

ASCOLT



Foglio di formazione e informazione per i volontari dell'Associazione Maria Immacolata

Sped. Abb. Post. D.L. 353/2003, conv. L. 46/2004, art.1, c.1 DCB Milano Reg. Tribunale Milano N.941 del 16 dicembre 2005
In caso di mancato recapito restituire al mittente C.M.P. Roserio - Milano, detentore del conto

editoriale

DISTURBI DELLA PERSONALITÀ E PROVVIDA FOLLIA

Dei quattro numeri sulle malattie mentali questo è l'ultimo. Abbiamo scritto qualcosa che, ci auguriamo, abbia trasmesso attenzione all'uomo che ci vive accanto o che incontriamo casualmente. Il nostro ascolto non può eludere l'uomo portatore di quei disturbi che segnalano sofferenza. Il discorso naturalmente si dichiara per se stesso aperto, senza preclusioni alla solidarietà, alla comprensione, all'accoglienza nel proprio cuore e nella comunità.

La rubrica "Parliamo di" si è cimentata con scrupolosa professionalità ad illustrarci alcune malattie mentali, consentendoci di spingerci là dove il perbenismo, il moralismo o la paura, che sono spesso indotti da ignoranza e pregiudizio, non ci avrebbero mai condotto. Cristo lo insegna.

Il Vangelo ci presenta un Gesù che esce dagli schemi che la società del suo tempo gli impone. Supera ogni barriera, ogni ostacolo e raggiunge l'uomo che i più sfuggono ed emarginano. Cito ad esempio il pazzo di Gerasa, indemoniato per il Vangelo, i lebbrosi che dovevano tenersi a distanza, il malcapitato sulla strada di Gerico scansato da chi temeva l'impurità culturale, i peccatori, i pubblicani e le prostitute. Gesù è andato loro incontro non

Bibliografia

- Psichiatria oggi – maggio 2000 – "Divagando sulla follia" di Leonardo Ancona
- *Franco Basaglia e la psichiatria italiana* di Eugenio Borgna
- Psichiatria oggi – dicembre 2005 – Il tempo della tragedia: la categoria dell'irrimediabilità nell'esperienza melanconica" di Arnaldo Ballerini
- Psichiatria oggi – dicembre 2006 - "I disturbi di personalità alla confluenza di saperi diversi" di Alberto Gianelli
- Psichiatria oggi – giugno-dicembre 2007 – "L'io e la sua cultura" di Rosalba Terranova Cecchini



per giustificare i loro comportamenti ma per cogliere in loro un bisogno di grazia, accogliendoli come compagni, chiamandoli a sé, inviandoli ad annunciare la libertà del regno di Dio.

Non sembri estraneo al nostro discorso dunque il riflettere sui disturbi della personalità per le sofferenze mentali, di tipo psicotico o nevrotico, che essi provocano in sé e negli altri. In genere chiamiamo disturbi di personalità le interferenze che si manifestano con la rottura di un equilibrio all'interno del soggetto e si esprimono con reazioni impulsive verso l'esterno come disturbi dell'umore, del carattere, del temperamento. "Le situazioni di insoddisfazione e malessere diffuso assumono l'aspetto di un disturbo globale della personalità e sono vissute con grande disagio emozionale. Siccome in un prossimo futuro i disturbi della personalità avranno un'importanza sempre maggiore, occorre mirare al ricupero della persona per mitigarne la sofferenza e l'isolamento." (Aberto Gianelli).

C'è un altro aspetto della personalità che crea problemi di relazione quando essa rivela qualità eccellenti o gravi difetti, lontani da qualsiasi conformità, da qualsiasi convergenza o banalità. È il caso di chi compie un'impresa folle, fa una scelta fuori dell'umano. Il "folle" è colui che ha superato la propria

indecisione, ha sfidato il proprio pudore, ha varcato i limiti dell'io comune per comunicare quale visione ha del mondo e delle cose. (Si veda *Il gabbiano Jonathan Livingston* di Richard Bach). La follia nasconde in se stessa un doppio destino, che nel tempo può rivelarsi o rovinosamente negativo, tale da sconvolgere il mondo, oppure insuperabilmente positivo, tale da salvarlo.

Cristo si rivela come il paradigma del "puro folle". Egli è andato contro il "buon senso" vigente nella sua cultura. "Noi folli a motivo di Cristo" dirà san Paolo (1Cor 1,18). "La religione cristiana mostra di avere una parentela con una certa forma di follia e nessuna conformità con la saggezza del mondo. La forza della fede è una realtà sospesa tra il tragico e il divino". (Leonardo Ancona)

Le malattie fisiche e mentali si accompagnano spesso a quelle spirituali. Anzi, guarite queste, si favorisce la guarigione di quelle o almeno si offrono risorse per lottare e dare un significato.

don Carlo Stucchi

In questo numero

**Le malattie mentali:
nevrosi e psicosi**

parliamo di...

NEVROSI E PSICOSI REALTÀ E DISTACCO

Nevrosi (= impoverimento nervoso).
Psicosi (= malattia mentale o follia). Si tratta di malattie molto diffuse che solo verso la fine dell'ottocento furono affrontate scientificamente e studiate da illustri psicopatologi quali Charcot e Janet e da Sigmund Freud che ipotizzò una teoria eziopatogenetica delle nevrosi. Non è sempre facile diagnosticare una nevrosi e distinguerla da una forma psicotica e viceversa ma è però possibile distinguere queste due patologie mediante un'accurata indagine comportamentale che tenga conto di una serie di parametri legati all'ambiente, alla durata dei sintomi, alla familiarità, e alla predisposizione genetica individuale.

Possiamo definire la nevrosi un disturbo psichico che si manifesta con un disagio del vivere che però non coinvolge il contatto individuo-realtà: il soggetto ne è consapevole, accetta la sua sofferenza e cerca di uscirne lanciando segnali, a volte inconsci, di aiuto. Il soggetto mantiene un buon rapporto tra il proprio Io e gli altri (egosintonia) esiste insomma un conflitto intrapsichico dove una componente della psiche (Io, super Io...) è in conflitto con le altre. A volte le nevrosi possono però determinare una situazione di disagio tale da portare il soggetto a fenomeni di egodistonia (disagio intollerabile).

La psicosi è invece una patologia più complessa e grave dove il disagio comporta anche un distacco dalla realtà e, quel che è più grave, il soggetto non ne è consapevole ma considera i tentativi di ricondurlo alla realtà come atti di violenza e di costrizione; si complotta e si trama contro di lui. Se prendiamo però ad esempio una nevrosi ossessiva, pur rientrando, per queste sue caratteristiche, a pieno titolo fra le nevrosi, vediamo tuttavia che presenta uno stadio di gravità tale che in alcuni casi è più difficile da curare di alcune psicosi. E' chiaro che le due definizioni presentano punti di ambiguità e a volte l'una sconfinava nell'altra, ma ciò è dovuto al fatto che i disturbi psichici in campo diagnostico non sono mai ben definiti.

