

Salvatore Di Salvo

Riconoscere e curare l'ansia e il panico



edizioni
libreria cortina
torino

Indice

Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa	pag. 3
I Disturbi d'Ansia	pag. 4
<i>Ansia fisiologica - Ansia patologica - Coesistenza dei Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore</i>	
II Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)	pag. 6
<i>I sintomi - Il decorso e le complicanze del GAD - Come riconoscere un GAD - Il GAD e il DAP - Il Disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo Depressivo - La terapia del GAD</i>	
II Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)	pag. 11
<i>I sintomi del DAP - Le possibili evoluzioni del DAP - I vissuti soggettivi del DAP - L'atteggiamento di parenti, amici e conoscenti - Le ipotesi interpretative delle cause - Il DAP e il disagio giovanile - La diagnosi differenziale - Come riconoscere un DAP - La terapia farmacologica del DAP</i>	
II Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)	pag. 18
<i>Diffusione - Esordio - Temperamento ossessivo-compulsivo - Idee ossessive e rituali compulsivi - Forme cliniche - Come riconoscere un Disturbo Ossessivo-Compulsivo - Decorso ed evoluzione - Complicanze - Prognosi - Terapia</i>	
La Fobia Sociale (FS)	pag. 25
<i>Diffusione - Quadro clinico - Come riconoscere la Fobia Sociale - Timidezza e Fobia Sociale - Decorso - Terapia della Fobia Sociale</i>	
Le Fobie Semplici	pag. 29
<i>Quadri clinici - Fobie degli animali - Fobia del proprio sangue, ferite, aghi, procedure mediche - Fobia di volare - Fobia degli agenti atmosferici - Fobie degli alimenti - Fobie degli spazi vuoti - Decorso - Terapia della Fobia semplice</i>	
II Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)	pag. 33
<i>Diffusione - Fattori di rischio - Sintomatologia - Forme cliniche - Decorso, complicanze e comorbilità - Prognosi - Terapia - Terapia farmacologica - Interventi psicoterapeutici</i>	
II Disturbo Acuto da Stress (DAS)	pag. 39
<i>Quadro clinico - Diagnosi differenziale - Terapia</i>	
II Disturbo di Somatizzazione	pag. 42
<i>Quadro clinico - Diagnosi differenziale - Prognosi - Terapia</i>	

Disturbi d'Ansia nell'età evolutiva pag. 46

1. Sindrome Ansiosa da Separazione - 2. Sindrome da Ansia Sociale - 3. Sindrome Ansiosa Generalizzata - 4. Sindrome Fobica - 5. Sindrome Ossessivo-Compulsiva - 6. Sindrome da Stress Post-Traumatico - 7. Disturbo da Attacchi di Panico - Terapia

Una Ricerca sui Disturbi d'Ansia: i sintomi prevalenti pag. 52

Gruppo I: Disturbo da Attacchi di Panico - Gruppo II: Disturbo d'Ansia Generalizzato - Gruppo III: Disturbo Ossessivo-Compulsivo - Gruppo IV: Fobia Sociale - Diagnosi differenziale

Considerazioni sulla terapia farmacologica pag. 60

Protocollo terapeutico - Errori nella terapia farmacologica - Considerazioni sulle Benzodiazepine

La psicoterapia nei Disturbi d'Ansia pag. 64

Psicoanalisi - Psicoterapia breve - Psicoterapia del Disturbo da Attacchi di Panico - Psicoterapia del Disturbo d'Ansia Generalizzato - Psicoterapia del Disturbo Ossessivo Compulsivo - Psicoterapia della Fobia Sociale - Psicoterapia della Fobia Semplice - Psicoterapia del - Disturbo Post-Traumatico da Stress e del Disturbo Acuto da Stress

Alcune storie di Disturbi d'Ansia pag. 70

La storia di Chiara - La storia di Carlo - La storia di Luisa - La storia di Laura

Testimonianze pag. 93

Racconti di esperienze

Presentazione della Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta la *Collana di Psichiatria Divulgativa* di cui sono già stati pubblicati “La cura della depressione: farmaci o psicoterapia” (2011) e “Il paziente depresso e i suoi familiari” (2012).

Il presente volume “**Riconoscere e curare l'ansia e il panico**” è il terzo della Collana.

La Collana sarà composta da cinque volumi, pubblicati a cadenza annuale, che non saranno in vendita presso le librerie, ma distribuiti gratuitamente presso la sede dell'Associazione fino all'esaurimento della tiratura di 500 copie per libro.

Di ogni volume verrà anche fatta una versione in formato pdf che sarà inviata, *a titolo totalmente gratuito*, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione assodep@tiscali.it.

La Collana si occupa della cosiddetta “piccola psichiatria”, cioè di quei Disturbi Depressivi e Disturbi d'Ansia che, tranne nei periodi acuti, non interferiscono nella vita relazionale, lavorativa e sociale. Si tratta di disturbi che interessano *direttamente* circa 7 milioni di persone (tale è il numero di soggetti che almeno una volta, nel corso della loro vita, hanno sofferto di fasi acute di Disturbi Depressivi o di Disturbi d'Ansia), mentre il numero delle persone *indirettamente* coinvolte (i parenti stretti dei pazienti) è di due-tre volte maggiore.

Sono, quindi, disturbi che hanno notevole rilevanza sociale, ma sono oggetto di molti pregiudizi a causa dei quali solo un paziente su quattro si rivolge al medico e riceve una corretta diagnosi ed una adeguata terapia.

Obiettivo della Collana è dare un contributo al superamento delle suddette barriere pregiudiziali mediante l'informazione che, per essere efficace, deve essere *divulgativa*.

L'informazione è divulgativa quando, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non “tecnico” e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a “tutti”.

Ribadiamo il concetto che l'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi fare informazione equivale a fare prevenzione.

I Disturbi d'Ansia

I Disturbi d'Ansia comprendono patologie che hanno in comune la prevalenza, nella sintomatologia, del sintomo “ansia”.

L'ansia può essere definita come una reazione istintiva di difesa, un allarme proprio dell'istinto di conservazione, un'emozione che crea uno stato di tensione psichica, cui si associano spesso anche sintomi fisici.

Può, quindi, essere considerata un fenomeno che attiva una risposta di adattamento agli stimoli esterni e che prepara alla reazione.

Ansia fisiologica

L'ansia fisiologica consiste in una *reazione istintiva di difesa che anticipa il pericolo e si accompagna ad un aumento della vigilanza*. Consiste quindi in un allarme dell'istinto di conservazione che predispone l'organismo ad affrontare una situazione di emergenza. Ad essa si associano sintomi fisici quali tremore, sudorazione, palpitazioni ed aumento della frequenza cardiaca.

L'ansia fisiologica è, quindi, una reazione emotiva di fronte ad un pericolo e si accompagna alla messa in moto di un complesso meccanismo fisiologico di allarme.

Ansia patologica

L'ansia patologica è, invece, una risposta inappropriata caratterizzata dalla presenza di sentimenti di apprensione *in assenza* di gravi e realistiche motivazioni esistenziali o ambientali e che determina un'alterazione delle normali capacità individuali. *Si differenzia dalla paura in quanto questa è la reazione nei confronti di una causa nota*.

L'ansia patologica è quella costantemente presente nei Disturbi d'Ansia che verranno descritti nei seguenti capitoli:

- Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)
- Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)
- Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)
- Fobia Sociale (FS)
- Fobie Semplici

- Disturbo post-traumatico da stress

Coesistenza dei Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore

E' possibile che Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore siano contemporaneamente presenti nello stesso soggetto. In alcuni casi possono essere prevalenti i sintomi della serie ansiosa, in altri quelli della serie depressiva. Può anche avvenire che nessuno dei due gruppi sintomatici sia chiaramente predominante e in tal caso alcuni Autori hanno proposto la diagnosi di "Sindrome nevrotica generale".

Può anche verificarsi che, nello stesso paziente, in alcune fasi della vita siano prevalenti i sintomi ansiosi mentre in altre prevalgano quelli depressivi.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)

I sintomi

I pazienti che soffrono di tale disturbo appaiono cronicamente apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi e realistiche motivazioni, riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, la capacità di rendimento lavorativo o scolastico. Esemplificativa è la madre che teme per il figlio, temporaneamente assente, quando sente la sirena dell'autoambulanza o uno squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trova in quel momento in una situazione di pericolo reale. Si viene quindi ad instaurare un continuo stato di allarme e ipervigilanza conseguenti alla convinzione che eventi negativi abbiano la possibilità di verificarsi. La componente somatica associata è costituita da sintomi a carico del sistema neurovegetativo, tra i quali spiccano respiro affannoso, palpitazione, sudorazione (particolarmente al palmo della mano), secchezza delle fauci, sensazione di "nodo alla gola", di "testa vuota e leggera", vampate di caldo. Frequenti sono i disturbi della serie gastroenterica: meteorismo, disturbi digestivi, nausea e diarrea. I sintomi legati ad una spiccata tensione muscolare, particolarmente al capo, al collo e al dorso, sono spesso responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee localizzate in sede occipitale e frontale. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta invece tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori. Lo stato di apprensione determina anche sintomi della sfera cognitiva, quali ridotta concentrazione, facile distraibilità, deficit della memoria e riduzione della vigilanza.

I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli; l'insonnia può essere uno dei sintomi che conducono il paziente dal medico di famiglia e può indurre la complicità dell'abuso di ipnotici o di ansiolitici in genere.

I sintomi di ansia somatizzata motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di famiglia e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sul piano sociale e su quello dei costi sanitari. Il paziente con ansia generalizzata ha la convinzione di avere una malattia fisica, in opposizione all'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta significato di malattia ad elementi di scarso valore clinico (ipotensione arteriosa,

gastralgie, colon irritabile).

