

**ANTONIO,
CHE COSA CI HAI INSEGNATO**



Mf Delatour
Ottobre 2023

ANTONIO,
CHE COSA CI HAI INSEGNATO

MF Delatour
ottobre 2023

INDICE

Premessa: Antonio, uno come noi

Parte prima: I grandi insegnamenti

1.1 Il percorso al suo fianco	7
1.2 Imparare ad ascoltare e tentare di comprendere l'incomprensibile	9
1.3 Imparare l'amore incondizionato	10
1.4 Le grandi paure e la tortura psicologica	11
1.5 Le voci e le altre percezioni extrasensoriali	16
1.6 La rabbia, la violenza e il bottone rosso	19
1.7 Dare e ricevere	21
1.8 Lascia che sia	23
1.9 Mio figlio non è mio	25
1.10 Prendere il proprio posto nella famiglia	26
1.11 La Mente	28
1.12 La Realtà	31
1.13 La guarigione	33
1.14 La libertà, il bene assoluto irraggiungibile	35
1.15 La pelle	38
1.16 Il DNA	40
1.17 Il sorriso, la bellezza	42
1.18 La morte?	44

1.19 Ciò che non ho ancora imparato	45
-------------------------------------	----

Parte seconda: Perché?

2.1 Cercare le cause per trovare i rimedi?	49
2.2 Le disfunzioni organiche e le possibili cause biologiche	52
2.3 L'ambiente tossico, l'alimentazione, il fumo	56
2.4 Le radici familiari	58
2.5 I conflitti e le ferite sepolte	60
2.6 Il contesto relazionale, le microaggressioni	61
2.7 Le dimensioni dell'invisibile	64
2.8 L'anima, il karma, il percorso su questa terra	66
2.9 Sintesi: genetica, epigenetica e Daemon	69

Parte terza: Che cosa fa male e che cosa fa bene a chi soffre di un disagio psichico

3.1 Favorire o contrastare il proprio cammino di vita	75
3.2 Quello che fa male	75
3.3 Quello che fa bene	79

Parte quarta: I nostri Servizi oggi

4.1 Riflessione a tutto campo	89
4.2 La cosiddetta presa in carico	91
4.3 Gli psicofarmaci	96
4.4 Il T.S.O	98

4.5 La rieducazione/riabilitazione	98
4.6 La situazione dei caregiver	102
4.7 Lo stigma nei servizi sanitari	104
4.8 La ricerca scientifica in psichiatria	106
4.9 La politica trasparente	108
4.10 Ci vuole una città	110
Riflessione finale e ringraziamenti	111
5. Allegati	
5.1 Le manifestazioni visibili della malattia psichica	115
5.2 Le principali tappe della vita di Antonio	117
5.3 Principali letture e approfondimenti a supporto della mia nuova visione	123

PREMESSA

ANTONIO, UNO COME NOI – LA DIAGNOSI.

19 ottobre 2022: la giornata più buia della mia vita.

Dal giardino ho visto le pompe funebri uscire dalla casa di Antonio con un grande sacco nero da pattumiera, con dentro il mio figlio morto. Lo hanno messo nel loro furgone frigo e sono andati via.

Da quel giorno, non smetto di chiedermi quale è stato il significato di questa vita difficile, di questa vita che tanto ci ha impegnato per tentare di capire, per tentare di “alleviare” e per tentare di imparare.

Antonio, nostro secondo figlio, era stato diagnosticato a 22 anni prima come depresso, e poi 10 anni dopo come schizzo- affettivo, per finire adesso come “schizofrenico paranoide”, una sentenza molto pesante per un giovane uomo e per la sua famiglia.

Antonio è morto in modo prematuro, a 48 anni, come molti altri pazienti della salute mentale. Un arresto cardiaco, probabilmente legato agli psicofarmaci assunti per più di 20 anni, che hanno contribuito ad ingrossare e indurire il muscolo cardiaco, riducendone la capacità al 20%. Eppure, nelle statistiche dei morti, Antonio non è stato contabilizzato come morto legato agli psicofarmaci. Morto e basta. Senza motivo.

Antonio era un bel ragazzo, simpatico e gioioso quando stava bene. Aveva il suo carattere e le sue pretese, e si aspettava molto dalla vita. Uno come tutti noi, che amava il buon cibo, le moto e le automobili, i viaggi, la musica, uno curioso di capire come funziona il mondo, uno che voleva amare ed essere amato. In appendice, troverete una breve sintesi delle tappe più importanti della sua vita.

Questa esperienza di estrema sofferenza non deve restare inutile. Noi, come genitori, abbiamo imparato molto dal nostro cammino al fianco di Antonio, è stato una vera scuola di vita. Adesso vogliamo condividere questo apprendimento con le persone che stanno vivendo una storia si-

mile, ed anche con le persone che non sanno nulla di sofferenza psichica, e che ci chiedono spesso: come si manifesta la malattia mentale? Cosa si può fare? Come comportarsi?

In 25 anni il nostro percorso di ricerca ha abbracciato tutti gli aspetti della salute mentale: da quelli biologici a quelli psicologici, da quelli mentali a quelli sociali, da quelli genealogici a quelli spirituali, per tentare di dare un senso a questo percorso difficile.

Questo volumetto vuole essere una raccolta sintetica e facile da consultare delle cose più semplici che abbiamo osservato ed imparato. Per questo motivo è stato proposto in “pillole”, con una successione di schede tematiche che possono essere lette anche in un ordine sparso. Per questo, chi lo legge di seguito potrà anche trovare qualche ripetizione.

Questo testo vuole anche essere un invito a riflettere assieme sulla propria vita e sui possibili significati dei percorsi di sofferenza, senza cercare di incolpare altri per le difficoltà affrontate.

Per quanto riguarda i servizi, resta vero che molti miglioramenti sono già possibili nella salute mentale anche senza investire fortune, ma siamo ben lontani da quello che servirebbe ai pazienti e alle loro famiglie. Siamo anche ben lontani dall'aver capito le reali cause delle malattie psichiatriche (dobbiamo chiamarle malattie con il loro vero nome, non sono semplici disagi) e senza capire le cause si fa fatica, secondo me, a curare gli effetti. Si possono alleviare alcune conseguenze, come lo fanno ora i servizi. Ma curare è un'altra cosa. Vi propongo le riflessioni che emergono dalla mia lunga esperienza vissuta, per 25 anni, 24 ore su 24.

Prima di proseguire una breve riflessione **sull'utilità e sulle conseguenze delle diagnosi.**

Dalla persona malata vengono considerate ancora oggi come un marchio con il ferro rovente, una etichettatura indelebile che segnala a tutti che questa persona non è da frequentare, che potrebbe essere pericolosa, che non è guaribile. Viene vissuta come una violazione della privacy, perché una diagnosi di schizofrenia non è mai segreta e indolore, anche in famiglia. Ti calano le braccia, ti senti un infame, questo marchio ti resta

addosso per tutta la vita.

Lo so che non dovrebbe più essere così, che la civiltà evolve, che ormai le cose sono cambiate. Ma il solo fatto di essere stato portato ai servizi di salute mentale è stato considerato da Antonio come il più grande tradimento da lui subito da parte nostra. È ancora così, purtroppo.

Il saggista Karl Kraus ha scritto: “La diagnosi è la peggior malattia”, a causa degli effetti che produce sul paziente quando è fragile e quando le modalità di comunicazione non prevedono un iter di speranza verso la guarigione.

Allora mi chiedo: è veramente indispensabile dedicare tanta attenzione a etichettare con precisione queste persone? Soprattutto quando si sa che dopo, le terapie sono quasi le stesse per tutti, indipendentemente dalla diagnosi? (stessi antidepressivi, stessi antipsicotici, stessa riabilitazione, che uno venga etichettato come bipolare, come paranoico, come schizofrenico, come border line, come depresso o anche come autistico).

Perché si tratta di etichettare la persona, non solo la sua malattia.

E la persona non è la sua malattia.

PARTE PRIMA

I GRANDI INSEGNAMENTI

1.1 IL PERCORSO AL SUO FIANCO

Durante i 25 anni passati a fianco di Antonio psicotico (da 23 a 48 anni), ho fatto un “cammino interiore forzato” molto profondo, che mi ha portato a modificare numerose idee preconcepite, a diventare più rispettosa delle idee altrui, più tollerante, più “morbida”, più amorevole, più umile, in altri termini a cambiare me stessa e a scoprire nuovi orizzonti che nemmeno immaginavo.

Sono finalmente “scesa dal mio cavallo”, come diceva Antonio*.

Si, Antonio mi ha insegnato molto, è stato per me una vera scuola di vita, è stato un Maestro.

Adesso che Antonio ci ha lasciati, vorrei che tutto ciò non venga perso, che non sia stato un percorso di scoperta e di apprendimento che vale solo per me.

Per questo ho cercato di sintetizzare al meglio e il più semplicemente possibile questi insegnamenti, per poterli condividere con chi è interessato.

Durante tutti questi anni, Antonio mi ha portato sull’orlo dell’ignoto, con tutte le sue domande e i suoi interrogativi sul significato della vita e della morte, su Dio e sull’aldilà, sul funzionamento del mondo, sul bene e sul male. Domande spesso ripetitive e senza mai fermarsi, perché voleva disperatamente capire e non si accontentava di interlocuzioni banali.

Io non potevo svincolarmi con un semplice “non lo so nemmeno io”. Lo avrebbe offeso, una madre laureata deve potere rispondere in modo semplice a domande complesse e a questioni esistenziali, altrimenti vuole dire che prende in giro suo figlio. A che cosa sarebbe servito avere studiato?

Oltre alla riflessione sull’esperienza vissuta, questo mi ha portato a leggere molti saggi, a frequentare numerosi seminari di vario genere, per essere “all’altezza” di conversazioni non banali con mio figlio. Altro che follia!

Ho scoperto che come esseri umani **siamo molto piccoli**: molto fragili e vulnerabili, ignoranti in tanti campi, con un grande potenziale di capacità ancora inespresso, siamo come gocce d’acqua in un grande oceano umano che va avanti per conto suo.

Ho scoperto anche agli antipodi che **siamo molto grandi**, unici e quasi infiniti:

siamo degli esseri molto complessi con degli ingranaggi biologici quasi perfetti, in grado di svilupparsi a partire da una singola cellula, capaci di autoripararsi, di riprodursi, di modificare il proprio ambiente, di pensare ed esprimere sentimenti e progetti, di avere dentro di sé una parte di divinità che consente creatività, libera scelta, consapevolezza.

Come già detto, personalmente sono cambiata molto, sono quasi riuscita ad accettare l'inaccettabile (in realtà non ci sono ancora riuscita del tutto), ho ormai una visione, mi sembra, più chiara e più ampia sulla malattia mentale e sulla salute mentale.

Questi 25 anni sono stati per me un vero e proprio percorso del combattente, H24. In effetti, dopo alcuni anni di abitazione per conto suo in un monolocale in centro a Bologna, quando Antonio ha perso il suo lavoro e il suo reddito, quando la sua salute mentale è peggiorata, ha dovuto tornare ad abitare con noi genitori, e questo per lui è stato vissuto come una vera regressione. Si sentiva in prestito, si sentiva un bamboccione senza autonomia, era per lui umiliante e insopportabile.

Nel 2021, ha potuto finalmente acquistare una casa autonoma ed è tornato ad abitare in modo intermittente per conto suo, e questo ha costituito un evento positivo "maggiore" nella sua vita.

Questa coabitazione forzata è stata anche la cosa che ci ha permesso di conoscerlo a fondo, durante i periodi belli senza problemi come durante le fasi di depressione e durante le gravi crisi psicotiche vissute in casa nostra. Questi anni molto difficili sono stati la fonte del grande apprendimento e del grande cambiamento personale.

Quanto scritto non pretende di essere "la verità". È solo la mia verità in data di oggi. Tra l'altro con alcuni aspetti anche contraddittori, come contraddittorie sono le forze che guidano le nostre vite.

Come per la Scienza, ogni verità è tale finché non si fa una nuova scoperta che rimette tutto in discussione.

Buona lettura.

*Antonio mi paragonava spesso a Giovanna d'Arco a cavallo con la ban-

diera in mano, impegnata a cercare di cambiare il mondo anziché fermarsi per guardare suo figlio ed occuparsi delle faccende della famiglia.

1.2 IMPARARE AD ASCOLTARE E TENTARE DI COMPRENDERE L'INCOMPRESIBILE

Antonio parlava molto, soprattutto con me, perché avevo la pazienza di ascoltarlo per ore anche se faceva dei discorsi per me spesso sconnessi, si direbbe senza testa né coda. Qualcuno li avrebbe chiamati deliri, perché si faceva fatica a trovare il nesso con la realtà, con la “mia” realtà.

I discorsi più strani riguardavano la storia, le cause delle guerre, il funzionamento del mondo, la religione, il sole.

Mi chiedevo: dove va a cercare queste cose? Perché fa questi tipi di collegamenti tra eventi per me non collegati? E poi, guardandoci bene, un collegamento si poteva trovare.

Spesso Antonio mi diceva: “Ho le idee confuse; te lo dico così perché non ne sono sicuro, non so se quello che penso è vero oppure no; quando ti vedo perplessa penso che forse sbaglio io. Non saprei con chi altro confrontarmi. Tu non ti arrabbi, non mi dici che non ho capito niente, cerchi di capire che cosa tento di dire”.

Sì, ho tentato tanto. È stato faticoso. Ho approfondito e spesso ho scoperto che alcuni “deliri” di Antonio erano comprensibili, non in modo simbolico, ma in modo reale. Come se avesse avuto l'intuizione, la premonizione di fatti non ancora avvenuti, di scoperte non ancora pubblicate, o al contrario di eventi del passato lontano oscurati, di cui non si doveva parlare.

Questo è stato vero in particolare per la storia della mia famiglia, dei miei antenati: Antonio sembrava collegato con la mia nonna paterna (che non ho mai conosciuto) e ha ritrovato spontaneamente la sua tomba, che era stata “cancellata”, senza nome e senza date, perché anche lei aveva avuto dei problemi di salute mentale ed era morta in manicomio all'età di 32 anni nel 1917. Non si doveva sapere, era un segreto di famiglia.

Questo lungo e faticoso allenamento all'ascolto senza giudizio è stato per me un esercizio importante per acquisire il senso della relatività: probabilmente tutto ha un senso, tutto ha un significato, dipende dal punto di

vista. Non è stato per me tempo perso. È stato il riconoscimento dei miei limiti per seguire mio figlio in ragionamenti non basati sulla logica, e questo è stato impegnativo per chi, come me, ha fatto studi matematici.

1.3 IMPARARE L'AMORE INCONDIZIONATO, IMPARARE A FARE I GENITORI

L'amore incondizionato non vuole dire perdonare tutto, non vuole dire fare la vittima di fronte alle aggressioni violente delle crisi psicotiche.

Perché paradossalmente perdonare vuole dire “mettersi al di sopra, giudicare e regalare il perdono”, lasciando l'altro senza energie e senza dignità. Per questo motivo il perdono non è la soluzione.

L'amore incondizionato vuole dire invece amare comunque, indipendentemente da quello che succede, amare la persona così come è, con le sue qualità e con i suoi difetti, perché così come è, è già perfetta, è il frutto della sua storia e del suo seme, al suo posto non avremmo saputo fare meglio.

Per me amore incondizionato vuole dire anche imparare a fare i genitori, cioè imparare a fare un passo indietro; aiutare e sostenere quando ci viene richiesto, non imporre mai i propri desideri e le proprie aspettative, non pensare di avere ragione perché siamo più vecchi e “abbiamo l'esperienza”, rispettare sempre la persona e il suo contesto.

Io, come genitore, ho sbagliato molto. Me ne sono resa conto tardi.

Ho sbagliato “per difetto” quando Antonio era piccolo: Ho fatto la madre in Italia come se fossi in Francia. Ma in Italia il contesto è ben diverso: le mamme vanno sempre a parlare con il maestro di scuola, aiutano i figli a fare i compiti, preparano tutti i giorni la merenda, sono onnipresenti quando i figli sono piccoli. In Francia invece i bambini debbono imparare da subito ad arrangiarsi da soli, ad allacciarsi da soli le scarpe sin dai 3 anni, a stare al tempo pieno senza portare i compiti a casa perché la mamma lavora e non ha dietro una nonna per sostituirla. Che disastro ho fatto... Bisogna assolutamente adattarsi all'ambiente, anche se non si condividono alcune regole. Ti chiedo scusa Antonio, non ti sei sentito “forgiato”, ma forse ti sei sentito un po' abbandonato dalla mamma. Al

punto di dire: “da grande sposerò una donna casalinga, così ci sarà qualcuno che apre la porta quando mio figlio suonerà”. No comment.

Ho sbagliato “per eccesso” quando era grande e ha iniziato ad ammalarsi: troppo protettiva, troppo invadente, troppo tutto. Tutto con buone intenzioni s’intende, “sacrificando me stessa” per il bene del figlio. Per recuperare rispetto a quando era piccolo? In realtà non andava fatto né l’uno né l’altro.

In questo modo mi sono licenziata da un lavoro importante e sicuro per potere aiutare Antonio ad avviare un’attività autonoma (con il plauso del DSM dell’epoca) mentre Antonio aveva solo bisogno finalmente di staccarsi da noi e di trovare la sua strada, di diventare più indipendente. Con il nostro aiuto solo se e quando richiesto.

Lo abbiamo capito solo dopo, eccome se l’abbiamo capito... Fallimento economico, confusione dei ruoli, aggressività da parte di mio figlio nei nostri confronti, peggioramento della sua diagnosi, un vero pasticcio.

Sì, ho imparato strada facendo che cosa vuole dire l’amore incondizionato. Antonio, con la sua ribellione, è stato il nostro maestro. È molto difficile, ti fa diventare umile, richiede tanto ascolto senza aspettative, richiede la completa disponibilità, richiede compassione. Forse non si poteva imparare l’amore incondizionato senza attraversare questa grande prova che è stata la malattia mentale e poi la morte di un figlio. Forse. È stato uno degli insegnamenti più importanti. Grazie.

1.4 LE GRANDI PAURE E LA TORTURA PSICOLOGICA

Ho inserito questa parte nei grandi insegnamenti, perché si è trattato davvero per me di una scoperta, di collegamenti tra ambiti diversi ai quali da sola non avrei mai pensato.

Antonio viveva in permanenza in uno stato di grande paura, ne era consapevole e lo diceva apertamente, come se fosse stato assediato da forze negative che volevano distruggerlo, oppure cambiare la sua personalità.

Paure che invadono tutto il campo della vita, ingigantiscono i pericoli e non permettono di vedere altri aspetti positivi. Per Antonio la razionalità (emisfero sinistro del cervello) era molto compressa rispetto all'emozionalità (emisfero destro). Questo gli è stato confermato anche dal test di Luscher.

Antonio chiamava tortura psicologica tutti gli eventi (sia reali che immaginari) che scatenavano la sua paura, ed erano molti e molto frequenti.

Tali pensieri ossessivi - molto simili nei contenuti - si riscontrano stranamente e concretamente in quasi tutti quelli che hanno problemi di schizofrenia, ed è per me molto curioso. Tutti i malati psichiatrici hanno gli stessi incubi, i contenuti dei loro deliri sono quasi gli stessi. Gli psichiatri lo avranno notato, ci sarà un perché, ci sarà un motivo "oggettivo"; mi piacerebbe approfondire questo perché non può essere solo frutto del caso. Ripercorriamo assieme queste paure ricorrenti.

- **I servizi segreti:** Essere perseguitato dai servizi segreti, fare parte dei servizi segreti a propria insaputa, avere delle microspie nel corpo, essere spiato nei propri pensieri sin nel proprio intimo. Per questo Antonio rifiutava tutte le forme di chirurgia, perché il chirurgo avrebbe potuto essere arruolato dai servizi segreti per impiantargli altre microspie nel corpo;
- **L'impero romano e la storia in generale:** Antonio era ossessionato dallo sviluppo della Storia, dalla permanenza del passato nel presente, e faceva molta confusione; per lui l'impero romano era ancora attivo oggi, gli ebrei governavano il mondo sotto sotto, i Celti erano i fondatori dell'Europa, le origini dell'uomo andavano ricercate nelle civiltà antiche molto evolute oggi scomparse (molto molto prima di quanto ci viene insegnato a scuola). Il tutto in un miscuglio di fatti veri e di supposizioni, con una grande confusione e sovrapposizione dei periodi storici, senza cognizione della successione dei fatti storici.
- **Gli extraterrestri:** son ben reali e potrebbero sbarcare a casa nostra in qualunque momento, con intenzioni ostili oppure con intenzioni buone; per questo era meglio chiudere bene finestre e tapparelle; Antonio li aspettava, ascoltava i rumori che potevano indicare il loro arrivo.

- **La Chiesa e il satanismo:** la Chiesa è negativa perché fa il lavaggio del cervello e la repressione del sesso; usurpa la spiritualità e ha tradito Gesù Cristo per fini di potere; Antonio ha chiesto ufficialmente di essere sbattezzato; come per quasi tutti gli altri schizofrenici, l'imprecazione violenta "Porco Dio" faceva parte del repertorio delle crisi psicotiche; inoltre, Antonio aveva una grande paura dei riti satanici, che secondo lui venivano praticati spesso, vicino a noi, anche da preti ufficiali.
- **La scuola:** rappresenta l'indottrinamento e il condizionamento, la negazione della libertà di pensiero; inculca preconcezioni, non insegna la verità; gli insegnanti non sono dei veri maestri; non è giusto obbligare i bambini ad andare a scuola.
- **Il lavoro:** deve poter essere una scelta, per avere una attività interessante e aumentare i propri guadagni; non deve essere una costrizione per sopravvivere. Altrimenti diventa una attività senza senso, una tortura, una sorta di lavori forzati. Il lavoro, quando stupido e mal pagato, fa diventare schiavi.
- **Gli Inglesi** (che hanno bruciato Giovanna d'Arco – sua madre): saranno nemici per sempre. In particolare la regina d'Inghilterra, che ha un appannaggio senza meritarselo.
- **La grande Russia e i Russi:** hanno sempre ragione perché hanno inventato il comunismo che dà gli stessi redditi a tutti e che garantisce una casa; negli ultimi tempi, per Antonio era una vera tortura guardare la TV che dà contro ai Russi nella guerra in Ucraina, perché secondo lui l'Ucraina appartiene alla Russia;
- **La destra e la sinistra:** tutto doveva essere di destra o di sinistra: non solo una idea o una persona, ma un vestito, una bibita, un formaggio, un mobile, un sasso, una finestra, un bicchiere, un cane, un calzino, un panino, un film, una montagna... Antonio chiedeva sempre: questo è di destra o di sinistra? E se gli veniva risposto "non so", "questo non è né di destra né di sinistra", oppure "dipende", si arrabbiava moltissimo, si sentiva preso in giro e torturato.

- **L'oro e l'argento:** Per Antonio, l'oro e l'argento erano principi fondatori del mondo, al pari della destra e della sinistra.
- **La mafia:** è il male assoluto, il potere sbagliato e distruttivo. Antonio vedeva la mafia ovunque, anche in famiglia.
- **Dovere scegliere:** una vera tortura, una mutilazione perché obbliga a rinunciare a qualche cosa (in particolare dovere scegliere tra Italia e Francia, cioè tra il padre e la madre);
- **Le coincidenze:** Antonio attribuiva un significato ai clacson (come se fossero dei segnali morse mandati proprio a lui per avvisarlo di qualche cosa), a quello che gli altri leggevano sui cellulari (parlano di me tra loro, mi leggono nella mente e mi sottono tramite i cellulari), alle risate degli altri al ristorante o al bar (ridono di me); per lui tutto aveva un significato, e quasi tutto rappresentava una minaccia.
- **Le tecnologie e il mondo tecnogeno:** Antonio aveva un rapporto molto ambivalente con la tecnologia. Da una parte era un grande pericolo, perché permetteva di spiare le persone (La TV lo spiava e gli parlava in casa; strumenti come la corrente elettrica, il WI-FI, i raggi X, la Tac e gli esami radiologici sono potenti e invadenti, molto pericolosi e fonti di asservimento); Antonio voleva vivere in un luogo completamente disconnesso dalla rete per non essere spiato e influenzato.
D'altra parte la tecnologia è affascinante perché i computer sono imparziali, intelligenti e giusti, e secondo lui possono sostituire gli umani per il governo del mondo.
- **L'impotenza e il potere:** era il suo grande tema trasversale. Si sentiva impotente nella vita e se la prendeva con tutto ciò che per lui rappresentava il potere: Il sole (simbolo di Dio e dell'energia indispensabile che consente la vita), Il Padre (l'autorità che non si riesce a superare), il Dio umano (non ho ben capito di chi si trattava, se non del padre), i poliziotti e le regole da rispettare; anche i medici facevano parte della categoria del potere pericoloso (perché prescrivono delle medicine che rendono i maschi impotenti). Antonio era molto turbato dal fat-

to di non capire chi governa il mondo, chi decide, e di conseguenza con chi prendersela; la democrazia era per lui una specie di inganno, una modalità che non può funzionare; ci voleva per forza un capo, altrimenti era una farsa, una menzogna, nessuno voleva dirgli chi comandava davvero.

La soluzione: Fuggire (scappare volontariamente in un altro Paese, soprattutto in un altro mondo, guardare per ore gli alberi dalla finestra a scuola, andare in apatia totale, non sopportare che qualcuno ti parli quando sei nel tuo mondo, inventarsi consapevolmente un'altra identità come il re di Francia - che era potente, ricco e rispettato). Negli ultimi 3 anni: fuggire ha anche significato rifugiarsi nella sua casetta nel bosco, un luogo senza vicini di casa che lo proteggeva e dove si sentiva al sicuro.

La paura è tremenda, rende ottusi. Lo stress da paura fa tremare le mani, fa “uscire gli occhi dalle orbite”, paralizza e fa sbagliare, impedisce l'accesso alle informazioni immagazzinate nella mente. Se guardiamo sopra, cioè l'elenco dei motivi di paura che “torturano” le persone come Antonio, diremmo che non si tratta di “minacce” reali intense e concrete.

Eppure vengono percepite così.

A questo si aggiunge una quantità di preoccupazioni reali irresolubili, come la paura della povertà, la paura di restare senza casa, la paura per quello che succederà quando i genitori non ci saranno più, nel caso di Antonio anche la paura di morire, di non avere più respiro e ossigeno a causa della debolezza sempre più grande del suo cuore.

Antonio, così sensibile e preoccupato di capire come funziona il mondo, percepiva anche la grande stanchezza della nostra umanità occidentale; percepiva l'immenso mutamento in corso di cui non si capisce e non si vede ancora lo sbocco. Con tutti i jobs che spariscono e vengono sostituiti dai robot e dall'intelligenza artificiale, quale ruolo e quale spazio ci resterà nel mondo? Come potremo guadagnarci da vivere se non siamo ingegneri super laureati? Che ne sarà delle nostre vite?

Questo insieme di paure, immaginarie e anche ben reali, determinano una notevole produzione cronica di ormoni dello stress. Gli ormoni dello stress, come l'adrenalina, sono utili per affrontare un evento puntuale, ma il nostro corpo non è fatto per essere in allarme continuo. Negli ultimi anni, si postula che la depressione si istauri quando il meccani-

smo cerebrale dello stress entra in sovraccarico. Si può capire così l'esplosione dei casi di depressioni degli ultimi anni.

Si dice che è controllando le nostre paure che possiamo riprendere il controllo della nostra vita. Ma come si fa? Come dire a un paralizzato: "Alzati e cammina!"

1.5 LE VOCI E LE ALTRE PERCEZIONI EXTRA SENSORIALI

Sentire le voci viene spesso considerato come uno dei principali sintomi della schizofrenia. Ma è veramente così?

Per me, l'esistenza delle voci ha forse rappresentato il fenomeno più incomprensibile e sconvolgente della storia di Antonio.

Senza farmaci, negli ultimi 3 anni le sentiva sempre, di giorno e di notte. A casa nostra si sentiva libero di conversare con loro a voce alta, cambiava espressione del viso a secondo della conversazione, come si fa con il telefono. Parlare con lui era spesso una conversazione a tre, perché mentre parlava con me parlava anche con loro, conducendo 2 conversazioni in contemporanea. Come avere 2 linee telefoniche accese in contemporanea e passare dall'una all'altra. Era faticoso...