Dai dati statistici si è osservato che a livello prognostico le forme più gravi, soprattutto



nel campo delle psicosi, sono quelle ad esordio precoce, ossia giovanili; esse manifestano una lenta evoluzione e tendono a cronicizzarsi, mentre quelle a comparsa tardiva ed a sintomatologia acuta hanno una prognosi migliore. Nella psicosi, la personalità si destruttura completamente con fenomeni di disgregazione psichica che portano ad una situazione disturbata sul piano della realtà. In genere si hanno turbe comportamentali della sfera intellettiva, tali da causare gravi alterazioni che si riflettono sulle relazioni personali e sociali.

Ritornando a Freud è interessante riportare alcune sue intuizioni quali un'ipotesi della psiche che presenta una zona del conscio ed un'altra dell'inconscio della quale non siamo consapevoli. Il corretto funzionamento delle due aree genera un continuo scambio di informazioni, preciso e selettivo, fra conscio ed inconscio, come un ponte levatoio che regola il passaggio o lo impedisce. Quando il meccanismo si inceppa, si altera il passaggio fra conscio ed inconscio e si instaura una nevrosi; quando il ponte viene distrutto e la comunicazione compromessa definitivamente il conscio non fluisce più ordinatamente nell'inconscio e viceversa

creando un disordine totale che, a livello psichico, si manifesta nella sindrome psicotica. Per capire meglio il mondo delle nevrosi e delle psicosi nelle loro diverse manifestazioni passiamo in rassegna le tipologie più conosciute e che aiutano a fare diagnosi con una certa sicurezza. Freud ha identificato due tipi di nevrosi: la nevrosi attuale o da ansia e quella da transfert; nella prima, l'ansia si è mantenuta tale e le sue manifestazioni sono angoscia, ipocondria, nevrastenia,...nella seconda l'ansia si è incanalata in un sistema di difesa.

Nevrosi d'ansia: continuo stato di allarme: il nevrotico vede il mondo che lo circonda in negativo e manifesta un notevole stato aggressivo. Arriva poi il momento di un accumulo di ansia che sfocia nella crisi di angoscia con senso di oppressione retrosternale, blocco del respiro, senso di morte imminente, svenimenti. È insomma una crisi di paura o da panico che rivela una sopraffazione dell'Io, ossia del conscio, da parte di tutto ciò che lo turba. Nella nevrosi da transfert o fobica l'ansia viene incanalata secondo il meccanismo dello spostamento su un oggetto angoscioso e da qui su un altro oggetto o relazione simbolica. Fra le

fobie più diffuse: la paura degli spazi aperti (agorafobia), degli spazi chiusi (claustrofobia), paura delle gallerie, dell'autostrada, di alcune specie di animali (serpenti, topi,) di alcuni insetti (ragni = aracnofobia), scorpioni), paura dello sporco (rupofobia), paura di volare...

La nevrosi isterica (hystera = utero), malattia che veniva considerata esclusivamente femminile, si manifesta in individui geneticamente predisposti ed il soggetto cresce di solito in un ambiente dove, per essere amato, deve corrispondere ad un certo modello e quindi vive in uno stato di ambiguità con falsificazioni delle proprie emozioni e costruzione di una falsa identità. C'è una tendenza al racconto di bugie e di storie sino alla pura invenzione (pseudologia fantastica), un bisogno di consenso pubblico da prima donna, non accetta che ci siano altri più isterici di lui, dice cose che non sono in linea con ciò di cui si sta discutendo e quando non riesce più a sostenere la sua rappresentazione allora il conflitto psichico si riversa sul corpo, tramite un meccanismo di conversio-

ne come ad esempio cecità, paralisi, febbre, patologie immaginarie, tutti disturbi di un'angoscia e non funzionali. Come le crisi isteriche descritte da Charcot, dove il soggetto produce un grosso stato di agitazione psicomotoria, della durata di circa un'ora, con un contesto di teatralità (donna posseduta dal demonio) che sembra proprio una possessione diabolica, ma viene diagnosticata come una psicosi. Negli attacchi di iperventilazione invece compare una accelerazione del respiro con contrazione muscolare generalizzata e blocco della respirazione. Le amnesie isteriche sono legate ad episodi talmente brutali del proprio vissuto da essere rimossi. Nelle personalità multiple la personalità reale o singoli episodi vengono rimossi perché non accettati dal soggetto e si duplicano due personalità una conscia e l'altra inconscia (tipica dei medium). Esistono poi tutta una serie di sindromi di accompagnamento che coinvolgono l'apparato gastrointestinale, algie generalizzate ed anestesie isteriche.

Da ultimo **le nevrosi ossessive** che delinea-

no personalità emotivamente fredde che fanno della loro vita un rituale di regole, di rituali e di comportamenti. In campo professionale sono una vera tragedia perché privilegiano ambienti professionali quali la polizia, gli ambiti fiscali, le comunità...

Quali le terapie per tutti questi tipi di nevrosi? Sicuramente quella psicologica. Spesso vengono usati gli antidepressivi e gli ansiolitici; fondamentale è una corretta diagnosi che non è sempre facile anche se purtroppo in taluni casi non esiste alcuna terapia né farmacologica né comportamentale di gruppo o psicoanalitica. Quali i meccanismi che il malato mette in atto per difendersi? Sono quelli di cui abbiamo già accennato: rimozione, spostamento, negazione, sublimazione (da un sentimento negativo a scelte idealizzate, di solito di tipo religioso) scissione, proiezione.

Nelle psicosi invece i disturbi sono profondi e irreversibili, in questi individui il ponte levatoio è stato distrutto, "non esiste più comunicazione fra mondo conscio ed inconscio" (Carl Gustav Jung), è insomma il disordine ed il caos. È una compromissione totale del rapporto individuo realtà, con disturbi nel contenuto del pensiero e della percezione sensoriale.

L'età di insorgenza è variabile, con una incidenza massima fra i 15 e i 50 anni, ma già nella prima infanzia compaiono comportamenti abnormi. L'eziologia è tuttora in parte sconosciuta, anche se esiste una predisposizione genetica (ereditaria) e dagli studi biochimici una serie di neurotrasmettitori risultano alterati (dopamina, serotonina, GABA, NMDA). Le esperienze che scatturiscono dall'attività psichica dello psicotico vengono vissute in una dimensione al di fuori del tempo, dello spazio, della progettualità e portano alla perdita della percezione del mondo reale senza mettere in atto quei meccanismi di difesa che proteggono l'individuo dalla disgregazione psichica e dalla regressione e che sono invece propri delle nevrosi.