Non sono pochi i pazienti che fanno risalire all'infanzia le prime manifestazioni d'ansia, sostenendo di "essere nati ansiosi". Di solito l'età d'insorgenza del GAD è da collocarsi in epoca giovanile, intorno ai 16-20 anni: tuttavia le modalità di esordio dei sintomi ansiosi, a differenza di ciò che avviene per gli attacchi di panico, appaiono sfumate, poco definite e scarsamente condizionanti la qualità della vita. Solo se stimolato ad un preciso ricordo il paziente identificherà come primi segnali del GAD le notti insonni trascorse col batticuore alla vigilia di un esame scolastico o di una competizione sportiva, peraltro adeguatamente affrontati.

Tenderà, inoltre, a collegare l'inizio dei suoi malesseri ad eventi psicosociali lontani nel tempo (matrimonio, attività lavorativa, nascita dei figli) o ad esperienze vissute come persistenti fonti di stress. Queste ultime osservazioni fanno pensare all'ansia generalizzata come ad una condizione di predisposizione individuale, le cui manifestazioni si presentano quando l'individuo si trova ad affrontare situazioni di maggiore responsabilità e di intenso coinvolgimento emotivo.

Il decorso e le complicanze del GAD

Il GAD mostra un decorso protratto nel tempo, con andamento oscillante e fasi alterne di riacutizzazione. È stata calcolata, per il disturbo, una durata media pari al 55% dell'arco della vita, con maggiore esposizione alla possibilità di complicanze.

E', ad esempio, di frequente riscontro l'autoterapia con alcool, ansiolitici, antalgici o stimolanti il sistema nervoso centrale, con fondato rischio di dipendenza e/o abuso.

Anche alterazioni della condotta alimentare di tipo iperfagico possono trovare nel GAD un terreno predisponente.

La depressione maggiore può sovrapporsi al GAD modificandone i sintomi e mascherandone talora la caratteristica principale, rappresentata dall'attesa apprensiva.

Con l'approfondirsi del quadro depressivo l'inibizione ed il distacco affettivo possono prevalere sulla componente ansiosa. Si osservano così pazienti il cui ripiegamento melanconico induce a riferire frasi quali: "Sto troppo male: prima mi preoccupavo di tutto, ora non mi interessa più niente, capiti quel che capiti".

Più frequentemente il GAD appare associato a quelle forme depressive a decorso cronico corrispondenti al Disturbo Distimico.

La presenza di tali complicanze e di altre di ordine somatico (ipertensione, ulcera

peptica, malattie cardiache) determina la richiesta dell'intervento medico che tende, comunque, a essere fatta in una fase avanzata del disturbo.

D'altra parte la tendenza osservata in questi pazienti a procrastinare tale tipo di consulenza è motivata dalla scarsa gravità dei sintomi e dall'accettabile livello di capacità prestazionali e interpersonali.

Come riconoscere un GAD

Facendo ancora riferimento al DSM IV, la presenza di uno stato ansioso che necessita di trattamento terapeutico si riconosce per la presenza concomitante dei seguenti sintomi:

- ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);
- difficoltà nel controllare la preoccupazione;
- l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;
- l'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es. ipertiroidismo);
- l'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con alcuni di essi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi): irrequietezza, sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi, vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare;
- alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).

Il GAD e il DAP

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato si distingue dal Disturbo da Attacchi di Panico per la presenza di sintomi ansiosi persistenti che non hanno la criticità e drammaticità degli attacchi di panico e non determinano lo sviluppo di condotte di evitamento fobico.

Dal confronto dei due disturbi emerge che il GAD ha durata più lunga, maggiore incidenza di depressione secondaria e più frequente ricorso a terapie di tipo farmacologico.

La sensibilità alla rassicurazione è più sviluppata nei pazienti con attacchi di panico,

mentre è minore in quelli con GAD.

Altra differenza importante è che l'ansia anticipatoria del DAP e l'ansia generalizzata del GAD, pur sovrapponibili per quanto riguarda alcuni aspetti (sintomi somatici e neurovegetativi e risposta alle benzodiazepine), differiscono essenzialmente per l'oggetto dell'apprensione che è selettivo e prevedibile nel DAP, mentre è mutevole e maldefinito nel GAD.

Per quanto riguarda i sintomi, nel GAD vi è la prevalenza di sintomi somatici a carico della sfera muscolare e gastroenterica, l'assenza di derealizzazione e depersonalizzazione e una ridotta componente fobica.

Il disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo Depressivo

Il GAD si differenzia dal Disturbo Depressivo per assenza di rallentamento psicomotorio, ideazione autolesiva, tematiche di colpa, alternanza diurna.

Maggiori difficoltà sorgono nella diagnosi differenziale con la distimia (depressione cronica), alla quale può talora essere associato e con cui ha in comune l'esordio precoce, il decorso cronico fluttuante con fasi acute, la tendenza all'autoterapia con rischio di abuso di sostanze.

Ad entrambi i disturbi sono comuni tratti ossessivi e dipendenti di personalità, con tendenza all'introversione ed alla scarsa autostima, questi ultimi più spiccati nella distimia.

Ciò che, invece, li differenzia è l'adattamento sociale: nel GAD, infatti, si mantiene un'adeguatezza delle capacità prestazionali e relazionali, rappresentata dalla continuità e dall'efficienza dell'impegno lavorativo, scolastico o sociale, pur in presenza di manifestazioni ansiose.

Nella distimia, invece, è spesso presente la difficoltà a mantenere un idoneo e costante rendimento in ambito professionale, associato talora a situazioni di difficoltà relazionali. Sotto il profilo cognitivo nel GAD, come negli altri disturbi d'ansia, prevalgono tematiche legate al timore dell'incerto e del nuovo, mentre nelle forme depressive si collocano in primo piano i sentimenti di perdita, d'inadeguatezza e di autosvalutazione legati ad una ridotta efficienza psicofisica e prestazionale.

La terapia del GAD

L'approccio al paziente con ansia generalizzata può consistere principalmente in un

sostegno psicoterapeutico, anche senza l'associazione di terapie farmacologiche. In generale il lavoro psicoterapeutico è finalizzato al riconoscimento di eventuali cause scatenanti, alla rassicurazione, alla risoluzione dei conflitti e alla messa in atto di strategie di adattamento da parte del paziente. Tecniche di rilassamento sono state utilizzate nell'ambito di programmi di terapia comportamentale e di ipnosi.

Sotto il profilo farmacologico, le benzodiazepine (BDZ), fin dalla loro comparsa risalente al 1950, hanno mostrato di possedere effetti ansiolitici, ipnotici e miorilassanti, associati a rapidità di azione e sicurezza d'impiego. Tali caratteristiche hanno reso questi prodotti di facile uso da parte del medico e del paziente per cui risultano oggi tra i farmaci più commercializzati nel mondo. Attualmente sono disponibili varie classi di BDZ che differiscono, sotto il profilo farmacologico, per caratteristiche di assorbimento, emivita e liberazione di metaboliti attivi.

Accanto ai primi ansiolitici a lunga emivita, quali il clordiazepossido e successivamente il diazepam e il lorazepam, si sono via via aggiunte molecole ad emivita breve. L'alprazolam, una delle ultime BDZ introdotte sul mercato, differisce dalle altre per la modesta azione sedativa e l'emivita molto breve.

Le BDZ sono quindi le molecole maggiormente utilizzate nel disturbo, in quanto svolgono il loro effetto con rapidità (20-30 minuti dopo l'assunzione), con scarsi effetti collaterali e buona tollerabilità.

Bisogna comunque tenere presente che la terapia con BZD non deve essere protratta per periodi molto lunghi (non più di tre-quattro mesi) per la presenza, a dosi elevate, del rischio di dipendenza nei trattamenti a lungo termine e di fenomeni di astinenza successivi a sospensioni brusche.

E' ormai accertata l'efficacia, nella cura del Disturbo d'Ansia Generalizzata, dell'associazione tra BDZ e antidepressivi, preferibilmente un SSRI, a dosaggi simili a quelli richiesti nel DAP e nei disturbi depressivi.

Ciò è dovuto al fatto che l'aumento della disponibilità della serotonina nelle cellule nervose, più precisamente negli spazi intersinaptici, determina la riduzione/scomparsa dei sintomi ansiosi.

Di solito la terapia farmacologica del GAD prevede l'assunzione dell'SSRI per 8-10 mesi, inizialmente associata alla BDZ, da sospendere dopo 3-4 mesi.

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

Il Disturbo da Attacchi di Panico colpisce prevalentemente l'età giovanile e i più recenti studi epidemiologici mettono in evidenza il fatto che ne è interessato il 33% dei giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni, nel senso che un giovane su tre di questa fascia incontra uno dei multiformi aspetti della sintomatologia DAP.

I sintomi del DAP

Il Disturbo da Attacchi di Panico è caratterizzato dal ripetersi di stati d'ansia acuti ad insorgenza improvvisa e di breve durata. Gli episodi acuti sono accompagnati da sintomi neurovegetativi e psicosensoriali di frequenza e di intensità variabili per cui si presentano quadri clinici tra loro molto diversificati. E' in ogni modo possibile individuare alcuni aspetti fondamentali comuni a tutti gli attacchi di panico:

- i sintomi compaiono in maniera improvvisa e drammatica;
- la crisi è vissuta con un senso penoso d'impotenza, di paura e di mancanza di controllo;
- la durata della crisi è breve: in genere pochi secondi o minuti;
- alla crisi acuta segue un periodo prolungato, anche di molte ore, in cui sono presenti sensazioni di "testa confusa", marcato stato di spossatezza, sensazioni di sbandamento, vertigini.

Gli attacchi spesso si manifestano "a ciel sereno", nel senso che, al momento dell'attacco, non è presente una situazione in grado di costituire motivo d'ansia, trattandosi sovente di situazioni routinarie: passeggiando per strada, guidando l'auto, assistendo ad una proiezione cinematografica, facendo acquisti al supermercato. Talora, invece, il primo episodio si manifesta in situazioni drammatiche della vita del paziente, come gravi incidenti o morti improvvise di persone care. Può anche manifestarsi in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, amfetamine.