Per Antonio sentire le voci era percepito come una cosa naturale, una cosa normale: secondo lui anche gli altri, tutti noi, sentiamo le voci. Ci ha detto recentemente che le sentiva da quando aveva 6 anni, ma lo aveva detto solo da poco.

Spesso mi chiedeva: Che cosa ti hanno detto le tue voci?

Per lui, le sue voci erano la sua verità, il suo Wikipedia. Quando aveva bisogno di una informazione, non guardava su internet, ma interrogava le sue voci e aveva la loro risposta. E guai a mettere in discussione la loro risposta! Le molteplici voci che sentiva erano le sue amiche, i suoi consiglieri, oppure i suoi nemici quando erano negative o oltraggiose.

Con le voci Antonio sentiva di avere un potere: dava loro ordini, litigava, faceva anche battaglie violente (dava pugni sul tavolo per tentare di schiacciare quelle cattive). Con le voci aveva il potere che non aveva nella

vita normale.

Antonio ci ha spiegato che sentiva diversi tipi di voci:

- Quella con sé stesso, la sua voce interiore, la voce della sua coscienza, che sentiva con il suo stesso timbro di voce; Antonio diceva che parlare con sé l'aiutava a riflettere e a capire i problemi;
- Quelle esterne con vari toni e altri timbri di voce, con alcuni interlocutori ricorrenti, sia buoni che cattivi; spesso ritornavano gli stessi interlocutori, che gli creavano rabbia e sconforto, oppure altri con i quali metteva a punto disegni meccanici (reali) e progetti per il futuro.
- Quelle provenienti dall'aldilà, spesso confortanti e positive, che provocavano in lui un senso di pace e un grande sorriso; ma anche voci negative di entità e "demoni" cattivi che lo lasciavano distrutto e smarrito.

Oltre alla percezione delle voci, spesso Antonio diceva di vedere i raggi cosmici, di percepire i campi elettromagnetici, di vedere arabeschi ondegianti di colore blu proiettati sui muri.

Secondo me queste manifestazioni oggi non riconosciute non sono follia, non sono solo il sottoprodotto di una mente malata. Non sono universali ma sembra che siano naturali. Dalle numerose letture fatte, ho potuto constatare che:

- Molte persone "normali" dichiarano di sentire le voci, vivono e lavorano senza che il fenomeno le disturbi più di tanto, ma lo confidano solo di rado;
- La capacità di canalizzare da parte dei medium è ormai in espansione e universalmente riconosciuta, sono state scritte e pubblicate intere colonne di libri come frutto del channelling;
- Sappiamo che sentivano le voci anche Young, Picasso ed altri artisti. Stessa cosa per molti altri artisti, pittori ispirati e musicisti che hanno composto intere sinfonie tramite canalizzazione (Beethoven, Mozart, Bach);
- Molti santi sentivano le voci, ed erano considerate un fattore di di-

vinità, come Giovanna d'Arco, o Mosè, che ha scritto le tavole della legge sotto dettatura delle voci; sembra che tutti i testi sacri delle varie religioni siano stati scritti da uomini anche tramite canalizzazione di voci divine.

Le voci non sono pertanto un sintomo di follia, di schizofrenia, ma un fenomeno sempre più frequente nella popolazione, un fenomeno non scientificamente compreso, che fa ancora paura perché esce dall'ordinario ed è tuttora ignoto. Secondo me non va represso con i sedativi, ma andrebbe studiato, "addomesticato" ed incanalato per diventare un "pregio" prezioso per chi riesce a percepire ed utilizzare queste voci "esterne".

Chi sente le voci è come una radio che si sintonizza in modo automatico su una gamma di frequenze e di lunghezze d'onda sonore cosmiche, onde invisibili all'occhio e che escono dalla gamma di onde udibili da parte dei più, onde che ci circondano ovunque da sempre e che trasmettono in permanenza da un lato all'altro dell'universo.

La mente di una persona che sente le voci non è solo 3D, è in qualche modo più ampia e potente delle altre, ed è capace di decrittare spontaneamente altre onde trasmesse nell'universo. Il problema è quello di riuscire a selezionare le trasmissioni, a interromperle, a spegnere l'antenna nel cervello quando si desidera non essere disturbati. Altrimenti diventano fonte di angoscia e di panico.

La frontiera sembra molto labile tra chi è medium e riesce ad utilizzare e controllare il fenomeno della "chiara udienza" e chi è fragile di mente ed è sopraffatto da voci incomprese ed incontrollabili.

Pertanto Il fenomeno non è sintomo di follia, ma se angosciante e incompreso può portare anche alla follia.

NB. Lo scienziato Rupert Sheldrake paragona il cervello al televisore, e la mente ai programmi televisivi che sono realizzati altrove. Quando il televisore è sintonizzato su certi canali, si riesce a vedere e sentire i programmi. Negli ultimi anni, numerosi ricercatori, anche psichiatri, hanno scritto articoli scientifici che propongono la stessa tesi.

Probabilmente le persone che sentono le voci o che vedono immagini e raggi cosmici hanno semplicemente una antenna più potente che capta in automatico programmi che altri non sono in grado di sentire. Nel caso di Antonio, le voci non venivano quasi influenzate dall'assunzione degli psicofarmaci. Rallentavano e potevano anche scomparire solo quando Antonio era impegnato in una attività che gli piaceva, quando non era annoiato perché sapeva che cosa fare per passare la giornata.

1.6 LA RABBIA, LE VIOLENZE E IL BOTTONE ROSSO

La rabbia che scatta all'improvviso e si trasforma in violenza è una delle manifestazioni più drammatiche della malattia mentale, sia per il soggetto malato che per i conviventi.

Solitamente succedeva quando Antonio era in preda a voci negative terribili.

Secondo Antonio, le sue crisi di violenza erano sempre delle reazioni esagerate ad offese ricevute e a provocazioni. Come quando era piccolo a scuola: i compagni lo provocavano, lo "prendevano di mira", lui reagiva e la maestra se la prendeva sempre solo con lui anziché con chi aveva provocato....

Una crisi di violenza, con distruzione di oggetti, provoca sempre "dopo" una crisi di vergogna e di colpa quasi insanabili. Chi è stato violento suo malgrado, dopo si sente annientato...

In questi 20 anni Antonio ha rotto di tutto: muri, mobili, televisore, apparecchi elettronici, contatore e rete elettrica, tutto quello che secondo lui poteva essere fonte e strumento per spiarlo.

La sua violenza non è stata mai rivolta contro di sé, né contro altre persone. Ha minacciato, ci è andato molto vicino, ma è riuscito a trattenersi, non è passato agli atti. Anche se il messaggio era molto chiaro: rompo le vostre cose perché vorrei fare del male a voi, ma non posso, sarebbe "troppo".

Queste crisi di urla e di violenza scattavano per motivi apparentemente futili, ma erano irrefrenabili. Antonio ci ha sempre detto: in questi casi

non sono io, è più forte di me. Mi sento come telecomandato.

Quando succedeva Antonio sapeva di avere perso il controllo, e per lui non era uno sfogo o una vendetta, ma solo una grande sconfitta.

E ci ha sempre detto: quando vedete che sto per schizzare per favore non parlate, state zitti, per non toccare il “bottono rosso” che mette in moto la violenza; quando si arriva a toccare il bottone rosso (virtuale) dopo non posso più fermarmi. Il bottone rosso è il limite oltre il quale la goccia in più fa sempre traboccare il vaso.

In questi casi inutile tentare di ragionare, chiudevamo la porta e andavamo via in punta di piedi (in macchina, in albergo per passare la notte, da amici) e lo lasciavamo distruggere oggetti e beni materiali, costi quel che costi; pur di non chiamare il 118 che non avrebbe risolto niente, anzi, avrebbe peggiorato la situazione con un TSO punitivo che avrebbe aumentato ancora la sua rabbia e avrebbe distrutto il piccolo rapporto di fiducia che esisteva ancora tra di noi. Al nostro ritorno, spesso Antonio aveva “ripulito” i luoghi, era tranquillo e ci chiedeva addirittura dove eravamo spariti, come mai eravamo andati via senza dire nulla... Come se avesse rimosso tutto, come se non fosse successo nulla.

Non solo violenza diretta ad altri, ma soprattutto reazione alle violenze e alle umiliazioni secondo lui subite in continuo. Si andava dalle micro aggressioni legate allo stigma che imperversa ancora ovunque (non vieni ascoltato, ti tagliano la parola perché sei “solo” un utente, il tuo parere viene frainteso o snobbato a priori, non vieni invitato con gli altri); sino alla violenza che Antonio riteneva quella meno sopportabile: la violenza ideologica, come i tentativi di indottrinamento da parte della Chiesa o dei partiti nei confronti di chi la pensa in modo diverso, come le condanne del Governo verso i dissidenti no vax, le trasmissioni televisive secondo lui faziose sulla guerra in Ucraina ecc. Anche la violenza secondo lui subita quando noi genitori tentavamo di riportarlo a ragionamenti più realistici sulla Storia o sulla realtà. Insopportabile...

Tutte queste piccole aggressioni si accumulavano giorno dopo giorno, si sommarono con la negatività delle sue voci, sino allo straripamento e all'esplosione in una crisi psicotica violenta.

Abbiamo verificato che gli psicofarmaci possono fare molto per conte-

nere o sopprimere le crisi di violenza. Purtroppo tutte le crisi di Antonio sono avvenute in situazioni di carenza o assenza di psicofarmaci, a causa del suo rifiuto ostinato di essere “imbambolato” e di subire gli effetti collaterali molto pesanti provocati dalle medicine.

1.7 DARE E RICEVERE

Trattasi di un tema apparentemente banale che per me banale non è stato.

Ho imparato che tutti i “regali” dei genitori che vanno oltre quello che è stato richiesto da un figlio è destinato a fallire. Che lezione di vita!

Come è possibile? Questo va controcorrente rispetto a tutto quello che credevo prima: è bene essere generoso con i figli, gli aiuti sono sempre i benvenuti, ecc....

Abbiamo scoperto che nel nostro caso non è stato così, e che non è quasi mai così.

La troppa generosità non richiesta può anche turbare un figlio, mettere in difficoltà e umiliare chi non è in grado di contraccambiare, perché è **più gratificante dare che ricevere**. Ogni dare deve essere compensato – non subito - con un ricevere per non creare uno squilibrio dannoso. La compensazione degli aiuti ricevuti da parte di chi non può ricambiarli è la gratitudine e il ringraziamento.

Ma dare troppo a qualcuno che non può ricambiare può essere un atto avvelenato che crea umiliazione e risentimento. E così è capitato quando abbiamo aiutato nostro figlio allora solo depresso ad aprire una sua osteria per ritrovare un lavoro non dipendente ed andare avanti con la vita. Inizialmente durante tutta la preparazione questo è stato molto positivo, lo ha motivato e lo ha aiutato ad uscire dalla depressione, e poi al momento di aprire il locale questo ha creato molto risentimento nei nostri confronti perché la situazione era un bluff: era lui il titolare senza che avesse messo le risorse e senza avere le competenze imprenditoriali necessarie. Ci siamo illusi che con il nostro aiuto (di lavoro) la cosa potesse funzionare. Ci è stato spiegato molto dopo che Antonio aveva soprattutto bisogno di staccarsi da noi, non di sentirsi ancora più legato

tramite un'attività lavorativa familiare.

In famiglia, la voglia di aiutare senza che sia stato richiesto o al di là di quello che è stato richiesto può anche nascondere una sorta di insofferenza nei confronti di un figlio in difficoltà, una sorta di volere dare una spinta per risolvere una situazione per noi intollerabile di disoccupazione o di povertà a lui causata dalla depressione; una sorta di strafare in buona fede perché si pensa che possiamo noi contribuire e operare per trovare una soluzione, oppure che lui si merita una nuova situazione lavorativa che in realtà non è più in grado di sostenere, e non vogliamo vedere e accettare questa nuova realtà. Non vogliamo vedere che non si tratta solo di depressione, superabile con una nuova opportunità, ma che si tratta di qualche cosa di più grave ancora senza nome agli esordi.

Perciò dare sì, ma solo cercando di capire bene che cosa è stato richiesto, che cosa serve, dando con moderazione e con discernimento solo ciò che l'altro è in grado di ricevere e di utilizzare.

Imparare a ricevere

Ricevere e ringraziare non è facile, è una delle lezioni di vita che dobbiamo imparare.

Il flusso del dare e del ricevere nella famiglia deve seguire il flusso normale della vita: come per lo scorrere di un fiume, deve andare da chi è arrivato prima verso chi è arrivato dopo, cioè dai genitori verso i figli, dai nonni verso i figli e i nipoti, e non nell'altro senso. Quello che un figlio ha ricevuto dai genitori potrà essere compensato dandolo a sua volta ai propri figli, non restituendolo ai genitori.

Il caso del volontariato

Una delle terapie spirituali raccomandata per evolvere è quella di aiutare gli altri, senza aspettative di compensazione. In questo caso la compensazione comunque arriva, e consiste nel vedere il sorriso e la gioia sul viso di chi ha ricevuto aiuto, è quella di percepire il senso della vita e del "fare" assieme agli altri.

1.8 LASCIA CHE SIA

Qui tocchiamo la questione cruciale della libertà individuale e del diritto di intervenire oppure no nella vita altrui. Non più educazione di un bambino, che ha bisogno di essere indirizzato, ma interferenza nella vita di un adulto, che fa le sue scelte in modo più o meno consapevole, secondo i momenti; ma che è comunque un adulto dotato di libero arbitrio.

Questione etica e filosofica cruciale e molto contraddittoria. Si mescolano regole, credenze, amore incondizionato e presunzione di sapere meglio dell'interessato ciò che è meglio per lui. Difficile da vivere, qualunque cosa uno faccia, comunque sbaglia... Le attuali regole generali della società (compreso impedire che uno faccia del male a sé stesso) non sono di nessun aiuto per i genitori, quando scelgono il rispetto assoluto della volontà altrui. Bisogna trovare da soli la strada e la forza di mettere in atto questo grande rispetto.

Con nostro figlio Antonio, siamo stati confrontati continuamente con le sue libere scelte di distruggersi la salute e la vita:

- Fumo esagerato, in alcuni periodi sino a 6 pacchetti al giorno;
- Rifiuto delle medicine psichiatriche, più avanti anche delle medicine per il cuore;
- Rifiuto delle altre cure psichiatriche, in particolare rifiuto dei ricoveri e dei TSO
- Desiderio più volte espresso di morire.

Fino a che punto si tratta di libero arbitrio? Oppure di influenze negative esterne da contrastare? Di effetti della malattia?

Lascia che sia la crisi psicotica distruttiva senza chiamare le forze dell'ordine? Senza richiedere un'ambulanza che lo avrebbe portato al TSO??

Lascia che uno si faccia del male in modo consapevole, per esempio distruggendo i propri documenti d'identità oppure rifiutando di firmare i documenti per ottenere delle agevolazioni economiche e aiuti sociali?

Che cosa è meglio per lui? Per la sua anima? Che diritto ho io di interve-

nire se non ho nessuna soluzione da offrire?

Chi è abilitato a “contenere”? (che brutta parola...)

Orientamento da noi scelto: Chiedere a Antonio, quando sta bene e ha tutta la sua lucidità, che cosa si aspetta da noi e come dobbiamo comportarci se va in crisi psicotica;

Risposta: se mi trovate svenuto, vi chiedo di non cercare di rianimarmi, sarò contento di andare via. Quando sto male, cercate un medico di base che venga a casa, non uno psichiatra; Se commetto una effrazione, chiamate la polizia per mettermi in galera, non chiamate i servizi di TSO;

Quando, il 19 ottobre, lo abbiamo trovato inanimato sul suo letto, Luigi ha chiamato subito l'ambulanza, mentre io pregavo perché l'ambulanza non arrivasse in tempo per rianimarlo. Con un dolore atroce e la contraddizione tra rispetto della volontà di Antonio costi quel che costi, e la difesa sempre e comunque della vita.

Atteggiamento contraddittorio di Antonio: quando aveva crisi di respiro e di mancanza di ossigeno, cercava disperatamente la bombola di ossigeno, non voleva morire soffocato.

Più volte Antonio ci ha chiesto: se mi volete bene, per favore ammazzatemi. Non voleva suicidarsi, diceva lui per non darci un dispiacere. Diceva spesso: “Quando sarete morti, mi suiciderò subito dopo. Non ho che voi, da solo non posso stare”.

Nelle mie sedute di terapia spirituale, il tema dell'accettazione era molto presente. Questo si portava dietro, immancabilmente, l'accettazione che le cose siano come sono; l'accettazione che mio figlio Antonio sia handicappato a causa di una grave malattia mentale; l'accettazione che i servizi non possano fare più di tanto, soprattutto con un adulto che rifiuta la sua malattia e che rifiuta le cure; l'accettazione che Antonio scarichi la sua rabbia sempre su di noi, perché siamo quelli che lo amano comunque e che non lo abbandonano mai; accettazione che la medicina di base sia quella che è, senza più visite domiciliari, anche a pagamento, e con medici che non si occupano della salute fisica quando si hanno problemi di salute mentale; accettazione di vivere in mezzo allo stigma, anche in famiglia; accettazione di tutto, perché il mondo è come è, e sono la sof-

ferenza e il superamento delle prove che ci fanno crescere spiritualmente.

Accettare, e lasciare che sia.

È stato un apprendimento durissimo. Non è rassegnazione, non è neppure rinuncia ad impegnarsi per migliorare le cose, con tutte le proprie forze; ma è **arrendersi alla realtà**, non pretendere, non accanirsi per cambiare ciò che non può essere cambiato, perché non serve. E riuscire a ringraziare, a essere felici nonostante tutto, perché il mondo è perfetto così com'è, le cose matureranno quando sarà venuto il momento giusto, tutto ha un senso e va rispettato, senza forzature. Lascia che sia. Bello e duro insegnamento.

1.9 MIO FIGLIO NON È MIO

“Tuo figlio non è tuo, è “solo” un’anima che ti è stata affidata perché tu ne prenda cura e l’aiuti a diventare ciò che è davvero”.

“Un essere umano non proviene dai genitori, ma arriva su questa terra tramite i genitori”

“Ripeti 10 volte tutte le mattine, pensando ad Antonio: ‘Io sono io, tu sei tu’”.

Queste sono esempi di frasi che mi venivano “prescritte” dalla mia psicologa e dalla terapeuta spirituale per tanti anni.

Anche mio marito mi diceva sempre: “Una madre non è così importante da determinare la vita di suo figlio”. In altri termini, “se è malato mentale non dipende da te, non hai colpe, non hai in mano la soluzione del problema, non sei onnipotente”.

Noi madri, facciamo davvero molta fatica a tagliare questo famigerato cordone ombelicale, perché il figlio è stato “fatto con le nostre trippe”, rischiamo di considerarlo come una sorta di prolungamento di noi stesse, come una parte di noi, soprattutto quando soffre.

Io mi arrabbio molto quando si parlava di tagliare questo cordone om-

belicale: ma come, è da una vita che mi impegno per rendere i miei figli liberi e autonomi, non sono una madre chioccia, sono una madre di stampo moderno, libera ed evoluta.

In realtà non mi rendevo conto, ogni tanto anche Antonio manifestava il suo fastidio per le mie troppe preoccupazioni, per le dimostrazioni di affetto, per gli aiuti non richiesti, che lo facevano sentire probabilmente ancora un po' bambino.

Questa è una delle lezioni di vita che non sono riuscita ad apprendere completamente. Il cordone ombelicale c'era ancora, un po' più sottile, ma c'era. Mi dispiace.

Credo che quando chiamiamo affettuosamente i malati mentali “i ragazzini” non ci rendiamo conto che in realtà, è perché non li consideriamo pienamente degli uomini e delle donne adulti. Li consideriamo un po' immaturi. In parte vero e in parte falso. C'è da lavorare molto anche sull'uso delle parole...

1.10 PRENDERE IL PROPRIO POSTO NELLA FAMIGLIA

Dove ti siedi a tavola? Dove ti siedi sul divano? Quale è la tua stanza, il tuo luogo personale di vita? Chi cerca di influenzarti nelle scelte importanti della tua vita?

Queste piccole domande svelano se una famiglia è equilibrata, nella quale ciascuno ha il suo posto, oppure se si tratta di una famiglia nella quale qualcuno è escluso, o si sente escluso; qualcuno è prepotente ed occupa un posto non suo? Qualche figlio si prende per il padre? L' ultimogenito si prende per il capofamiglia? La figlia si sente più brava della madre e tenta di prendere il suo posto nel cuore del padre?

Tutti questi comportamenti creano confusione e possono avere delle gravi conseguenze sulla salute mentale dei componenti più fragili.

Lo abbiamo scoperto e visto all'opera nelle numerose sedute di Costellazioni familiari che abbiamo fatto con l'équipe di Bert Hellinger. Ci hanno aiutato molto ad avere una visione più ampia del concetto di famiglia, a percepire i legami invisibili che collegano le varie generazioni e a potersi

“liberare” dai legami impropri che possono intrappolare le persone più fragili e più amarevoli tra gli ultimi nati, che si prestano inconsciamente a tale ruolo.

Abbiamo potuto vedere che spesso la persona confusa o con problemi di salute mentale prende il posto di un antenato defunto, a suo tempo escluso o non onorato, per ricordarlo ai presenti e per perpetuare la sua memoria.

Ho scoperto che io sono stata arrogante sia con mio padre che con mia madre; che Luigi, orfano di padre, non ha onorato la figura di suo padre; Nel presente, spesso Antonio diceva:” Non ho avuto un fratello, ho avuto 2 padri”. Del tipo: mio fratello non era mio alleato, mio complice, ma mi faceva la morale come se fosse stato un secondo padre”.

Antonio cercava anche lui di sminuire il ruolo di suo padre, tentava di imporre sue scelte quando erano scelte che non gli competevano (come la scelta dell’automobile del padre pagata dal padre o quella della madre pagata dalla madre); cercava un rapporto privilegiato con me per escludere suo padre. Sempre in chiave di rapporto di potere con il padre, anche se suo padre non era prepotente. Perché il potere e l’impotenza erano temi per lui molto presenti e molto problematici.

Antonio è riuscito finalmente a prendere il suo posto nella nostra famiglia solo alla fine della sua vita, quando ha avuto la sua casa, il suo territorio, quando si è sentito veramente adulto e ha potuto dire: “Vi invito a casa mia”.

NB: Secondo Bert Hellinger, gli esclusi sono quelli che, in una famiglia, per un motivo qualunque, sono lasciati indietro, messi in ombra o denigrati. Sono quelli ai quali sono stati negati l’onore, l’appartenenza e la parità di nascita.

Questa esclusione rappresenta una violazione di un ordine di base dei sistemi familiari, secondo cui chi entra nel sistema acquisisce lo stesso diritto di appartenenza di tutti gli altri. Se qualcuno viene escluso, dicendo “tu hai meno diritto di appartenenza di me”, questa ingiustizia viene espiata tramite l’irretimento di un discendente che riprende incoscientemente su di sé il destino di un predecessore, e lo vive.

1.11 LA MENTE

Mente, cervello, intelletto, psiche, anima, spirito, coscienza, inconscio, sé, sé superiore, innato, quante parole, che confusione nella nostra testa. Antonio ha sempre fatto molte domande su questi temi, voleva sondare le nostre rappresentazioni, voleva dare il suo punto di vista.

Per potere parlare di questo con Antonio, per tentare di capire la malattia mentale - cioè la malattia della mente - ho letto molto, ho partecipato a seminari sia scientifici che spirituali su questi argomenti, ho imparato molte cose e vi sintetizzo quale è la mia nuova visione.

La mente non è il cervello: il cervello è la parte materiale, come il “ferro” del PC; la mente è il nostro sistema operativo, la parte immateriale che contiene i processori per gestire le informazioni, le memorie, le emozioni, i pensieri. Per funzionare, la mente ha bisogno che il cervello sia a posto.

Il cervello non è localizzato solo a livello centrale: abbiamo diversi ammassi organizzati di neuroni che sono dei veri e propri cervelli autonomi: il cervello centrale (encefalo e midollo spinale) con 85 miliardi di neuroni; il cervello dell'intestino con 500 milioni di neuroni; e, recentemente scoperto, anche il cervello del cuore con 40.000 neuroni.

Abbiamo anche noi l'equivalente di un software di base permanente (in gran parte ereditato) e vari programmi di software operativo stabilizzati ed evoluti durante la nostra vita. Alcuni pezzi di questi software operativi acquisiti durante la vita possono anche essere trasmessi ai nostri discendenti, si tratta del passaggio transgenerazionale dei caratteri attraverso vie non solo genetiche.

La nostra mente è costituita da una coppia dinamica che lavora in modo cooperativo: la mente conscia e la mente inconscia.

La mente inconscia rappresenta il nostro “pilota automatico”, quella velocissima che ci guida alla nostra insaputa ed è sempre pronta per difenderci dai pericoli; la mente inconscia è uno dei più potenti processori di informazioni conosciuti.

La mente inconscia contiene l'insieme degli istinti geneticamente pro-

grammati nonché l'insieme delle convinzioni apprese: viene programmata durante la gestazione e durante la prima infanzia, e raccoglie in modo non selettivo l'imprinting di tutte le cose che il bambino vede e che fa sino a circa 6 anni. La maggior parte dei nostri comportamenti di base e delle nostre convinzioni è stata "scaricata" acriticamente attraverso l'osservazione di altre persone: genitori, fratelli e cugini maggiori, compagni di scuola, insegnanti e dade, amici, eroi e personaggi dei cartoni animati; le convinzioni e gli atteggiamenti che osserviamo da piccoli diventano collegamenti permanenti sotto forma di vie sinaptiche, nella nostra mente subconscia; possono costituire ostacoli e limitazioni impresse nel subconscio non solo per la realizzazione dei nostri obiettivi, ma anche per la nostra fisiologia e il nostro stato di salute. Crescendo, diventiamo meno esposti alla programmazione esterna, ma alcuni abusi verbali del tipo "non sei capace di niente" diventano verità e segnano il bambino per tutta la vita.

È inutile combattere con la ragione o con la volontà contro il subconscio: è come dare dei calci a un jukebox per cambiare i dischi che sono stati caricati. I metodi convenzionali per annullare i comportamenti distruttivi nel subconscio comprendono i farmaci e la psicoanalisi. Gli approcci più nuovi utilizzano le scoperte della fisica quantistica per "riprogrammare" i comportamenti precedentemente appresi e fanno parte della psicologia energetica attualmente in fase di grande sviluppo.

La mente conscia è il nostro "Sé pensante", la voce dei nostri pensieri; è infinitamente più piccola (la punta dell'iceberg, 10.000 volte più piccola), e rappresenta il nostro pilota manuale: interviene quando lo decidiamo noi, anche in contrasto con l'operato della mente inconscia. Con l'evoluzione dei mammiferi superiori (homo sapiens, cetacei e scimpanzé), l'avvento della mente cosciente ha costituito un progresso fondamentale dell'evoluzione. La mente conscia ha il potere di essere creativa nelle risposte agli stimoli ambientali, è auto-riflessiva, può intervenire per bloccare dei comportamenti in atto, offrendo così il libero arbitrio. Pertanto non siamo le vittime impotenti della nostra programmazione inconscia; ma appena la mente cosciente smette di fare attenzione, la programmazione inconscia riprende il sopravvento. La mente conscia ha anche la facoltà di spostarsi avanti e indietro nel tempo, mentre la mente inconscia agisce solo nel momento presente.

La mente non è racchiusa nella scatola cranica, è una parte immateriale vibrazionale quantica diffusa in tutte le cellule del corpo (nel DNA) e può anche “estendersi” fuori dal corpo. Si parla di mente estesa, di mente non localizzata. Così, la nostra mente si collega con una mente universale più grande. Si tratta dell’inconscio collettivo di Young?

La mente è per noi uno strumento. **Noi non siamo la nostra mente.** Il PC e il Sistema operativo non funzionano da soli, ci vuole una persona, una identità, per programmarlo e per usarlo.