Lo psicotico respinge la realtà e crea nella sua mente un mondo diverso. Dice Freud "si attua una rottura fra l'Io e la realtà esterna, l'Es, per recuperarla poi attraverso una realtà artefatta e delirante".

Nevrosi e psicosi, due mondi ancora in parte sconosciuti ma che rivelano la grande complessità dei meccanismi che stanno alla base del mondo del pensiero e della memoria, e che proprio perché non completamente esplorati ci fanno per ora intuire meccanismi non solo biochimici ma...

Ersilia Dolfini
Docente Università degli Studi di Milano
Facoltà di Medicina e Chirurgia
ersilia.dolfini@unimi.it



il volontariato racconta

UNA RELAZIONE È SEMPRE POSSIBILE

La concezione che abbiamo di "normalità o anormalità, mentale ed emotiva" è determinata in parte dalle conoscenze scientifiche, in parte da comportamenti sociali e valori culturali. Attualmente in questo campo si stanno riscontrando dei mutamenti. L'immagine stereotipata della malattia mentale è cambiata: i malati mentali non vengono più etichettati come pericolosi, incurabili e anormali. Lentamente viene accettato il concetto che si tratta di individui che convivono nel nostro stesso ambiente considerandolo, però, in modo diverso. Grazie ai risultati di anni di studi si è capito che l'instabilità mentale sia scatenata dall'interazione tra alcuni tipi di personalità e specifici fattori ambientali, interazione che causa cambiamenti chimici e biologici nel soggetto.

Durante i corsi di formazione che si svolgono annualmente nella nostra Associazione non sono rare domande - da parte dei volontari che frequentano i reparti - su quale debba essere il comportamento più adeguato da tenere in presenza di pazienti affetti da disturbi della personalità. A volte questi ultimi, giovani o anziani, uomini o donne, si presentano aggressivi e impulsivi, difficili da approcciare, in altre parole sembra che respingano esplicitamente o a livello inconscio qualsiasi persona. Anche se ogni caso è specifico e non si presta a generalizzazioni sommarie, può essere al proposito illuminante il seguente brano di Vittorino Andreoli (*), psichiatra di fama indiscussa, che ci fa capire come il riuscire a stabilire una comunicazione (non necessariamente verbale) con il soggetto in questione è sempre possibile, anche se può trattarsi di una strada inusuale e "non convenzionale".



“Da alcuni anni dirigevo una sezione dell'ospedale psichiatrico di Verona dove il mio primo atto era stato quello di abolire ogni forma di contenzione dei malati. Gli infermieri più anziani ricordano ancora la “crisi” di urla e invettive che ebbi quando, una volta, trovai un paziente legato per ordine di un medico di guardia estraneo alla mia équipe e il successivo falò nel cortile di tutti gli strumenti di contenzione ancora esistenti.

Un mattino successivo, al mio arrivo, venni informato dal personale paramedico che un certo paziente, noto per la sua mole e le sue tendenze violente, stava “spaccando tutto” nella sua stanza; non essendo possibile avvicinarlo, e

nel rispetto delle mie disposizioni, l'unico provvedimento attuato era stato di chiudere la porta a chiave. Accostandomi allo spioncino, potevo, in effetti, constatare di persona lo stato di agitazione e l'autentico disastro subito dalle (scarse) suppellettili, compreso il lavandino divelto dal muro e scaraventato a terra.

Ebbene, con grande sorpresa del personale e vincendone le esitazioni, mi feci aprire la porta e, una volta entrato, incominciai io pure a distruggere quanto mi veniva tra le mani, più che altro frammenti di oggetti già abbondantemente demoliti. Il mio comportamento doveva ottenere un effetto immediato: quel gigante muscoloso e infuriato improvvisamente si fermò a osservarmi, sicché, dopo qualche minuto, potevo io stesso porre fine alla mia opera distruttiva e avvicinarmi a lui. Per dargli una comunicazione diretta a livello corporeo, lo presi sottobraccio e, tra la meraviglia degli infermieri, lo condussi con me fuori della stanza, senza che opponesse la minima resistenza.

Cos'era accaduto in realtà? Attraverso il mio comportamento si era stabilita con quel soggetto una relazione da persona a persona che aveva avuto il potere di toglierlo, di fatto, dal suo isolamento. Banalmente, a “spaccare tutto” non era più lui solo, eravamo in due. Si confermava così che, pur attraverso le più strane vie e modalità, una relazione è sempre possibile, con immediati positivi effetti terapeutici.”

(*) tratto da , *Istruzioni per essere normali*, Vittorino Andreoli, Rizzoli, 1999.

la voce dei familiari

OTTIMISTA DEL NULLA ARTE E PSICOSI

“Ottimista del nulla” si definiva Francis Bacon, il grande pittore di origine irlandese vissuto a Londra fino alla morte, nel 1992.

Un ossimoro, una grande contraddizione in questa definizione.

“Ottimista”, è il coraggio di vivere, la capacità di affrontare la vita in tutte le sue sfaccettature, “del nulla” è il crollo di ogni speranza.

Guardare un dipinto di Bacon fa capire il suo nichilismo, leggere i suoi scritti e la storia della sua vita fa capire, fa pensare a un uomo geniale, sì, ma profondamente a disagio con la vita e con le scelte della sua vita.

Il suo viso, enfiato dall'alcool, con un occhio asimmetrico rispetto all'altro, che gli conferisce un'espressione sgradevole, malata, sembra il modello di tutti i suoi quadri. È come se il pittore non sia mai riuscito ad allontanarsi dai suoi tormenti, dalle sue inquietudini, per rappresentare un essere umano. I volti, mai definiti, mai compiuti, dicono quanta angoscia può vivere nell'animo; i corpi, figure incorporee, sinistre, misteriose, svaniscono nell'oscurità. Hanno paura della luce, hanno paura di apparire al mondo perché il mondo fa loro paura.

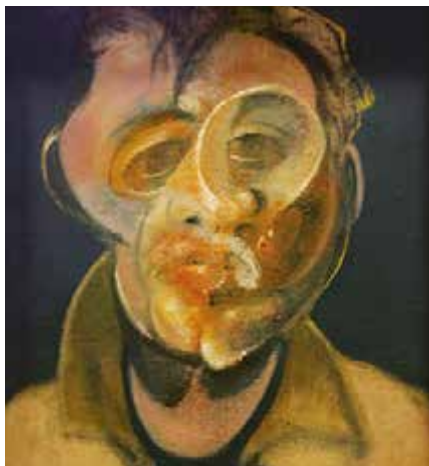
Ma, al di là dei volti e dei corpi, le sue parole sono agghiaccianti.