Nel 50% dei casi, sia la prima crisi sia quelle successive compaiono durante il sonno, determinando un risveglio angosciato.

I *sintomi psichici* dell'attacco sono tipicamente rappresentati da paura, terrore, sensazione di morte imminente, timore di perdere il controllo delle proprie idee o delle proprie azioni. A questi si associano *sintomi neurovegetativi* quali palpitazioni, dolore

toracico, dispnea, sensazione di soffocamento, vertigini, vampate di calore, brividi di freddo, tremori e sudorazione profusa.

In circa un terzo dei casi si manifestano anche *fenomeni psicosensoriali* quali depersonalizzazione (il soggetto si sente come distaccato dal proprio corpo) e derealizzazione (il soggetto ha la sensazione di non essere reale, né lui né ciò che lo circonda e ha l'impressione che intorno a sé il senso della realtà sia alterato).

Le *manifestazioni comportamentali* sono meno comuni e spesso la crisi passa inosservata ai presenti poiché il soggetto cerca di nascondere le sensazioni provate. Talora però il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana, cercando di raggiungere in fretta un luogo sicuro.

E' presente fin dalle fasi iniziali della malattia uno stato di paura e di ansietà, *l'ansia anticipatoria*, consistente nel timore che gli attacchi di panico possano ripetersi. Tale ansia può determinare marcata sofferenza soggettiva e notevole compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e affettivo.

Mentre l'attacco di panico ha insorgenza improvvisa e dura pochi minuti, l'ansia anticipatoria cresce lentamente e può durare anche molte ore. E' possibile ridurla o controllarla allontanandosi dalla situazione ansiogena o cercando rassicurazioni da una persona di fiducia. L'attacco di panico, invece, quando comincia non può più essere bloccato: si comporta quindi come una reazione del tipo "tutto o nulla" e sfugge ad ogni controllo quando il meccanismo è innescato.

Nel 20% dei casi si manifesta un'*elaborazione ipocondriaca*: i pazienti temono o sono convinti di soffrire di una malattia fisica, chiedono ripetutamente l'intervento del medico internista o di altri specialisti e del Pronto Soccorso. Le preoccupazioni ipocondriache riguardano in genere il timore di una grave malattia cardiaca, come l'infarto o la paura di una morte improvvisa per ictus cerebrale.

Nei 2/3 dei casi si vengono a strutturare le *condotte d'evitamento*, conseguenti al fatto che i pazienti associano gli attacchi di panico a situazioni o luoghi specifici. Evitando di restare soli, di allontanarsi da casa, di recarsi in luoghi affollati o di usare mezzi pubblici, gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili. Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni. I pazienti agorafobici evitano piazze, luoghi affollati, ponti, tunnel, ascensori, autostrade, treni, autobus e molte altre situazioni nelle quali può risultare difficile fuggire o ricevere aiuto nel caso di una crisi improvvisa.

Alcuni diventano completamente incapaci di uscire da soli o possono farlo solo in compagnia di una persona rassicurante nella quale ripongono particolare fiducia.

Le condotte agorafobiche sono determinate sia dall'evitamento di situazioni specifiche sia dalla ricerca di elementi rassicuranti. I modi più frequenti mediante i quali è ricercata la rassicurazione sono: avere la possibilità di tornare velocemente a casa, essere con una persona di fiducia, sedersi vicino alle uscite, parlare tra sé.

I pazienti agorafobici possono continuare ad avere attacchi di panico per anni, anche se la loro frequenza di solito si riduce con il progredire delle condotte d'evitamento. Tipicamente l'agorafobia assume un andamento cronico, provoca notevoli limitazioni dell'autonomia personale ed è vissuta come una condizione inabilitante e fastidiosa dalla quale sembra impossibile liberarsi.

Le possibili evoluzioni del DAP

Il decorso del DAP è molto variabile. In alcuni casi gli attacchi di panico si presentano in forma sporadica nella giovinezza o nell'adolescenza e scompaiono nell'età adulta, non compromettendo in maniera rilevante l'adattamento sociale. Raramente richiedono l'intervento del medico.

Nel 30% dei casi assumono un andamento fasico, con periodi di remissione alternati a periodi di riacutizzazione. Negli intervalli il quadro è spesso asintomatico. Nelle fasi di riacutizzazione, invece, sono presenti l'ansia anticipatoria e la ricerca di rassicurazioni.

L'evoluzione più comune del DAP (70%) è rappresentata dall'instaurarsi di condotte d'evitamento agorafobiche, con lo sviluppo dei tipici comportamenti descritti nel paragrafo precedente. Alcuni pazienti presentano una storia di attacchi di panico sporadici, seguiti da agorafobia grave ed invalidante che si protrae per molti anni, in assenza di crisi acute.

In un terzo dei pazienti si ha la sovrapposizione di una sintomatologia depressiva caratterizzata da umore depresso, disinteresse per le normali attività giornaliere, sentimenti d'inadeguatezza e di inutilità. A differenza dei pazienti con disturbi primari del tono dell'umore, gli agorafobici non presentano disturbi del sonno né della sfera alimentare e sessuale e, all'interno del loro ambiente, mantengono molteplici interessi e conducono attività dalle quali possono trarre piacere e soddisfazione.

I vissuti soggettivi del DAP

Focalizzando l'attenzione sul vissuto soggettivo del disturbo, è possibile evidenziare alcuni stati emotivi presenti.

Vissuto del primo attacco

Il soggetto è spesso in grado di citare ora, giorno, mese e anno del primo attacco, ricordato con precisione e raccontato in maniera vivida e con ricchezza di particolari. Il vissuto ad esso associato è descritto come il passaggio ad un'altra dimensione e le frasi che sottolineano tale situazione sono del tipo: "Da quel momento la mia vita è cambiata", "Dopo quella crisi non sono più stato lo stesso". Il vissuto è quindi di un radicale cambiamento della propria esistenza per i limiti imposti dalle condotte d'evitamento, intese come necessarie per contrastare il timore/terrore che gli attacchi possano ripresentarsi. E' spesso radicata l'associazione tra il primo attacco e la situazione in cui esso si è manifestato: se si è verificato in un locale pubblico, il soggetto ne evita accuratamente la frequentazione; se è avvenuto durante la guida, evita di guidare; se è avvenuto a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti, teme che esse abbiano determinato un danno irreparabile alle strutture cerebrali e attribuisce loro il ripetersi delle crisi anche dopo la loro completa sospensione.

Vissuto di incomprendibilità

Nonostante i tentativi di comprensione, prevale l'impossibilità di dare alle crisi una spiegazione causale valida e plausibile. Ciò determina un vissuto d'incomprendibilità e le crisi appaiono inspiegabili, con conseguente vissuto di disorientamento. La maggior parte dei soggetti ha alle spalle una storia di numerosi accertamenti medici con esito negativo, oltre che di svariate diagnosi formulate dai molti medici cui si sono rivolti. Gli specialisti più frequentemente consultati sono i cardiologi, per i timori della presenza di un disturbo cardiaco, gli otorinolaringoiatri, per la presenza dei sintomi vertiginosi e i gastroenterologi, per la frequente presenza di problemi colitici. A causa dei fallimenti terapeutici dei vari consulti specialistici si rinforza nei pazienti un sentimento di sfiducia nella possibilità di guarigione.

Vissuto di vergogna

Il vissuto di vergogna è strettamente legato alla paura di perdere il controllo delle proprie idee (cioè di impazzire) e delle proprie azioni (di compiere, cioè, gesti di tipo autolesivo o lesivo nei confronti di altri).

Vissuto di rabbia/rassegnazione

In alcuni soggetti prevale la rabbia per un disturbo che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi, ma che appare inafferrabile dal punto di vista diagnostico e da quello terapeutico.

In altri prevalgono vissuti di rassegnazione attraverso l'adattamento ad uno stile di vita condizionato dalle condotte d'evitamento e quindi nettamente inferiore alle potenzialità soggettive.

Nella maggior parte dei casi rimane attivo un atteggiamento di ricerca finalizzato a dare un nome al disturbo e a trovare un modo per curarlo. Frequente è la ricerca di testi specifici sull'argomento del DAP.

L'atteggiamento di parenti, amici e conoscenti

L'atteggiamento dei familiari è inizialmente di comprensione e compartecipazione allo stato di sofferenza. Con il passare dei mesi e con il susseguirsi degli esami diagnostici negativi e degli inutili consulti specialistici, anche i familiari vengono però presi da un senso di sconforto e sfiducia. In alcuni casi diventano aggressivi ed assumono un atteggiamento colpevolizzante.

Di solito è l'ambito familiare quello in cui avviene primariamente la ricerca di supporto e solo raramente i pazienti ne parlano con amici o compagni di studio o di lavoro. Alla base di ciò è la presenza del vissuto di vergogna di cui si è parlato in precedenza, assieme alla convinzione che il disturbo di cui soffrono, già misterioso per loro stessi e per i vari medici consultati, non possa essere compreso dagli altri. Si viene così a determinare la convinzione che il parlarne non sarebbe d'alcun aiuto e servirebbe solo ad essere etichettati come "matti".

Le ipotesi interpretative delle cause

Una delle caratteristiche degli Attacchi di Panico è la loro apparente inderivabilità, nel senso che non è possibile individuare una spiegazione comprensibile della loro origine. Di fatto la via della logica e della razionalità si mostra poco percorribile per la comprensione delle crisi ed è, invece, necessario seguire la via psicologica.

Un conflitto o un nodo problematico collocato nell'inconscio, escluso quindi dalla coscienza, esprime la sua presenza dando origine a sintomi, che sono l'espressione del fatto che la persona è portatrice di un disagio psicologico e di uno stato di malessere ed

è in questa prospettiva che va collocata la lettura dell'origine degli Attacchi di Panico.