Noi siamo l’anima, ossia lo spirito che governa il cervello e la mente, siamo l’energia che ci identifica e ci tiene in vita. Attualmente gli scienziati la chiamano la Coscienza.

Anche gli animali hanno un’anima: è quella che permette loro di essere “animati”, di essere vivi.

L’anima umana è molto più complessa di quella animale: la chiameremo anima/spirito perché ha anche una parte spirituale “divina” che ci collega con l’energia creatrice multidimensionale dell’Universo (che qualcuno chiama Dio).

Alla morte se ne va via l’anima/spirito, **la nostra identità immortale**, e si spegne la mente, si degradano il cervello e il corpo.

Con il concepimento si trasmette una parte casuale del DNA del padre e una parte casuale del DNA della madre – la parte del DNA che definisce la nostra impronta, la nostra unicità biologica - che contiene tutte le istruzioni per sviluppare una nuova persona (corpo e mente, con le memorie di stirpe e le memorie familiari); così si sviluppa l’embrione poi feto che ospiterà una nuova anima.

Alla nascita, con il primo respiro ci raggiunge definitivamente l’anima/spirito - collocata nella parte quantistica immateriale del nostro DNA - che si “reincarna” e porta con sé tutte le memorie delle nostre vite precedenti, il nostro karma, nonché le memorie della storia dell’umanità. L’anima umana (o spirito, o sé superiore) è la nostra vera identità immortale.

Come già detto, alla morte, all’ultimo respiro, l’anima si separa dal corpo

e “ritorna a casa”, nella multidimensionalità.

Questa sintesi vi sorprende? È per voi scioccante? Per Antonio era banale e ovvia, e per me è diventata una nuova evidenza, dopo un faticoso travaglio, dopo tante resistenze. Ho fatto fatica ma ormai ne sono convinta, non può essere diversamente. Almeno fin quando non troverò nuove evidenze più convincenti.

1.12 LA REALTÀ

Spesso si afferma che uno dei sintomi della malattia mentale è la disconnessione dalla realtà.

Ma da quale realtà? Quella che percepisco io? Quella che percepisci tu?

Risposta unanime per mettere tutti d'accordo: la realtà oggettiva, cioè quella materiale, quella che si misura e si pesa, e fin qui siamo tutti d'accordo. Quella che si sente e quella che si vede? e già non siamo più tutti d'accordo. Ci sono quelli daltonici, quelli che non sentono alcuni gusti, alcuni odori, che altri danno come ben reali...

Percepriamo la realtà con i nostri sensi, e si sa che i nostri sensi coprono soltanto 30% della banda delle lunghezze d'onda esistenti. Il 70% che non percepriamo con i nostri sensi non è reale? E gli ultrasuoni? Gli infrarossi? I raggi gamma? Le onde gravitazionali? Le onde elettromagnetiche? Le onde radio? Fanno o non fanno parte della realtà?

Con l'avvento dei telefonini, la nostra percezione della realtà sembra ben cambiata rispetto solo a 50 anni fa, sembra essersi “dilatata”, non è più la stessa di prima. Oggi, non ci stupiamo più di alcune nuove “realtà” che, un secolo fa, sarebbero state considerate vere e proprie follie, fatti inesistenti e impossibili, come ad esempio potere parlare con un'altra persona a 2.000km di distanza senza un collegamento materiale.

Eppure da sempre tutte le frequenze esistono e continuano a trasmettere informazioni, anche se noi non le recepiamo, anche se alcune persone bollate come “folli” affermano di vedere cose che noi non vediamo (le così dette allucinazioni) e odono suoni e musiche che la maggior parte di noi non percepisce.

Queste allucinazioni, queste voci, sono reali o sono inventate? Sono “solo” il sottoprodotto di un cervello malato o potrebbero anche essere suoni e immagini trasmesse all'esterno che alcuni cervelli particolari possono captare, come un televisore si sintonizza e recepisce i programmi TV trasmessi nell'etere? Negli ultimi 20 anni, vari ricercatori e neuroscienziati hanno condotto ricerche avanzate che conducono decisamente in tale direzione (*).

Probabilmente, le 2 situazioni coesistono: In alcuni casi, queste percezioni sembrano esistere davvero, in altri casi sembrano prodotte dal nostro cervello confrontato alle grandi paure che si affrontano.

Esempio di strana percezione di Antonio legata ad una paura:

“Vedo il pavimento che ondeggia; probabilmente è il centro della terra che si è caricato troppo di energia, si è riscaldato troppo e questo crea il riscaldamento climatico; è per questo che il pavimento inizia a deformarsi sotto i nostri piedi”.

Spesso Antonio mi diceva che io ero fuori dalla realtà, quando le mie percezioni erano lontane dalle sue. Non riusciva ad accettare che io non sentissi le voci. Che strana questa madre “menomata” ...

I nuovi bambini che nascono in questo 21° secolo, chiamati “bambini Indaco”, hanno capacità e percezioni più avanzate rispetto a noi “vecchi”, nascono “già imparati” per quanto riguarda l'uso delle tecnologie, molti hanno anche doti e caratteristiche molto avanzate per quanto riguarda il navigare nella multidimensionalità. Idem per i bambini asperger, in continuo aumento, che possiedono doti fuori dal comune, che molti di noi non sono nemmeno in grado di comprendere.

Direste che questi bambini sono matti? Senz'altro no! Facciamo fatica a seguirli, perché sono un po' strani e sembrano disadattati rispetto al nostro vecchio mondo. Ma sono dotati di nuove capacità adatte alla nuova realtà del terzo millennio in veloce arrivo. Non sono folli, sono semplicemente diversi, sono neurodiversi, alcuni sono anche geniali.

Aggiungo che oggi, con la fabbrica delle fake news e dei falsi montaggi fotografici sempre in produzione, si fa ancora più fatica a districarsi tra il vero e il falso, tra il reale e l'immaginario. Le frontiere tra reale e virtuale

svaniscono, le certezze spariscono, tutto si mescola.

Antonio ci ha insegnato a non avere tante certezze, a considerare che la realtà è molto più grande, complessa e sconosciuta di quanto pensiamo, a non stupirci di fronte alle voci o alle altre percezioni extrasensoriali, a diventare molto umili e aperti alle cose che non conosciamo e che ancora non comprendiamo.

Allora, pensiamoci bene prima di dare del matto a qualcuno, perché la sua realtà è diversa da quella percepita dall'attuale maggioranza delle persone, dal "mainstreaming" così spesso invocato.

1.13 LA GUARIGIONE

Nessuno ha la facoltà di guarire un'altra persona. Questo è vero per tutti i tipi di malattie, e lo è ancora di più per le malattie psichiatriche. La guarigione non è nelle mani dello psichiatra, non è nelle mani dei familiari, non è nelle mani degli amici o dei medici in generale. La guarigione non può avvenire all'insaputa e senza la volontà attiva dell'interessato.

Solo la persona malata può decidere di volere guarire e cercare/accettare aiuti esterni. La guarigione è un percorso interiore di catarsi, di liberazione e di sviluppo personale. Questo era molto chiaro nel caso di Antonio.

Guarire non vuole dire ritornare a come si era prima di ammalarsi. Guarire vuole dire diventare ciò che si è davvero, diventare il proprio seme, liberarsi dai condizionamenti esterni, riuscire ad esprimere le proprie doti e potenzialità, che ci sono sempre. Guarire può anche voler dire diventare una persona completamente diversa da quella che era prima di ammalarsi, non rientrare più nei canoni e nelle aspirazioni dei familiari e dei conoscenti. Non tutti i familiari sono pronti ad aiutare questa forma di guarigione.

Spesso l'ammalarsi rappresenta anche inconsciamente un rifugio, un male minore rispetto al dovere affrontare una realtà giudicata insopportabile. Per alcuni è un modo per attirare l'attenzione su di sé, per altri è una fuga, per altri ancora è un modo per non diventare adulto e non doversi assumere responsabilità. Anche la malattia mentale può rappresentare una forma di "equilibrio" personale; si può negarla e non volere

uscirne fuori perché uscirne sarebbe peggio.

Antonio ne era molto consapevole e mi ha spesso detto: quando non ne posso più stacco, fuggo nel mio mondo immaginario dove nessuno mi disturba. Meglio malato che schiavo sul lavoro.

Ammalarsi può anche rappresentare una forma di fedeltà inconsapevole nei confronti di altri antenati, morti o vivi, che hanno attraversato le stesse sofferenze. Un modo per ricordarli e rendere loro omaggio, soprattutto se erano stati esclusi dalla loro famiglia. Come lo hanno messo in luce le Costellazioni Familiari.

Purtroppo si parla raramente di guarigione nei percorsi di cura nella salute mentale. Le dimissioni dai CSM sono molto rare. La cronicizzazione è data quasi per scontata. Alla **prima** visita in un CSM, senza alcuna diagnosi clinica, la psichiatra ha detto a Antonio (che aveva allora 20 anni): le medicine, dovrai prenderle per tutta la tua vita. No comment. Era più di 25 anni fa. Probabilmente adesso qualcosa sarà cambiato.

Bisognerebbe comunque mantenere sempre la speranza, perché senza speranza non si va da nessuna parte (La speranza è una vera e propria medicina, come ben illustrato dal dott. Fabrizio Benedetti), e perché dalla malattia mentale in molti casi si può uscire.

Per adesso, quando avviene una forma di guarigione (cioè stare bene senza farmaci), sembra un miracolo, una remissione spontanea. Probabilmente solo perché i medici non capiscono ancora quale è stato il meccanismo di quella guarigione.

L'obiettivo dichiarato non è mai la guarigione, ma il raggiungimento di un equilibrio con medicine, il famigerato "essere stabilizzato". Con anche tanti effetti collaterali disastrosi. Meglio di niente. È questa la speranza necessaria per intraprendere un percorso molto impegnativo verso la guarigione?

Guarire: non vuole dire diventare un fenomeno. Vuole dire trovare una forma di normalità, trovare un equilibrio dinamico e continuo tra forze contrapposte che sono sempre presenti nella realtà. E la normalità è tutt'altro che banale, o brutta. La normalità ha una sua grandezza, una sua grande dignità.

Guarire presuppone comunque sempre rimuovere prima gli ostacoli organici rimovibili, quando ci sono (infiammazioni, disfunzioni dell'intestino e del microbiota, intolleranze alimentari, tossine); e poi sbarazzarsi delle emozioni distruttive: rabbia, attaccamento, illusioni, orgoglio e gelosia. E questo non è una passeggiata.

Guarire vuole dire **accettare** quello che siamo, accettare i genitori e la famiglia da dove veniamo, accettare il tempo in cui viviamo. E poi lasciare che la nostra personalità possa esprimersi e “fiorire”, possa trovare la sua strada, possa diventare ciò che il nostro “seme” è venuto a sperimentare su questa terra.

Oggi, alcuni ricercatori parlano apertamente di reversibilità di alcuni sintomi della malattia mentale, e questo apre nuove vie di grande speranza verso la guarigione.

In effetti, la maggior parte delle patologie mentali, soprattutto se prese all'inizio e curate in modo adeguato, potrebbero regredire sino a portare ad una remissione quasi completa.

Nei casi più gravi, il percorso verso la guarigione richiede un percorso lungo e molto faticoso, che richiede umiltà e gioia profonda. Agli antipodi della depressione e della paranoia. Per chi nonostante la gravità intende intraprenderlo, è necessario poter contare su un tipo di supporto a tutto campo: attenzione alla salute fisica, supporto psicologico adeguato, farmaci adatti, ambiente accogliente, risoluzione dei problemi “ordinari” (reddito, casa), supporto di tipo spirituale, ed anche supporto alla famiglia.

1.14 LA LIBERTÀ, IL BENE ASSOLUTO IRRAGGIUNGIBILE

Mantra continuo di Antonio: **VOGLIO ESSERE LIBERO!**

Per lui, libertà voleva dire: essere libero dalle spie, libero dalle voci, libero dalla dipendenza dai genitori, libero dalla povertà, libero dal dovere lavorare (che per lui significava essere schiavo) per potere sopravvivere, libero dalle malattie, libero dalla burocrazia, libero dalla doppia nazionalità,

libero dalla Chiesa, libero dal giudizio altrui.

Tema più grande: liberarsi dalle microspie che aveva secondo lui impiantate nel cervello, nei denti e nei piedi, microspie che lo osservavano in permanenza, gli toglievano ogni forma di intimità e non gli consentivano di avere una donna.

Andò dal dentista per chiedere l'estrazione di un dente sano che secondo lui era infettato da una microspia. Il dentista rifiutò, Antonio una volta lo estrasse da solo con una tenaglia e senza anestesia. Questo dimostra solo la forza della sua disperazione.

Per liberarsi dalla Chiesa, ha chiesto di essere radiato dall'elenco dei battezzati.

Per lui, essere libero voleva anche dire non essere sottoposto a nessuna regola e a nessun vincolo sociale: niente codice della strada (anche se guidava benissimo e lo rispettava nei fatti), niente tasse, niente dichiarazioni burocratiche, sino alla libertà di potere pareggiare i conti con chi lo aggrediva senza dovere ricorrere a un giudice.

Ripeteva spesso il moto del suo bis zio francese Michel: "La libertà prima del pane".

Tutto questo, che cosa mi ha insegnato?

Mi ha fatto molto riflettere e mi ha insegnato che molte cose che davo per scontate in realtà non lo sono per tutti. Tutte le regole di convivenza della nostra società occidentale, sempre più complesse e stringenti a ogni generazione, non sono per forza condivise da chi non ha vissuto il motivo di tali regole e non ne capisce il significato, e a qualcuno dei più giovani fanno molto male. La stratificazione storica delle regole era diventata una "carapace", una corazza difficile da vivere per un animo libero come Antonio, e si ribellava sentendosi costretto, senza comprenderne il perché.

Avevo sempre dato per scontato che viviamo in un paese libero, perché così ci è stato insegnato. In realtà il nostro margine di libertà è sempre più limitato, gli obiettivi di sicurezza collettiva calpestanto di continuo la responsabilità individuale e le tecnologie presenti ormai in tutti i campi della vita restringono sempre di più questo margine. Stiamo diventando progressivamente degli automi.

Beninteso c'è sempre il libero arbitrio, ma si esercita per accettare o rifiu-

tare una gamma sempre più stretta di possibilità, l'area per esercitare la nostra creatività è sempre più limitata e deve fare i conti con mille vincoli e mille impedimenti.

Anche la nostra anima non arriva libera, alla nascita non siamo come un foglio bianco sul quale scrivere una nuova storia.

Tramite il Karma personale veniamo sulla terra con una mission da compiere, o da terminare, mission che non può essere interrotta volontariamente o ripudiata una volta nati. Mission terrestre che ci serve come esercizio per imparare, per evolverci e per crescere come spiritualità.

Per qualcuno il karma può prevedere di vivere una esperienza di handicap fisico, oppure di malattia mentale, oppure di non potere avere figli, oppure di sperimentare la povertà.

Per altri il karma può prevedere di essere ricchi per imparare la generosità, di diventare un genio della scienza o un grande artista per aiutare l'umanità.

Questi destini, comuni, speciali o di difficoltà estrema, sarebbero stati scelti dalla nostra anima prima di reincarnarsi, e richiedono da parte di ciascuno di noi un grande rispetto nei confronti dei percorsi di vita degli altri.

Non sempre la malattia mentale ha per causa una quota di karma. Ma può succedere, e in questo caso diventa molto più difficile pensare a terapie che conducano a forme di reversibilità dei sintomi, ad una guarigione psicofisica. In questo caso, la guarigione per la persona e per la sua famiglia può corrispondere solo ad una forma di profonda accettazione, al ringraziamento per tutti gli insegnamenti che questa malattia permette di raggiungere, alla maggior saggezza acquisita tramite la grande sofferenza e il ridimensionamento del proprio ego.

La libertà interiore è un bene raro e prezioso, è difficile da ottenere. Siamo in parte come delle marionette sul palcoscenico della storia familiare e sul palcoscenico della storia in generale, viviamo in un labirinto pieno di costrizioni, di cammini prestabiliti e di porte chiuse, singolarmente dobbiamo "accomodarci della situazione" e tentare di usare il nostro libero arbitrio per vivere al meglio quello che è possibile vivere.

Su questo punto ho cambiato idea strada facendo, mi si sono come aperti gli occhi. Da giovane credevo che tutto fosse possibile, pensavo che ciascuno di noi poteva forgiare il proprio destino sulla base della propria volontà, del proprio impegno, che niente fosse impossibile come avrebbe detto Napoleone.

Grave errore di gioventù: forse è possibile per qualcuno, ma non lo è di certo per tutti. I condizionamenti, gli impedimenti, i patti da rispettare con il proprio destino ci sono eccome; la nostra libertà individuale è spesso ristretta e rischia di esserlo sempre di più man mano che la civiltà “tecnogena” avanza, riducendoci a pioli ben formattati nel grande puzzle disegnato da altri.

Per un animo libero e molto sensibile come Antonio, questa situazione era intollerabile, insopportabile, lo faceva infuriare e diventare ribelle, lo faceva letteralmente impazzire.

1.15 LA PELLE

In famiglia eravamo soliti dire che “Antonio è senza pelle”, cioè che è senza protezioni, senza difese, senza filtri, con tutte le porte e le finestre aperte agli influssi esterni, specie agli influssi della negatività. Qualcuno potrebbe dire che era un po’ credulone, cioè portato a dare per vere molte affermazioni senza particolari verifiche e fondamenti.

Non si tratta solo di una affermazione di tipo psicologico: Antonio aveva anche la pelle biologica molto delicata, da piccolo è nato con eruzioni cutanee frequenti, specie sul cuoio capelluto; da grande ha sempre lottato contro la forfora, contro la fragilità e le irritazioni ai piedi, contro la dermatite seborroide sul petto, senza trovare rimedi dermatologici risolutivi. Era di pelle scura, ma con reazioni e grande fastidio ai raggi solari diretti. Stessa cosa per gli occhi: sin da piccolo diceva “mi dà fastidio il sole” e portava occhiali scuri.

Che cosa c’entra tutto questo con i disturbi mentali? In realtà abbiamo scoperto che queste cose sono collegate.

L’organo “pelle”, quello più grande (2 mq.) e più pesante di tutto il no-

stro corpo (fino a 8-10 kg) rappresenta il confine sia materiale che simbolico che ci separa dal resto del mondo, la frontiera che ci protegge, ma anche il luogo permeabile di tutti gli scambi con il resto del mondo, il luogo che prude quando qualcosa non va. È l'involucro, il "sacchetto" che racchiude il nostro IO.

Beninteso Il nostro IO psichico e la nostra mente vanno anche oltre, sbordano e ogni tanto fanno un giro anche lungo fuori dal recinto della pelle. Ma la pelle resta il riferimento tra il dentro e il fuori di noi stessi, tra noi e gli altri.

La pelle parla molto agli altri, fa in qualche modo parte della nostra carta d'identità, è lo specchio della nostra mente. Pelle scura o pelle chiara? Pelle morbida o pelle ruvida? Pelle tonica o pelle flaccida? La pelle può essere un elemento di attrazione, una sorta di invito ad avvicinarsi, oppure un elemento di repulsione perché maleodorante e sgradevole, che invita ad allontanarsi. Si vede e si sente, la pelle non mente.

I problemi di salute della pelle sono pertanto allo stesso tempo un indicatore di salute della mente, ed una conseguenza dei disagi mentali. Per curare la pelle bisogna curare la mente, e per curare la mente bisogna curare la pelle. Non è un lusso, è una vera e propria esigenza terapeutica.

La cura della pelle va dunque presa in grande considerazione per migliorare la salute mentale; non si tratta "solo" di un aspetto di estetica. L'espressione popolare "stare bene nella propria pelle" è molto significativa, la cura del corpo, della pelle, della propria estetica possono incidere in modo importante sul benessere psicofisico. Possono contribuire a ridare fiducia in sé, accrescere l'autostima, aiutare a superare l'estrema timidezza, distenderci e facilitare l'accettazione sociale. Vale per tutti, ma vale ancora di più per chi ha problemi di salute mentale. Anche per non farsi puntare con il dito dagli altri: se hai problemi di pelle, se non sei curato, se sei trasandato, vuole dire che hai dei problemi, rischi di essere rigettato dagli altri.

Grazie Antonio per averlo notato, per avere attirato la nostra attenzione su questo "particolare" tutt'altro che marginale.

1.16 IL DNA

La molecola di DNA rappresenta la realtà più misteriosa e più straordinaria della vita. È a partire dalle molecole di DNA contenute nei cromosomi dell'ovulo fecondato (assemblaggio assolutamente casuale proveniente per metà dal padre e per metà dalla madre) che si formano il nostro corpo e la nostra mente; in esse sono contenuti tutti gli elementi, tutte le informazioni che servono per poter diventare l'essere umano che siamo. Esse sono il seme, il Daemon di cui parla lo psichiatra James Hillman.

Antonio era molto curioso di capire “come funzioniamo”: perché e dove pensiamo, perché un gallo continua a correre anche dopo essere stato decapitato, che differenza c'è tra un corpo vivo e un minuto dopo lo stesso corpo diventato cadavere, che differenza c'è tra il DNA animale e il DNA umano.

Solo da circa 70 anni ne sappiamo un po' di più, e tutti i giorni la ricerca ci svela nuovi aspetti per me sconvolgenti di bellezza, di armonia e di complessità.

Per tentare di capire di più sulla salute mentale, diventa importante guardare anche l'elemento più piccolo che caratterizza la persona, il suo funzionamento, la sua vitalità, il suo pensiero, la durata della sua vita.

Perché è a partire dalle istruzioni del DNA che è stato prodotto il nostro cervello, è il DNA che ha la chiave del nostro stare bene e della nostra malattia, è in ultima analisi nel DNA che si trova buona parte della nostra personalità.

Cercherò di sintetizzare quello che ho imparato sul DNA nelle ultime ricerche sui libri che ho fatto per Antonio.

DNA: Non si tratta solo di un lungo filamento, di una lunga doppia elica di basi attaccate su un supporto di glucidi che costituiscono i Geni, cioè gli stampi dei “mattoni” di proteine che costituiscono il nostro corpo. È molto di più.

I geni, cioè la parte codificata del DNA, rappresentano solo il 10% del tutto. Il 90% restante era stato fino a poco tempo fa chiamato “DNA

spazzatura”, pensando che non servisse a niente, solo perché la scienza non aveva ancora capito a che cosa poteva servire.

Solo di recente le ricerche hanno messo in luce che in realtà questo DNA non codificato rappresenta una parte fondamentale: rappresenta il libretto di istruzioni su come usare il DNA codificato - cioè i geni; esso controlla quale è il progetto da realizzare, come assemblare le molecole proteiche “sfornate”. Per costruire un aereo, non basta produrre una montagna di tutti i pezzi necessari. L’assemblaggio non si fa per caso in modo spontaneo, ci vuole un progetto e ci vuole chi sappia come fare l’assemblaggio. È la stessa cosa per la costruzione e la manutenzione del nostro corpo: i geni codificati consentono di produrre le proteine necessarie, il DNA non codificato procede all’uso delle proteine per “dare forma” ai tessuti e agli organi.

Non solo: la molecola di DNA non è “solo” un filamento lineare. È un filamento strettamente arrotolato su sé stesso come un gomitolo di lana, è arrotolato in modo tale da costituire una sorta di bobina, simile a un semi-conduttore che genera un campo elettromagnetico a bassissima intensità. Il DNA del nucleo di ciascuna delle 50 trilioni di cellule del nostro corpo genera questo campo, e tutte assieme producono il campo morfogenetico individuale che può estendersi anche sino a 8 metri di distanza fuori dal nostro corpo.

Inoltre, la parte materiale del DNA, la parte biologica – l’unica visibile al microscopio elettronico - è immersa in una sorta di “zuppa” di energie quantistiche invisibili con i nostri attuali strumenti. “Zuppa” costituita anche quella di vari strati quantistici intrecciati, sedi della nostra coscienza, del nostro sé superiore, del nostro inconscio e delle nostre memorie ancestrali. Sede anche della nostra fiammella divina, cioè della nostra anima?

Pertanto, ogni cellula del nostro corpo sembra dotata di una sua intelligenza, tutte assieme sono come una grande orchestra che suona in modo coordinato all’unisono il canto della nostra vita.

Nel DNA c’è la nostra identità, è il seme che abbiamo ricevuto dai nostri genitori, non solo il seme materiale, cioè quello biologico (gli stampi per la fabbrica dei mattoni proteici e le istruzioni per il montaggio), ma

anche la zuppa quantica che lo avvolge, a partire dai quali, in interazione con l'ambiente, possiamo sviluppare la nostra personalità.

E da una singola cellula, l'ovulo fecondato, siamo diventati una unità adulta corpo-mente-spirito, unità intimamente legata in ciascuna delle nostre cellule. Una vera meraviglia.

NB. Non ho parlato qui del fatto, tempo fa temuto, della possibile trasmissione ereditaria della malattia mentale, in particolare della schizofrenia. Dalle ultime ricerche, sembra che tale rischio in realtà sia estremamente basso. Ne parlerò nella parte 2 sul perché della malattia mentale.

1.17 IL SORRISO, LA BELLEZZA

Perché inserire la bellezza tra i temi di cui ho potuto imparare l'importanza con Antonio? A priori è una cosa ovvia, a tutti noi piacciono le cose belle.

Non parlo qui di arte, o del ruolo dell'espressione artistica, molto importanti e utilizzati nelle terapie per la salute mentale, ma che Antonio non ha mai coltivato (anche se l'arte è lo spazio maestro di espressione della libertà).

Qui parlo "solo" di semplice bellezza da osservare, da ascoltare; parlo di equilibrio, di serenità frutto di forme e proporzioni giuste e armoniose, di colori che si sposano bene tra loro, di suoni e ritmi piacevoli, di natura, di montagne, di mare, di alberi, di fiori, tutti sempre belli. Parlo di grande sensibilità alla poesia della terra e della vita.

Parlo di bellezza e di equilibrio proprio da parte di persone che si dicono essere squilibrate, parlo di bellezza per le persone alle quali la nostra società ha tendenza a consentire solo il minimo spesso squallido necessario, camere impersonali e locali spesso banali come lo erano gli ambienti negli ospedali psichiatrici e come lo sono ancora alcuni reparti di TSO, mobili riciclati e vecchi perché per "quelli lì va già bene così", alloggi con camerate di 2 o 3 persone quando si hanno 50 anni perché per loro la privacy (quella reale, non quella burocratica) non viene considerata un valore importante.

Antonio ci ha spesso confermato che la bellezza, anche semplice, è curativa: dà serenità, tranquillità, amore, pace, ti risponde quando sei triste o quando sei disperato, ti fa sentire al tuo posto.

Antonio ha stranamente parlato anche di bellezza della sua malattia, che, tramite i viaggi mentali e viaggi astrali, gli permetteva di scoprire lati inesplorati e insospettati molto belli dell'universo.

Nelle varie terapie della salute mentale, raramente si utilizza la bellezza come vettore di cura, raramente si programma deliberatamente un quadro di vita bello e piacevole per rafforzare le energie positive e contrastare le “nuvole nere” che accompagnano i disturbi psichici. “Entrare in risonanza” con la bellezza è possibile e fa bene all'anima.

Antonio per sé voleva sempre scegliere cose belle, non cose in sé costose; belle magliette, belle scarpe, faceva regali belli scelti con cura, ci metteva molto tempo per cercare buone occasioni e trovarle su internet o nei mercatini dell'usato, perché voleva circondarsi di cose piacevoli e le usava sino allo sfinimento.

Quando era giù di corda, andava a fare un giro a piedi nei boschi, oppure in Francia prendeva la macchina per girare a fine pomeriggio negli “chemins” tra i campi, respirava l'aria profumata di erba medica e di grano appena falciato, guardava i colori del tramonto del sole all'orizzonte e alla sera la volta celeste limpida con la via Lattea che disegna un arco luminoso accanto all'Orsa Maggiore. E diceva: Questa Terra è bella, ci vuole bene, non bisogna rovinarla.

Per Antonio questa era la bellezza, questa era una sua terapia, questa lo collegava all'universo e lo faceva sentire più sereno, lo faceva sentire accolto.

E il sorriso era la manifestazione del suo stare bene.

