZIA

GABALLO ROSARIA- Via S. Pertini, 17 - 30030-VIGONOVO VE

MENEGATTI ROBERTO - Via Delle Meduse, 2 - 30126 VENEZIA LIDO VE

ROLLETTO M. TERESA - Via Tassini, 16 - 30172 MESTRE VE

VERZOLATTO NILLA - Via D. Alighieri, 20 - 30026 PORTOGRUARO VE

ZANUS LORENA - Via Fiume, 50/a - 30171 - MESTRE VE (tel. 041-5314434/297168)

VERONA

BAUER BEATRICE - Centro Didasco - Via C. Abba,17 - 37126 VERONA (tel. 045-918677)

COLAFELICE MERCIO - Via Rigaste S. Zeno, 23 - 37123 - VERONA

DAL FIUME VITTORIO - Via Oberdan (Gall), 18-37121 VERONA (tel. 045-30907)

FERRARI RENATA - Via Pirandello, 26 - 37047 - S.BONIFACIO VR

NISI ANTONIO - Centro di Psicologia-Via Oberdan, 18 - 37121 VERONA

PADOVANI FRANCESCO - Via IV Ponte, 20/P int.17 - 37138 VERONA (tel. 045-8101620)

ROLANDI ANNALISA - Via S. Mammaso, 10 - 37121 VERONA VR (tel. 045-590679)

VICENZA

DAL POZZOLO CARLA - Via L. Manara, 21 - 36100 VICENZA

DAL POZZOLO RAFFAELLA - Via L. Manara, 21 - 36100 VICENZA

DETTIN CRISTINA - Via S. Pio X, 210 - 36015 SCHIO VI

FARINELLO ANNALISA - Via Ancona, 2 - 36051 CREAZZO VI

FRESCURA CECILIA - Via G. Salvi, 40 - 36100 VICENZA

STROCCHI MARIA CRISTINA - Via De Sanctis, 8 - 36100 VICENZA (tel. 0444-321299)

VANTAGGI WANDA - Via Morsolin, 6 - 36100 VICENZA (tel. 044-506978)

Grazie per il tuo contributo a SOS PSICHE,
con il quale è stato possibile reperire informazioni e
stampare questo opuscolo.

Sostieni le nostre attività e partecipa alle riunioni
contattando l'Associazione più vicina.

Il Comitato Promotore di



Questo opuscolo fa è stato allestito e distribuito dal Comitato promotore composto da alcune associazioni per la salute mentale, che operano in Italia dagli anni '80. La partecipazione al Comitato è ancora aperta; ci sono alcuni contatti in corso per coinvolgere altre associazioni a carattere nazionale e locale.

Le associazioni hanno raccolto l'eredità e le finalità di un precedente sito avviato nel 1994, che è stato il primo sito Europeo per la salute mentale gestito autonomamente dalle famiglie.

Il servizio ha come finalità principale quella di fornire una corretta informazione sulla prevenzione e cura delle malattie mentali, pubblicando indirizzi utili sulle strutture di ricovero e segnalando le associazioni di familiari esistenti in Italia.

L'obiettivo principale di questo sito è di raccogliere il maggior numero di informazioni da mettere a disposizione dei familiari, cittadini e pazienti.

Le associazioni promotrici offrono la propria esperienza e disponibilità offrendo spazio web alle associazioni di familiari che si identificano con le nostre finalità.

Il Comitato Promotore ha steso uno Statuto che regola la partecipazione alle iniziative, a disposizione degli interessati.