Bacon sostiene che non può esserci serenità nell'esistenza. Dice di rappresentare tutto l'orrore del mondo e la violenza della vita. Dice che è il terrore l'attrazione degli uomini e che la realtà è solo dolore.

Ma quale la vita di questo artista? Nell'adolescenza viene allontanato da casa dai genitori che non accettano i suoi comportamenti immorali. Va a Londra dove è libero di vivere secondo le sue regole negli ambienti più eterogenei. Ma, come dice lui stesso, “la realtà è dolore”.

È evidente che la libertà di cui dispone non gli dà pace, non gli consente di uscire, o solo allontanarsi da quella confusione, da quel caos, da quel disordine in cui si compiace di vivere. La sua stessa genialità non riesce a realizzare una condizione diversa.

Definirsi un “ottimista del nulla” è molto



significativo. Quel “nulla” è la solitudine, è il modo per dire che non è riuscito, nonostante la notorietà, la posizione economica, gli onori che i musei più famosi del mondo gli hanno conferito, a colmare quell'abisso che ciascuno di noi si porta dietro se non affronta i bisogni spirituali che soli possono farlo sentire bene con se stesso.

Bacon dipinge e ridipinge mostri. Sono i mostri che lo perseguitano, con i quali vive giorno per giorno. E che trasferisce sulla tela con la forza, con l'accanimento tipico di chi non riesce a liberarsi da un incubo.

Come interpretare altrimenti tanta ossessione verso quelle figure scarnificate, squarciate, urlanti di disperazione, irriconoscibili come se avessero subito torture?

Forse la vita di Bacon è stata una tortura. Forse l'alcool nel quale si placava, è stato una tortura. Forse, la stessa pittura, la stessa notorietà sono state una tortura.

La sua arte e la sua genialità, così universalmente riconosciute, si sono cristallizzate in una malattia che non lo ha aiutato a uscire da quel “nulla” assoluto.

Ma, nonostante tutto, il mondo lo celebra anche se la morbosità contenuta nei suoi dipinti, è molto lontana dalla bellezza che chiediamo all'artista, dalla serenità che esigiamo dall'arte.

Maria Grazia Mezzadri

visti e letti per voi

Quando in redazione è stato scelto il tema per questo numero del giornale mi è subito venuto in mente “Qualcosa è cambiato”, un film di qualche anno fa, interpretato da Jack Nicholson, che descrive con elegante ironia le patologie di cui vogliamo occuparci.

Propongo poi due libri. Il primo è *L'anima che guarisce* di Stefan Zweig, scritto nel 1931 e del quale è stata pubblicata una riedizione nel 2005 (edizioni e/o, Roma). Comprende le biografie di quelli che l'autore ritiene essere i precursori e i fondatori della moderna psicoterapia: Franz Anton Mesmer, inventore del magnetismo; Mary Baker-Eddy, fondatrice negli Stati Uniti del movimento religioso Christian Science; e Sigmund Freud.

Il secondo è il saggio *Le intermittenze del cuore* di Eugenio Borgna (Feltrinelli, 2003) in cui l'autore si interroga sulla ragion d'essere del-

la psichiatria e indaga sulle emozioni che danno un senso alla vita e i loro significati, passando in rassegna con l'aiuto di molti esempi tratti dal mondo della letteratura e dell'arte alcune forme di sofferenza psichica.

Concludo con la segnalazione di un'opera che propone un'ottica diversa, cioè la sofferenza psichica vista dalla parte del malato. E' la prosa poetica di Alda Merini “L'altra verità. Diario di una diversa” (BUR, 2007), dove l'autrice ricorda il periodo – dieci anni – trascorso in manicomio, le crudeltà sperimentate, le persone incontrate sia tra il personale del manicomio sia tra gli altri degenti. Leggendo alcune pagine particolarmente “forti” del diario della Merini, come non ricordare l'altro, bellissimo e terribile film, interpretato sempre dal bravo Jack Nicholson “Qualcuno volò sul nido del cuculo”?

Sara Esposito

l'ascolto della sofferenza

SOTTO UN MANTELLO NERO

In questo numero che tratta di nevrosi e psicosi, questa rubrica affronta un argomento che sembra uscire dai nostri binari. Non sarà la sofferenza dei malati, a essere ascoltata, né la sofferenza dei familiari che li curano.

È invece un tipo di sofferenza che può nascere da una condizione imposta alle donne da un regime politico, un regime autoritario che non consente libertà di scelte, non concede né dignità né cultura, né esperienze se non quelle stabilite dal regime.

Il regime è quello degli Ayatollah e le donne sono le iraniane del 2008.

C'è subito da chiedersi: è una condizione che crea sofferenza? È difficile dirlo giudicando con i nostri parametri, ma è certo una condizione che porta a una profonda meditazione e forse, per alcuni aspetti, a mettere in discussione i nostri parametri così ben consolidati.

Arrivare in Iran, per noi donne occidentali, è un vero choc, e per due ragioni. Il primo, che viene imposto anche a noi, appena scese dall'aereo, un abbigliamento che si uniforma a quello delle donne iraniane, il secondo, dopo aver superato questo che comunque durerà il tempo del viaggio, è quello di vedere le donne, dai nove anni in poi, completamente intabarrate in mantelli neri e in copricapi neri che non devono far vedere i capelli. Solo al viso è consentito di mostrarsi. Visi spesso belli, con occhi neri e vivaci, con espressioni che chiedono di comunicare con la donna straniera che incontrano, e magari vorrebbero raccontare come vivono a gente che non rivedranno mai più.

Non possono toccare la mano di un uomo, non possono accostare il braccio al braccio di un uomo, non possono pregare dove pregano gli uomini, non possono frequentare gli stessi locali degli uomini.

Le domande da fare a queste donne, dal sorriso cordiale, sarebbero moltissime. Per esem-

pio, cosa pensano davvero sotto quei cappucci che tanto mortificano la loro femminilità? Sono costrette a portarli dal 1981, quando l'Ayatollah Komeini lo stabilì per legge. E, per legge, stabilì che le donne potessero sposarsi a nove anni. Dico nove anni, bambine! E, sempre per legge, stabilì che una donna poteva contrarre matrimonio, attraverso un contratto, anche per un'ora. Il matrimonio per un'ora, cosa può voler dire? Coprire un'altra attività che ufficialmente è condannata. E, per legge, può essere giustiziata una donna che non arriva vergine al matrimonio.