Il DAP e il disagio giovanile

Gli Attacchi di Panico interessano, come già evidenziato, il 33% della popolazione tra i 18 e i 25 anni e ciò ne sottolinea la rilevanza sociale. Essi s'inseriscono nel contesto del disagio giovanile in quanto sintomi-segnali dello stato di disorientamento dei giovani e di vuoto lasciato dalla crisi dei valori. Solitudine, incomunicabilità, situazioni familiari critiche, difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro possono esprimersi con il ricorso ad alcolici o stupefacenti, con atteggiamenti violenti ed aggressivi, ma anche attraverso gli Attacchi di Panico che diventano allora l'espressione psichica del malessere e del disagio. E' quindi importante riconoscere e curare i sintomi del disturbo ed abbattere i pregiudizi che gravitano attorno ad esso. Gli strumenti farmacologici di cui oggi disponiamo sono in grado di operare un controllo sui sintomi. E' però altrettanto importante non fermarsi ai farmaci che, per quanto efficaci nella cura dei sintomi, sono invece inefficaci sul disagio psichico da cui originano. Chi soffre d'Attacchi di Panico è portatore di un malessere psichico e diventa fondamentale decodificare, attraverso un lavoro psicologico, il senso del disturbo, coglierne il significato, attivando un percorso che consenta non solo di debellare i sintomi, ma anche di rimettere in moto il processo di crescita personale.

La diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale deve essere posta rispetto ad altri Disturbi d'Ansia, in particolare la Fobia Sociale, le Fobie Semplici, il GAD, l'Ipocondria, il Disturbo di Somatizzazione e la Depressione.

Fobia Sociale: i pazienti con Fobia Sociale temono ed evitano tutte quelle situazioni quali il parlare, il mangiare o il mostrarsi in pubblico o comunque l'esporsi al rischio di essere umiliati, imbarazzati e giudicati dagli altri, occasioni in cui presentano manifestazioni ansiose acute ampiamente sovrapponibili a quelle di un attacco di panico. Talora pazienti con DAP possono temere situazioni sociali analoghe per il timore degli effetti imbarazzanti di una crisi in pubblico: in tali casi si parla di Fobia Sociale "secondaria". Nella Fobia Sociale primaria non sono, invece, presenti episodi critici spontanei, la paura non è correlata al timore di avere un attacco di panico; sono meno frequenti sintomi quali sentimenti di irrealtà, vertigini, paura di svenire, di morire

o di perdere il controllo. Inoltre nella Fobia Sociale primaria non è presente la marcata sensibilità alla rassicurazione tipica del DAP e la vicinanza di un accompagnatore non esclude le condotte di evitamento.

Fobie Semplici: la crisi di ansia acuta della fobia semplice si manifesta sempre e solo durante l'esposizione all'oggetto fobico, non sono presenti attacchi di panico spontanei e le situazioni evitate sono poche. Nell'agorafobia del DAP l'esposizione agli stimoli fobici aumenta soltanto la probabilità di avere un attacco di panico e non è inevitabilmente associata con esso, mentre nelle Fobie Semplici l'esposizione all'oggetto fobico scatena sempre la crisi acuta.

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD): la distinzione tra DAP e GAD è per alcuni autori controversa, anche se sempre più consistenti appaiono i dati a favore dell'autonomia del GAD sul piano psicopatologico e clinico. Anche se l'ansia generalizzata ha caratteristiche sovrapponibili a quella anticipatoria, si distingue da essa per il tipo di apprensione e di preoccupazioni che non sono riferite a qualcosa di ben definito, bensì a molti e diversi possibili eventi e situazioni della vita di tutti i giorni. Inoltre, mentre nel DAP è presente una marcata sensibilità alla rassicurazione e la sintomatologia ansiosa si riduce o scompare in ambienti rassicuranti e in compagnia di persone familiari, il paziente con GAD è insensibile agli elementi rassicuranti dall'ambiente.

Ipocondria: talora nel DAP le preoccupazioni ipocondriache diventano il sintomo dominante il quadro psicopatologico, rendendo difficile la distinzione dal disturbo ipocondriaco. La presenza di attacchi di panico spontanei e di condotte di evitamento, anche se attenuate e mascherate dalla componente ipocondriaca, sono fondamentali per fare una diagnosi differenziale.

Disturbo di Somatizzazione: le manifestazioni di questo disturbo consistono in disturbi somatici multipli e ricorrenti, della durata di parecchi anni, per i quali viene a più riprese richiesta l'attenzione dei medici. I sintomi possono essere osteoarticolari, gastrointestinali, cardio-polmonari o pseudo-neurologici.

Nel DAP vi sono sintomi cardio-respiratori, presenti però solo durante gli attacchi.

Depressione: la distinzione tra DAP e Depressione risulta piuttosto semplice per le notevoli differenze tra i due disturbi sul piano dei sintomi. Tuttavia nel DAP sono spesso presenti sintomi depressivi ed in tali casi possono comparire problemi di diagnosi differenziale. In alcuni casi la depressione ha i caratteri di una

demoralizzazione secondaria, talvolta accompagnata da sentimenti di colpa e di ridotta autostima. Anche le fasi successive alle crisi acute del DAP, spesso prolungate e accompagnate da senso di spossatezza e profonda prostrazione, possono essere distinte con difficoltà dalla depressione.

Come riconoscere un DAP

Facendo riferimento al Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Psicici (DSM IV), il DAP si riconosce in quanto caratterizzato da una crisi acuta d'intensa paura, durante la quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti: palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia, sudorazione, tremori fini o a grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, sensazioni di sbandamento, d'instabilità, di testa leggera o di svenimento, derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi), paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio), brividi o vampate di calore.

La terapia farmacologica del DAP

Dal punto di vista farmacologico, il DAP risponde bene alla terapia con antidepressivi del gruppo SSRI (Inibitori Specifici della Ricaptazione della Serotonina), in particolare citalopram e paroxetina, in associazione con un ansiolitico ad emivita breve, come l'alprazolam. Di solito le crisi acute si riducono nettamente, come intensità e frequenza, nel giro di 4/6 settimane. Nei due-tre mesi successivi l'ansia anticipatoria e le condotte di evitamento agorafobiche si riducono, a volte fino a scomparire del tutto.

La terapia farmacologica è quindi in grado di controllare la sintomatologia clinica del DAP. Va però sottolineato il fatto che essa agisce solo ed esclusivamente sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati. Dal punto di vista psicologico il DAP è da interpretare come l'espressione, attraverso i sintomi, di problematiche di cui il soggetto non è consapevole e che si manifestano attraverso le crisi. Su tali problematiche psicologiche i farmaci non hanno alcun effetto: esse devono, invece, essere indagate e portate alla coscienza utilizzando lo strumento psicologico, attraverso un lavoro di ricerca psicoterapeutica. Il trattamento del DAP deve quindi essere effettuato attraverso una terapia di tipo combinato: farmacologica per la cura dei sintomi e psicologica per la cura delle cause, al fine di evitare che i sintomi ricompaiano quando viene interrotta la terapia farmacologica.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

Diffusione

Studi epidemiologici sul DOC hanno evidenziato un'incidenza nella popolazione psichiatrica di circa il 5%. Il disturbo interessa pressoché in uguale misura i due sessi e ha un'età media di esordio che oscilla fra i 22 e i 35 anni.

Si presenta come l'exasperazione di alcuni tratti preesistenti della personalità, connotati come temperamento ossessivo-compulsivo che verrà descritto in un paragrafo successivo.

Esordio

L'esordio del DOC avviene di solito in età giovanile, ma può anche manifestarsi nell'adolescenza e nell'infanzia. Nella maggior parte dei casi i sintomi si manifestano gradualmente, in modo insidioso, causando dapprima solo una modesta sofferenza ed un lieve disagio che poi si aggravano progressivamente, costringendo il paziente a ricercare l'aiuto del medico. Il disturbo può risultare compatibile con accettabili livelli di adattamento per lunghi periodi e l'intervento psichiatrico viene rimandato nel tempo. L'aggravamento della sintomatologia ossessivo-compulsiva causa invalidità e/o la comparsa di depressione.

Temperamento ossessivo-compulsivo

Nelle descrizioni classiche il disturbo ossessivo è presentato come l'evoluzione e/o l'exasperazione di alcune caratteristiche di personalità che costituiscono il substrato sul quale viene a sovrapporsi il disturbo vero e proprio.

Il temperamento ossessivo-compulsivo è stato variamente descritto nella letteratura come "carattere ossessivo", "personalità anale" o "personalità anancastica". I soggetti con tratti ossessivi appaiono controllati, cauti, riflessivi, razionali nell'approccio alla vita e ai suoi problemi. Tali tratti possono talora essere esasperati e far apparire i pazienti aridi e pedanti: enfatizzano, infatti, la ragione e la logica a spese del sentimento e dell'intuizione, cercano di essere il più possibile oggettivi e di evitare di essere trascinati dall'entusiasmo. Risultano affidabili in quanto appaiono sobri, emotivamente distaccati, decisi nei loro scopi, zelanti. Hanno un elevato senso della giustizia ed esigono che le istituzioni e le persone si comportino in conformità alle loro idee.

Possono essere ostinati e fastidiosi, molto formali nel comportamento, conferiscono grande importanza all'onestà, hanno uno spiccato senso del diritto di proprietà, gestiscono i loro beni con parsimonia e difficilmente dividono con altri ciò che appartiene loro.

Anche i rapporti con i familiari sono freddi, formali, spesso caratterizzati dall'insistenza perché gli altri si sottomettano al loro modo di agire, giungendo talvolta ad esercitare una vera e propria tirannia.

Vale la pena sottolineare che il temperamento ossessivo-compulsivo non costituisce di per sé un disturbo, ma i soggetti con le suddette caratteristiche hanno una maggiore probabilità di sviluppare i sintomi di un vero e proprio DOC.

Idee ossessive e rituali compulsivi

Le idee ossessive si possono riferire ad eventi futuri, come essere ossessionato dall'idea di morire entro una precisa data, o passati, come l'ossessione di essere responsabili di un qualche evento trascorso.

Le più frequenti sono quelle riguardanti lo sporco e la contaminazione con germi, escrementi, radiazioni.