Spesso Antonio sorrideva, e il suo sorriso prendeva varie forme e tonalità: gentilezza, complicità, umorismo, presa in giro, sino alle esplosioni di gioia. Era bello vederlo sorridere.

Antonio sorrideva quando si sentiva in equilibrio e riusciva a governare le varie forze positive e negative che lo “strattonavano”. Diceva: Quando

sorridiamo è perché in quel momento abbiamo più del 50% di energia positiva, e sorridere è il bello della vita”.

1.18 LA MORTE?

Infine ho imparato che la morte non esiste. La vita continua in un'altra dimensione. Non la vita del corpo ovviamente, ma la vita della coscienza, dell'anima. Alcuni scienziati oggi la chiamano “La continuità della coscienza”. (*)

È la cosa più straordinaria che ho verificato, la cosa che fa tremare i polsi, che fa sembrare tutti gli altri insegnamenti delle cose piccole piccole.

Intellettualmente lo sapevo già perché avevo letto tanti libri sull'argomento, dal primo libro del Dr Raymond Moody nel 1975 all'ultima indagine condotta dal giornalista francese Stéphane Allix appena pubblicata nell'ottobre 2023. E poi per chi è credente lo dicono a catechismo, anche se parlano di vita spirituale non meglio definita, molto eterea.

Ma verificarlo di persona è un'altra cosa, è un dono inestimabile.

Il giorno 11 settembre 2023, noi genitori siamo andati a Carpi (con il cane Blitz) e abbiamo potuto “incontrare” Antonio attraverso una nota e bravissima medium. È stato quasi come fare una telefonata – in verità un po' disturbata - con una persona che si trova in Australia: sconvolgente e bellissimo.

Antonio è venuto all'appuntamento, si è presentato.

Ha detto che si chiama Antoine, che è nato il 3 novembre, che ha un nonno che ha della terra, che ha un cane Blitz che dormiva con lui e che lo ha sempre assistito. Specifico che la medium non aveva voluto sapere niente prima, conosceva solo il mio cognome come madre perché avevo preso io l'appuntamento, non aveva voluto vedere nemmeno la foto.

Antonio ha detto che è figlio unico. (Unico nel suo genere? Unico perché suo fratello era spesso assente?)

Ha detto che gli piacciono molto i lavori che stiamo facendo nella sua casa nel bosco. Ieri mi ha vista pulire le finestre e gli piacciono le tende che stiamo scegliendo.

Ha detto che non si è suicidato, ma che si è come addormentato, senza sofferenze, per una patologia del cuore.

Ha detto che ha ricevuto il privilegio di potere andare via prima del tempo, ed il grandissimo privilegio di potere vedere l'aldilà prima di andarci; questo lo ha tranquillizzato e lui l'ha anche scritto. In effetti, avevamo trovato tra le sue carte uno strano suo scritto senza data molto toccante che non avevamo saputo ben interpretare. Adesso abbiamo capito. Ha probabilmente avuto un primo mancamento con la visione dell'aldilà, dopo di che si è ripreso e ha scritto quello che ha visto. Il decesso è avvenuto dopo. Chi lo desidera può chiederci copia di questo scritto, che è riservato a chi ha grande rispetto per la storia di Antonio e per questo episodio di contatto dall'aldilà.

Durante il colloquio Antonio ha anche scherzato: ha detto che la dottoressa che è venuta a constatare la sua morte si è sbagliata: non era morto da 24 ore, il 18 ottobre, come scritto sul suo atto di decesso; ma era morto al mattino del martedì (il 19) alle ore 8. Non credo che dobbiamo rettificare l'atto di decesso per quello...

Durante l'ora di conversazione, si sono dette anche tante altre cose ben reali, che la medium non poteva in alcun modo sapere e che ci garantiscono che era proprio lui, non era un'illusione.

La cosa non mi ha turbata più di tanto, perché 10 anni fa avevamo già avuto varie conversazioni con defunti della nostra famiglia, in un certo modo ero preparata.

Ma questa volta è stato differente. È stato molto concreto, con descrizioni nei minimi dettagli, con complicità e con tanto amore, tanta gratitudine nei confronti di noi genitori. Ne sono uscita piena di gioia, di leggerezza e di profonda felicità; Antonio sta bene, ha trovato la sua pace, ha ritrovato il suo buon umore, ha anche scherzato con la medium.

Non ho bisogno di altre prove, la morte è solo un passaggio verso un'altra vita.

Grazie Antonio, ci risentiremo più avanti. Buon proseguimento in quest'altra dimensione.

(*) Dr Bruce Greyson

1.19 CIO CHE NON HO ANCORA IMPARATO

Antonio mi rimproverava spesso di occuparmi troppo degli altri, di non curare i miei interessi e quelli della famiglia, di essere sempre disponibile e di non sapere dire di no alle richieste di aiuto.

Ebbene sì, non sono riuscita a raggiungere questi obiettivi, questi difficili apprendimenti.

A 76 anni continuo a fare volontariato, a dedicare molto tempo ed anche denaro proprio per portare avanti iniziative nelle quali certo credo molto, iniziative che mi danno anche soddisfazione perché mi consentono di avere una vita sociale e di relazioni con persone buone con le quali condividere interessi ed obiettivi; tuttavia con un gran dispendio di energie e senza ricevere in ritorno gratitudine o ringraziamenti da parte delle istituzioni per le quali ci si impegna.

Non sono ancora riuscita ad “andare in pensione”, e questo rappresenta un prezzo importante che faccio pagare alla mia famiglia: prima di tutto a mio marito, ma anche ai miei nipoti, per i quali non sono mai stata una nonna davvero assidua, presente e coccolona.

È tempo di imparare a rivedere queste mie priorità.

Il mio punto debole è senz'altro quello di entusiasarmi ancora per la freschezza e per le esigenze delle persone con disagi mentali, per i progetti che sembrano possibili e per le nuove sfide, senza sapere tirarmi indietro quando il terreno non è più favorevole, quando i tempi sono cambiati e le condizioni si stanno degradando, rendendo tutto più difficile e qualche volta persino insensato. Quando è ora bisogna imparare a ritirarsi a vita privata e “dedicarsi a coltivare il proprio giardino”, prima che sia troppo tardi.

È tempo di occuparmi di me, dei miei interessi personali, e dei miei cari. È tempo di imparare ad amarmi, a curarmi, a fare sport, a riposarmi, a leggere, scrivere, ascoltare musica, fare qualche viaggetto con mio marito. È tempo di rallentare i ritmi, di apprezzare il silenzio, la natura e la meditazione. È tempo di accettare che non sono più una ragazza, e che anch'io “valgo”, merito di ricevere attenzioni da parte di me-stessa. Non è così facile...

Occuparmi di me non ha fatto finora parte del mio repertorio, ma devo imparare, lo devo ai miei cari ed anche ad Antonio che continua a dirmelo forte a distanza dalla sua nuova dimensione.

PARTE SECONDA

PERCHÉ?

2.1 CERCARE LE CAUSE PER TROVARE I RIMEDI?

Sono sempre rimasta perplessa quando mi è stato comunicato dagli psichiatri che in realtà non si conoscono le vere cause della schizofrenia.

Ma come, una malattia così grave, che imperversa da secoli, non ha ancora usufruito di ricerche scientifiche serie? chi deve curare una malattia non ne conosce l'origine? Come è possibile curare gli effetti se non si conoscono le cause?

Le “guerre di religione” tra le varie fazioni della psichiatria mi hanno sempre sconsolata: modello biologico, modello psicologico, modello psico-sociale, modello bio-psico-sociale, modello bio-psico-socio-neuro immunologico, e più si va avanti meno si è sicuri, più si amplia più si aggiungono possibili cause e possibili rimedi a tale patologia.

Comunque noi siamo un sistema biologico, molto complesso ed integrato, un sistema corpo-mente-spirito con una storia, inserito in un contesto, con una méta. Tutto può influire sulla nostra salute, ogni squilibrio di un aspetto può ripercuotersi su un altro e sull'intero sistema, in particolare sulla nostra salute mentale.

Forse gli psichiatri hanno ragione: siamo lontani dall'aver capito le cause della malattia mentale; forse perché non esiste una vera ricerca per rispondere a questa domanda troppo impegnativa e controversa. O forse perché la malattia mentale – che tocca ormai 10% della popolazione ed è in forte espansione - non è considerata come una vera malattia, alla stregua dei tumori o delle malattie cardiovascolari. Forse anche perché si sta cercando in posti sbagliati, come l'ubriacone che aveva perso le chiavi della sua auto:

“Di notte un ubriacone aveva perso le chiavi della sua auto e le cercava sotto il lampione, mentre la sua auto era da tutt'altra parte e lui non era mai passato da lì.

Un uomo che passava di lì gli chiede: Perché le cerchi lì? E lui ha risposto: perché lì c'è luce, altrove è buio e non si vede”.

Quando una persona si ammala in famiglia ancora oggi non se ne parla, ci si vergogna, il fatto viene taciuto e nascosto, come se fosse una male-

dizione. Come se fosse una colpa. E questo succede in tutti i ceti sociali, nei ceti abbienti forse ancora di più rispetto ai ceti popolari. Questo non facilita la scelta di investire risorse per la ricerca. Probabilmente la ricerca non vuole avventurarsi su campi ancora instabili e pericolosi, che rischiano di rimettere in discussione troppe certezze acquisite.

Non riuscendo a curare la malattia mentale di cui si capisce ancora poco, l'attuale psichiatria salta il fosso e fa finta che la malattia non sia il problema: curiamo il malato, la persona, da oggi in avanti, senza cercare di capire le cause, senza tentare di capire il messaggio. Recuperiamo il recuperabile, miglioriamo per quanto possibile la situazione, diamo sollievo, evitiamo i disastri (aggressioni, suicidi, morti premature), più di così non riusciamo a fare. Soprattutto quando mancano le vocazioni e i fondi per la sanità.

Per quanto mi riguarda, ho voluto approfondire la conoscenza a tutto campo dal mio modesto punto di vista, per non lasciare inesplorati possibili rimedi e possibili soluzioni extra-psichiatria già esistenti che potessero dare sollievo a nostro figlio. E la esplorazione mi ha portato lontano, in zone che non avrei potuto immaginare all'inizio.

Ciò ha cambiato profondamente la mia immagine della malattia mentale e dei malati mentali.

Ad esempio non più vittime innocenti di una malattia di cui vergognarsi, ma spesso anime consapevoli che hanno accettato di farsi "prendere a servizio" per amore della propria famiglia, per prendere sulle proprie spalle – anche in modo improprio - un peso e così liberare gli altri componenti della famiglia per "chiudere" in questo modo una storia tramandata da più generazioni.

Tutte le malattie ci mandano un messaggio, bisogna sforzarsi di capirlo, e non solo di cancellare i sintomi a colpi di chimica o di chirurgia. Se il messaggio non viene recepito, la malattia ritornerà...

Il multifattoriale, il fattore scatenante

Tutti gli specialisti sono comunque ormai d'accordo su un punto: la schizofrenia è frutto di un processo multifattoriale, cioè per emergere richiede un insieme di fattori di rischio che siano presenti contempora-

neamente. Un solo fattore, anche se molto potente, non è solitamente in grado di generare e sviluppare tale patologia.

I possibili fattori sono tanti e possono essere legati alla genetica, al neurosviluppo, alla storia personale e familiare, al contesto sociale e relazionale, allo “spirito”. Li passeremo in rassegna uno per uno in seguito.

Il fattore scatenante, la “goccia che fa traboccare il vaso” è spesso un evento doloroso della vita, anche piccolo, che non avrebbe avuto effetti particolari se non fosse intervenuto su un terreno già indebolito e predisposto.

Su questo, sembrano ormai tutti d'accordo.

Resta il fatto che per guarire, cioè per ritrovare il proprio equilibrio, bisogna sforzarsi di cogliere quale è il messaggio che vuole mandarci tale malattia, e per questo il percorso interiore è indispensabile.

La malattia mentale è una brutta bestia, una bestia gigantesca di cui si fa fatica a fare il giro per vederne tutti i diversi aspetti. Ogni specialista (biologo, neurologo, psichiatra, psicologo, sociologo, educatore, terapeuta familiare, terapeuta spirituale, esorcista...), è esperto del suo segmento e pensa di avere in mano tutta la soluzione. Ma la situazione sembra alquanto più complessa.

Vorrei paragonare la malattia mentale **all'elefante della fiaba indù**, che mi sembra corrisponda bene all'idea che mi faccio sulla situazione attuale della nostra comprensione.

“Erano sei saggi indù, ciechi e saggi, di fronte a un elefante che non potevano vedere con gli occhi, ma con cura lo esplorarono.

Il primo, toccando con le mani le difese di avorio, disse: “Questo elefante è una meraviglia, mi sembra che sia una lancia”

Il secondo, esplorando la bestia sui fianchi, larghi, immensi, esclamo: “Aha!” e concluse che l'animale non era altro che un muro.

Il terzo, avendo raggiunto una gamba disse: “Ma è semplice, questa creatura, senza alcun dubbio, assomiglia ad un albero”

Il quarto, avendo trovato la proboscide, la afferrò, la scosse, certo, disse,

che questo preteso elefante fosse soltanto... un serpente.

Il quinto, avendo palpato l'orecchio e avendolo esplorato con le dita, esclamo: "Ho trovato la risposta, amici; un elefante è come un ventaglio;

Il sesto, avendo scoperto la coda dell'animale, si aggrappo ad essa e disse che il suo parere era quello giusto: "Assomiglia a una corda!"

Così questi uomini, senza vista né orizzonti, dimostrarono che ciascuno aveva, in parte, ragione, ma anche che tutti avevano torto".

2.2 LE DISFUNZIONI ORGANICHE E LE POSSIBILI CAUSE BIOLOGICHE

Le possibili disfunzioni organiche rappresentano il primo gradino delle possibili cause della schizofrenia. Le cause materiali, quelle biologiche, quelle legate alla "macchina" cervello o al sistema neurologico e ormonale che si inceppa, sono quelle più immediate, quelle che ci sembrano più ovvie e probabili. Se il "ferro" del computer ha un problema, il sistema operativo e i programmi fanno fatica a funzionare bene...

Passiamo in rassegna queste possibili cause biologiche riscontrate durante le mie letture:

- La genetica non sembra più rappresentare "LA" causa invocata come origine ereditaria certa della schizofrenia. Nonostante le ingenti risorse investite nella ricerca per scoprire quale gene difettoso potrebbe esserne responsabile, ad oggi sembra che più di 100 geni siano contemporaneamente coinvolti nel funzionamento della mente schizofrenica e che nessuno di essi abbia un ruolo decisivo;
- Squilibrio biochimico nella produzione di alcuni ormoni e di neurotrasmettitori, come dopamina, serotonina, noradrenalina, (prodotti dalle ghiandole ipofisi, ma anche dalla flora intestinale come recentemente messo in luce); tale squilibrio, che sembra presente in quasi tutti i casi di disturbi mentali, può essere corretto con gli psicofarmaci;
- La schizofrenia sarebbe legata ad una anomalia nella duplicazio-

ne dell'RNA messaggero (scoperta recente nemmeno visibile al microscopio elettronico);

- L'infiammazione cronica, anche debole, della meninge può provocare forme gravi di malattia mentale; essa è causata da tossine (da piombo, da additivi alimentari, da tossine, da disturbatori endocrini, da droghe o da farmaci) che attraversano la barriera ematoencefalica e vengono ad intossicare le delicate membrane che avvolgono il cervello e i nervi;

- Malattie di un genitore giusto prima del concepimento (anche semplice febbre o influenza) che indeboliscono la carica energetica degli spermatozoi o dell'ovulo e predispongono il feto e più tardi il bambino ad una insufficienza immunitaria e mentale;

- Anomalie nel neuro sviluppo che può essere intralciato da forme di intossicazione della madre durante la gravidanza (da droghe, alcol, cure dentistiche con prodotti che contengono metalli pesanti) che passano al feto dando luogo a future forme gravi di disturbi mentali; anche alcune malattie infettive o virali in gravidanza possono danneggiare il cervello e la mente del nascituro;

- Difficoltà nel momento del parto, con grave mancanza di ossigenazione del cervello del neonato per cause varie;

- Tutte le emozioni hanno una base biochimica (i neuropeptidi sono stati chiamati molecole di emozioni) e se molto forti possono provocare disturbi biologici che a loro volta generano forme di disagi mentali;

- La schizofrenia potrebbe anche derivare da una pressione molto forte all'interno della cavità cranica, dovuta ad un volume troppo grande del cervello rispetto al volume del cranio;

- Essa potrebbe essere legata ad uno squilibrio dei volumi tra emisfero sinistro ed emisfero destro del cervello, all'aumento del volume dei ventricoli cerebrali, nonché ad un collegamento più debole del nor-

male a livello del corpo calloso (ponte tra emisferi cerebrali);

- Uno studio del 2003 ha rivelato che le persone depresse soffrono di una strana assenza di divisione cellulare nell'area del cervello chiamata ippocampo, una zona legata alla memoria;
- Sempre più ricercatori indicano nell'inibizione della crescita neuronale a opera degli ormoni dello stress la causa della depressione;
- Alcune forme di lupus non correttamente diagnosticate sono erroneamente state diagnosticate come schizofrenia, perché presentano numerose manifestazioni simili; in tale caso, la terapia del lupus, anche dopo 20 anni dalla errata diagnosi, ha consentito una guarigione completa della persona;

Tali ultime situazioni sono state riscontrate in varie persone con malattia mentale, senza che sia stato approfondito il possibile rapporto di causa - effetto.

Anche mio figlio Antonio ha voluto fare privatamente una TAC del cervello per vedere se c'erano delle microspie, e ha riscontrato un volume anormale del cervello rispetto a quello della scatola cranica. Ma nessun psichiatra è sembrato interessato ai risultati di tale TAC, dando per scontato l'irrazionalità della richiesta dell'esame.

Comunque la quota di possibili fattori biologi in grado di coprodurre la schizofrenia sono accertati, il cosiddetto "modello biologico" unico in auge in passato ha i suoi fondamenti, ben al di là del solo aspetto legato ai neurotrasmettitori.

Piu in generale ognuno di noi è un vero sistema biologico, che reagisce alla chimica, alla luce, al magnetismo, ai suoni, alle onde cosmiche, oltre che ai pensieri sia positivi che negativi.

Secondo me **le possibili cause organiche e biologiche andrebbero comunque sempre indagate e appurate all'inizio**, per rimuoverle quando possibile prima di intraprendere un percorso psichiatrico. Ma di rado al paziente psichiatrico vengono prescritti esami clinici approfonditi, esami radiologici e una visita neurologica. Alla prima visita psichiatrica il paziente viene subito bollato e preso in carico come malato mentale e quasi

sempre vengono subito prescritti degli psicofarmaci, lasciando la persona sconvolta e perplessa.

Probabilmente è questa sistematica mancanza di indagine preliminare sulle possibili cause organiche che fa paura e che inizialmente allontana le persone dai CSM. Inoltre gli psichiatri non sembrano dei veri medici (tra l'altro non mettono il camice distintivo delle professioni mediche, di rado portano il cartellino con nome e ruolo). Questo per sembrare più amichevoli, ma per qualcuno può confondere, può sembrare solo poco "scientifico" e poco rassicurante.

Le due categorie di disabilità mentali

Nel secolo scorso, le disabilità mentali sono state classificate in 2 grandi categorie:

- le disabilità che hanno una chiara base organica (come ad esempio una anomalia cromosomica o del neuro sviluppo) e sono considerate delle disabilità "nobili" perché visibili, comprensibili e giustificate; in esse rientrano la disabilità intellettiva, ed anche l'autismo;
- le disabilità "solo" psichiche, le psicopatologie, le cui quote di possibili basi organiche non erano state sinora pienamente accertate. Sembravano dei fantasmi, delle malattie inventate, di cui vergognarsi. In esse rientrano la depressione, la sindrome bipolare, la sindrome border line, la schizofrenia, le varie fobie, in altri termini "la follia". E questo ricordava inconsciamente il periodo della caccia alle streghe...

Questa distinzione mi ha da sempre turbata perché secondo me non corrisponde a verità, è frutto dell'ignoranza e soprattutto della paura.

Da tempo e come illustrato sopra, la scienza ha messo in evidenza che anche le psicopatologie hanno una quota anche rilevante di disfunzioni organiche e biologiche, certo meno visibili, e che possono anch'esse derivare da incidenti di percorso nel neuro sviluppo. Sarebbe opportuno abbandonare la distinzione in queste 2 categorie di patologie, se non altro per evitare lo stigma nello stigma.

Comunque, anche senza cause legate a possibili anomalie organiche o biologiche, **non esiste nessuna colpa** nell'essere portatore di una malattia mentale; la paura e il tentativo di allontanamento che la malattia mentale suscita negli altri è solo frutto del pregiudizio, la disabilità men-

tale non è di serie B rispetto alle altre disabilità fisiche e sensoriali con basi organiche visibili e da tempo accertate. C'è ancora tanta strada da fare.

(*) Nota. I fattori di rischio del periodo prenatale, attualmente sotto la lente di ingrandimento da parte di alcuni ricercatori, meritano una particolare attenzione. Non si tratta di incolpare le madri come si è fatto negli anni precedenti, ma si tratta di mettere in luce l'importanza di una genitorialità consapevole, padre e madre, in un periodo molto delicato di formazione del corpo e della mente del bambino, quando il bambino non ha ancora acquisito una identità propria e dipende in tutto e per tutto dalla madre, dal padre e dal ristretto circolo della crescita.

2.3 L'AMBIENTE TOSSICO, L'ALIMENTAZIONE, IL FUMO.

Solo di recente i fattori ambientali sono stati messi in luce come possibili concause delle malattie mentali.

Si tratta di una scoperta molto importante per le famiglie, perché trattasi di fattori facilmente evitabili o modificabili sui quali le famiglie, solitamente impotenti, possono intervenire direttamente e dare il proprio contributo verso il miglioramento, se informate e formate.

I ruoli positivo o negativo dei fattori ambientali sono stati messi in luce in particolare dall'epigenetica, che ha dimostrato che molti fattori genetici possono manifestarsi oppure venire inibiti proprio dai fattori ambientali. Il focus viene messo sul ruolo dei fattori ambientali nelle intossicazioni dei tessuti – specie neurali – che portano ad una **infiammazione** latente e permanente del cervello, dei nervi e degli organi interni (in particolare della milza). Il titolo del noto libro “Il cervello in fiamme” rende bene l'idea di tale fenomeno.

Nei fattori ambientali che incidono sulla salute mentale rientrano:

- La qualità dell'aria che si respira

Sappiamo tutti che l'ossigeno è indispensabile per la vita, senza ossigeno si muore subito; il fumo non fa bene ai polmoni e può peggiorare gli stati di intossicazione, anche se in numerosi casi viene percepito dalle persone come un calmante della propria ansia e per questo diventa difficile smet-

tere; comunque il grado di tolleranza individuale si dimostra molto variabile, secondo me è controproducente “fare la guerra” a pazienti adulti per convincerli dall'esterno a smettere di fumare.

Al di là del fumo, tutti i nano tossici invisibili contenuti in un'aria inquinata (fumi di auto, fumi industriali, pesticidi) risultano pericolosi per le persone che soffrono di problemi psichici, perché come già detto contribuiscono ad intossicare la meninge.

- **Il tipo di cibo con il quale ci si alimenta**

Solo da poco la psichiatria inizia a prestare attenzione all'alimentazione come fattore di rischio per le malattie mentali (nutri psichiatria).

Non si tratta solo di scegliere una alimentazione sana (naturale, batteriologicamente sana, senza additivi chimici, senza OGM, ricca di nutrienti e di fibre, con tassi bassi di sale e di zucchero) per lottare contro gli effetti collaterali dei farmaci (diabete, obesità, pressione alta e problemi cardiovascolari) e per evitare le infiammazioni.

Si tratta anche di porre la massima attenzione alla salute del nostro intestino e alla salute del nostro microbiota che si dimostrano importanti per la salute mentale. Da una parte bisogna curare la salute e la tonicità della parete intestinale, per evitare fenomeni di porosità che lasciano i residui intestinali tossici attraversare la parete, passare nel sangue e da lì raggiungere il cervello intossicandolo; per questo il ruolo della verdura e della frutta sono fondamentali, perché le fibre non solubili fanno da “scopa” e mantengono l'intestino pulito; dobbiamo anche pensare di “nutrire” il nostro microbiota con il suo alimento preferito, le fibre solubili, perché un microbiota sano e vivo collabora alla produzione degli ormoni, dei neurotrasmettitori, e rafforza le difese immunitarie.

Si tratta anche di prestare attenzione al valore energetico dei cibi: i cibi “morti” frutto dei processi industriali ad altissime temperature che distruggono le vitamine, o i cibi artificiali ricomposti a base di polverine che snaturano le materie di partenza e non sono più riconoscibili da parte del nostro corpo, provocano allergie, incompatibilità e rigetti. Inoltre, tali cibi morti rappresentano calorie vuote che “mangiano il corpo” e producono molte scorie che vengono depositate nelle articolazioni e nell'intestino, ostacolandone il naturale processo di pulizia. Un corpo sporco ed intasato produce idee nere e pesanti.

Dalle sperimentazioni che abbiamo condotto a Bologna negli anni 2015-2018, è emerso chiaramente che con un'alimentazione sana e adeguata molti sintomi di disagio psichico possono regredire ed essere migliorati.

- **Gli altri stili di vita** relativi al movimento, agli orari di vita, al sonno, risultano nocivi per la mente quando ignorati e stravolti. Sarà risaputo, ma ricordiamo che la sedentarietà incoraggia i pensieri negativi e ossessivi, che il sonno dopo mezzanotte non è più riparatore. Pertanto, si raccomanda un'attività fisica aerobica moderata ma costante, una vita all'aria aperta, il contatto diretto con la terra camminando a piedi nudi sull'erba, una esposizione moderata al sole, una vita regolare. Non dimenticare di bere acqua pura tra i pasti!

2.4 LE RADICI FAMILIARI

Tramite le costellazioni Familiari con l'équipe di Bert Hellinger, abbiamo scoperto una dimensione insospettata dei legami invisibili che legano tutti i componenti di una famiglia (vivi e morti), abbiamo scoperto una potente possibile causa di sofferenze e malattie mentali.

Nel caso di Antonio, questa "causa" si è rivelata probabilmente determinante.

Le Costellazioni Familiari sono rappresentazioni "teatrali" mosse dal proprio campo cosciente della famiglia; esse offrono l'occasione di conoscere meglio la propria realtà familiare e di scoprire le dinamiche nascoste che legano i vari componenti, indicando in modo appropriato come rapportarsi a loro.

Come sappiamo, ciascuno di noi nasce con un DNA proveniente metà da nostro padre e metà da nostra madre. A loro volta essi sono nati da 2 nonni materni e 2 nonni paterni, essi stessi da 8 bisnonni, 16 bis bisnonni, 32 bis bis bisnonni, e dentro di noi troviamo tracce del DNA di tutti i nostri antenati, da tante e tante generazioni.

Non ereditiamo solo la parte biologica del DNA dei nostri antenati (i geni, con le caratteristiche fisiche, la predisposizione alle malattie); ereditiamo anche le emozioni, le pulsioni, le memorie emotive sia belle che

difficili (antenati bistrattati, negati, esclusi dal gruppo, aborti, drammi, stupri e assassini) che influenzeranno nel tempo le nostre scelte di vita; ci accompagneranno per avvertirci dei rischi di un pericolo già vissuto in passato. Tramite le energie quantiche del DNA, ereditiamo queste memorie transgenerazionali.

Ogni dramma sommerso, non riconosciuto nelle generazioni precedenti (segreto di famiglia) riemergerà nelle generazioni future (fino alla settima generazione) con un comportamento compulsivo ripetitivo come psicosi o nevrosi, che oggi sappiamo di potere chiamare “azione compensativa riparatrice a favore del gruppo familiare”.

È la necessità di riparare che rinasce, generazione dopo generazione.

Se io rispetto tutto l’agire di chi mi ha preceduto, senza giudizio, anzi se lo onoro, allora io chiudo con il passato e metto le generazioni future al riparo.