Ascoltate con raccapriccio questa serie di leggi, vediamo donne, sempre coperte, che guidano l'auto, che parlano al cellulare, che lavorano negli alberghi e negli aeroporti come poliziotte, che fanno le commesse, che vanno in Parlamento (sono 60 su 400 deputati), e che la vice presidente è una donna, che fanno parte della polizia morale che sorveglia l'abbi-

gliamento fuori dalle scuole femminili o negli stessi siti archeologici per verificare che anche le straniere si attengano alle disposizioni.

Allora quali sono davvero le contraddizioni? Come si concilia il pubblico e il privato?

Quali le sofferenze in una società che non ammette contestazioni?

Certo, noi che arriviamo dalla società dell'immagine, siamo esterrefatte da tante costrizioni. Naturalmente non esistono negozi di moda femminile, e solo nei bazaar si vedono montagne di pezze di tessuto nero che diventeranno mantelle.

D'altro canto c'è da considerare l'obbligo all'omologazione. Non c'è differenza tra una donna ricca e una povera: tutte sono coperte allo stesso modo. Varrà solo cosa c'è sotto quelle cappe nere: quale valore avrà una donna rispetto a un'altra?

E la nostra libertà di seguire la moda, di affidare all'immagine la nostra identità, è

poi una vera, autentica libertà?

O non è un obbligo all'omologazione vissuto in senso inverso? Non è forse la nevrosi della competizione, del confronto, lontano dalla semplicità che forse è vissuta sotto quelle mantelle nere?

Sarà davvero una sofferenza quella delle donne iraniane o non sarà un modo per darsi valore, un valore che non sarà esibito ma vissuto nell'intimità dei loro rapporti?

Molte cose da considerare e da approfondire. Nella nostra società dei consumi e dell'apparire, le donne iraniane ci sono sembrate terribilmente sacrificate e mortificate. Ne abbiamo provato pena, al primo impatto. Ma poi, riflettendo, a quanti valori reali e profondi abbiamo rinunciato noi, con le nostre esibizioni, con la nostra incapacità di rinuncia, drogate come siamo dalla superficialità dell'immagine a tutti i costi?



il punto di vista

SPERANZA E FOLLIA



Nel saggio *Capire il dolore. Perché la sofferenza lasci spazio alla gioia* (Rizzoli, 2003), Vittorino Andreoli dedica un capitolo al tema: il dolore e la speranza. Speranza che deriva dalla fede in Dio, in un Dio, che attribuisce un senso al dolore fino a capovolgere la logica umana, trasformando il dolore in gioia, come hanno testimoniato molti santi e martiri. Ma anche speranza che deriva dal caricare di significati grandi l'agire dell'uomo all'interno della comunità terrena, percepita senza la prospettiva del cielo, come hanno testimoniato gli eroi che si sono sacrificati in nome della giustizia, dell'affermazione dei diritti e del rispetto dell'altro.

La virtù della speranza viene assunta dall'autore come punto di riferimento per passare in rassegna le patologie di cui parliamo in questo numero.

La schizofrenia è la rottura dei legami con il mondo. Si vive come se il mondo non ci fosse e tutto fosse dentro il singolo, che diventa un universo solitario. Una monade che non ha altri intorno e, se li ha, non li percepisce o li vede come oggetti, non diversi da un masso che si deve schivare per passeggiare nel parco del manicomio. Lo schizofrenico è solo ma non se ne accorge, proprio perché vede solo se stesso, senza nessun altro. Per questo nemmeno parla, perde l'uso del linguaggio, non ha nulla da dire e nulla da chiedere. E' un mondo che gira attorno a se stesso senza avvertire altri pianeti umani, nes-

sun afflato emotivo. Non prova ansia né angoscia, e nemmeno speranza.

Il quadro che abbiamo riportato è proprio della schizofrenia cronica: un brutto termine per indicare che si tratta non di una condizione di partenza, ma di arrivo. Un punto in cui si è perduta anche l'angoscia.

La fase intermedia è data dal delirio, cioè dalla riduzione di tutto il mondo a un'idea e a un solo tipo di comportamento. E' la fase che precede la rottura. Il delirio tiene ancora in piedi un legame col mondo, anche se distorto, errato. Il delirio è l'interpretazione del mondo secondo una semplificazione estrema, che è tuttavia ancora comprensione. Quando è persecutorio riduce tutto a un mondo che si comporta da nemico: chiunque è un persecutore da cui difendersi.

Il passo successivo è la cancellazione del mondo: resta solo il singolo, grande come un universo o piccolo quanto un granello di sabbia, ma autonomo, ridotto al minimo in una vita che non è più relazione. Persino le coordinate del tempo e dello spazio sono scomparse. E così muore anche la speranza, che ha bisogno di percepire il domani, di collocarsi in un futuro che lo schizofrenico non vede. Vive il presente, il proprio presente, non è altro che se stesso e non esiste per lui niente al di fuori.

La schizofrenia non ha speranza, come un orologio rotto, è una rinuncia ai sentimenti che ha determinato l'impossibilità di vivere, la propria irriducibilità alle regole del mondo.

Il maniaco è un folle che pensa di dominare il mondo. E' un Dio fuori luogo. Gli altri sono per lui solo spettatori delle sue gesta. Tutto è titanico, persino la defecazione. Una dilatazione dell'ego che oscura tutti. Il maniaco ha bisogno dell'altro, poiché una grandezza non espressa, non manifestata, non è grandezza. C'è bisogno di una platea e dell'applauso, che si coglie anche se la claqué è attonita e non approva affatto.

Il maniaco non ha bisogno di nessuno e dunque non spera in nessuno e nemmeno in un Dio. Quand'anche accetti la prospettiva di un Dio, subito la incorpora e si siede sullo scanno del Re dei Re.

Il maniaco non conosce la speranza.

L'ansioso vive in maniera anticipata ciò che potrebbe accadere e lo dà come certo: l'ansia anticipatoria. Percepisce un pericolo anche quando non c'è.

La nevrosi nelle sue molteplici espressioni e gradazioni, si incontra, a differenza della psicosi, con la speranza. La speranza che non succeda ciò che si teme, il bisogno di legarsi a qualcuno per difendersi, la voglia di pregare.

Spesso il disturbo d'ansia si fa ossessività, una liturgia, una religione della follia dove tutto è calcolato e controllato, in modo da limitare i pericoli e le variazioni del mondo: una strategia per ingabbiare il mutevole in un gesto che nel ripetersi non sconvolge e non spaventa.

La ripetizione di gesti, il controllo, la paura della contaminazione, del rapporto col mondo.