Le idee ossessive dubitative riguardano attività quotidiane, come ad esempio il controllo reiterato della chiusura di serrature, di rubinetti dell'acqua, del gas e di interruttori della luce. Quelle numeriche riguardano calcoli matematici o date; le sessuali riguardano proposte sessuali, impulsi incestuosi, fantasie di stupro, omosessualità; le religiose riguardano paure di commettere peccati e atti sacrileghi; le esistenziali sono relative a dubbi sull'esistenza, sul mondo e sulla vita.

Quando sono presenti idee o immagini relative all'impulso a compiere azioni irrazionali, anche se l'impulso non è agito, il paziente è terrorizzato dal timore di perdere il controllo e di metterlo in atto.

Se i sintomi ossessivi rimangono a livello ideativo, nessuno può venirne a conoscenza a meno che non vengano confessati: in genere, però, vengono a lungo tenuti segreti perché il paziente evita di riferirli.

La situazione è diversa se sono presenti rituali compulsivi, cioè comportamenti finalizzati ed intenzionali che il paziente mette in atto secondo certe regole o in maniera stereotipata.

I rituali più frequenti riguardano la pulizia e sono spesso associati ad idee di

contaminazione. La pulizia può essere personale, come ad esempio lavarsi i denti per ore dopo ogni pasto fino a farsi sanguinare le gengive, oppure lavarsi le mani con prodotti abrasivi e disinfettanti fino a procurarsi lesioni.

Nei rituali possono essere interessate anche attività domestiche quali il bucato, rimettendo ad esempio i panni in lavatrice anche tre/quattro volte di seguito, convinti che non siano sufficientemente puliti.

I rituali di controllo riguardano più frequentemente gesti della vita quotidiana quali controllare ripetutamente la chiusura di porte e di finestre di casa, di interruttori dell'acqua, della luce, del gas.

I rituali di ordine consistono nel ripetere gesti banali come allineare libri, penne, soprammobili, oggetti da scrivania e nel mettere in ordine cassetti, armadi e abiti prima di coricarsi.

I rituali di simmetria hanno un significato analogo a quelli di ordine, ai quali spesso si accompagnano, e presentano gradi variabili di complessità: dal semplice raddrizzare i quadri appesi alle pareti al mettere in atto elaborati rituali motori per rendere simmetrici i propri movimenti, ad esempio nel camminare, nel varcare la soglia di una porta, nel non calpestare i contorni delle piastrelle dei pavimenti.

I rituali numerici possono consistere nel ripetere calcoli matematici, tenere a mente numeri di targa, bocconi di cibo deglutiti, oppure nell'enumerare le attività ritualistiche già descritte, come contare il numero di lavaggi delle mani oppure i numeri di controlli di chiusura del gas, della porta di casa.

Il significato attribuito dai pazienti ai rituali è spesso scaramantico, diretto ad evitare disgrazie o a propiziare eventi futuri.

Forme cliniche

Nei pazienti DOC è frequente la concomitante presenza di idee ossessive e di rituali compulsivi. Le modalità di combinazione sono numerose e, sul piano clinico, si possono distinguere alcuni sottogruppi.

La forma clinica più comune è caratterizzata dalla presenza di idee ricorrenti di contaminazione associate a rituali di pulizia. Il timore dello sporco e dei germi, di sostanze tossiche, veleni, agenti cancerogeni, insetticidi, radiazioni, si accompagna a rituali di pulizia che comprendono una minuziosa e esasperata pulizia della propria persona e attività ripetitive di lavaggio e di disinfezione dell'ambiente.

Seguono, in ordine di frequenza, le forme caratterizzate da ossessioni dubitative. Queste mostrano contenuti di vario tipo: dal timore di non avere eseguito correttamente piccole incombenze quotidiane, fino a preoccupazioni di ordine esistenziale, filosofico, etico, religioso. Mentre nel primo caso sono quasi sempre presenti rituali di controllo, nel secondo le ossessioni si manifestano più spesso isolate. Il dubbio patologico ha spesso un contenuto aggressivo e si accompagna a rituali di controllo. La paura di commettere azioni aggressive include il timore di perdere il controllo, uccidere, ferire, strangolare, mutilare, violentare. Questo tipo di ossessioni conduce in genere all'evitamento di armi, di oggetti e di situazioni potenzialmente pericolose e al compimento di complessi rituali protettivi.

Sindromi meno frequenti sono quelle caratterizzate da ossessioni e rituali numerici, generalmente associati a ripetitività, necessità di ordine e di simmetria.

Più raro è il quadro della lentezza ossessiva primaria, caratterizzato da un rallentamento globale nell'esecuzione delle attività quotidiane, mentre la quota ansiosa riferita dal soggetto è trascurabile. E' frequente infatti che la lentezza sia il risultato della maggior parte dei rituali, ma solo occasionalmente questa diviene il sintomo predominante.

Le *idee ossessive*, secondo il DSM-IV, sono definite dalle seguenti caratteristiche:

- idee o immagini ricorrenti e persistenti, vissute come intrusive o inappropriate e che causano ansia o disagio marcati;
- le idee o le immagini non sono semplicemente preoccupazioni eccessive per i problemi della vita reale;
- la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali idee o immagini o di neutralizzarle con altri pensieri o azioni;
- la persona riconosce che idee o immagini ossessive sono un prodotto della propria mente e non imposte dall'esterno.

I rituali compulsivi sono definiti dalle seguenti caratteristiche:

- i comportamenti ripetitivi (per esempio lavarsi le mani, riordinare, controllare) o le azioni mentali (per esempio pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto devono rispettare regole rigide;
- i comportamenti o le azioni mentali sono volti sia a prevenire sia a ridurre il disagio o a prevenire eventi o situazioni cui non sono collegati in modo realistico.

Come riconoscere il Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Secondo il DSM-IV è possibile fare diagnosi di DOC quando:

- la persona riconosce che le idee ossessive o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli;
- le idee ossessive o compulsioni causano disagio marcato, durano più di un'ora al giorno e interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo, scolastico o con le attività e relazioni sociali usuali.

Decorso ed evoluzione

Il DOC è ritenuto un disturbo a decorso cronico con fluttuazioni dell'intensità dei sintomi. Sono stati proposti due sottotipi di DOC in base al decorso:

- episodico, privo di sintomi per almeno un mese durante un anno di osservazione;
- cronico, continuo, stabile o fluttuante, ma comunque senza remissioni complete.

Il sottotipo episodico è caratterizzato da insorgenza tardiva, dopo i 25 anni di età, prevalenza nel sesso femminile in misura di due a tre, minore frequenza di sintomi compulsivi e depressivi che, quando presenti, non sembrano secondari alla sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Il sottotipo cronico risulta, al contrario, prevalente nel sesso maschile in misura di due a uno, ha un'insorgenza precoce, prima dei 25 anni, presenta più frequentemente compulsioni ed un'elevata incidenza di sintomatologia depressiva concomitante.

A diverse modalità evolutive corrispondono vari gradi di compromissione del funzionamento socio-lavorativo: mentre l'andamento episodico può consentire un funzionamento sociale e lavorativo adeguato, la cronicizzazione può condurre ad un marcata invalidità.

Complicanze

La complicanza più frequente consiste nello sviluppo di una depressione secondaria: in tali casi i sintomi depressivi quali l'insonnia, il rallentamento, la riduzione dell'appetito non sono particolarmente accentuati e la depressione del tono dell'umore risulta in genere conseguente ai disagi e al senso di profonda frustrazione provocati dalla presenza dei sintomi ossessivo-compulsivi.

La frequente compromissione della sfera lavorativa e degli interessi è riconducibile, in questi pazienti, alla gravità del DOC piuttosto che alla componente depressiva.

I pazienti con DOC presentano un rischio di suicidio inferiore rispetto ai pazienti con disturbi primari dell'umore e il rischio di tossicodipendenza, abuso di alcolici o di

benzodiazepine, è significativamente più basso rispetto ad altri disturbi.

Prognosi

In passato la prognosi era sfavorevole in quanto non erano disponibili efficaci rimedi terapeutici. Questo si verifica oggi solo nei casi resistenti alla terapia farmacologica o nei soggetti che rifiutano l'assunzione dei farmaci per timore dei fenomeni collaterali, soprattutto quando viene loro prospettata una terapia a lungo termine.

Quando non è possibile seguire alcuna strategia terapeutica i temi ossessivi si fissano, si ripetono con monotonia e l'esistenza del paziente è dominata dalla sola attività compulsiva. Un elemento prognostico negativo è costituito dall'esordio precoce: quando i sintomi si manifestano in età infantile e adolescenziale la prognosi è sfavorevole.

Terapia

I dati disponibili indicano un miglioramento significativo in una percentuale di casi variabile tra il 35% e il 60%.

Per quanto riguarda la durata del trattamento va considerato che, nella terapia del DOC, i farmaci mostrano un tempo di latenza di 1-3 mesi prima di dare una risposta terapeutica soddisfacente.

Gli antidepressivi che hanno dimostrato efficacia appartengono al gruppo dei triciclici e degli SSRI. Questi ultimi vengono considerati farmaci di prima scelta soprattutto quando è necessario un trattamento ad alti dosaggi per un tempo prolungato. L'associazione delle BDZ è indicata per il trattamento sintomatico iniziale dell'ansia che si accompagna alla sintomatologia ossessiva.

La Fobia sociale (FS)

Diffusione

Tutte le ricerche indicano che la diffusione della FS nella popolazione generale è elevata e determina un forte disadattamento anche nelle forme attenuate.

E' da sottolineare la scarsa frequenza con cui questi pazienti richiedono l'aiuto del medico, di solito dopo molti anni di malattia.

Quadro clinico

Le manifestazioni più importanti del disturbo sono rappresentate dalla eccessiva sensibilità al giudizio degli altri, accompagnate da sintomi ansiosi spiccati in situazioni interpersonali e sociali, incapacità di controllare le proprie reazioni emotive, paura di apparire ridicoli o di comportarsi in maniera inadeguata, goffa, impacciata. I pazienti temono di essere osservati e di divenire oggetto di scherno da parte degli altri.