Per noi è molto difficile da accettare, per chi è nato in famiglie naziste, fasciste, mafiose, per chi ha vissuto assassini in famiglia o per chi è frutto di uno stupro; ma non tocca ai figli giudicare l’operato dei padri o dei nonni, o vergognarsi per quello che hanno fatto; non abbiamo responsabilità per la vita di chi ci ha preceduto; tocca a noi solo onorarli per averci trasmesso la vita, prendere questa vita e cercare di farne qualche cosa di buono.

Abbiamo scoperto che noi nasciamo con un’azione da compiere per aiutare il gruppo familiare da cui deriviamo a chiudere col passato. Solo dopo potremo andare verso la nostra vita.

Noi siamo le aspettative dei nostri antenati. Troviamo equilibrio nel momento in cui smettiamo di negare tutto ciò che è successo prima, lo onoriamo e accettiamo il nostro karma familiare come un dono.

Su questi temi abbiamo lavorato a più riprese con l’équipe dello psicoterapeuta tedesco Bert Hellinger, coinvolgendo i componenti della nostra famiglia allargata (genitori, fratello e nuora, zii) e coinvolgendo direttamente anche Antonio che ha assistito ad alcune Costellazioni che lo riguardavano, e ha potuto anche condurre in prima persona una rappresentazione con l’uso dei play mobil. Abbiamo così potuto fare emergere

“segreti di famiglia” accuratamente custoditi, “ripulire” l’energia negativa intrappolata e rendere omaggio ai componenti defunti della nostra famiglia materna che erano stati cancellati anche dal cimitero. Questo per preservare “l’onore” della famiglia, come si usava in passato.

Grazie alle Costellazioni Familiari di Bert Hellinger, abbiamo capito che nostro figlio Antonio portava sulle spalle un peso, un fardello - la sua malattia mentale - per amore per tutta la nostra famiglia. Un amore probabilmente sbagliato, non senza presunzione, perché non tocca a un discendente “riprodurre” il passato per farlo riemergere e finalmente poterlo onorare. Ma questo è capitato. Dobbiamo chiedergli scusa per la sofferenza che ha portato per tutti noi, non giudicarlo, non escluderlo, ma al contrario aiutarlo e sostenerlo, toglierlo dal suo isolamento emotivo.

Le Costellazioni Familiari non sono state sufficienti per aiutare Antonio a ritrovare un pieno equilibrio, ma sono state molto forti e lo hanno aiutato a fare un bel pezzo del percorso.

2.5 I CONFLITTI E LE FERITE SEPOLTE

Sono le spiegazioni classiche di psicologi e psicoterapeuti. Con i conflitti rimossi e le ferite sepolte della prima infanzia, essi spiegano quasi tutti i tipi di disturbi psichici, e possono passare molte ore per riportare a galla le ferite sepolte, rimosse. Esserne coscienti, sarebbe la prima tappa per superarli, per rimarginare le ferite ancora aperte e per riprendere il filo del proprio cammino.

Citiamo le ferite più “classiche” e quelle meno note che possono contribuire a generare disturbi psichici:

- le ferite vissute nel periodo pre-natale (morte in grembo di un fratello gemello - più frequenti di quanto si possa pensare- nelle primissime settimane, i tentativi di aborto non andati a buon fine);
- i litigi violenti/i colpi tra genitori vissuti in presenza dei figli piccoli;
- gli orrori della guerra vissuti in diretta sui campi di battaglia o durante gli esodi;
- gli abusi sessuali subiti in tenera età, in particolare l’incesto che si dimostra sempre distruttivo per il figlio/figlia coinvolta;

- l'abbandono, la separazione dai genitori biologici per essere dati in adozione oppure messi in orfanatrofio;
- la morte di un genitore o di un fratello;
- una malattia grave che costringe il bambino all'ospedalizzazione per lunghi mesi fuori dalla famiglia;
- lo sradicamento dalla propria terra per doversi insediare in un contesto nuovo sconosciuto (anche se apparentemente più accogliente, ivi compreso un trasloco subito nella prima infanzia);
- il mobbing spinto, il bullismo, dalla scuola dell'infanzia in poi;
- i regimi di sfruttamento/di tortura/di umiliazione dei minori;
- le carenze affettive gravi;
- gli incidenti traumatici con conseguenze gravi;
- l'amore non corrisposto, le delusioni d'amore e le separazioni non accettate.

Tutte queste ferite possono dare luogo a disturbi psicologici profondi, al senso di non valere niente per i propri genitori, alla confusione delle idee sui ruoli e sui valori nella vita.

2.6 IL CONTESTO RELAZIONALE, LE MICROAGGRESSIONI

Tra i fattori ambientali negativi che giocano un ruolo fondamentale per accelerare l'emersione del disagio mentale, le caratteristiche del contesto sociale e di relazione mi è sembrato **quello più importante**. Per una persona timida, insicura e molto sensibile, il senso della mancanza di accoglienza, del rigetto, dell'esclusione, che si manifesta quotidianamente attraverso una miriade di piccole occasioni, pesa sull'autostima e sulla voglia di "combattere" per farsi accettare, provocando amarezza e risentimento che alla lunga sfociano in disagio mentale serio.

Questo è vero non solo a scuola, sul lavoro o con i gruppi sociali; purtroppo è vero in tutta la società, anche presso la Casa della Salute, presso il CSM, presso gli ospedali e presso il medico di base, che si augura dovrebbero prestare maggior attenzione a questo aspetto.

Il bullismo a scuola e sul lavoro

Si, il bullismo può iniziare dalla scuola materna, perché la mamma è straniera o perché fai il tempo pieno. E continuare in modo pesante durante tutta la scuola, perché i ragazzi sono tremendi, fanno bande e riportano a scuola, indisturbati, le tensioni vissute a casa o nel quartiere.

Durante la scuola elementare, Antonio ha dovuto subire fasi di bullismo da parte di una “banda organizzata” di giovanissimi ragazzi calabresi, che ci hanno portato a dovergli cambiare scuola. Alle medie, la situazione si è riprodotta con la stessa banda ma lo abbiamo scoperto solo molto più tardi, perché Antonio cercava di difendersi da solo contro tutti e chiedeva aiuto a suo padre per “vendicarsi”, ma in un modo non appropriato; non abbiamo forse capito il suo isolamento e la profondità della sua disperazione, perché all’epoca del fenomeno del bullismo si parlava ancora poco e non credevamo che la situazione fosse così grave.

Sul lavoro, i colleghi possono emarginarti perché sei più produttivo di loro, perché non vai allo stadio con loro, perché non parli il dialetto bolognese o perché non fai la cresta sui rimborsi delle trasferte. E te lo fanno pagare molto caro, con l’emarginazione.

Antonio, solo di recente, mi ha detto “Non capisco il senso di tanta cattiveria...”.

La mancanza di opportunità di tirocini e di inserimento lavorativo

Per una persona con problemi di salute mentale, potere iniziare o reiniziare con un tirocinio formativo e poi con un lavoro dovrebbe rappresentare un percorso normale, ma così non è. Le aziende non ti vogliono (meglio assumere i disabili fisici o sensoriali che i disabili mentali).

Trovare una opportunità lavorativa, anche piccola ma dignitosa, sta diventando sempre più difficile. Il lavoro c’è, ma ti calano le braccia: spesso squalificato, mal retribuito, precario, ti sembra di essere un mendicante, in competizione con chi accetta più umiliazioni di quanto ne accetti tu. Questo vale per tutti, ed ancora molto di più per chi si porta dietro una diagnosi, anche lieve, di disagio mentale.

Non si deve dire, ma le “raccomandazioni” da parte di un conoscente o

di un familiare restano purtroppo una pratica quasi indispensabile per trovare una opportunità, mandando a quel paese la competenza e facendoti sentire incapace di camminare con le tue proprie gambe.

Non si tratta di lamentarsi o di fare le vittime, si tratta solo di vedere che l'attuale contesto sociale e relazionale è molto psicogeno, offre pochissime opportunità lavorative e richiede determinazione e forza per non illudersi. Il contrario di ciò che è in grado di esprimere una persona mentalmente fragile.

Per chi riesce a trovare una occupazione, la competizione, i tempi accelerati, la quota angosciante del reddito assorbito dalle spese obbligatorie, contribuiscono a creare uno stress permanente che avvelena la vita. Il lavoro è ormai raramente una fonte di autorealizzazione. Tempi duri ...

A questo aggiungiamo lo stigma, cioè la paura della gente normale nei confronti di chi ha problemi di salute mentale. Paura come già detto legata all'ignoranza e ai preconcetti, con retropensieri di epoca medievale, di pericolo e di stregoneria. Per fortuna la realtà non è quella, i malati mentali (anche grazie agli psicofarmaci) vivono nella città senza farsi notare e senza recare danni a nessuno; in percentuale, non rappresentano un pericolo più alto rispetto al resto della popolazione.

Nelle microaggressioni ripetute che fragilizzato le persone già esposte mettiamo: mancanza di ascolto, sentirsi trasparenti, offese dei compagni per aspetto fisico (naso, grasso, timidezza, razza, altezza, orientamento sessuale vero o supposto...), gli amici che escono in gruppo al cinema o altrove senza invitarti, ecc.

Il grande degrado sociale percepito, sia in città che in campagna.

Le persone molto sensibili percepiscono l'attuale periodo di "glaciazione dei rapporti umani" come lo chiama il filosofo Edgar Morin (scomparsa della dimensione di comunità locale di appartenenza, famiglie esplose, scomparsa dei luoghi di socializzazione – cinema, sale da ballo, parrocchie, partiti, adesso anche di bar e centri per anziani).

L'umanità è stanca, non ha più la voglia e la forza di reagire, per cui dopo cena non si ha più l'energia per uscire fuori, si resta mezzo addormentati da soli davanti alla TV; Le strade si svuotano, non si sa più dove andare

per incontrare gli altri, per fare amicizia.

Gli studi sociologici mettono in evidenza il numero sempre più ridotto degli amici e dei conoscenti che ciascuno dichiara di avere. Si contano ormai sulle dita di una sola mano!!!

2.7 LE DIMENSIONI DELL'INVISIBILE

Parlare del mondo invisibile per me che sono stata da piccola “formatata” alla razionalità risulta ancora oggi una cosa difficile. Eppure il mio percorso con Antonio mi ha aperto gli occhi e mi ha permesso di scoprire nuove evidenze a lungo ignorate o negate.

Ho scoperto che il vuoto non è vuoto, che il mondo invisibile esiste ed è densamente popolato, e che influenza pesantemente le persone predisposte ai disagi mentali.

In alcuni libri si fa anche una descrizione molto puntuale delle varie categorie e delle gerarchie tra le varie tipologie di entità: spiriti della foresta, del mare, dei minerali; spiriti disincarnati; larve, demoni ed altri parassiti della coscienza; angeli, arcangeli, cherubini; e vengono descritti le loro caratteristiche e i loro compiti specifici. Sorprendente e illuminante.

Tuttavia parlare della realtà del mondo invisibile può diventare pericoloso. Nel nostro mondo occidentale, razionale e materiale, dal 17° secolo non c'è più posto per le entità del mondo invisibile, probabilmente perché non si vedono con il microscopio. Il solo parlarne può farti bollare come folle. Eppure le entità invisibili sono conosciute da sempre: esistono per $\frac{3}{4}$ dei popoli della terra, dagli attuali nativi dei vari continenti sino ai popoli antichi, Babilonesi, Egizi, Greci, Ebrei; esistono in tutte le religioni, buddisti, induisti, taoisti, ebrei, cristiani, musulmani. Esistono e si manifestano da sempre e ovunque ai vivi, ma oggi non sta bene parlarne. La razionalità scientifica ha deciso di abolirli. Almeno per adesso.

Tramite alcuni medium nostri amici, più di 10 anni fa siamo stati portati a “parlare” con lo spirito di alcuni defunti della nostra famiglia, ed è stato fondamentale per fare luce su eventi del passato, su “segreti di famiglia” che pesavano ancora sulla vita psichica di Antonio, come messo in evidenza anche dalle Costellazioni Familiari (*). È stato per noi una grande

sorpresa, una vera rivelazione, perché tali antenati ci hanno cercato loro, noi abbiamo solo detto di sì a tali avances. Ed è stato l'inizio di un percorso di approfondimento sia da parte nostra come genitori, sia da parte di Antonio che a dire il vero si è mosso in modo intuitivo molto sciolto per seguire le trame messe in luce e trovare poi alcuni riscontri concreti degli eventi raccontati dagli spiriti dei nostri antenati.

Oltre che questo dialogo con gli spiriti defunti, voglio ricordare in particolare 2 tipi di eventi della storia di Antonio che mi hanno molto turbata.

Il primo è la relativa facilità con la quale Antonio cambiava letteralmente faccia e tratti del viso durante le forti crisi: prendeva le somiglianze di una mia zia che lui non ha mai conosciuta, con un viso chiuso, vecchio, quasi mostruoso; e diceva che non era lui ad agire, ma si sentiva spinto da una forza estranea incontenibile; Si trattava di possessione temporanea? Di influsso di una entità del mondo invisibile che lo destabilizzava?

Il secondo tipo di eventi riguarda il ruolo svolto a distanza dalla sua terapeuta spirituale, una curandera venezuelana che abita a Reggio Emilia e che lo ha seguito per quasi 20 anni. Antonio andava frequentemente a trovarla per una terapia e aveva una grande sintonia e fiducia in lei. Quando andava in crisi psicotica a casa nostra a Marzabotto, mio marito la chiamava al telefono, lei faceva la sua terapia "di pulizia" a distanza (per allontanare gli spiriti negativi che disturbavano Antonio) e lui ritrovava rapidamente uno stato "quasi normale". Si trattava di una sorta di esorcismo a distanza, i cui benefici duravano per più giorni. Incomprensibile ma vero. In realtà per noi si è trattato dell'unico vero aiuto fattivo e senza effetti collaterali ricevuto durante le crisi anche gravi.

Come interpretare questi eventi? A me sembra abbastanza plausibile che Antonio, quando era molto negativo nei suoi pensieri e dato che era completamente sprovvisto di protezioni (era come una casa con tutte le porte e tutte le finestre aperte), possa avere attirato a sé come un magnete delle entità negative del mondo invisibile e si sia prestato involontariamente al gioco della ossessione o della possessione.

Channelling, ipnosi autoindotta, guide, fenomeni di ossessione e di possessione, i contatti sia positivi che negativi che può avere l'uomo con i

“piani superiori” della medianità si dimostrano fenomeni numerosi e ben reali, che vengono ormai sempre più spesso descritti e pubblicati alla luce del giorno.

Anche gli egregori, sorte di nuvole energetiche invisibili di forme-pensiero aggregate che viaggiano nell’etere, possono influenzare le persone più fragili e creare fenomeni altrimenti inspiegabili di angoscia e di panico.

Quando un fenomeno viene negato alla porta, di solito preme e si ripresenta dalla finestra. Negare oggi l’esistenza delle entità del mondo dell’invisibile rischia di farle riapparire dalla finestra nelle forme patologiche della malattia mentale, che si sta diffondendo a passo da gigante nelle nostre civiltà occidentali.

Che cosa sta succedendo? È solo un interrogativo, ma conviene porcelo. Il mondo è come è, non è solo come vorremmo che sia. Il mondo dell’invisibile esiste, è tangibile, influenza pesantemente alcune persone vulnerabili, vuole essere riconosciuto. Meglio conoscerlo e sapere come rapportarci con lui senza che debba fare disastri con le persone più fragili per essere visto e ascoltato. Abbiamo ancora tanta strada da fare, umilmente...

(*) Trascrizione integrale delle conversazioni con lo spirito dei morti della nostra famiglia nel libro “Passo dopo passo” Ed Albatros 2010.

2.8 L’ANIMA, IL KARMA; IL PERCORSO SU QUESTA TERRA

Arriviamo all’ultimo punto delle possibili cause o con-cause della malattia mentale: quella proprio spirituale, che riguarda la nostra identità come essere unico, riguarda il nostro progetto di vita, la nostra coscienza, le nostre intenzioni, le nostre volontà profonde, che riguarda noi come boss ai comandi della nostra vita, ai comandi della nostra salute e delle nostre malattie, riguarda il perché siamo venuti su questa terra. Trattasi di una delle cause più probabili delle malattie mentali gravi, tuttavia è quella che non viene mai presa in considerazione nei percorsi di cura.

Come già detto, ciascuno di noi ha un'anima, uno spirito immortale che non morirà assieme al nostro corpo, e questa anima non è nata ieri. Quando si è incarnata in questa vita, è arrivata con un bagaglio di esperienze e di apprendimenti provenienti da vite passate, e questo bagaglio, più o meno "pesante" a secondo che siamo un'anima giovane oppure un'anima vecchia, è pieno di saggezza accumulata oppure deve ancora farsi le ossa e sperimentare realtà rudi e spericolate per potere maturare ed evolversi.

Si chiama **Registro Akashico personale dell'anima** il registro di tutte le nostre vite passate individuali, ed è lo strumento spirituale più potente di un essere umano. È l'energia della nostra storia passata che ha prodotto le caratteristiche uniche di personalità di chi siamo oggi. Perciò alla nascita ogni nostra cellula riceve tutte le informazioni dell'akashia personale dell'anima (in forma di energia quantica nel DNA), informazioni che si uniscono ai fattori ereditari familiari che la cellula aveva ricevuti al concepimento.

Il registro akashico personale contiene anche **il nostro Karma**, cioè il bagaglio che ci portiamo dalle vite precedenti per i progetti ancora da completare, le sfide che l'anima ha scelto per questa vita prima di incarnarsi, anche i genitori che uno si è scelto per questa vita. Non si tratta di un destino immutabile, ma piuttosto di un bagaglio frutto della legge di causa-effetto che può essere usato e modificato con le azioni e i pensieri di questa vita.

Il karma di una persona può anche prevedere il fatto di sperimentare un difficile percorso di esclusione e di malattia mentale, per potere evolversi spiritualmente, oppure per aiutare un amico o un familiare ad aprirsi, a superare preconcetti e ad evolvere, oppure per altri motivi ancora.

NB. Ve la faccio un po' facile, in realtà le cose sono più complesse ed intricate. Ho messo tempo per sbrogliare la matassa, studiare e per tentare di capire, a partire da molteplici fonti che chiamano le stesse cose con parole diverse, che descrivono ciascuna un pezzettino, con tante versioni contraddittorie. Ma volevo arrivare in fondo, volevo capire da dove ci arrivano gli indirizzi e i condizionamenti scritti alla nascita sulla prima pagina non bianca della nostra vita. La risposta in sintesi è semplice: le potenzialità e i vincoli vengono **dalle nostre vite passate e dalla nostra**

famiglia di origine. Tocca poi a noi giocare il nostro percorso di vita con il nostro intento, la nostra creatività, il nostro libero arbitrio, il nostro coraggio, remando e facendoci strada in mezzo all'ambiente che troviamo e agli ostacoli della vita. In questa visione, vari condizionamenti di origine biologica non sono propriamente "cause" della malattia psichica, ma sono i "mezzi" che trova il nostro spirito per attuare il suo percorso.

L'Oroscopo tema di nascita rivela l'energia specifica che c'era sulla terra al momento e nel luogo in cui la nostra anima si è incarnata con il primo respiro, e questa energia, legata all'elettromagnetismo della posizione dei vari astri in quel momento (in alto così come in basso), è in grado di "pesare", di incidere e di dare un'impronta alla futura vita.

I popoli antichi lo sapevano benissimo, i grandi saggi egizi, cinesi, indiani, celti lo studiavano come una scienza esatta, ma questa antica sapienza è stata dimenticata, derisa e relegata a livello delle fiere e dei baracconi. Peccato, perché da una conoscenza del proprio oroscopo di nascita (se fatto bene) si può evincere se stiamo percorrendo il cammino terreno adeguato a noi, oppure se ci siamo persi, se abbiamo deviato ed abbiamo bisogno di ritornare nella direzione che ci è propria.

In famiglia, abbiamo fatto predisporre i nostri oroscopi personali di nascita da una esperta astrologa francese, ed è stato emozionante poterci leggere le nostre predisposizioni, gli ostacoli da superare nella vita, le prospettive a medio termine.

Quello di Antonio, fatto nel 1999 (quando era "solo" depresso) recitava come tema karmico: "Programma di vita particolarmente legato al Padre e alla Madre. Antonio si è caricato delle difficoltà della presente vita per permettere ai componenti della sua famiglia di progredire su un cammino di sviluppo personale. Sembra che abbia bloccato delle capacità sue personali importanti per obbligarli i suoi genitori a ricercare delle soluzioni di aiuto che, alla fine, dovrebbero consentire loro di "trovarsi".

Dal punto di vista medico, il tema di nascita indica un problema sul terreno endocrino, con disfunzione dell'ipotalamo e dell'ipofisi.

Dopo il 1999 Antonio ha iniziato a peggiorare e a stare molto male, e non so per quale motivo, ci siamo dimenticati dell'oroscopo di nascita e non abbiamo mai chiesto a un medico di verificare le tendenze patologi-

che indicate dal suo tema natale. Chi sa se sarebbero state confermate, e se questo avrebbe cambiato qualche cosa.

2.9 SINTESI: GENETICA, EPIGENETICA E DAEMON

Arriviamo - solo in fondo - alla domanda che sin dall'inizio angoscia giustamente tutti i fratelli e sorelle dei malati mentali, così come è successo nella nostra famiglia e come succede in tutte le famiglie. Anche se si fa fatica a parlarne, ad affrontare serenamente una questione che crea tanti sensi di colpa.

Sarà ereditario? Che rischi ci sono per i nipoti e per le generazioni future della nostra famiglia?

Il dibattito generale su questo tema resta molto pudico, perché riporta alla lunga ombra delle atrocità eugenetiche del passato (soppressione delle persone handicappate e malati mentali nella Germania di Hitler), di persone sfortunate dalla genetica, confinate in modo irrimediabile in una vita di povertà e di discriminazione.

Resta chiaro che ciascuno di noi ha un corredo genetico personale, frutto della grande lotteria della riproduzione sessuata, corredo di cui non ha il controllo e non ha nessuna responsabilità. Il nostro corredo genetico è fatto da una nuova composizione di DNA che non è mai esistita prima e che non esisterà mai più dopo. Se entrambi i genitori hanno nel proprio patrimonio genetico geni portatori di fragilità psichiatriche, anche con caratteri recessivi, esiste matematicamente la possibilità che tali geni vengano trasmessi ai figli. Anche saltando più generazioni.

Il risultato della lotteria dei geni è una forza sistemica che può determinare chi avrà di più e chi avrà di meno di quasi tutte le potenzialità che contano nella nostra odierna società: capacità di studiare, tipo di lavoro, livello di retribuzione, attrazione sessuale, rispetto. Le persone non nascono tutte con pari opportunità di farcela nella vita. La parità di condizioni sociali non esiste, non è reale.

Dalle mie letture, sembra che attualmente, i genetisti pensino che la schizofrenia, come l'autismo, sia influenzata non da singoli geni, ma da tante varianti genetiche, ognuna delle quali contribuisce a fare la differenza;

si parla di nuvole poligeniche, che si trasmettono a grappolo (anche più di 1000 geni per volta) e che, combinati tra loro, creano oppure no il terreno favorevole per lo sviluppo della malattia.

Come dire che alcune persone sono naturalmente predisposte, altre no.

Ma da soli, questi gruppi poligenici non sembrano in grado di scatenare la malattia. Ci vogliono in contemporanea altri fattori, in particolare fattori ambientali (descritti nei punti 2.2 e 2.5 precedenti) per attivare il rischio. Comunque, più sono forti i caratteri ereditati, più sarà difficile contrastarli attraverso l'ambiente e le varie opportunità. E più sarà alta la probabilità che la persona sviluppi la malattia.

Abbiamo detto l'ambiente di vita e le varie opportunità, per contrastare il possibile determinismo dei geni. Stiamo entrando nel campo, relativamente nuovo, dell'**epigenetica** (che letteralmente significa "controllo sul patrimonio genetico").

Per l'epigenetica, i geni sono degli strumenti, delle ricette a disposizione, come dei libri in una biblioteca che abbiamo ereditato, libri che possono essere letti oppure non letti, utilizzati oppure lasciati sullo scaffale. Sono delle potenzialità, finché i libri non vengono aperti e attivati restano dormienti. E sono i fattori ambientali in cui si vive che sono in grado di "aprire" e fare esprimere i nostri geni, oppure di lasciarli chiusi e non utilizzati.

Il ruolo dell'ambiente e dei caratteri modificabili (ambiente fisico ivi compreso il nutrimento, ma soprattutto ambiente emotivo, le opportunità) cambia radicalmente la nostra visione del determinismo genetico e ci dà un potere personale sull'eredità genetica. Il comportamento biologico può essere controllato da noi attraverso la scelta e la modificazione del nostro ambiente/contesto di vita, nonché attraverso i nostri pensieri.

Che cosa ciò implica per la salute mentale?

Come al solito, si rischia di passare da un estremo all'altro, dal tutto biologico/determinismo genetico al tutto ambiente/fattori psicosociali, che mette addirittura in dubbio l'influenza dei geni sui disturbi psichiatrici. Non è vero che la genetica non conta più niente, non è vero che l'ambiente possa tutto.

Comunque la soluzione non è quella di fare degli screening genetici in utero per una diagnosi precoce dei rischi, non è quella di fare della selezione umana, come si fa con i bovini.

Ma è quella “ecologica” di accettare la neuro diversità come una fonte di crescita sociale, di lavorare per contrastare tutti i fattori ambientali negativi che potrebbero favorire l’insorgere e lo sviluppo della malattia. Come già visto per i bambini Asperger, anche i malati mentali possono essere portatori di geni con potenziali funzioni e abilità aggiuntive che oggi ci spaventano, ma che rappresenteranno un vantaggio competitivo per la società multidimensionale verso la quale sta andando l’umanità. Non facciamo l’errore di “condannare i geni” di cui non capiamo ancora l’utilità, come rischiamo di farlo con i geni non codificati, i così detti “geni spazzatura” che oggi si dimostrano fondamentali per la morfogenesi.

La strada a breve termine è soprattutto quella di risolvere la cocciuta riluttanza della nostra società a riorganizzarsi in modo da consentire una maggior inclusività.

La strada è quella di diventare più umili e di non volere controllare a tutti i costi fenomeni che sono più grandi di noi, che non capiamo ancora e che secondo me meritano più rispetto.

Il nostro daemon

Oltre al nostro patrimonio genetico personale, (fatto di potenzialità, di fragilità e di memorie transgenerazionali), nasciamo anche con una anima/spirito che porta con sé un karma, cioè una mission da compiere in questa incarnazione terrena.

Come la ghianda contiene in sé tutte le informazioni che servono per diventare una bella quercia se incontra il terreno favorevole, anche il nostro seme personale contiene tutte le informazioni necessarie per farci diventare il bel essere umano che dobbiamo diventare, se troviamo l’ambiente adatto.

Lo psichiatra **James Hillman chiama Daemon** questo nostro seme personale, completo alla nascita (corpo, mente e anima/spirito), seme che contiene le nostre potenzialità, i rischi che dovremo affrontare e il destino che siamo invitati a costruire in questa vita.

È sempre il nostro spirito che sarà ai comandi, e che utilizzerà i nostri geni, le nostre memorie, il nostro contesto di vita, per fare “fiorire” il nostro seme, il nostro daemon.

Ogni volta che ci avvicineremo a questo Daemon saremo felici perché realizzati, ogni volta che ce ne allontaneremo saremo infelici o addirittura ci ammalaremo. Anzi, l'infelicità è il segnale che ci allontaniamo dal percorso previsto.

Ma Attenzione! Un chicco di orzo non potrà mai dare una bella spiga di grano, dovrà dare una bella spiga di orzo.

Nello stesso modo il nostro seme personale dovrà capire e accettare chi siamo; non potrà diventare un musicista se ha doti di artigiano, non potrà diventare un cuoco se ha doti di ballerino.

Un bel essere umano non vuole dire un uomo grande sorridente e con gli occhi azzurri; se il Daemon prevede che bobbiamo essere un pittore, dobbiamo fare dei bei quadri; se il Daemon prevede che dobbiamo essere un handicappato, dobbiamo essere un bel handicappato; se prevede che dobbiamo essere un matto, dobbiamo diventare un bel matto. Difficile da digerire...