Il nevrotico spera nello psichiatra, lo psicotico no: lo schizofrenico lo tiene lontano, il maniaco lo ritiene superfluo.

In termini molto sintetici e grossolani, si può dire che la speranza è parte della fatica di vivere, e quindi, quando ormai si è cadavere vivente, come lo psicotico, si dissolve.

Finché c'è speranza c'è vita. Senza, c'è morte, morte psichica prima che fisica.

Non è esagerato ridurre la follia a modalità estrema di stare nel mondo. Vivere quando è impossibile. Una morte che lascia respirare e permette al cuore di continuare a battere.

Una vita senza protagonismo, senza socialità, senza una storia.

Spettri umani che io ho amato e amo.

Vittorino Andreoli

Tratto dal libro: *Capire il dolore. Perché la sofferenza lasci spazio alla gioia*, Rizzoli, 2003 (pp.192-195).

memorandum

“Nevrosi e psicosi” è l'ultimo numero sul tema delle malattie mentali, e non vi nascondo la difficoltà che provo nell'affrontare questo argomento. Esplorare il mondo della mente umana e cercare di capire le cause di queste patologie è un compito veramente arduo.

Un aiuto mi viene dalla riflessione di Vittorino Andreoli che coglie, come fulcro negativo di alcune malattie mentali, la mancanza di speranza che è pure mancanza di un orizzonte del vivere sociale e di uno squilibrio nel concepire sé nella realtà (... finché c'è speranza, c'è vita...). È qualcosa che sperimentiamo nella nostra relazione di aiuto quando incontriamo persone che per il loro o i loro problemi esprimono una rottura dei legami con il mondo. È il rischio di chiudersi in sé stessi. Compito delicato del volontario è, nel suo piccolo, con le sue risorse spirituali, quello di offrire un aiuto a coloro che vivono con rabbia quella situazione, è cercare di ristabilire un equilibrio.

Mi sembra di ritrovare lo stesso pensiero nel testo "Ottimista del nulla", dove in quel "nulla" si identifica il crollo di ogni speranza. Dramma che ha caratterizzato la vita e le opere del grande pittore F. Bacon. La lettura di questo personaggio così originale, al di fuori degli schemi convenzionali, offre la possibilità di cogliere qualcosa che si annida nel cuore di ogni uomo: "hanno paura della luce, hanno paura di apparire al mondo perché il mondo fa loro paura". È quanto, anche se in misura non patologica, "ciascuno di noi si porta dietro se non affronta i bisogni spirituali che soli possono farlo sentire bene con sé stesso. Questo esempio deve farci trovare il coraggio di annunciare, dire alle generazioni che ci seguono che l'investire in carriera, in relazioni affettive, in ricerca di benessere non aiuta "a uscire da quel nulla assoluto". Anche l'Editoriale parla di personalità disturbata o di follia: siamo comunque sempre di fronte alla persona umana che riveste in sé i tratti dell'infinito e dell'irriducibile ai propri schemi. Suggestisce la possibilità di accostarsi a quelle persone, superando ogni barriera, come per impa-

fototeca

SETTEMBRE



Foto: Tiberio Mavrici

Allegria nella Rambla

rare qualcosa, per apprendere qualcosa di inedito, per allargare il proprio orizzonte umano. Ciò che ci spaventa, che ci fa pensare è come questo inedito sia frutto di grande sofferenza. Mi chiedo come si possa aiutare chi vive dentro questo tipo di sofferenza. La nostra vocazione umana, dentro il volontariato, non è quella di escludere il prossimo perché diverso da noi o perché si esprime con modalità a noi sconosciute, e forse tali da incuterci un certo timore, ma quella capace di vivere un rapporto non generico ma singolare. Perché possa diventare vera relazione di aiuto.

Una conferma mi sembra venire dall'articolo "Una relazione è sempre possibile", dove Andreoli, accreditato psichiatra, ci dimostra come sia sempre possibile stabilire una comunicazione con questi malati, proprio attraverso una "strada inusuale e non convenzionale". Certo non possiamo arrivare a quanto attuato da lui nell'affrontare la forza distruttiva del paziente che aveva in cura, ma certamente possiamo cercare di realizzare con il nostro comportamento una "relazione da persona a persona, capace di togliere il malato dal suo

isolamento".

Chissà se anche noi saremo in futuro capaci di avvicinare queste persone non considerandole come "anormali", ma come individui che "convivono nel nostro stesso ambiente, percependolo però in modo diverso".

Concludo con una riflessione sul racconto "Sotto un mantello nero". Viviamo ormai un contesto di globalizzazione e questo porta inevitabilmente a rimanere sconcertati reciprocamente e in difficoltà nella relazione. Ciò comporta un impegno non solo di riconoscere il valore della propria identità culturale e di costume ma di capire anche quella dell'altro che la tradizione gli ha consegnato. Il volontario è l'uomo che non sceglie le persone da incontrare. ma che si fa incontro ad ogni persona.

Marina Di Marco

Nel prossimo numero

La diversità:
l'accoglienza

LE NOSTRE SEDI

SEDE CENTRALE: Milano, Pio Albergo Trivulzio, via Trivulzio 15, tel. 02 4035756, tel. e fax 02 4071683, cell. 338 1314390, e-mail: ami.trivulzio@inwind.it
web <http://volontariatoami.altervista.org>
VIMODRONE: Istituto Redaelli, via Leopardi, 3, tel. 02 25032361, cell. 347 8107498
MILANO: Ospedale San Raffaele, Via Olgettina 60, tel. 02 26432460, fax 02 26432576, cell. 338 1704429
CERNUSCO S/N: Casa Mons. Biraghi, Via Videmari 2, tel. 02 929036, fax 02 9249647

Direttore responsabile don Carlo Stucchi
Direttore di redazione Michela Alborno
Gruppo redazionale Marina di Marco, Ersilia Dolfini, Sara Esposito, Adriana Giussani K., Maria Grazia Mezzadri
Foto Arch. AMI, pag. 8 Tiberio Mavrici
Editing Adriana Giussani K.
Impaginazione e Grafica Raul Martinello
Stampa NAVA SpA, Via Breda 98, 20136 Milano

LA VETRINA

GIORNATA RESIDENZIALE

Sabato 15 novembre 2008

Aula Magna

Del Pio Albergo Trivulzio – Via Trivulzio 15 – Milano

La Giornata Residenziale è offerta a tutti i volontari per la loro formazione. Questa, di novembre, conclude i temi trattati nel corso dell'anno 2007-2008, nel nostro giornale, "AscoltAmi", sulle malattie mentali.

Ringraziamo, da questa pagina, la nostra volontaria Norma, dell'Ospedale San Raffaele, che ci ha indicato e messo in contatto con il professor Eugenio Borgna, figura di primo ordine nel campo della psichiatria.