Le forme nelle quali la paura esagerata e l'evitamento sono legati a contesti specifici, ben definiti e limitati, vanno distinte da quelle nelle quali le situazioni temute sono estese alla maggior parte degli ambiti sociali e interpersonali.

La FS *circoscritta* si limita ad una o due situazioni isolate che in genere riguardano comportamenti eseguiti mentre si è osservati. La forma più frequente è la paura di parlare o di esibirsi davanti a un uditorio o a un gruppo di persone. Si tratta di circostanze in cui la maggior parte delle persone presenta sintomi ansiosi, ma ciò non impedisce loro di agire in modo soddisfacente: l'ansia che precede la prestazione diminuisce appena il soggetto comincia a parlare o ad agire. Nei pazienti con FS le reazioni ansiose sono intense già molto tempo prima dell'inizio della prestazione, non cessano mano a mano che essa procede, spesso la compromettono e si ripetono puntualmente nelle occasioni successive. L'idea di essere giudicati in modo negativo da chi guarda si accompagna a reazioni neurovegetative evidenti quali rossore, tremori, sudorazione, cui spesso si associa il timore di mostrare i segni dell'ansia in pubblico. Altri tipi di FS *circoscritta* riguardano il bere o il mangiare in pubblico, per paura che le mani o la testa tremino visibilmente, che l'ansia sia tale da impedire di deglutire o per il timore di soffocarsi con il cibo; possono anche riguardare lo scrivere in pubblico, per paura che la mano tremi e che la grafia risulti illeggibile, o l'urinare in bagni pubblici, per timore di essere sentiti o visti.

La forma di FS *generalizzata* si differenzia da quella precedente in quanto coinvolge la quasi totalità delle situazioni interpersonali ed è causa di disadattamento più grave rispetto alla FS circoscritta. L'ansia di performance può non essere presente, ma sono costanti difficoltà interpersonale ed inibizione comportamentale. Spesso questi pazienti temono di incontrare persone nuove, risultano particolarmente ansiosi quando si tratta di incontri con persone che hanno "autorità" o con persone del sesso opposto. Per evitare l'esposizione ad esperienze dolorose, o potenzialmente tali, adottano comportamenti di rinvio, di evitamento, di rinuncia e di ritiro.

Vi è anche una forma di FS in cui sono presenti paura ed evitamento di situazioni e di attività connesse ad un unico ambito della vita sociale. L'esempio di riscontro più frequente è quello relativo all'altro sesso. In questi pazienti l'imbarazzo, l'ansia e le condotte di evitamento si manifestano quasi esclusivamente in tutte le occasioni nelle quali viene richiesto di interagire con individui di sesso opposto. In questi casi si associa di solito una compromissione rilevante delle relazioni sentimentali e della vita sessuale. Indipendentemente dalla gravità e dall'estensione dell'evitamento, le difficoltà riscontrate nello stabilire adeguati rapporti interpersonali e sociali sono sempre vissute con sofferenza ed il paziente si lamenta dei problemi che incontra, dell'isolamento e del ritiro in cui è costretto a vivere. Questo si verifica anche nei casi in cui la FS non è percepita dal paziente e dai suoi familiari come una malattia, ma semplicemente come conseguente ad un "carattere particolarmente sensibile".

Il disagio provocato dal disturbo condiziona scelte ed abitudini di vita e interferisce con i livelli di adattamento familiare, sociale e lavorativo.

Quando le condotte di evitamento sono generalizzate, il disturbo diventa invalidante e favorisce lo sviluppo di sentimenti d'inadeguatezza e d'inferiorità.

L'ansia anticipatoria può risultare particolarmente disturbante per intensità e durata. Ad esempio il sapere che, anche a distanza di mesi, il paziente dovrà fronteggiare una situazione temuta può generare una condizione persistente di attesa ansiosa.

Quando il disturbo non è complicato da depressione o da uso di sostanze come benzodiazepine ed alcool non sono presenti turbe del sonno, dell'appetito e della sfera sessuale.

Come riconoscere la Fobia Sociale

Secondo i criteri del DSM-IV, per poter fare diagnosi di FS devono essere presenti il

timore persistente e pronunciato di una o più situazioni sociali o di performance specifiche e una costante e una marcata risposta ansiosa durante l'esposizione a queste ultime, evitate o affrontate con estremo disagio.

Nel DSM-IV viene specificato che, per fare diagnosi di FS, il timore collegato alla paura di "mostrare segni d'ansia" e la reazione ansiosa, in presenza dello stimolo fobico, devono sempre essere presenti. Viene anche sottolineato che il disturbo deve interferire con l'adattamento sociale e lavorativo del paziente.

Timidezza e fobia sociale

Alcuni elementi distinguono la timidezza dalla FS. Quest'ultima è caratterizzata da una maggiore interferenza sull'adattamento sociale ed appare come una condizione più cronica, meno suscettibile di remissioni nel tempo e con maggiori condotte di evitamento. Inoltre vi sono pazienti con FS che non lamentano disagio interpersonale al di fuori delle situazioni specifiche temute. Ad esempio, alcuni pazienti mostrano condotte di tipo fobico-sociale nell'interazione con individui dell'altro sesso, mentre possono essere completamente a loro agio al di fuori di tale contesto.

Quindi la timidezza non è una condizione necessaria per l'insorgenza della FS.

In una proporzione rilevante di pazienti è possibile individuare la presenza di una predisposizione.

Decorso

L'insorgenza avviene in genere nell'infanzia o nell'adolescenza, in un'età compresa tra i 5 e i 20 anni. Alcuni pazienti si descrivono come ansiosi da sempre in situazioni sociali, mentre altri ritengono che i sintomi siano comparsi solo ad un certo punto della loro esistenza. Quando le difficoltà nei rapporti interpersonali sono presenti fin dalla prima infanzia, l'inibizione comportamentale conseguente al disturbo è spesso causa di grave disadattamento, anche per l'impossibilità di acquisire le capacità ed i modelli di comportamento necessari allo sviluppo normale.

La richiesta di intervento specialistico si verifica di solito dopo molti anni di malattia, mediamente 10-15, ed è spesso determinata dall'insorgenza di complicanze come depressione ed alcolismo. L'esordio per lo più è graduale ed i sintomi tendono ad accentuarsi progressivamente con l'aumento delle richieste ambientali.

Terapia della Fobia Sociale

Gli studi sul trattamento della fobia sociale con SSRI hanno evidenziato nel complesso una soddisfacente efficacia di questa classe farmacologica, utilizzando dosi terapeutiche più alte di quelle utilizzate nella depressione. Nel caso di presenza di ansia generalizzata è preferibile inserire anche una BDZ.

La letteratura offre pochi dati riguardo alla durata ottimale del trattamento nella FS. Alcuni studi sull'efficacia degli antidepressivi nella FS concludono che, analogamente a quanto avviene per la depressione, la scelta più prudente sia di sospendere il trattamento dopo 6-12 mesi dalla stabilizzazione del miglioramento.

E' utile associare, alla terapia con i farmaci, una psicoterapia per la quale si rimanda al capitolo specifico.

Le Fobie Semplici

La fobia è una paura intensa, di proporzioni eccessive rispetto allo stimolo che l'ha provocata, non può essere spiegata razionalmente e determina lo sviluppo di comportamenti di evitamento.

Nelle fobie semplici è presente la paura irrazionale di particolari oggetti, animali o situazioni. A differenza dell'agorafobia e della fobia sociale, nelle quali gli stimoli fobici sono in genere numerosi, le fobie sono circoscritte ad un unico oggetto o ad una situazione.

Le fobie semplici più comuni riguardano animali, insetti, sangue, ferite, interventi odontoiatrici o medici in generale, altezza, acqua, temporali, vento, rumori forti, buio, volare e guidare. Sono molto diffuse nella popolazione generale (5-10%), ma solo in una piccola percentuale di casi il disturbo raggiunge livelli di gravità tali da interferire con il funzionamento sociale e lavorativo: per tale motivo i pazienti con fobia semplice richiedono raramente trattamenti psichiatrici.

Quadri clinici

I sintomi principali dei pazienti con fobie semplici sono rappresentati dalla paura e dalle condotte di evitamento. La paura, in genere mista a sentimenti di repulsione e di disgusto, è sempre giudicata dal paziente irrazionale e non commisurata alla natura o alla pericolosità dello stimolo. Le condotte di evitamento possono essere più o meno invalidanti, a seconda della diffusione e delle possibilità di incontro con gli oggetti o con le situazioni temute. Nei casi più gravi anche l'immagine filmata o fotografata degli oggetti o delle situazioni temute evoca una risposta ansiosa, accompagnata da spiccati fenomeni neurovegetativi. Molti pazienti con fobie semplici, quando forzati ad esporsi agli stimoli fobici, presentano crisi d'ansia molto intensa, reazioni violente clamorose, evitamento e fuga.

Vi sono alcune differenze tra questi sintomi e quelli presenti negli attacchi di panico: la sensazione di debolezza, le vertigini, i sentimenti di irrealtà, la paura di morire, di impazzire e di perdere il controllo sono meno frequenti e meno gravi nei pazienti con fobie specifiche. Inoltre l'allontanamento dallo stimolo determina la riduzione dei livelli d'ansia in pochi minuti, mentre l'attacco di panico, una volta iniziato, non può essere controllato dal paziente.

La paura nelle fobie semplici non può essere modificata da rassicurazioni razionali: i

pazienti hanno la consapevolezza che il pericolo è minimo o inesistente, ma ciò non riduce la loro paura. Il solo pensiero di un possibile contatto con la situazione o con l'oggetto della fobia scatena una risposta ansiosa automatica molto intensa.

I sintomi non sono presenti quando i pazienti si sentono al sicuro da possibili contatti con lo stimolo fobico, ma risultano persistentemente ansiosi se la possibilità di affrontare le situazioni o gli oggetti temuti è meno prevedibile, come ad esempio nel caso di temporali, di uccelli, di procedure mediche.