PARTE TERZA

**CHE COSA FA MALE
E CHE COSA FA BENE
A CHI SOFFRE DI DISAGI PSICHICI**

3.1 FAVORIRE O CONTRASTARE IL PROPRIO CAMMINO DI VITA

Si tratta di domande spesso formulate nei gruppi di auto mutuo aiuto, o nelle conversazioni con persone che si propongono di aiutare chi vive un disagio.

Al fine di evitare errori involontari e di facilitare l'instaurazione di un contesto, di un "ambiente" relazionale e culturale il più possibile favorevole, proponiamo 2 semplici elenchi di suggerimenti, uno negativo (ciò che fa male) e uno positivo (ciò che fa bene), che sono il frutto delle osservazioni e dei confronti avuti per anni con utenti, con familiari e con operatori del settore.

Il tema di fondo è sempre quello:

Fa male tutto ciò che discrimina ed allontana dal proprio cammino di vita, dal proprio deamon;

Fa bene tutto ciò che aiuta a realizzare e vivere il proprio cammino di vita.

In tali elenchi ritroveremo la traduzione "pratica" di molti aspetti già affrontati nelle prime 2 parti di questo volumetto.

3.2 CHE COSA FA MALE

Fanno male tutte le situazioni che significano esclusione e mancanza di rispetto:

- **Il disprezzo in famiglia, l'allontanamento della persona dal proprio nucleo familiare;**

I segnali di tale disprezzo possono essere tanti: non invitare la persona alle feste di famiglia, tenerla all'oscuro di quello che succede agli altri membri della famiglia; non consentirle di prendere in braccio i bimbi piccoli; evitarla e non rivolgerle la parola, sino a farla internare in modo continuativo in strutture specializzate (anche se di lusso) per allontanarla definitivamente dalla famiglia. Per i bambini adottati: disprezzare i loro genitori biologici o il loro paese di origine.

- **L'essere “soffocato” da troppe attenzioni e aspettative errate in famiglia;**
Anche l'eccesso di attenzioni, di “controllo”, può diventare ossessivo e soffocante: telefonare 10 volte al giorno per sentire come va, controllare che cosa uno ha mangiato, come si è vestito, se ha freddo o caldo, quante sigarette ha fumato, con chi ha parlato al telefono, sono tutti comportamenti molto negativi che non aiutano un adulto a responsabilizzarsi e lo fanno sentire come un bambino deficiente;
- **Non avere un posto, il proprio posto, nella famiglia di origine;**
Questo vuole dire ad esempio relegare la persona in fondo al tavolo quando si pranza, non darle pari trattamento rispetto ai fratelli e sorelle, dimostrare vergogna quando se ne parla con altri, considerare che non ha lo stesso diritto di appartenenza rispetto agli altri componenti della famiglia. Anche non dire la verità ai figli adottati
- **La pretesa di guarigione a tutti i costi e di “ritorno alla normalità”** – come se la persona fosse adesso “sbagliata”; l'accanimento medico-terapeutico dei propri familiari (fare disperatamente il giro di tutti gli esperti possibili per trovare quello che potrà “guarire” il tuo familiare, a tutti i costi, senza mai arrendersi) non aiuta la persona in difficoltà e la fa sentire ancora più in difficoltà e sbagliata. Anche qui ci vuole molta pazienza e molto tatto, molto rispetto per il percorso che la persona desidera intraprendere, oppure per la sua scelta di volere essere lasciata in pace.
- **Non avere un compagno/una compagna; non avere amici; non fare parte di un gruppo**
Questo è la situazione più frequente vissuta dalle persone con diagnosi di malattia mentale. La paura atavica allontana le altre persone, e spesso è la persona stessa che si “ritira” per non rischiare di sentirsi rifiutata. La mancanza di appartenenza a un gruppo solitamente pesa molto, perché viene interpretata come una mancanza di valore personale.

- **La noia e il “tempo vuoto”**
Non avere niente da fare per tutto il giorno, non sapere dove andare, chi incontrare, con chi parlare, rappresenta una situazione purtroppo frequente che porta a fumare troppo, a sprofondare nella disperazione e a restare fermi sul divano o a letto. Non tutte le persone con disagi mentali sono interessate alla lettura di libri, dell’ascolto di musica o alla navigazione su Internet, cioè a condurre una vita solitaria comunque ricca ed interessante.

- **Lo stigma ed il disprezzo a livello sociale**
Il disprezzo sociale, molto frequente, viene percepito subito dalle persone che soffrono di malattie mentali, perché sono iper sensibili ed hanno “le antenne lunghe”. Inutile negare che sia stato così, quando “la frittata è stata fatta” diventa difficile recuperare la situazione. Spesso basta una piccola variazione del tono di voce, una piccola accelerazione nella cadenza della frase, un minimo movimento del viso, perché questo venga subito notato ed interpretato come fastidio dato agli altri o come mancanza di rispetto che può ferire una persona con disturbo mentale.

- **Una terapia farmacologica assente o non adatta, o non condivisa**
Una terapia farmacologica non condivisa porta inevitabilmente all’abbandono di tale terapia con tutte le conseguenze che ne derivano.
Se la terapia farmacologica viene considerata “troppo forte” (effetti collaterali pesanti, imbambolamento, quantità e frequenza delle assunzioni mal sopportata) verrà abbandonata, soprattutto in presenza di effetti positivi poco percepiti.
Se la terapia farmacologia viene percepita al contrario come molto blanda e con pochi effetti benefici, soprattutto in presenza di effetti collaterali negativi, il rischio è identico.
La condivisione con il terapeuta resta indispensabile, soprattutto laddove c’è molta diffidenza e “rifiuto” della propria diagnosi. In questo caso lo psichiatra deve avere molta pazienza e molto tatto, deve ascoltare le ragioni del paziente e tenerne conto, sapendo che comunque la partita non è vinta in partenza o per sempre e che

l'alleanza terapeutica, indispensabile, è fragile e da mantenere nel tempo.

- **L'assenza di un supporto psicologico** e di un punto di appoggio che aiuti la persona ad esprimere liberamente i propri pensieri, a ricostruire la propria autostima, a superare alcuni blocchi.
- **La mancanza di prospettive e di speranza**
Si tratta di un punto fondamentale; la mancanza di prospettiva, di speranza, il trascinarsi giorno dopo giorno sapendo che non cambierà niente nella propria vita diventa fatale. Per questo, potere lavorare ad un proprio progetto di vita diventa molto "terapeutico".
- **La dipendenza dagli altri**
La dipendenza dagli altri (come ricevere una micro pensione/un tirocinio di importo ridicolo) e dovere accontentarsi e dire grazie, "mendicare" un aiuto ai familiari, vivere con un posto letto in un appartamento a 50 anni con dei coinquilini non scelti, non potere avere la propria privacy, ecc.) rappresenterebbe un fardello per chiunque, ma lo è ancora di più per chi già si sente un peso per la famiglia e per la società.
- **La negazione dell'esistenza delle visioni o delle voci**, non solo interne ma anche di provenienza esterna; Il fatto di ripetere all'interessato che si tratta solo e sempre di allucinazioni, cioè di cose non vere che uno si inventa, è estremamente umiliante per chi le percepisce; bisognerebbe avere maggior tatto e maggiore umiltà e poter dire: "non conosco questo fenomeno perché personalmente non l'ho mai percepito; la cosa mi incuriosisce, forse un giorno ne capiremo di più".
- **Lo stress**: grande precarietà della propria situazione economica, ansia per viaggiare sui mezzi pubblici, paura di non farcela, quando si trova un lavoro, ambiente lavorativo e ritmi spesso difficili da sostenere, sono tutti elementi che fanno male e contrastano con la tranquillità e la serenità dei ritmi di vita che sarebbero necessari.

- **alimentazione non adatta e carente dei nutrienti necessari**
Sappiamo bene che chi vive da solo, non ha molti soldi e fa fatica a cucinare si riduce spesso a “mangiare fuori”, cioè a mangiare in modo disordinato pizette, wurstel ed altri cibi già pronti non adatti. Oltre ai cibi industriali irritanti per il cervello, questa abitudine alimentare comporta carenza di vitamine, di fibre, di omega3 e di minerali, e non aiuta a mantenere in forma gli organi interni, l'intestino e il microbiota così importanti per la salute mentale.
- **Traumi psicologici attuali piccoli ma ripetuti:** la mancanza di ascolto, di comprensione, e soprattutto la mancanza di rispetto provocano molti danni e sofferenza, agiscono come un martello pneumatico dando colpetti piccoli ma ripetuti che destabilizzano; queste microaggressioni quotidiane sono l'espressione invisibile della discriminazione.

3.3 CHE COSA FA BENE

Questo elenco di azioni e di comportamenti non è risolutivo ma può facilitare notevolmente la qualità di vita di una persona con problemi mentali. I malati mentali sono prima di tutto persone, cittadini, e fa bene loro ciò che fa bene a tutti noi, non ci sono misteri. Con alcune attenzioni particolari.

Temi di fondo: sempre **Rispetto, non escludere.**

- **Amore incondizionato della propria famiglia** di appartenenza (padre, madre, fratelli e sorelle); comprensione, accettazione senza pietismo né commiserazione;
- **Animali di compagnia:** sono l'amico fedele che sa dare amore incondizionato; ci sono sempre; occupano il tempo e la mente, danno una responsabilità; purtroppo in questa fase gli animali grandi, in particolare i cani, costano parecchio (alimentazione, veterinario, toilette) e, dato il livello di reddito, spesso si fa fatica a fare fronte a tali spese.

- **Reti di amicizia ed inserimento sociale:** rappresentano un fattore essenziale di benessere. L'ideale sarebbe quello di potere frequentare ambienti "normali" come i circoli di quartiere, gli amici o ex-amici di scuola, i circoli sportivi, i gruppi di cammino sul territorio. Purtroppo spesso non è possibile.
Per sapere dove andare, sentirsi accettati e potere fare parte di un gruppo, diventa importante potere frequentare una attività o un laboratorio organizzato dalle Associazioni (Programma PRISMA) o dalle coop sociali (Programma PACO), frequentare un corso del programma Recovery college (DSM e Università), frequentare un luogo aperto non sanitario (come le case delle Associazioni Il Provvidone e La Casa di Tina), fare parte di un gruppo di Auto Mutuo Aiuto, iscriversi ad una associazione. Le occasioni esistono, si può accedere direttamente o anche tramite gli operatori dei CSM.

- **Avere un compagno/una compagna ed una vita sessuale appagante**
Questo rappresenta l'elemento positivo più importante che può dare equilibrio e serenità ad una persona con disturbi mentali. Come per tutti noi, amare ed essere amato rappresenta una meta, quando la situazione si può concretizzare si vedono subito gli effetti benefici e stabilizzanti sul benessere psicofisico delle persone.

- **Disporre di risorse sufficienti per la propria autonomia (reddito, casa)**
Mettiamo questo fattore in testa a tutti, perché rappresenta quello attualmente più carente e forse meno ricercato con determinazione da parte dei servizi sociali degli enti locali che dovrebbero occuparsene. Spesso i servizi sanitari non sono favorevoli alla dichiarazione di invalidità (per ottenere un assegno garantito, anche se piccolo) perché sperano che l'utente possa trovare un lavoro, cosa sempre più improbabile; comunque quando capita si trova dopo molto tempo una situazione spesso precaria e incerta.
L'aver una casa (una vera casa, un appartamento anche piccolo, non un posto letto in un appartamento collettivo come al tempo

degli studi) rappresenta un requisito importante, come per tutti noi. Una casa vuole dire avere un proprio territorio, un rifugio, con il proprio nome sulla porta d'ingresso; vuole dire potere decorare e personalizzare le stanze, potere invitare degli amici, potere avere un'animale di compagnia; vuole dire avere la responsabilità dell'ordine e delle pulizie, potere cucinare e vivere come tutti. Ed anche potere avere l'aiuto di qualcuno quando non si è completamente autosufficienti.

- **Avere una occupazione ed un ruolo sociale riconosciuto**

Qui non parlo del reddito, ma del riconoscimento sociale. Che si tratti di un lavoro, di un lavoro protetto o di un tirocinio formativo in azienda, di una attività di volontariato non retribuita, oppure di un hobby regolare, avere una occupazione riconosciuta contribuisce a strutturare le proprie giornate e a presentarsi all'esterno con una propria identità.

Non è una situazione facile da ottenere, ma quando c'è si vedono le persone rifiorire.

- **Assumere psicofarmaci adeguati, condivisi, con alleanza terapeutica**

Andrebbero prescritti psicofarmaci di nuova generazione, cioè con minori effetti collaterali negativi, con dosaggi sufficienti ma il più bassi possibile; con prospettiva di programma di dismissione progressiva se il percorso lo consente; la fiducia nel proprio psichiatra rappresenta un elemento fondamentale della terapia farmacologica, perché all'effetto chimico dei farmaci si può aggiungere l'effetto placebo che rafforza l'efficacia del trattamento.

- **Psicoterapie adatte:** L'essere seguito regolarmente da uno psicoterapeuta preparato sui temi del disagio psichico, ed avere un buon rapporto di confidenza, di complicità e di stima reciproca rappresenta un supporto molto positivo. Esistono molti tipi di psicoterapie e non tutte si rivelano adatte. Solitamente si rivelano particolarmente adatte le psicoterapie brevi che danno supporto per il futuro. Ricordiamo che le parole sono il mezzo più importante per infondere speranza: parole di empatia, conforto, fiducia,

motivazione. Secondo il prof. Fabrizio Benedetti, le parole colpiscono precisi bersagli nel cervello, che guarda caso sono gli stessi dei recettori che la medicina usa con gli psicofarmaci. Le parole innescano gli stessi meccanismi dei farmaci, in questo modo si trasformano in “armi” che possono modificare il cervello di chi soffre. In altre parole la fiducia e la speranza innescano gli stessi meccanismi della morfina.

Oltre alle psicoterapie classiche, possono fare bene le psicoterapie energetiche (tipo PSY K) che permettono una riprogrammazione di alcune credenze errate nel subconscio; il lavaggio energetico-emozionale può essere benefico in alcuni casi, ma può anche rappresentare un rischio per le persone che soffrono di schizofrenia.

- **Stile di vita naturale, regolare e attivo.**

Per le persone con disagio mentale, lo stile di vita rappresenta un fattore molto importante di benessere. Si tratta ovviamente di evitare tutte le situazioni stressanti, di ossigenarsi e di alimentarsi in modo naturale.

Lo stile di vita dovrebbe prevedere una alimentazione sana, leggera, a orari regolari; una buona idratazione con acqua pura al di fuori dei pasti; una attività fisica regolare, in contatto con la natura (passeggiate nella natura specie in foresta, movimento e attività sportiva, ballo, giardinaggio, esposizione moderata al sole).

- **Cure corporee:** fanno molto bene tutte le cure corporee: massaggi, bagni, cura della pelle e dei capelli, messa a posto dei denti (spesso trascurati a causa dei costi alti), nonché pulizia degli organi interni (fegato e intestino) per favorire l'eliminazione delle tossine che si accumulano nel tempo ed intasano i filtri dei nostri “depuratori”.

- **Terapie energetiche e quantiche:** considerate come terapie alternative e complementari, possono aiutare la circolazione dell'energia nel corpo, sbloccare e riallineare i chakra, ridando rilassamento e serenità.

- **Pranoterapie, magnetoterapie ed elettroterapie soft**
Spesso la pranoterapia (tramite l'imposizione delle mani) è stata derisa perché considerata come acquetta (non si vede che cosa succede), e all'altro estremo l'elettroterapia è stata abbandonata perché, come usata tempo fa nei manicomi, è stata paragonata ad una vera e propria tortura.
Attualmente le cose stanno cambiando, perché il meccanismo di intervento del magnetismo umano e dell'elettromagnetismo sul cervello e sul sistema nervoso sono stati studiati e affinati, e perché sono stato messi a punto protocolli di elettroterapia soft (in anestesia totale) che si rivelano molto efficaci nei casi gravi di persone refrattarie agli psicofarmaci. Inoltre, tali terapie non hanno effetti collaterali negativi.
- **Tutte le terapie olistiche dette alternative o integrative** (omeopatia, fitoterapia, aromaterapia, cristalloterapia, musicoterapia e altre) possono essere molto benefiche perché calmano la mente e portano ad un riequilibrio delle energie che circolano nel corpo;
- **La pratica della meditazione, dello yoga, del tai chi, del chi gong**, di altre forme di integrazione corpo/mente/spirito sono positive e consentono di "svuotare la mente" dai pensieri ossessivi, di ritrovare calma, serenità e gioia di vivere;
- **La preghiera, la terapia spirituale e la forza del pensiero** hanno effetti benefici perché permettono la focalizzazione delle proprie intenzioni, dei propri desideri, la proiezione e il rafforzamento delle proprie aspettative. Il fatto di raccogliersi regolarmente, di visualizzare dove si vorrebbe arrivare, di dirlo ad alta voce e di ringraziare in anticipo per il risultato che si spera di poter raggiungere permette a tutte le cellule del corpo di entrare in sintonia. I nostri pensieri, l'atteggiamento fiducioso e di speranza, alcuni stati mentali di preghiera e di consapevolezza possono riuscire a determinare cambiamenti chimico-fisici nella struttura del DNA. In particolare, molti dicono che l'effetto dell'amore è quello di essere in grado di armonizzare i campi energetici del nostro organismo (si chiama Effetto luna di miele). Inoltre la preghiera consente di

percepire la propria appartenenza ed il proprio collegamento con l'universo.

- **Costellazioni familiari e sistemiche**

Le Costellazioni Familiari e Sistemiche possono rappresentare uno strumento formidabile per prendere consapevolezza e rimuovere dei blocchi presenti nella famiglia, blocchi legati a legami invisibili con vivi e con antenati della propria famiglia che continuano a disturbare i vivi finché non sono stati “risolti”. Solitamente sono le persone più fragili e più amorevoli che si fanno carico a propria insaputa di tali blocchi ancestrali, e “ne fanno una malattia” anche mentale.

Rispetto ad altre terapie familiari esistenti, le Costellazioni Familiari hanno diversi vantaggi:

- possono essere fatte dai genitori o da altri componenti della famiglia nati prima della persona malata, senza coinvolgere direttamente l'interessato;

- sono terapie veloci che non necessitano grandi investimenti economici rispetto ad altre forme di psicoterapie familiari.

- Ormai numerosi costellatori sono stati formati dall'équipe originale di Bert Hellinger, e si possono trovare anche non troppo lontano dal proprio luogo di residenza.

- **Integratori alimentari e terapia orto molecolare:** il ricorso ad integratori alimentari “giusti” e ben dosati può rappresentare un elemento positivo che aiuta il corpo a ritrovare e a bilanciare le sue energie. Tuttavia bisogna evitare il “fai da te” e consultare prima un esperto, perché molti integratori da banco possono rivelarsi costosi e inutili, in alcuni casi anche dannosi perché possono essere sovradosati oppure andare in contraddizione con gli psicofarmaci.

- **Riti sciamanici ed esorcismi:** se la persona soffre di “attacchi” da parte di entità del mondo invisibile (ossessione o possessione) gli esorcismi possono aiutare a “liberarsi” temporaneamente e dare un sollievo. Non si tratta generalmente di interventi risolutivi, perché se la persona ha un livello energetico basso e delle “difese” personali insufficienti nei confronti degli attacchi negativi esterni,

può capitare di nuovo. Il ricorso continuativo ad alcuni riti sciamanici semplici nonché ad alcune preghiere di protezione può aiutare molto. Anche la credenza in tali riti e l'effetto placebo reale che ne deriva possono aiutare molto.

- **Controllo e riequilibrio del microbiota intestinale:** un microbiota sano ed efficiente si dimostra importante per agevolare il processo di evacuazione delle tossine e per produrre numerosi ormoni e neurotrasmettitori implicati nella salute della nostra mente.
Recentemente, anche a Bologna sono stati sperimentati con successo dei trapianti di feci “buone” per curare forme gravi di depressione, reintroducendo nell'intestino i tipi di batteri necessari per produrre naturalmente tali sostanze. Pertanto un controllo di laboratorio sullo stato del proprio microbiota intestinale può rivelarsi utile.
- **espressione artistica, scrittura, pittura e creatività personale:** tutte le forme di espressione artistica, dalla scrittura auto-biografica alla pittura, sono altamente terapeutiche perché permettono di liberare la propria creatività, di esprimere i propri sentimenti e di ritrovare spazi di libertà altrimenti compresi dalla quotidianità della vita. Anzi, l'espressione artistica, possibile per tutti, è spesso l'unico angolino di libertà concesso e diventa essenziale per ritrovare sé stesso.

Questo lungo e disordinato elenco di cose che fanno bene spazia senza veli dal semplice uso della chimica sino all'esoterismo, passando soprattutto dalla qualità dei rapporti e delle relazioni con le persone conviventi e con il proprio entourage. Quello che fa bene a loro fa bene anche a noi, il loro disagio è lo specchio ipersensibile del disagio della nostra società. Noi abbiamo forse la “pellaccia” un po' più dura e riusciamo a sopportare meglio, ma c'è molto da riflettere (e da fare evolvere) sul nostro modo di vivere insieme.

PARTE QUARTA

I NOSTRI SERVIZI OGGI

4.1 UNA RIFLESSIONE A TUTTO CAMPO

Questa riflessione a tutto campo sugli insegnamenti emersi da un percorso difficile con Antonio non può non dedicare uno spazio a quello che sono oggi i nostri Servizi di psichiatria. Li abbiamo frequentati per più di 20 anni, come fruitori e come volontari delle Associazioni. Sappiamo che la legge Basaglia è rimasta incompiuta per quanto riguarda i servizi territoriali, mancano aspetti fondamentali come gli interventi d'urgenza domiciliari e la presa in carico psicologica; abbiamo anche potuto toccare con mano l'assurdità (secondo noi) di alcune scelte organizzative, compensate solo grazie alla buona volontà di molti operatori per andare avanti nonostante tutto.

Prima di averne bisogno, mi rappresentavo i servizi di psichiatria come un luogo con una accoglienza sorridente da parte di uno psichiatra, che accoglie il paziente e la sua famiglia per capire che cosa sia successo nella sua vita che lo ha portato ad ammalarsi, per effettuare tutti gli accertamenti preliminari del caso e per concordare assieme un piano di cura. Un Servizio per prendere in mano in modo proattivo la situazione, seguire il paziente ed aiutarlo a riprendersi, ad uscire dal tunnel buio in cui è caduto. Avendo come referente unico una figura medica qualificata, per mio figlio un "suo dottore" con il quale confidarsi, potere raccontare tutto di sé; un dottore che si preoccupa e ti cerca se salti un appuntamento o smetti di farti vedere. Un "suo dottore", dato che si tratta di una malattia. Un servizio che metta a disposizione anche uno psicologo, e altri specialisti se necessario, ma sempre sotto la responsabilità dello psichiatra di fiducia. Un servizio con le porte aperte nel quale ti senti il benvenuto, nel quale puoi partecipare ad incontri di gruppo di informazione e formazione sulla malattia, puoi incontrare altri pazienti ed altri familiari, puoi ricevere attenzione e supporto in ogni momento.

Invece nel nostro caso il primo approccio è stato molto violento: dopo la nostra segnalazione di disagio e la richiesta di aiuto al CSM, un gruppo di operatori mai incontrati prima è andato il giorno dopo al domicilio di nostro figlio per prelevarlo con forza e fargli un TSO, senza che lo sapessimo, e questo è stato il brutto inizio di un percorso tutt'altro che basato sulla fiducia reciproca e sulla alleanza terapeutica. Tra alti e bassi, è stato l'inizio di un percorso difficile, di un gioco tra il gatto e il topo.

Che peccato....

Abbiamo scoperto che i percorsi di cura debbono mettere assieme con molta burocrazia il lavoro di diverse équipes ciascuna delle quali ha tempi, logiche e priorità diverse e risponde a direzioni diverse: la direzione clinica del Dipartimento di Salute mentale (che non ha alcun potere sulle altre), la direzione DATER (la più importante in termini numerici, con infermieri, ed educatori) che non dipende dal DSM ma risponde ai servizi centrali dell'Ausl; gli assistenti sociali con una struttura organizzativa ancora diversa che rispondono ad un'altra direzione specifica per la professione, e adesso anche i vari servizi sociali degli enti locali che dovrebbero riprendere in mano i problemi legati al reddito, al lavoro e alla casa.

Tutto "bene e logico", è giusto che i malati mentali vengano curati come tutti gli altri cittadini. Tuttavia per seguire un singolo paziente ci vogliono tanti incontri di coordinamento tra diverse professionalità che fanno capo a diverse responsabilità, il tempo da dedicare al coordinamento sembra farraginoso, la documentazione scritta richiesta sembra anch'essa farraginosa, i tempi si allungano e le risposte chiare e veloci necessarie sembrano sogni impossibili. Visto dal lato delle famiglie, è un po' la montagna che partorisce il topolino. Non so se esagero, ma il desiderio di avere un referente unico e qualificato svanisce, la parola magica "équipe" nasconde per la famiglia una completa incertezza su chi sta intervenendo, non si sa più con chi parlare, ciascun operatore dell'équipe conosce solo un pezzetto della storia, l'intercambiabilità degli operatori data per scontata risulta invece poco rassicurante.

In questa fase di tagli e di riduzione delle risorse da dedicare alla sanità, i grandi maestri delle scelte sembrano essere diventati i responsabili amministrativi, con una scarsa attenzione agli effetti che i loro tagli avranno sulle persone in carico ai servizi. O forse con la giusta attenzione, ma con l'indicazione di tirare dritto comunque.

È con questo tipo di percezione iniziale, spero sfocata, che propongo di percorrere assieme i vari anelli del sistema di salute mentale. Sugerendo accuratamente al Sistema di evitare di auto lodarsi come "Eccellenza" come proposto dalla Accreditation Canada. Non solo perché con saggezza "Chi si loda si imbroda", ma perché oggettivamente mi sembra che la

realtà dei nostri servizi sia ben lontana dal rappresentare una eccellenza. Almeno visto dal punto di vista delle famiglie e degli utenti. Altrove sarà anche peggio, ma il peggio altrove non fa di noi una eccellenza. Comunque se questa parola serve per indicare il senso di marcia verso il quale tentare di andare e a mobilitare il personale, ben venga. Ma la strada non è breve.

4.2 LA COSIDDETTA PRESA IN CARICO

In che cosa consiste la “presa in carico”? Che cosa offrono attualmente i Servizi?

Premetto che da quando ho frequentato i servizi, alcune cose sono cambiate in meglio. In particolare per quanto riguarda gli esordi psicotici e la prima accoglienza dei giovani. Quanto riferito adesso riguarda solo la nostra esperienza diretta e le discussioni con utenti e familiari delle associazioni, in particolare per le persone della psichiatria adulti in cura da molti anni.

Per la loro presa in carico si prevede:

- **Una presa in carico molto rapida** senza seria indagine diagnostica preliminare (senza analisi approfondite del sangue, esami neurologici, funzionalità degli organi interni, per escludere tutte le possibili cause organiche tipo infiammazioni del cervello e anomalie varie); generalmente poca attenzione nelle modalità di comunicazione della diagnosi.

- **Una visita mensile di 20mn** circa con uno psichiatra se tutto va bene; 20mn al lordo delle telefonate ricevute durante la visita e dei report da scrivere sul computer; 20mn per salutarsi, chiedere come va e rinnovare i farmaci. In molti casi, mi è stato riportato che il paziente non vedeva più il suo psichiatra da alcuni mesi e che nessuno lo aveva cercato; paradossalmente, molto pazienti che conosciamo si sono sentiti seguiti meglio durante il covid, perché lo psichiatra li chiamava per telefono a casa tutti i mesi e la cosa è stata gradita; permane la difficoltà a farsi prescrivere i farmaci più nuovi con meno effetti collaterali, perché costano molto di più. Questo sarebbe fondamentale almeno per i più giovani, per evitare di rovinarli con gli effetti collaterali dei farmaci. Comunque niente rapporto pro-attivo: se non ti presenti nessuno ti cerca.