**"Il primo compito
di uno psichiatra
è testimoniare
una speranza"**

Eugenio Borgna

Eugenio Borgna è libero docente in Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Milano e primario emerito di psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara

La Giornata sarà così articolata:

- ore 9.15 momento di accoglienza e preghiera introduttiva*
- ore 9.30 prima relazione: La psichiatria nella sua storia (prof. E. Borgna)*
- ore 10.45 intervallo*
- ore 11.15 seconda relazione: Contenuti e significati delle sofferenze psichiche (prof. E. Borgna)*
- ore 12.30 pranzo*
- ore 14.00 incontro con il Professore: domande e risposte*
- ore 15.30 conclusione*
- ore 16.15 Santa Messa*

Data la limitata capienza della sala, è richiesta l'iscrizione (gratuita) per garantire la possibilità di partecipare. La segreteria è aperta da lunedì a venerdì, dalle ore 10 alle 12.30. Tel. 02 4035756.

LA BUCA DELLE LETTERE

a cura di Michela Alborno

■ Lettera firmata (navigando nel web)

Vi scrivo perchè vorrei tanto condividere con voi il mio problema. Ho 30 anni e vivo con i miei genitori; con noi c'è mio fratello maggiore (42 anni) a cui tempo fa è stata diagnosticata una psicosi schizofrenica.

Non saprei da cosa cominciare per raccontarvi la mia storia... Dirvi che mio fratello è pazzo, sarebbe troppo, ma sicuramente alterna periodi di "normalità" a momenti di totale "assenza" associati a scatti di ira, qualche volta di violenza, soprattutto verso mio padre. Sono quasi vent'anni che noi tutti viviamo in questa condizione. Lui è costantemente in cura farmacologica, lavora con mio padre e perciò quando ha i suoi momenti... sta a casa... in uno stato che vi lascio immaginare; è davvero angosciante per tutti. Ecco... questo è il mio problema. Posso dire di non aver mai vissuto con serenità... in casa ho sempre respirato dolore, tensione e paura.

Ogni tanto scopro mia madre piangere in un angolo e mi sento impotente; a volte mi ritrovo a pensare come sarebbe stata la mia vita, la nostra vita, senza di lui! Ma vi pare giusto considerare il proprio fratello un problema? E qui tutti i miei dubbi e tutti i miei sensi di colpa. Ho provato ad allontanarmi per lavoro ed ho vissuto quattro anni "migliori", ma il mio pensiero era costantemente a loro, e soprattutto a mia madre, nei confronti della quale il senso di colpa per averla lasciata "sola" in questa situazione, era fortissimo.

Il risultato è che da quando sono tornata a casa, con l'illusione di poter almeno stemperare quella coltre di tristezza che regna nella nostra casa, io sto peggio di prima e, ad ogni stranezza di mio fratello, crollo irrimediabilmente e ricasco nel circolo vizioso della paura e dell'angoscia per il nostro futuro, il suo, quello dei miei genitori, ormai non più giovanissimi. Cosa dovrei fare? Dove trovare la forza per essere una ragazza di trent'anni spensierata e soprattutto ottimista verso il futuro? Vi lascio immaginare come anche la mia vita sentimentale risenta e abbia risentito di tale situazione... non è questa la sede per raccontarvi di come ho allontanato da me l'unica persona che abbia realmente amato!

Voi al mio posto cosa fareste? Sarebbe giusto fuggire il problema, andandomene via nuovamente? Sono abbastanza disperata, anche se dalle parole potrebbe trasparire una certa freddezza... ma capite... sono 20 anni che ci convivo. Grazie a tutti coloro che mi risponderanno.

GLI APPUNTI DI BRIGITTE (continua)

Sono circa cinque anni che la signora Bruna è arrivata al Trivulzio. Ricordo esattamente il giorno in cui l'ho vista in reparto per la prima volta.

Estremamente lucida e vitale, non riuscendo a reggersi sulle gambe aveva perso l'autonomia e la possibilità di vivere a casa da sola. Da subito mi ha colpito per il suo sguardo dolce, la carnagione chiarissima (come di marmo) liscia, senza una ruga e due occhi azzurri limpidissimi, naso piccolo e lineamenti aggraziati.

Quando passo a salutarla -di solito nel pomeriggio- è già a letto e da posizione semi seduta cerca di carpire qualche battuta dalla televisione, tenuta a basso volume per non disturbare le compagne di stanza.

Negli ultimi tempi sono stata meno assidua nelle mie visite, fino al giorno in cui mi sono accorta di un suo netto peggioramento. "Come va, Bruna?" "Eh... niente bene" mi ha risposto. Il sorriso era scomparso, gli occhi offuscati, nel parlare teneva l'occhio sinistro quasi chiuso. Quel giorno capisco che è importante che sia più calorosa del solito; la prendo per mano nel parlare e le dedico più tempo. Incominciamo -insieme- a ricordare il tempo passato, gli stenti della sua famiglia durante la seconda guerra, il matrimonio, i figli. Arriviamo a parlare della sua casa a Porta Ticinese (a Porta Cinese, come dice lei), del negozio di macelleria condotto dal marito prima, e dal figlio successivamente. Il passato viene rivissuto con ricchezza di particolari e suscita più gioia che malinconia. E' la vita in casa a mancarle di più, in questo momento... Man mano che passiamo del tempo insieme ecco che l'espressione del volto si distende, l'occhio prima serrato a poco a poco ricomincia ad aprirsi riprendendo vitalità. Passa più di un'oretta e l'umore risale (e non di poco). Trasportata dal racconto della sua vita, intramezzato da aneddoti (come quello della signora caduta in inverno nel Naviglio e ripescata illesa con l'aiuto di un passante) ci sorprendiamo a ridere insieme, di gusto. Il malessere fisico di Bruna si attenua, svanisce: il tempo trascorso insieme, il dialogo, la condivisione di emozioni si sono ancora una volta rivelati la cura migliore.