Fobie degli animali

Il paradigma delle fobie semplici è rappresentato dalla fobia degli animali: serpenti, insetti, uccelli, pipistrelli, gatti, cani, topi, rane, vespe, calabroni. In genere oggetto della fobia è un gruppo specifico di animali e solo raramente la paura e l'evitamento sono rivolti verso animali di specie diverse: ad esempio nei pazienti affetti da fobia degli uccelli è estesa a tutti i pennuti e altri animali, come serpenti o ragni, non evocano alcuna risposta ansiosa. Le fobie di animali sono molto più frequenti nelle donne e, di solito, non compromettono l'adattamento sociale, familiare e lavorativo. Queste fobie possono tuttavia essere invalidanti quando sono frequenti le occasioni di contatto con lo stimolo. Non è raro, ad esempio, osservare pazienti con fobia dei pennuti i cui livelli di funzionamento sociale sono disturbati dalla necessità di evitare piazze, strade o luoghi dove abitualmente sono presenti uccelli.

Fobia del proprio sangue, ferite, aghi, procedure mediche

L'esordio di tale fobia si verifica, in genere, nell'infanzia, solitamente entro i sette anni e colpisce prevalentemente il sesso femminile. Nei pazienti con fobia del proprio sangue si ha una tipica risposta in due tempi allo stimolo fobico: dopo un fugace incremento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, compare una marcata reazione neurovegetativa, accompagnata da nausea, sudorazione, pallore, tremore, sensazione di svenimento se la vista del sangue perdura abbastanza a lungo (più di 3-4 minuti).

La fobia del dentista è frequentemente associata alla fobia di sangue-ferita-ago, così come la fobia degli ospedali e di altre pratiche mediche. Nella maggior parte dei casi la paura è riferita al dolore, all'iniezione per l'anestesia o all'uso del trapano.

Fobia di volare

Lo sviluppo dei collegamenti aerei ha portato alla ribalta tale fobia poiché, limitando la

capacità di viaggiare, spesso interferisce con le attività lavorative e di svago.

E' necessario distinguere i soggetti affetti da agorafobia con attacchi di panico da quelli con la fobia del volo: i primi sono preoccupati dall'idea di sentirsi male mentre sono chiusi nell'aereo, i secondi sono invece preoccupati dall'idea di precipitare.

Fobia degli agenti atmosferici

Numerose persone manifestano paura, talora anche intensa, di alcuni fenomeni naturali, come lampi, tuoni, vento, oscurità: in alcuni casi tali timori diventano invalidanti ed i pazienti sono costretti a rimanere chiusi in casa durante i temporali. Nelle stagioni in cui tali eventi sono più frequenti questi soggetti vivono in continuo stato di allerta, prestano estrema attenzione alle previsioni del tempo o, in preda all'ansia, tempestano di chiamate i servizi metereologici per essere rassicurati.

Fobie degli alimenti

Esistono due differenti forme cliniche di fobia per i cibi: nella prima si ha enorme difficoltà o impossibilità a deglutire i cibi solidi, indipendentemente dal loro sapore o odore, mentre nella seconda è presente un'estrema avversione per alcuni cibi con peculiari caratteristiche organolettiche.

In questo tipo di fobia, frequentemente associata al disturbo di panico, spesso i pazienti hanno paura di soffocare mentre deglutiscono.

Fobie degli spazi vuoti

La fobia delle altezze è molto comune in forma lieve e solo raramente può diventare invalidante. L'età d'insorgenza è in genere l'adolescenza ed i pazienti possono temere un'ampia gamma di situazioni che vanno dalla paura di salire su torri e grattacieli, all'attraversare ponti fino a salire pochi gradini. E' interessante osservare come in alcuni casi esista un'altezza critica oltre la quale la fobia scompare. Ad esempio, alcuni fobici delle altezze sono incapaci di salire su una scala a pioli, ma riescono a volare in deltaplano o a praticare il paracadutismo. L'esposizione allo stimolo fobico, oltre ad una marcata reazione, determina vertigini, sensazioni di instabilità e difficoltà nel controllare i propri movimenti.

Decorso

L'età di esordio è distinta per ciascun gruppo di fobie specifiche, nonostante la richiesta

di aiuto sia per tutte più frequente intorno ai 25-30 anni. Differenti epoche nell'infanzia e nell'adolescenza sono più vulnerabili allo sviluppo delle fobie. Ad esempio i bambini molto piccoli sono particolarmente predisposti a temere i forti rumori e gli estranei; in epoca successiva le paure più frequenti sono quelle del buio e delle iniezioni, mentre le fobie degli animali compaiono in genere in epoca prescolare, intorno ai 5 anni.

Altri tipi di fobie, quali la paura dei temporali, dei fulmini, delle altezze e la claustrofobia, spesso esordiscono in età adulta ed hanno decorso cronico.

In circa la metà dei casi è possibile riconoscere la presenza di agenti causali quali traumi correlati all'oggetto fobico o eventi esistenziali stressanti; tuttavia non sempre è possibile identificare fattori precipitanti.

Il decorso delle fobie specifiche è influenzato da diversi fattori e può presentare un'ampia variabilità. Ad esempio la fobia del sangue, delle iniezioni, del buio, dei temporali mostrano un netto declino con l'aumentare dell'età e ciò è indicativo della tendenza, in molti casi, ad una risoluzione spontanea nel tempo. Le fobie degli animali tendono ad assumere invece un decorso cronico e a protrarsi per anni senza remissioni spontanee. È stato osservato tuttavia che questo tipo di evoluzione è più frequente nelle donne che negli uomini.

Si può comunque affermare che quando una fobia specifica persiste dopo i 20 anni, se non trattata, generalmente si protrae per tutta la vita.

Nella maggior parte dei casi i pazienti riescono a convivere con il loro disturbo mantenendo adeguati livelli di funzionamento sociale; rare sono le complicanze come abuso di sostanze o depressione secondaria.

Terapia della Fobia Semplice

Le indicazioni terapeutiche farmacologiche e psicologiche sono sovrapponibili a quelle della Fobia Sociale per cui si rimanda al capitolo precedente.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS)

Il DPTS insorge in seguito all'esposizione ad eventi stressanti di estrema gravità oggettiva, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui. È caratterizzato da sintomi tipici quali intensa angoscia e paura, evitamento dei ricordi associati al trauma, incubi e sogni angosciosi, continuo stato di allerta, compromissione della funzionalità psicosociale e lavorativa del soggetto.

Ne sono descritti tre tipi che si differenziano per modalità d'insorgenza e durata:

- il primo può insorgere immediatamente dopo il trauma ed è quindi preceduto da un Disturbo Acuto da Stress (DAS). I sintomi del DAS durano al massimo un mese, mentre questo primo tipo di DPTS dura da uno a tre mesi;
- il secondo ha sintomi che durano più tre mesi;
- il terzo tipo ha insorgenza tardiva, mesi o anni dopo il trauma.

Gli eventi o le situazioni traumatiche possono riguardare un gruppo o una comunità come ad esempio catastrofi e disastri naturali, disastri aerei o navali, persecuzioni di massa, prigionia in campi di concentramento, attentati.

Possono anche riguardare il singolo individuo o unità familiari come nel caso di stupri, rapine, omicidi, violenza fisica, sequestri di persona, gravi incidenti automobilistici, malattie a grave rischio di vita.

Diffusione

La prevalenza varia in modo considerevole secondo le popolazioni considerate. Nella popolazione generale è dello 0,5-1%, con una prevalenza fino al 10% in popolazioni urbane statunitensi, per la maggior parte conseguente a fatti criminali o a incidenti. Gli studi sull'argomento hanno evidenziato che le donne sono più esposte rispetto agli uomini e che i traumi più comuni sono: assistere all'uccisione o al grave ferimento di qualcuno, subire stupro o violenze sessuali, essere coinvolti in un disastro naturale o civile.

Tra gli uomini sono riportati anche traumi di guerra, prigionia, rapimento.

E' stato evidenziato che, per i pazienti con cancro, la diagnosi di una recidiva con metastasi può dar luogo ad un DPTS.

Ambiti di stress bellico o militari. Una sindrome da campo di concentramento con

sintomi analoghi al DPTS è stata rilevata nell'85% dei sopravvissuti. Colloqui strutturati con sopravvissuti ai campi di concentramento nazisti hanno evidenziato, dopo la liberazione, il 67% di disturbi compatibili con la diagnosi di DPTS. Negli stessi soggetti, quarant'anni dopo la liberazione, la sindrome era presente nell'8% dei casi con sintomi completi e nel 24% con sintomi parziali. Percentuali analoghe sono state documentate in reduci di altre campagne militari.

Ambito civile. Eventi in ambito civile possono essere individuali o di comunità. Disastri naturali che interessano comunità sembrano produrre effetti meno devastanti rispetto a traumi che colpiscono l'individuo. È importante rilevare che è stata segnalata una precisa relazione tra "dose di esposizione" al disastro, misurabile in termini di minaccia per la propria vita, e sintomi di DPTS.

Fattori di rischio

I fattori di rischio per lo sviluppo di un DPTS sono la gravità oggettiva dell'evento stressante e il possibile ruolo di fattori individuali predisponenti.

Gravità oggettiva dell'evento. Molti studi concordano nel ritenere che la gravità oggettiva dell'evento sia il fattore più importante. In particolare l'aspetto di maggior rilievo è il grado di esposizione diretta dell'individuo. In una stessa circostanza, come ad esempio un attentato terroristico o un terremoto, il fattore chiave non è la sola esposizione all'evento, ma il grado e la durata del coinvolgimento diretto e la vicinanza al centro fisico dell'evento traumatizzante: maggiore il coinvolgimento, maggiore il rischio di DPTS. Questo aspetto suggerisce che nella genesi del disturbo l'elemento di minaccia all'incolumità abbia un impatto diretto. Uno studio nella North Carolina ha rilevato che donne vittime di stupro con lesioni fisiche hanno un rischio di sviluppare DPTS 22 volte maggiore di donne stuprate senza lesioni fisiche. Un altro studio effettuato dopo l'eruzione del vulcano Sant'Elena ha evidenziato che il rischio di sviluppare il disturbo cresceva proporzionalmente con la vicinanza geografica degli abitanti all'area iniziale di eruzione.