Facciamo un po' di conti: 20mn x 11 mesi: fanno **in media circa 3 ore e 36 mn all'anno**. Un tempo piuttosto ristretto quando si sa che lo psichiatra è anche psicoterapeuta e che normalmente è l'unico che segue la persona da questo punto di vista. Diventa quasi impossibile conoscere la storia della persona, il suo contesto di vita e la sua famiglia, indagare sulle cause che hanno potuto portarlo ad ammalarsi.

Lo psichiatra viene assegnato d'ufficio e può essere cambiato su richiesta del paziente in caso di incompatibilità.

Alcuni pazienti, quando se lo possono permettere, risolvono il problema andando al CSM per avere gratuitamente le medicine, e vanno in più dal privato per farsi seguire in modo più assiduo e più continuativo da uno psichiatra di propria scelta.

- **Un budget di salute** che permette di mettere attorno allo stesso tavolo tutti gli operatori che interverranno e tutte le risorse (ivi compreso quelle della famiglia) per concordare un programma integrato di interventi a favore del singolo paziente grave o medio-grave. Questo è una bella iniziativa, che ha aperto tante speranze.

Il budget di salute può comprendere la ricerca di un alloggio, di un lavoro presso una coop sociale, di un tirocinio formativo, la frequentazione di un centro diurno, o altro.

Problemino: attualmente i tirocini formativi sono eterni, non portano ad un lavoro e sono retribuiti in modo scandaloso a 200€ al mese (un po' più di 3€ all'ora, senza vacanze né contributi). Trovare nella città un alloggio (appartamentino per sé) è quasi impossibile. I centri diurni hanno ridotto all'osso tutte le attività di gruppo a favore di percorsi individuali secondo me più costosi e meno efficaci per le persone.

- **Un percorso IPS (Individual Placement Service) per la ricerca di un lavoro sul mercato libero.** Trattasi di un percorso assistito solitamente lunghissimo (per persone con un basso tasso di invalidità) con un tasso deludente di successo, e con l'obbligo di sospendere il tirocinio – cioè la sopravvivenza economica - se si decide di provare l'IPS; il collocamento lavorativo della Città Metropolitana per i disabili da un esito quasi nullo per la disabilità mentale.

- Pochissima attenzione dei CSM e dei servizi sociali alle **esigenze di reddito dei pazienti** che restano quasi un tabù (difficoltà per ottenere invalidità, reddito di cittadinanza, riduzione del tirocinio...); tutto viene demandato ai servizi sociali degli enti locali che non sono preparati e sono senza fondi, danno la precedenza ad altre categorie di persone svantaggiate già da tempo loro assistite che non riescono più nemmeno ad assistere (anziani e immigrati).

- Il supporto individuale e continuativo di uno **psicologo**: il grande lusso per pochi, un miraggio per la maggioranza. Da pagarsi privatamente quando si può.

- Nuova limitata attenzione agli **stili di vita** (misurazione del peso e del girovita, consegna di raccomandazioni senza seguire puntualmente dopo che cosa succede, invio a gruppi di camminata 2 ore ogni settimana).

- L'invio per partecipare alle attività di socializzazione e di autonomia attuate in coprogettazione dalle Associazioni nell'ambito del programma **PRISMA** e dalle Coop Sociali nell'ambito del programma **PACO** (attualmente coinvolgono un gran numero di utenti);

- **Recovery college**: una novità promossa dal DSM e dall'Università di Bologna che offre corsi brevissimi su argomenti vari. Da vedere come evolve; mobilitano positivamente anche enti locali e strutture esterne ai servizi di Salute Mentale; in fase iniziale sembra mancare ancora la continuità dei percorsi per chi frequenta le singole iniziative;

Solitamente la presa in carico non prevede, o prevede raramente:

- **Il coinvolgimento della famiglia**: c'è di rado, anche se è una richiesta delle Associazioni e un obiettivo richiesto dall'Accreditazione Canada. Attualmente vari CSM stanno cercando di avviare gruppi misti di utenti, familiari ed operatori per riflettere e proporre miglioramenti organizzativi, e questo è una bella nuova iniziativa.

- **Il paziente al centro**: è continuamente ribadito ma è ancora da

acquisire. Dipende dai singoli curanti. Il riflesso più frequente degli operatori è ancora quello di proporre loro dei percorsi senza coinvolgere prima l'interessato per sentire le sue aspettative, le sue proposte, le sue disponibilità. Comunque la situazione sta evolvendo. Dal nostro osservatorio, il tema della responsabilità giuridica dello psichiatra resta ancora saldamente al centro delle preoccupazioni degli operatori.

- **Le visite domiciliari:** molto rare. Lo psichiatra non conosce il quadro di vita dei suoi pazienti, perché non ha materialmente il tempo per andarci. Le visite domiciliari sono quelle degli educatori delle coop sociali previste nei Budget di Salute e quelle degli infermieri del CSM nei casi gravi. Comunque non riguardano la storia della famiglia e non coinvolgono i familiari.

- **Il telefono di soccorso H24** specializzato durante le crisi in casa: è richiesto dalle associazioni da 15 anni. Ma non è mai stato attivato perché, si dice, costerebbe troppo (anche se potrebbe evitare numerosi costosissimi TSO).

- **Nessuna presa in carico della famiglia**, che deve arrangiarsi da sola, anche quando i familiari sono anziani o hanno loro stessi un disagio mentale.

Molte persone intervengono pertanto attorno al paziente, i costi per l'Ausl sono elevati, ma questo non fa una presa in carico risolutiva ed efficace. **Manca la frequenza e la continuità degli incontri con un terapeuta** che ti conosca a fondo, ti segua e ti accompagni in un percorso verso la guarigione, perché un esito di grande miglioramento (non solo di stabilizzazione) sarebbe possibile in numerosi casi.

Che cosa pensare poi della figura del “case manager” prevista per coordinare il gruppo degli operatori che intervengono ciascuno per un pezzetto nel percorso di cura di una singola persona?

Per adesso tale figura non esiste ancora nei fatti. Secondo me si tratta di un'ulteriore figura chiamata ad intervenire, che farebbe coordinamento e pertanto – a numero costante del personale presente - rischia di sottrarre ancora risorse a chi interviene direttamente; tale figura, se meno quali-

ficata delle figure coordinate, rischia di essere ridotta ad una segreteria organizzativa e per la famiglia diventare uno schermo per potere parlare direttamente con i medici ed operatori che intervengono sul proprio familiare.

Altra cosa sarebbe potere contare su un terapeuta (psichiatra o psicoterapeuta di riferimento) che risponda personalmente del percorso integrato di cura del proprio paziente, si confronti con la famiglia quando necessario, e abbia l'autorevolezza per controllare l'operato delle altre figure che intervengono. Con équipe più compatte che collaborano al percorso in modo continuativo.

Sappiamo che si fa quello che si può in un periodo molto difficile, nel quale la priorità nella sanità è di tagliare su tutto. Gli attuali operatori sono oberati, le emergenze sono sempre più frequenti nei CSM, l'appel per le professioni mediche della salute mentale sono al livello più basso.

Il risultato è purtroppo la degradazione progressiva percepita molto forte dei servizi territoriali rispetto a 30 anni fa, con un rapporto tra psichiatra e numero di pazienti da seguire insostenibile. Con una tendenza verso il ricovero dei casi gravi (molto costosa e non sempre curativa) anziché verso il rafforzamento dei servizi territoriali e la cura del paziente e il supporto alla famiglia a domicilio.

Il tutto in una cornice di forte aumento dei pazienti rispetto a 30 anni fa: sta esplodendo la richiesta di aiuto da parte degli adolescenti, l'area delle tossicodipendenze è in aumento, l'intervento nelle carceri richiede ulteriori interventi, l'immigrazione genera disagio mentale anche nelle prime generazioni nate in Italia.

Pertanto non è strano che i familiari parlino di **presa in carico troppo blanda**, e di modello organizzativo che dedica troppe energie alla burocrazia e al coordinamento interno, di un modello che infine pesa operativamente soprattutto sulle spalle delle famiglie. Noi, come famiglia, ci sentivamo di essere stati per anni una specie di SPDC in casa. Abbiamo dovuto affrontare delle situazioni molto pericolose per noi durante le crisi. L'unica soluzione proposta: chiamare i carabinieri o il 118, ma era inutile, perché arrivava un personale non preparato, con molto ritardo, a crisi già finita; poteva solo costatare i danni già avvenuti e portare nostro

figlio al TSO, soluzione assolutamente controproducente per tutti. Per questo, preferivamo chiudere la porta e “scappare” lontano in attesa che la situazione si plachi, costi quel che costi. Danni materiali da riparare, notti di albergo da pagare, ansia e sofferenza da gestire. Comunque meglio di un TSO, intervento che nel caso di Antonio è sempre stato solo sedativo e punitivo, con conseguenze irreversibili sui rapporti in famiglia dopo.

Il mio commento è molto disilluso? Probabilmente. Ma è una presa d'atto sulle tendenze della realtà odierna. Non è un rimprovero perché probabilmente date le condizioni non si può fare molto diversamente o molto di più. Ma non si vede all'orizzonte come venirne fuori e come evitare che i servizi un giorno diano forfait. Cioè che si limitino a distribuire psicofarmaci e a gestire le emergenze.

Come famiglia, noi siamo stati relativamente fortunati di avere incontrato psichiatri del servizio pubblico bravi e disponibili che ci hanno aiutato come potevano: con telefonate e scambi di mail – anche di notte - per darci consigli sui comportamenti da tenere durante le crisi, e sui farmaci aggiuntivi da somministrare in emergenza, e li ringraziamo calorosamente; ma si tratta di zelo personale, non di interventi previsti dai protocolli di cura. Negli ultimi tempi alcune visite domiciliari del CSM territoriale sono state attivate per incontrare Antonio quando stava bene e tentare di riallacciare con lui un rapporto. Ma è mancato il tempo, Antonio ci ha lasciati prima di vedere i risultati.

Secondo me, il modello di organizzazione della presa in carico così come è attualmente può funzionare solo con i pazienti più “docili” che non hanno molti problemi e che sanno aspettare quando un ingranaggio si inceppa. Non può funzionare con gli altri, con i pazienti più gravi e quelli con forte personalità che avrebbero bisogno di un “maître à penser”, come lo sono stati anni fa numerosi psichiatri che avevano più libertà di movimento e soprattutto più tempo da dedicare a ciascuno dei propri pazienti.

4.3 GLI PSICOFARMACI

I Servizi di Salute Mentali li chiamano “La terapia”. Prendere la terapia, aggiustare la terapia. Secondo me la terapia sarebbe un'altra cosa, questi sono

solo “medicine”, pillole chimiche. Probabilmente è così perché i Servizi non dispongono di molti altri strumenti.

Gli effetti positivi riscontrati:

- Minore sofferenza personale (minore ansia, minori voci, un certo equilibrio emotivo);
- Maggior tranquillità e sicurezza (non più comportamenti violenti con sé e con gli altri)
- Persona più socievole e più gradevole per gli altri nei rapporti interpersonali (possibilità di trovare un'occupazione e un lavoro, di guidare, di partecipare a gruppi vari); grazie agli psicofarmaci è stato possibile chiudere i manicomi, ed è stato una vera rivoluzione.

E questo non è poco, perché consente di reintegrare la vita civile.

Effetti collaterali negativi: sono numerosi e dipendono dai dosaggi, dai miscugli fatti e dal grado di anzianità o novità delle formule prescritte. Nel caso di Antonio:

- Vissuto di intontimento e perdita della propria personalità (mi sento un altro);
- Impotenza sessuale (spesso non presa in considerazione dai servizi);
- Presa di peso (da 90 a 147kg; ritorno a 109kg dopo 2 anni di abbandono della “terapia”); rischio diabete collegato alla sindrome metabolica;
- Danni cardio-vascolari con danneggiamento progressivo del cuore (ingrossamento e indurimento del muscolo cardiaco; Ictus e poi decesso prematuro)
- Difficoltà psicologica a ritmare le proprie giornate con gli orari delle medicine (sentirsi come un vecchio; meglio le formule depot).

Le medicine: nei casi gravi sono un male necessario. Ma quando gli effetti positivi non vengono percepiti e gli effetti collaterali sono percepiti come distruttivi, diventa difficile.

Ci sarebbe tanto da dire sugli psicofarmaci. Spesso troppi, con dosaggi non adeguati, con troppi miscugli, dati “per tutta la vita”, senza fare vedere la possibilità di ridurli o di smetterli. Non si parla quasi mai di deprecrizione o di guarigione.

4.4 LA “RIEDUCAZIONE/RIABILITAZIONE”

Che brutte parole... Le persone con disagio mentale non sono educate? Sono male educate? A 50 anni hanno bisogno di imparare come comportarsi nella vita? O di reimparare le buone maniere? Oppure hanno un cervello rotto che va riparato e riabilitato come se fosse un arto rotto dopo una frattura? Hanno bisogno di essere riabilitati per potere tornare a frequentare la società?

Questi termini mi hanno sempre scioccato quando applicati alla salute mentale. Questo non toglie nulla alla possibile efficacia degli interventi portati avanti dagli educatori, che sono spesso le persone più gentili, più motivate e più apprezzate dai pazienti. Secondo me bisognerebbe soltanto chiamarli in un altro modo, perché le parole possono ferire e in questo caso, nonostante la buona volontà di chi ha coniato il termine, possono essere vissute come una grave mancanza di rispetto.

Ciò detto, nell'organico dell'Ausl di Bologna non è oggi presente la figura professionale del riabilitatore psichiatrico, e forse è un bene. Comunque non ho esperienza diretta con Antonio e non mi esprimo nel merito su questo possibile intervento.

4.5 I TSO - RIFLESSIONI SU UNA REALTÀ MOLTO CONTROVERSA.

Oggi molti seminari, gruppi di lavoro, raccomandazioni, mettono al centro del dibattito il miglioramento dello strumento più tipico e più controverso della psichiatria: Il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio).

Antonio ha “subito” 5 TSO, 4 in Italia (normalmente di 6 giorni ciascuno) e 1 in Francia (di 2 mesi che là era la durata minima). Questi TSO sono stati da lui vissuti come una galera punitiva, per avere commesso un atto violento (la crisi). Una galera senza nemmeno un giudice o un avvocato, una vera ingiustizia.

L'anima libera di Antonio non ne ha mai percepito i benefici, anche se secondo me alcuni benefici ci sono stati.

Gli aspetti positivi del TSO:

- Permettono di somministrare dosi massicce di psicofarmaci e di uscire più tranquilli di quando si è entrati. Tali effetti benefici si fanno sentire dopo per alcune settimane;
- In alcuni casi permettono una ripresa in mano effettiva della situazione, specie quando sono completati con un periodo successivo di permanenza presso una struttura riabilitativa;
- Danno ai medici l'opportunità di fare capire ai pazienti che non possono permettersi di compiere atti violenti senza che succeda niente, e tolgono loro la responsabilità di eventuali altri atti violenti commessi da pazienti alterati.
- Danno un sollievo di una settimana alla famiglia (una piccola vacanza).

Gli aspetti problematici del TSO:

- Spesso sedazione esagerata (mio figlio non riusciva più neanche a parlare con noi al telefono, era diventato una larva, completamente imbambolato mentre era molto lucido quando è entrato)
- Sono offensivi per la persona ricoverata (spogliazione sistematica all'ingresso di tutto quello che potrebbe servire per suicidarsi (lacci, cintura ed altro) anche se la persona non è entrata per tentato suicidio; obbligo di consegnare il cellulare a orari stabiliti; furti frequenti degli oggetti personali con poco controllo;
- Sono offensivi per la famiglia (in attesa per 30mn nell'atrio senza che qualcuno venga a parlarti, difficoltà a parlare con il medico, nessuno sa e nessuno è incaricato di seguire il caso; c'è l'équipe, cioè nessuno: ogni volta c'è un interlocutore diverso che non sa quasi niente del caso;
- Nel caso di Antonio i TSO sono stati inutili: è uscito con più rabbia di quando è entrato, e dopo 2-3 settimane (quando l'effetto della sedazione finisce) si ricomincia daccapo, perché nel frattempo fuori non è cambiato nulla.

- Nessuno si occupa di te come persona, ci si occupa solo delle medicine e dei possibili disturbi fisici che puoi recare ad altri (nessun colloquio con uno psicologo, famiglia esclusa e senza sostegno)
- Giornate completamente vuote e in solitudine; unica occupazione: vassoio del pasto, sigarette e qualche volta TV con programmi scadenti. Peggio che in una prigione, perché “in una prigione vengono proposte delle attività”. Prima del terzo TSO Antonio aveva smesso di fumare da più di un anno; è stato un operatore dell’SPDC che gli ha proposto una sigaretta per passare il tempo. Dopo di che Antonio ha ripreso a fumare peggio di prima.
- In alcuni SPDC: clima aberrante di urla, violenza vissuta in diretta da tutti gli ospiti; Gli operatori ci hanno per forza fatto il callo, ma non è un bel luogo per riprendersi e ritrovare la serenità.
- Nessuna vera presa in carico: L’uscita non viene preparata, la persona non viene aiutata a trovare un altro percorso quando esce (cosa ben diversa è successa con il ricovero in cardiologia a Porretta, ove sono stati coinvolti i servizi sociali del territorio per preparare l’uscita assistita).
- Bruttissimo ricordo del periodo di TSO, mentre dovrebbe essere una occasione per sentirsi aiutato a riprendere in mano la propria vita e a farsi aiutare da un CSM;
- Le medicine date all’uscita sono standard e non tengono conto delle specificità della persona (a una persona che rifiuta le medicine sono stati prescritti una quantità esagerata di medicinali: anti psicotico, ansiolitico, antidepressivo, pillola per dormire, pillola contro il diabete, epatoprotettore e medicinali per il cuore) in tutti gli orari della giornata (mattino, mezza mattina, pranzo, merenda, cena, prima di dormire); senza raccordo con lo psichiatra del territorio. Risultato: Antonio ha iniziato con buona volontà e dopo 3 giorni ha abbandonato tutto; In questo caso, non sarebbe stato meglio scegliere le medicine principali con non più di 2 prese al giorno? Sono state prescritte medicine vecchie già prescritte a Antonio 10 anni prima (costano meno), con forti effetti collaterali, medicine da tempo abbandonate da parte dello psichiatra curante perché molto rischiose

per il cuore, medicine che non andrebbero date ad una persona ancora giovane che soffre di cardiopatia.

- Al paziente non viene detto nulla: le informazioni vengono date solo ai familiari, oppure allo psichiatra del territorio quando riesce a mettersi in contatto con l'SPDC, come se il paziente fosse un bambino oppure un deficiente, una persona non in grado di capire.

Le ultime volte mio figlio, furbo, ha capito come funziona il TSO: all'ingresso si dimostrava collaborativo e richiedeva il ricovero volontario (è più bello per le statistiche dell'Ausl) e in questo modo dopo 3 giorni poteva chiedere di uscire firmando la propria richiesta di dimissione. Tre giorni di galera anziché sei per il TSO. Ma senza alcun possibile effetto positivo.

Proposte per riqualificare il TSO:

- Farlo diventare una opportunità ricordata con piacere, nella quale la persona si sente presa in considerazione e in carica, aiutata a riprendere il suo cammino di vita e di cura;
- Ingresso con colloquio con psichiatra e psicologo per capire subito che cosa è successo alla persona (senza giudizi e senza "fare la morale") e dare il senso di una accoglienza calorosa;
- Farmaci concordati con la persona e sedazione non esagerata;
- Non umiliare mai la persona (con contenzione fisica, precauzioni standard anti suicidio applicate a tutti senza discernimento, attese lunghe senza dare informazioni, personale della guardiola che non ti risponde quando bussi ed usa toni ruvidi);
- Assoluta gentilezza e premura da parte del personale (i più gentili sono stati gli OSS, operatori socio-sanitari incaricati delle pulizie, dell'ordine dei locali, ecc.);
- Programma di attività durante la settimana concordato con la persona (colloqui individuali programmati con psichiatra e psicologo, discussioni di gruppo con gli altri ricoverati, mini palestra, laboratori semplici, biblioteca) affinché il paziente possa scegliere se dormire e isolarsi, oppure se partecipare ad una vita sociale all'interno.

- Accoglienza, ricevimento e supporto alla famiglia durante il TSO (solo se il paziente adulto è d'accordo).
- Incontro dell'equipe dell'SPDC con il referente territoriale del paziente per concordare il piano di uscita e le medicine di uscita. Con anche i servizi sociali se necessario. Tenendo sempre il paziente informato, associato e consenziente.

Il TSO dovrebbe rappresentare una opportunità incredibile per i servizi di salute mentale: possono “disporre” della persona per una settimana intensiva a tempo pieno in ospedale, con il conto del soggiorno già pagato.

Sarebbe importante utilizzare al meglio questo tempo per fare un check up approfondito della salute fisica (analisi sangue, ECG, allergie alimentari, problemi intestinali ecc.) e per potere escludere gran parte dei possibili motivi biologici che possono interferire con la salute mentale.

Sarebbe soprattutto importante fare sentire al paziente l'interesse e il calore umano dell'equipe curante, farlo parlare su quello che gli è successo e sul perché ha dovuto arrivare al TSO, cogliere l'occasione per avviare un programma di cura fatto bene all'uscita (non riprendendo il solito tran tran come se non fosse successo nulla).

Oggi, tutto questo è scritto nel nuovo protocollo regionale di cure per gli esordi psicotici adottato dalla Regione ER nell'ottobre 2023. Vuole dire che gli esperti incaricati e i responsabili sono ben consapevoli di quello che servirebbe e questo è una cosa molto positiva. Speriamo l'Ausl ci metta le risorse affinché tale protocollo possa essere applicato nei fatti.

4.6 LA SITUAZIONE DEI CAREGIVER

Quando una persona si ammala, si ammala tutta la sua famiglia. Non è una novità.

Qui voglio parlare solo dei malati mentali gravi, cioè quelli con una diagnosi pesante, con un tasso elevato di disabilità, quelli che non sono in grado di lavorare, di abitare autonomamente, di essere autosufficienti.

In Emilia-Romagna, la maggior parte dei malati mentali gravi non ven-

gono ricoverati ed è un bene, vivono nella società ed è un bene.

Sono molti e di solito vivono in famiglia. Quando va bene sono aiutati a trovare una piccola occupazione durante il giorno (centro diurno, tirocinio, frequentazione delle attività delle associazioni).

Le strutture abitative socio-sanitarie sono poche, con file d'attesa, e non sono adatte per viverci una vita "normale" a lunga scadenza. E poi, costano molto all'Ausl.

Dunque resta la famiglia, spesso i genitori anche quando sono ormai vecchi e loro stessi hanno problemi ad essere assistiti. La famiglia accoglie e non costa alla società. Questa è una grande risorsa.

Nel modello basagliano incompiuto attuale, è la famiglia che ha sulle proprie spalle tutto il peso della convivenza H24 nei momenti di vita quotidiana problematica e nei momenti di crisi psicotiche. Sono i familiari che rischiano la propria vita quando le crisi diventano violente, sono i familiari che debbono rinunciare ad avere una vita normale, perché assistere un malato mentale grave è molto impegnativo, è usurante, è pericoloso, è angosciante. È come una vita da operatore sanitario a tempo pieno, senza una formazione specifica e senza potere "staccare" mai, né alle 18 né durante il week-end. Si tratta di una "mission" non scelta, di una mission che richiede abnegazione. Molte coppie si sono spaccate di fronte a questa esigenza, e per il familiare che resta solo la situazione diventa ancora più dolorosa.

Nella salute mentale, chi sono i caregiver? In prima linea i familiari, genitori, congiunti, fratelli e sorelle; alcuni amici, qualche volta un operatore retribuito che viene chiamato per dare assistenza in casa.

I caregiver danno supporto, fanno un lavoro non retribuito, ma hanno anche loro molto bisogno di essere supportati. Psicologicamente, come formazione, con alcuni periodi di sosta, in alcuni casi economicamente. Quando non ce la fanno più, dovrebbero potere essere sostituiti, almeno temporaneamente. Il tutto con grande discrezione e delicatezza, per evitare di ampliare ulteriormente i sensi di peso e di colpa che i pazienti psichiatrici hanno sempre nei confronti della propria famiglia.

Di caregiver nella salute mentale si parla solo da poco, a seguito della

legge regionale Piano Sociale e Sanitario 2/2014 sui caregiver nell'area dell'handicap e della non autosufficienza.

Secondo me, si tratta di un tema molto importante che merita grande attenzione, che va affrontato alla luce del giorno e che va ripensato nel quadro di un futuro (?) ridisegno e completamento dei servizi territoriali per la salute mentale.

4.7 LO STIGMA NEI SERVIZI SANITARI

Nei servizi sanitari, lo stigma nei confronti dei malati mentali è purtroppo ben presente, si percepisce “a pelle” e si manifesta in diversi modi. Durante 20 anni, lo abbiamo riscontrato anche noi come genitori, anche se abbiamo tentato di convincere nostro figlio che le sue percezioni erano esagerate, che il personale sanitario si comportava così con tutti.

Tutto inizia già **alla casa della salute**:

Problemi di accoglienza: i volontari che intervengono negli atri delle case della salute sono spesso molto sbrigativi con tutti, e in particolare trattano male e con prepotenza le persone con problemi di salute mentale. Tipo: non rispondono alle domande; se sei in difficoltà con una procedura burocratica, non ti spiegano e ti dicono di arrangiarti; se uno ha un appuntamento allo sportello, fanno passare davanti un'altra persona arrivata dopo di te e senza appuntamento; Il problema non è legato ai medici o agli infermieri, di solito gentili con tutti, ma proprio ai volontari nell'atrio che esercitano malamente un potere che non hanno; se sei fragile, ti ribelli e hanno ragione a cacciarti via; oppure hai solo voglia di scappare via e di non tornare mai più alla casa della salute.

Idem **negli ospedali**: ho visto uscieri urlare nei corridoi contro i pazienti (e anche contro i familiari), esercitando una prepotenza inaudita che non oserebbero usare con altri pazienti.

Negli ospedali, di norma il paziente psichiatrico non viene considerato come una persona in grado di interloquire sulla propria salute, viene trattato come un bambino. I primari non vanno a parlare con lui per dare e commentare l'esito delle analisi, oppure dicono solo cose banali senza entrare nei dettagli; spesso aspettano di poterne parlare con i familiari.

Ai pazienti psichiatrici adulti ultra sensibili, la cosa non sfugge e fa molto male.

Nei CSM: Sedute lunghissime nelle sale d'aspetto senza che qualcuno venga a parlarti e a vedere di che cosa hai bisogno. Tanto, tu hai del tempo da perdere... Nei CSM, molti medici e operatori non salutano chi è nella sala d'attesa, anche se li conoscono benissimo; durante i 20mn di seduta mensile con il proprio psichiatra, alcuni ascoltano distrattamente mentre il paziente racconta i suoi problemi, senza prestare loro una reale attenzione. Questo atteggiamento purtroppo non raro non passa inosservato e crea una sorta di rancore che allontana l'utente dalla adesione alla terapia.

Non parlo qui del trattamento ricevuto **negli SPDC:** un capitolo specifico è stato più sopra dedicato ai TSO. Comunque sembra che l'umiliazione sia una modalità diffusa. Negativa ma diffusa.

Parliamo delle **visite mediche a domicilio:** sono ormai impossibili, anche privatamente a pagamento.

In caso di forti crisi di ansia associate a problemi fisici (mancanza di respiro, debolezza cardiaca, crisi acute di vomito) resta solo il pronto soccorso con tutti i problemi collegati: rifiuto di andarci per paura del ricovero in TSO, lunghe attese, costi elevati e inutili per le ambulanze ecc....

Una visita domiciliare sarebbe molto più appropriata, meno costosa ed è più tranquillizzante. Anche la disponibilità di un numero di telefono amico per le urgenze sarebbe utilissima, ma sembra più facile finanziare un costosissimo ricovero in TSO piuttosto che avere qualcuno a cui rivolgersi per fare una telefonata...

I medici di medicina generale raramente si occupano seriamente della salute fisica dei malati mentali, non prescrivono regolarmente gli esami di routine che prescrivono agli altri, se i pazienti psichiatrici hanno problemi di salute fisica potrebbe trattarsi di fobie o di problemi psicosomatici, tanto di loro si occupa già lo psichiatra.