Vi scrivo per sottoporre a chi legge un fatto che mi sembra richieda un po' di riflessione. Pochi anni fa, quando ho incominciato il mio volontariato al PAT, ho assistito a quanto riferisco qui di seguito. Nella camera a quattro letti dove mi recavo più assiduamente, il capo reparto aveva deciso di cambiare il posto a due malate: la signora che dormiva nel letto vicino all'ingresso aveva preso il posto di quella posizionata proprio sotto la luminosa finestra. Questo spostamento, che agli occhi di una persona "normale" potrebbe sembrare banalissimo, ha invece rappresentato uno stravolgimento nella vita di tutte e quattro le persone che da tanto tempo vivevano in quella stanza ed avevano instaurato tra loro legami più o meno espliciti, non esclusivamente verbali. La prima -abituata a un mare di luce dall'alba al tramonto- si è trovata in un letto molto più buio e malinconico, ma soprattutto è stata allontanata dalla compagna del letto adiacente; entrambe a malapena riuscivano a girare la testa e le spalle, così si erano abituate (durante i lunghissimi pomeriggi passati a letto) a scambiarsi qualche battuta senza incrociare gli sguardi. Ma soprattutto tra loro s'era stabilita una profonda empatia. Il fatto che il dialogo tra due anziani sia limitato apparentemente a poche manifestazioni, talvolta a cenni,

mugolii o a una manciata di parole essenziali, non implica che tutto questo sia - per gli interessati - poco importante.

A distanza di qualche anno è successo qualcosa di simile nel reparto che attualmente frequento. Al ritorno dalle vacanze natalizie Anna (uso nomi diversi per non puntare il dito su nessuno), dopo anni di permanenza, è stata trasferita di reparto, mentre altre due compagne di stanza sono state cambiate di letto. Chi conosceva Anna sapeva che essendo molto sorda viveva degli sguardi delle persone che l'avvicinavano. Amava molto il caffè-latte e i formaggi morbidi che rappresentavano il 90 per cento della sua dieta. Luisa, invece, aveva perso la vista intorno ai sesant'anni ma godeva di un udito sorprendente. Molto religiosa, trascorreva il tempo chiedendo come stavano le compagne di camera. Immacolata, infine, aveva un temperamento molto forte. Dopo la morte del premuroso marito, avvenuta prematuramente, viveva le sue giornate con una continua richiesta di appelli rivolti alle persone, anche sconosciute, che le passavano vicino.

Nel giro di due settimane dopo lo spostamento queste tre ospiti si sono aggravate e poi decedute. Non è mia intenzione fare dei processi sommari (una delle pazienti versava già in condizioni molto precarie), però mi sembra che, come nel precedente anche in questo caso - non si sia trattato di una mera coincidenza: da quanto ho potuto sperimentare in più occasioni un malato, un anziano, è una persona straordinariamente fragile. Ogni piccolo particolare che lo circonda diventa una parte significativa del suo habitat. L'abbandono della propria casa è spesso vissuto come un trauma; l'adattamento alla struttura di ricovero ha un prezzo e richiede tempo. A ciò si aggiunge che negli ultimi anni il turnover del personale è aumentato moltissimo, così che gli ospiti hanno appena il tempo di conoscere e familiarizzare con gli infermieri, quando fino a una decina di anni fa riuscivano ad instaurare rapporti più duraturi.

Il mio appello è per tutti coloro che sono chiamati a prendere delle decisioni che riguardano i degenti, affinché facciano delle scelte attente alle specificità dei singoli, utilizzando tutte le informazioni a disposizione comprese, se possibile tra l'altro, le indicazioni dei volontari che non di rado trascorrono una parte significativa del loro tempo a contatto con gli ospiti.

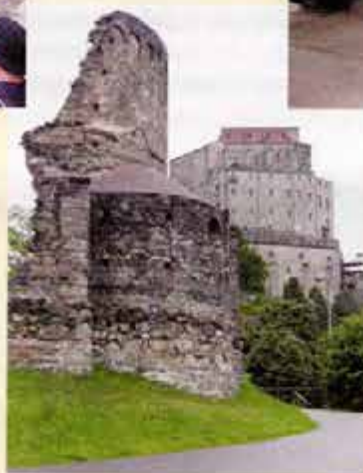


Novella è al Trivulzio da molti anni. Non so di preciso quanti. Anche se s'instaura un buon rapporto tra il volontario e l'ospite in generale non è mai facile chiedergli da quanto tempo si trova al Trivulzio perchè quasi sempre significa aprire una ferita, una voragine tra il passato ricco di affetti ed il presente sinonimo di solitudine, abbandono, rimpianto per una vita lasciata alle spalle. Novella ha sempre partecipato alle celebrazioni religiose, alle attività di animazione e di intrattenimento (tombole, paroliamo, spettacoli nell'auditorium ...) e ai viaggi (Lourdes, Loreto, località di mare...). Avere Novella in reparto è come avere un vigile urbano. Si accorge di tutto ciò che accade. Detesta quando i pasti non vengono serviti con la regola dell'alternanza e quando un ospite entra in una camera che non gli appartiene. Durante i primi anni di servizio al Pat il mio rapporto con lei non è stato particolarmente buono: tra noi poche battute, quasi sempre secche e pungenti. In seguito, però, ho imparato a capirla e a trovare una giustificazione ai suoi comportamenti e alle sue prese di posizione.

Ho anche notato che pur avendo sempre da rimarcare il comportamento di chiunque (infermiere, malato, volontario, parente in visita...), non di rado offre il proprio aiuto ad altre persone in difficoltà ed è servizievole verso il personale della struttura. Ama fare grosse scorte di cibo (frutta, formaggio, dolci) anche se, in caso di necessità, è la prima a condividere tutte queste cose con gli altri.

FLASH DI UNA GIORNATA ALLA SACRA DI SAN MICHELE SABATO, 7 GIUGNO 2008-07-31

Dopo giornate incerte e piovose, ci è stato fatto dono di una giornata calda e luminosa, che ci ha permesso di godere la bellezza del monumento e il panorama stupendo che scorreva sotto i nostri sguardi.
La paura nell'affrontare i duecentottantanove gradini si è dissolta nel momento in cui li abbiamo superati. Siamo stati lievitati verso l'alto dai commenti della guida che ci ha rivelato una ricca storia di singole persone e di comunità.



La quota d'iscrizione all'AMI come volontari o soci e **le eventuali offerte** per l'Associazione o per il giornale trimestrale "ASCOLT'AMI" possono essere effettuate direttamente presso la segreteria di Via Trivulzio oppure tramite bollettino postale n° 69454767 oppure con bonifico alla Banca Regionale Europea sul c/c n° 33295 ABI 06906 e CAB 01793 intestati a: ASSOCIAZIONE MARIA IMMACOLATA - A.M.I. - onlus.

Vi preghiamo di segnalarci persone o gruppi che gradirebbero ricevere il nostro periodico gratuitamente, compilando il tagliando e spedendolo all'indirizzo della sede redazionale. Qualora non vi venisse recapitato per disservizio postale, segnalatecelo. Vi spediremo i numeri rimasti fino all'esaurimento delle copie. Aiutateci a diffonderlo e a farlo leggere. È questo il ringraziamento alle nostre fatiche.

I) Cognome Nome

Via n° cap città