Pochissima attenzione e cura della sindrome metabolica, della presa abnorme di peso, o dei dolori di pancia e di stomaco. Saranno senz'altro dovuti a idee psicotiche. Un foglietto con una dieta "da Donna Moder-

na” e via, ci rivediamo tra 6 mesi. Come potere perdere peso così quando in più si è depressi?

Ricordo un’esperienza tragica avuta con un gastroenterologo privato: atteggiamento da barone che ti guarda dall’alto, ti fa la morale sui medicinali psichiatrici (non è il suo campo) e non sa ascoltare ed interloquire con un paziente psichiatrico. Risultato: conflitto di potere, Antonio è andato via sbattendo la porta senza auscultazione (e pagando comunque in modo salato la visita).

Quando un malato psichiatrico ha bisogno di cure fisiche importanti, ad esempio di un trapianto di organi, viene solitamente convinto che per lui è meglio rinunciare, perché non sarebbe in grado di seguire diligentemente le cure post operatorie necessarie. Questo a priori, anche se in alcuni casi tale reticenza del chirurgo è più che giustificata.

In sintesi: È come se un malato mentale non si meritasse l’attenzione medica che viene accordata agli altri pazienti, non meritasse il tempo da dedicargli, non meritasse le risorse pubbliche necessarie, perché non vale come gli altri. E spesso le famiglie non sono abbastanza “importanti” per pretendere cure fisiche adeguate. Salvo che a pagamento, e anche qui l’attenzione dovuta non è del tutto scontata.

Questo si chiama **stigma nei servizi sanitari**. Questo non toglie il fatto che esistano singoli operatori sanitari o singoli reparti molto attenti alle persone, ma statisticamente non rappresentano la maggioranza. D’altronde il personale sanitario fa parte della società, se c’è stigma nella società, è purtroppo probabile che si ritrovi anche nei servizi sanitari.

4.8 LA RICERCA SCIENTIFICA IN PSICHIATRIA

Impressione: la scienza evita accuratamente di occuparsi della follia. Come se fosse una malattia poco seria.

Nella ricerca in psichiatria, la famosa serendipity, cioè i risultati scoperti casualmente mentre si faceva ricerca su altre cose, sembra essere la fonte principale delle scoperte. Numerosi psicofarmaci sono stati scoperti così.

La ricerca sugli psicofarmaci sembra ferma ad alcuni anni fa, le molecole

sono sempre quelle, anche se cambiano le denominazioni e i substrati, di conseguenza cambiano anche i prezzi. Attualmente, si fanno soprattutto ricerche per adattare meglio i dosaggi alle reazioni individuali dei pazienti.

Gli effetti collaterali, pesantissimi, sembrano ridotti nei farmaci di ultima generazione, ma non si sente parlare di novità rilevanti all'orizzonte.

Al di fuori della ricerca sui farmaci, il settore sembra addormentato. Mentre in altre aree della medicina si sperimenta “à tour de bras” il possibile uso delle staminali, delle metodologie di imaging, dell'RNA messaggero, delle applicazioni dell'intelligenza artificiale e della fisica quantistica, in psichiatria da noi non si vede niente di tutto ciò, come se esistesse ormai solo l'approccio psicosociale, giustificato dall'epigenetica; come se il terreno materiale e immateriale delle persone non avesse più nessuna influenza, come se il rifiuto del modello “solo bio” avesse cancellato l'esistenza stessa del corpo dei malati mentali. Ad esempio, la ricerca sull'uso appropriato della terapia elettro convulsivante è stata per molto tempo abbandonata per motivi ideologici, mentre all'estero è stata molto perfezionata e viene utilizzata in anestesia con efficacia e con pochissime controindicazioni nei casi gravi resistenti ai farmaci. La ricerca biomedica sembra passata di moda, di più, sembra essere stata messa al bando, e non è stata sostituita con altro.

Di solito, per trovare bisogna cercare. Il carattere “poco scientifico” delle terapie in psichiatria denota una sorta di rassegnazione, una sorta di ambiguità per cui l'obiettivo ancora oggi non è quello di ricercare delle strade a tutto campo verso la guarigione, ma è quella (considerata sufficiente?), di “fare stare buone le persone”, di “stabilizzarle”, cioè di semplicemente evitare che possano danneggiare gli altri.

Inutile investire soldi in una ricerca scientifica più spinta, è troppo complicato, ci vuole troppo tempo, i pazienti non sono abbastanza pazienti, meglio investire risorse sulle cose più serie e più lucrative.

Comunque, bisogna riconoscere che una ricerca a più ampio raggio in psichiatria aprirebbe probabilmente delle contestazioni all'interno della categoria medica e scientifica, perché dovrebbe immancabilmente percorrere nuove strade in collaborazione con la fisica di nuova generazione,

nonché nuove strade nel campo della spiritualità, e questi campi sono ancora tabù per la ricerca detta “scientifica”.

Questa sembra la triste verità, almeno è quella che è apparsa a noi familiari, è quella che abbiamo riscontrato anche nel nostro percorso con Antonio.

Malattia di serie B implica ricerca di serie B.

4.9 LA POLITICA TRASPARENTE

Sulla salute mentale la politica è molto distratta, anch'essa gira la testa dall'altra parte. Diciamo trasparente per pudore, per non dire inesistente.

Sembra che nessun politico si sia accorto dell'esercito silenzioso delle persone che girano attorno alla salute mentale: in Italia almeno 900.000 persone prese in carico nei soli servizi pubblici, 2.000.000 di familiari, 800.000 operatori (Ausl, terzo settore, scuola); tutte persone che soffrono, che si impegnano, che votano e che non vengono viste dai politici.

Solo alcuni sindaci o alcuni consiglieri di enti locali sembrano sensibili, spesso perché conoscono personalmente un amico o un familiare che ha il problema.

Quando c'è da tagliare nei bilanci della sanità pubblica, raramente si taglia nei macchinari robotizzati costosissimi delle sale operatorie; si taglia prima di tutto sul personale dei servizi territoriali e anche dei servizi di salute mentale; per questo, basta non sostituire i numerosi psichiatri ed operatori che vanno in pensione. I risultati si percepiscono recandosi presso i servizi: corridoi deserti, alcuni uffici vuoti, silenzio, sensazione di vuoto. Tanto, “quelli lì” non protestano, e non protestano nemmeno le loro famiglie. Il volontariato potrà sostituire chi manca negli organici. Costa poco ed è motivato. Non c'è problema, almeno per i politici.

L'unico problema sembra essere quello della sicurezza degli operatori, della responsabilità giuridica degli psichiatri e della paura dei politici se un malato mentale commette una violenza per strada: allora bisogna rafforzare i dispositivi “di protezione”, eventualmente ripassare alla contenzione fisica o all'apertura di nuovi mini manicomi. Già si sono riaperti

mini reparti chiusi all'interno delle carceri, perché non riaprirli anche fuori?

Eppure la percentuale degli omicidi commessi da malati mentali non è superiore alla percentuale commessa nel resto della popolazione. Anche perché normalmente i malati mentali assumono psicofarmaci che li stabilizzano, che li sedano, sono poco pericolosi. Ma quando succede un caso diventa intollerabile, mentre quando si tratta di femmicidi o di omicidi di mafia, tutti alzano le braccia, si sa, purtroppo è così... Due pesi e 2 misure. Riflettiamoci.

La politica è distratta, eppure si tratta di un tema MOLTO politico. La malattia mentale non è soltanto una malattia individuale, è anche una malattia sociale. E' una malattia che si sviluppa su un terreno sociale malato, una malattia antropologica come si dice oggi. Il numero dei malati mentali è un indicatore sul cruscotto di controllo della salute mentale della nostra società, i malati mentali sono le sentinelle della salute sociale, come dice la mia amica Lucia. Nessun miglioramento sarà possibile senza l'adozione di leggi adeguate, senza prevenzione presso gli adolescenti, senza una formazione di tutti i dipendenti pubblici sul come rapportarsi con i "malati mentali" che sono liberi di girare in città, senza la creazione di piccole comunità terapeutiche temporanee veramente curative (e non soltanto contenitive), senza l'investimento nel personale qualificato dei servizi, senza una educazione, sin dalla scuola, che favorisca la conoscenza del problema e la lotta contro il bullismo e l'emarginazione delle persone in difficoltà.

Nell'ambito di uno scambio tra Regioni europee, nello specifico tra Regione Emilia-Romagna e Regione francese Aquitaine, sono da poco tornata in Italia. Là, l'assessore alla sanità della municipalità di Bordeaux ha messo la salute mentale **al centro** di tutte le politiche di sanità: tutti i funzionari degli enti pubblici del territorio sono tenuti a tappeto a frequentare un modulo di 2 giornate di formazione sulla salute mentale, e questo vale per i dipendenti dei Comuni, per i vigili urbani, per gli autisti di mezzi pubblici, per il personale ospedaliero, per i medici della medicina scolastica, per gli insegnanti. Va anche detto che il budget dedicato alla salute mentale in quel caso, è più del doppio pro-capite rispetto a Bologna e comprende anche il supporto ai familiari.

D'altronde, anche la legge Basaglia era stata approvata in Italia in un periodo storico in cui la politica era molto impegnata per superare la situazione disastrosa e inumana dei manicomi.

Speriamo che non siano necessarie grandi catastrofe sociali, come ad esempio ondate di suicidi di adolescenti e giovanissimi, per svegliare la politica ed intervenire in tempo, perché di tempo a mio parere ne resta ben poco. Ma si vede che i tempi non sono ancora maturi.

4.10 CI VUOLE UNA CITTÀ

È il nome dato dal DSM al programma di sensibilizzazione e coinvolgimento dei cittadini sul tema della Salute Mentale, per informare, prevenire, mobilitare i responsabili, sdrammatizzare e contribuire a superare lo stigma.

Bella iniziativa che per adesso coinvolge l'Università, le Scuole, gli Enti Locali, i responsabili politici, il terzo settore e il mondo del volontariato.

Molte persone parlano di salute mentale ma non hanno mai avuto l'occasione di conoscere personalmente e di parlare con una persona che soffre di disagio psichico. Creare questi incontri e queste opportunità è molto importante, perché dopo avere parlato con i diretti interessati, molti cittadini si ricredono e cambiano visibilmente atteggiamento.

Certamente, ci vuole tutta la Città per modificare l'ambiente "emozionale", per superare la paura e i pregiudizi, per accogliere, per includere, per rispettare, per comprendere. Le cose non cambiano da sole, occorre promuovere incontri, darsi da fare, parlare, non stancarsi di essere presenti e di ricordare che la malattia mentale può capitare a chiunque. Non va demonizzata.

Questo è un programma di lungo corso avviato a Bologna, darà senz'altro i suoi frutti, nel tempo.

RIFLESSIONI E RINGRAZIAMENTI FINALI

Siamo arrivati al termine di questa riflessione che coinvolge diversi campi e molte dimensioni della vita, dalle più piccole a quelle più grandi. Questa esperienza mi ha segnata nel profondo, nell'anima.

Rispetto ad altre persone con lo stesso tipo di disagio psichico, Antonio ha comunque potuto fare una vita abbastanza densa di esperienze: ha viaggiato molto, ha collaborato a varie iniziative di lavoro autonomo, ha fatto motocross e guidato molto bene la sua auto. Gli sono crudelmente mancati gli amici ed un grande amore.

Per me, superare la sofferenza è stato duro, molto duro. Adesso che Antonio ha trovato la sua serenità, come genitore posso tirare le fila e vedere la grandezza di questa esperienza terrena di nostro figlio, la grandezza di un'anima che ha accettato di portare sulle proprie spalle un destino così difficile e impegnativo.

Tengo a ringraziare tutti gli esperti che ci hanno dato un aiuto, specie nell'area delle medicine alternative e integrative. Ho potuto prendere le distanze e guardare la malattia mentale sotto un'altra angolatura; ho potuto percepire la sua utilità per l'evoluzione delle persone e per quella della società. Per quanto mi riguarda, l'impegno nel volontariato è stato essenziale per darmi forza e per non soffermarmi sui problemi di casa. Ho ricevuto molto ed è giusto restituire da un'altra parte.

Credo che senza la comprensione, la solidarietà e la grande umanità delle altre famiglie che condividono le stesse sofferenze e che fanno parte delle Associazioni, nonché senza l'attenzione e il supporto sincero di alcuni medici ed operatori del DSM, personalmente avrei fatto molta fatica a reggere nei momenti più bui.

Tuttavia come genitori ci siamo sentiti molto soli con i servizi sanitari, abbiamo anche ricevuto consigli sbagliati; anche noi all'inizio ci siamo accaniti per tentare di aiutare Antonio, forse intralciando ulteriormente il suo cammino. Probabilmente non si poteva e non si doveva fare più di tanto. Sono grata ad alcuni degli operatori che hanno incrociato il nostro cammino: essi hanno tentato di aiutare Antonio che non voleva più essere aiutato.

Negli ultimi tempi Antonio aveva un piede di qua e un piede di là, lo abbiamo lasciato stare e lo abbiamo assecondato. Il suo ultimo scritto è grandioso, poetico e misterioso, abbiamo capito solo da poco quando e dove lo abbia scritto. Sembrava guarito, sereno e pronto a fare l'ultimo viaggio. Lasciamo che sia. Era un messaggio di gratitudine anche per noi, anche questo lo abbiamo capito.

Ringrazio con tutta me stessa mio marito Luigi, “il volontario della volontaria”, che non ha mai perso la calma anche nei momenti più difficili, ha fatto da padre a Antonio con fermezza e in modo amorevole, mi ha sostenuta e incoraggiata per esplorare assieme nuove vie senza mai rinunciare ad andare avanti, e mi ha anche protetta contro me stessa quando esageravo. Lavorarci in due all'unisono è stato bello.

Infine ringrazio Antonio per avere scelto la nostra famiglia per nascere e per venire al mondo; lo ringrazio per il grande amore familiare che abbiamo potuto vivere assieme in tutti questi anni. Antonio, nella logica dell'Universo sei stato un figlio perfetto, ci hai insegnato tanto, grazie di tutto.

Arrivare in fondo è stato un travaglio lungo e sofferto, ma ne è valsa la pena. Mi capita ancora di versare qualche lacrima ricordando episodi difficili del passato, come anche ricordando che Antonio non c'è più.

Tuttavia adesso è nata in me una nuova consapevolezza, un nuovo modo di guardare gli altri, di vedere il mondo, la vita e la malattia. È nata in me una nuova leggerezza, una nuova gioia, un nuovo distacco dalle contingenze quotidiane; un “non so che” che mi dà forza, serenità e grande pace interiore.

Mi auguro che questo libretto possa contribuire a superare lo stigma e la paura nei confronti delle malattie mentali. Esse sono qui per aiutarci a guardare più lontano, a capire chi siamo veramente, ad accogliere e rispettare la grande diversità delle menti e delle anime, a capire che senza compassione e senza cooperazione tra le persone si va diritto contro il muro dei pregiudizi, dell'esclusione, dell'amezza, dei conflitti e poi delle guerre.

Ci ritroveremo spero per parlarne tutti insieme.

MF

5. ALLEGATI

5.1 LE MANIFESTAZIONI VISIBILI DEL DISAGIO PSICHICO (manifestazioni osservate in casa, H24)

Spesso, ci è stato chiesto da persone “senza problemi” come si manifesta la schizofrenia. Per Antonio e per noi è stato così come riportato qui più sotto (durante le crisi, non durante la vita quotidiana. Si trattava di manifestazioni intermittenti, spesso imprevedibili, in mezzo a periodi “perfettamente normali”. Dottor Jekyll e Mr Hyde):

- Il senso di essere spiato, osservato, perseguitato (nella folla, tramite la TV, tramite i cellulari); La telepatia subita e la trasmissione del pensiero; fastidio per le persone sedute dietro a lui al ristorante, fastidio per persone che ridono (ridono di me);
- Il fumo irrefrenabile compulsivo; in alcuni periodi anche sino a 60 sigarette al giorno;
- Le crisi di panico (terrore di essere giudicato, sempre in caso di esami e convocazioni davanti a commissioni): viso bianco, tremore, forte sudorazione, flusso ininterrotto di parole, ansia, forte salivazione e vomito, respiro corto;
- Le battaglie con le voci negative, le urla, i pugni sul tavolo e sui muri;
- La paura di eventi incontrollabili (sbarco degli extraterrestri);
- La violenza distruttiva incontrollabile (su oggetti simbolici al posto delle persone); “non volevo ma era più forte di me”. Dopo: richiesta di scuse e regali per farsi perdonare. “Non ero io”;
- Deformazioni mostruose del viso durante le forti crisi (somi-glianza stupefacente con la sorella di mio padre, zia che Antonio non ha mai conosciuto ma che ho conosciuto io);
- Gesti atavici (controlli ripetuti nella cassaforte per contare i suoi soldi);
- La perdita temporanea di memoria e la confusione mentale;
- Fasi di apatia totale (guardare il muro fermo in piedi per delle

- ore);
- I gesti automatici (come camminare in cerchio nel giardino in modo accelerato per molto tempo), i disegni fantasiosi ispirati (anche progetti meccanici complessi ispirati dalle voci; uno di quelli è stato brevettato - sistema innovativo di costruzione delle gomme presentato alla Michelin);
 - La contemporaneità della Storia, le memorie sovrapposte, tutto è “oggi”; grandi difficoltà con la linearità del tempo e della storia.

Ergo: MANCANZA DELLA CAPACITÀ DI CONTROLLO, senso di impotenza, che portano alla ribellione. Comportamenti per noi incomprensibili, non per questo non reali e senza motivazioni.

Non mi risulta che Antonio abbia mai rivolto la violenza contro sé stesso.

5.2 LE PRINCIPALI TAPPE DELLA VITA DI ANTONIO



Novembre 1973: Nascita a Reggio Emilia. Doppia cittadinanza Italiana e Francese (padre italiano e madre francese)

Dopo 40 giorni: Da Rosanna, la famiglia che gli farà da baby sitter per 3 anni. La madre deve riprendere subito un lavoro autonomo di consulente (senza periodo retribuito per la maternità).

1976: Scuola materna comunale “modello” di Reggio Emilia. Maestre con approccio creativo e non direttivo. Antonio sta molto bene.

1979: trasloco della famiglia a Longara, frazione di Calderara di Reno (BO) a causa del lavoro di entrambi i genitori a Bologna.

Scuola elementare a Calderara: all'inizio della scuola ricovero di un mese della madre per Epatite C. (viene la nonna da RE per gestire la famiglia). Maestra elementare tradizionale rigida e molto direttiva, mal sopportata da Antonio. Iniziano i fenomeni di bullismo. Tempo pieno.

1970: Trasferimento presso la scuola elementare della "Pioppa" a Borgo Panigale per evitare le bande di bulli.

Ritorno a Calderara per le scuole medie. I fenomeni di bullismo riprendono.

Scuole Superiori presso Istituto Salesiano a Bologna. Bocciatura dopo il primo anno.

Scuola professionale presso Istituto Salesiano per la qualifica di meccanico montatore.

Diversi lavori presso aziende meccaniche nella zona industriale del Bolognese.

Antonio tenta di riprendere le superiori con una scuola privata serale.

1992 Servizio militare come volontario nei paracadutisti a Pisa. Missione ONU in Somalia (IBIS 1) per 4 mesi.

Al ritorno dal servizio militare Antonio si licenzia dall'azienda metalmeccanica in cui lavorava prima per trovare un lavoro più soddisfacente. Ma i tempi sono cambiati e resta disoccupato per quasi un anno.

1993: Assunzione con Contratto a Tempo Indeterminato presso la GD di Anzola Emilia come montatore di macchine automatiche (Packaging sigarette). Ambiente maschile con bande interne. Anni molto difficili, con inizio di depressione. Dopo 4 anni decide di licenziarsi.

1997: viaggio di un mese in Argentina a fine anno 1997 per "cambiare aria".

1999: Pensione anticipata del padre (per disporre della liquidazione per aprire un'attività autonoma ove Antonio possa trovare il suo spazio)

Ricerca di un locale e preparazione di Antonio per gestire il locale (corso REC, corso HACCP, corso barman). La situazione migliora, Antonio è

motivato e speranzoso. Più di un anno per le autorizzazioni AUSL.

Dicembre 1999: apertura dell'osteria del Mulino con offerta di cucina francese (la cuoca è la madre). Innamoramento non corrisposto per una giovane donna polacca che lavora all'osteria.

Gennaio 2000: Antonio cambia radicalmente comportamento; inizio di manifestazioni più serie con crisi psicotiche. Con atti violenti in osteria (lancio e distruzione di piatti davanti al personale)

Soggiorni volontari da aprile 2000 presso la comunità per disagio psichico del dott. Vinci A Pinarella di Cervia (2 volte 1 mese, soggiorni molto positivi).

Nel luglio 2001 la collaboratrice polacca decide di andare via.

Agosto 2001: Soggiorno presso la Comunità ecumenica di Taizé (Francia) e incontro con Marina, una ragazza bielorusa in visita alla stessa comunità.

Settembre 2001: la madre si dimette dal suo lavoro in Regione per potere collaborare a tempo pieno in osteria.

Nel novembre 2001, per interrompere la spirale di minacce e di terrore psicologico sui genitori viene chiusa l'osteria per 3 settimane e la madre si allontana in Francia a casa di amici.

Fine Dicembre 2001: primo TSO presso l'SPDC Ottonello di Bologna a seguito di un atto violento in osteria (distruzione di un muro interno di cartongesso, minacce serie a suo padre).

Marzo 2002: Viaggio di 10gg in Bielorussia per incontrare Marina

Luglio 2002: matrimonio del fratello Gianluca. Viene l'amica Marina dalla Bielorussia.

Primavera 2003: Incendio del fienile nella casa della madre in Francia. Secondo TSO di 2 mesi a Brienne, in Francia.

Nel 2003 conosciamo Rosaura, una curandera spirituale venezuelana che abita a Reggio Emilia e che avrà un ruolo importante di cura anche a distanza di Antonio, e di sostegno ai genitori.

Nel 2004 e 2005, oltre al lavoro dell'osteria, conversazioni con gli antenati ed in parallelo anche frequentazione dei seminari sulle Costellazioni familiari.

Nel 2005 Antonio lascia il monolocale a Bologna e torna ad abitare con noi a Medelana.

Luglio 2006: vendita e chiusura dell'osteria del Mulino.

Estate 2007: primi lavori a Le Chene per trasformare la casa in Francia in Bed and breakfast.

Giugno 2008: riconoscimento del 100% di invalidità civile e riconoscimento della pensione anticipata di lavoro (all'epoca la legge consentiva la pensione anticipata per invalidità a chi aveva 14 anni di contributi, compreso il servizio militare).

Periodo 2008/2010: periodo relativamente più tranquillo con alti e bassi; da tempo Antonio assume gli psicofarmaci che gli vengono prescritti; ingrassa moltissimo e comincia ad avere problemi con il cuore.

Lavori preparatori all'apertura del B&B in Francia. Antonio collabora, è occupato e sta bene.

2010: Arriva Idefix, il cagnolino bianco Coton de Tulear fedele compagno di Antonio.

Estate 2011: apertura del B&B estivo Racines in Francia. Antonio trova un suo spazio e collabora durante l'estate con i clienti quando sta bene. Qualche crisi con oggetti spaccati anche in presenza di clienti. Comunque non si sente "bollato" come malato mentale.

Luglio 2014: Ricovero presso Ospedale di Troyes (Fr) in cardiologia (per edema polmonare acuto); capacità cardiaca ridotta al 50%.

Novembre 2014: Ricovero al Maggiore in Cardiologia per scompenso cardiaco.

2015: tirocinio formativo presso officina meccanica di riparazione motocicli; unico lavoro che gli viene consentito: spazzare per terra e tenere in ordine gli ambienti (mentre Antonio voleva completare la sua qualifica di meccanico con una esperienza sui motori dei motocicli);

Estate 2016 e 2017: in Francia Antonio compra per 2000€ un vecchio Dodge americano dello sbarco in Normandia e lo restaura integralmente per rivenderlo tre anni dopo a 8000€. Per lui si tratta di una grande soddisfazione dal punto di vista professionale e della sua autostima.

Estate 2017: morte di Idefix, schiacciato accidentalmente sotto una macchina.

Terzo TSO presso SPDC di San Giovanni in Persiceto e poi SPDC Maggiore.

2017 Durante l'inverno Antonio ha un contratto di lavoro regolare con una ditta di Verona che fa impianti di biogas in Francia. Hanno affittato il B&B per alloggiare durante i lavori. Antonio fa l'interprete di cantiere a tempo parziale per 4 mesi, ha un ruolo e sta molto bene (indossa la divisa di cantiere con il casco, fa amicizia con gli operai rumeni, va dal direttore francese per tradurre le esigenze reciproche, si lega di amicizia con il titolare della ditta italiana che lo stima e lo aiuta a prendere le medicine). Si rivedranno dopo in Italia.

2018. L'INPS si accorge che la ditta italiana ha versato per lui dei contributi e minaccia di sopprimere la sua pensione. L'Ausl aiuta a fare capire che tale lavoretto aveva una valenza di tirocinio formativo, che Antonio non è assolutamente in grado di reggere i ritmi e le tensioni di un lavoro normale, e la situazione "rientra". Ma lo stress e il sentimento di essere perseguitato sono stati forti.

Natale 2018: Arriva Blitz, il cucciolo di cane lupo che crescerà e accompagnerà Antonio sino alla fine.

2019: Ricovero presso ospedale di Vergato per crisi ipertensiva

Estate 2020: Chiusura del B&B Racines (causa Covid e età avanzata della madre che gestisce)

Giugno 2020: acquisto della casa a Tolè (dopo 3 anni di ricerche per trovare una casetta isolata nel bosco).

Maggio 2021: Ricovero in cardiologia al Maggiore per insufficienza cardiaca (24%)

Settembre 2021: quarto TSO all'Ottonello dopo avere cercato protezione presso la caserma antiterrorismo di Bologna passando in forza il portone d'ingresso con la sua auto.

2022 Quinto TSO presso SPDC Ottonello (dopo grave crisi violenta a Medelana con le sue voci cattive)

2022 Ricovero presso Ospedale Maggiore in cardiologia dopo recidiva di grave insufficienza respiratoria. Gli viene annunciato che ha i giorni contati per debolezza del cuore (20% di funzionalità cardiaca). Rifiuto del trapianto cardiaco.

Da alcuni mesi gravi e continui dolori allo stomaco a all'intestino. Cosa presa "alla leggera" da parte del medico curante (che li attribuisce a fantasie psichiche);

Aprile 2022 Ricovero presso Ospedale Maggiore in cardiologia dopo ictus con ischemia arto inferiore; prosegue all'Ospedale di Porretta Terme.

Agosto 2022: Ricovero all'ospedale Bellaria per cardiopatia dilatativa grave.

Settembre 2002 Controllo presso Ospedale Bellaria cardiologia. Situazione in peggioramento.

18 ottobre 2022: Decesso per arresto cardiaco a casa sua a Tolè.

5.3 I PRINCIPALI AUTORI FONTI DI APPRENDIMENTO

- Fabrizio Benedetti, professore di fisiologia e neuroscienze
- Serie completa di Bert Hellinger (psicoanalista e terapeuta familiare) con partecipazione a seminari
- Nader Butto, cardio chirurgo e ricercatore olistico, con partecipazione a seminari
- Anne Givaudan e Daniel Maurois, scrittori e viaggiatori astrali
- Rubert Sheldrake, biologo, biochimico, saggista, ricercatore
- Bruce Lipton, biologo cellulare e ricercatore
- Gregg Braden, scienziato e divulgatore internazionale, pioniere sulla connessione tra spiritualità e scienza
- Serie completa delle canalizzazioni di Kryon tramite Lee Carroll, ingegnere e imprenditore
- Gioacchino Pagliaro, psicologo e psicoterapeuta
- Candice Pert, ricercatrice biomolecolare esperta in neuro psioimmunologia
- Vittorio De Marchi, ricercatore e professore di fisica quantistica
- James Hillman, psichiatra e psicoterapeuta
- Stéphane Allix, ricercatore e giornalista francese