La minaccia all'incolumità fisica ha dunque un maggior peso rispetto ad eventuali fattori predisponenti di personalità o ad altri legati all'individuo.

Fattori predisponenti individuali

E' controverso il ruolo svolto dalle caratteristiche individuali. Secondo l'opinione di alcuni Autori disturbi psichiatrici preesistenti o una storia di disturbi psichiatrici in famiglia aumentano il rischio, secondo altri invece essi non avrebbero influenza di rilievo.

Studi in soggetti reduci da traumi di guerra in zone di combattimento suggeriscono che per questo tipo di traumi la gravità dell'evento subito conti più dell'elemento soggettivo.

In altri eventi quali stupri, rapine, violenze e sequestri la presenza di disturbi preesistenti può agire quale fattore moderatamente predisponente o almeno complicare il decorso, sebbene l'impatto emozionale dovuto al trauma e il grado di minaccia per la vita percepito dal soggetto abbiano sempre un peso maggiore rispetto alle variabili individuali.

Gli studi che hanno valutato l'impatto di eventi estremi quali massacri, pulizia etnica, campi di prigionia e tortura non hanno generalmente segnalato una particolare importanza delle caratteristiche di personalità quali fattori di rischio.

Fattori che riducono il rischio di sviluppare un DPTS sono: possibilità di fuga e di risposta attiva, riduzione del tempo di esposizione al trauma grazie ad un intervento esterno, possibilità di avere un supporto sociale immediato.

Sintomatologia

Il quadro clinico, secondo la definizione del DSM-IV, è dominato da tre gruppi principali di sintomi:

- la ri-esperienza dell'evento traumatico;
- l'evitamento di stimoli o cose che lo ricordano ed uno stato d'intorpidimento emozionale;
- uno stato d'iperattivazione persistente.

Il primo gruppo di sintomi, la ri-esperienza post traumatica del trauma, è caratterizzato dalla sofferenza data dal rivivere l'avvenimento attraverso immagini, pensieri, percezioni e incubi notturni relativi all'evento stesso. Ad esempio un soggetto che ha subito un grave incidente d'auto nel quale è morta la persona accanto, ritorna col pensiero alla scena e ha incubi e sogni notturni in cui rivede tali immagini.

Un altro sintomo è l'agire o il sentire come se l'evento stesse per ripetersi: un soggetto

sopravvissuto ad un bombardamento in cui il suo paese è andato distrutto può fermarsi e scambiare un rumore lontano per quello di aerei in avvicinamento, oppure sentire come attuali gli scoppi delle bombe e le grida delle persone.

È presente un intenso malessere psicologico a stimoli che ricordano o simbolizzano il trauma, come l'anniversario o una cerimonia che ricordi l'evento, scene di guerra in un filmato, processi e atti legali per un familiare di una persona assassinata.

Del secondo gruppo di sintomi, l'evitamento consiste nell'evitare tutti quegli stimoli che ricordano la situazione traumatica. Il soggetto può evitare di incontrare altri sopravvissuti e di tornare sui luoghi dell'evento. In caso di violenza avvenuta entro le pareti domestiche, il soggetto può preferire cambiare abitazione ed evitare il quartiere.

L'intorpidimento emozionale si manifesta con diminuzione dell'interesse per il mondo e per le proprie attività, senso di distacco ed estraniamento dagli altri, incapacità a provare coinvolgimenti intimi d'amore o affetto come prima. Può anche essere presente il senso di scomparsa del proprio futuro, come se il soggetto fosse incapace di vedere la possibilità di avere una lunga vita, un matrimonio, una carriera di lavoro, dei figli.

Il terzo gruppo dei sintomi, *l'iperattivazione*, è costituito da un costante stato di allerta, ipervigilanza, reazioni di trasalimento verso stimoli ambientali improvvisi, ma innocui. Strettamente correlata è un'esagerata reattività neurovegetativa. Spesso sono presenti difficoltà ad addormentarsi, a concentrarsi e scoppi di rabbia immotivata. Sul piano clinico sono frequenti anche sintomi quali cefalee, vertigini e altri disturbi somatici minori.

Forme cliniche

I sintomi possono insorgere immediatamente dopo il trauma o dopo mesi (tipo ritardato). Il quadro dei sintomi può inoltre essere acuto, se la durata dei sintomi è minore di 3 mesi, o cronico se la durata è maggiore.

Decorso, complicanze e comorbilità

L'osservazione clinica ha mostrato che i sintomi in alcuni casi diminuiscono nel tempo, mentre in altri risultano stabili e possono anche peggiorare in mancanza di trattamento. Solo in tempi recenti si è cominciato a differenziare l'evoluzione dei DPTS secondo il tipo di trauma. In linea di massima, nel caso di disturbi insorti in seguito a disastri di comunità come disastri naturali, incidenti a centrali nucleari, eventi collettivi violenti (rapine, terrorismo) i sintomi tendono ad attenuarsi nel tempo, anche se non ad

annullarsi del tutto.

In DPTS conseguenti a gravi violenze individuali, quali ad esempio stupri o rapine con violenza fisica, alcuni sintomi tendono a ridursi, ma con più difficoltà; l'evitamento e le difficoltà di relazione nella vita affettiva e interpersonale possono persistere a distanza di anni.

Altro fattore probabilmente molto importante è la *fase del ciclo di vita* in cui il soggetto viene colpito. Alcuni studi hanno suggerito che i bambini, sebbene gravemente colpiti al momento dell'impatto di un evento catastrofico, sono quelli che a lunga scadenza hanno la prognosi migliore. E' intuibile che questo sia legato alla vicinanza protettiva dei genitori che fanno da "scudo" verso i sentimenti-chiave che scatenano tipicamente il DPTS. Viceversa una donna adolescente senza o con poca esperienza sessuale, dopo uno stupro, specie se con grave violenza fisica, molto probabilmente avrà conseguenze affettive e un ricordo indelebile per larga parte della vita, sebbene possa mostrare un lento e progressivo miglioramento.

Prognosi

Il DPTS con sintomatologia completa può persistere per varie decadi o per tutta la vita. La prognosi varia a seconda delle caratteristiche e dell'impatto dell'evento, del vissuto del soggetto, della fase del ciclo di vita in cui è colpito, del tempo d'insorgenza dei sintomi e dell'instaurarsi di un trattamento. La remissione spontanea dei sintomi è possibile solo nei casi di eventi "meno estremi".

La prognosi è migliore quando i sintomi insorgono subito dopo il trauma; è invece decisamente sfavorevole nei casi ad insorgenza ritardata.

Terapia

La terapia si basa su tre linee principali: terapia farmacologica, trattamenti psicoterapici, interventi preventivi e di comunità. In molti casi è decisivo integrare tali trattamenti in un unico progetto terapeutico, poiché difficilmente uno solo di essi assicura risultati sufficienti nel lungo termine.

Terapia farmacologica

La terapia farmacologica rappresenta, nella maggior parte dei casi, una componente importante del trattamento.

In passato sono stati utilizzati antidepressivi triciclici, ma i risultati migliori si hanno con gli SSRI che riducono l'evitamento, l'intorpidimento emozionale e l'iperattivazione. Va segnalato che sono frequenti casi di miglioramento parziale piuttosto che di scomparsa e remissione totale dei sintomi. Sono richieste almeno 8-12 settimane prima di registrare i primi miglioramenti.

Gli ansiolitici migliorano soprattutto i sintomi d'iperattivazione e il sonno, mentre non agiscono sull'evitamento.

Interventi psicoterapeutici

I trattamenti psicoterapeutici, al di là della tecnica impiegata, hanno due scopi fondamentali: permettere l'espressione delle emozioni collegate al trauma e ripristinare il contatto con il mondo esterno e la fiducia in se stessi. Tali scopi possono essere raggiunti attraverso tecniche terapeutiche diverse. A seconda del tipo di trauma, delle sue conseguenze, della fase del ciclo di vita, lo psicoterapeuta e il setting hanno il compito di "aggiustarsi" sul livello di comunicazione tollerabile per il paziente e consentire, attraverso passi successivi, tale lavoro.

Gli interventi di psicoterapia ad *orientamento psicodinamico* offrono la possibilità di comprendere i molteplici e complessi aspetti del vissuto dei pazienti.

Le *terapie cognitivo-comportamentali* si basano sulla teoria dell'apprendimento e sulla possibilità che, in opportune condizioni protette, attraverso passi successivi, sia raggiungibile un nuovo apprendimento, con superamento almeno parziale delle memorie relative all'evento traumatico.

Le tecniche di *psicoterapia di gruppo* sono tra le più usate negli Stati Uniti, in particolare nel trattamento dei reduci di guerra, e hanno risultati validi.

Disturbo Acuto da Stress (DAS)

Il Disturbo Acuto da Stress può essere visto come una categoria preliminare del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), sua potenziale anticamera e il tipo di situazioni traumatiche che possono determinarne l'insorgenza è lo stesso.

I disturbi principali sono sintomi della serie ansiosa e sintomi di tipo dissociativo che compaiono entro un mese dall'esposizione ad un evento stressante.

La durata del DAS va da due giorni a quattro settimane. Se persiste oltre, si entra nel DPTS.

Il rischio di DAS è più elevato a seconda della gravità oggettiva dell'evento, della sua durata, del grado di predisposizione e coinvolgimento del soggetto.

Maggiore è la vicinanza fisica o il coinvolgimento diretto del soggetto rispetto alla sorgente del trauma, maggiore è la probabilità di DAS.

Quadro clinico

Il quadro clinico del DAS esordisce durante o immediatamente dopo l'esposizione all'evento traumatico e sintomi descritti dal DSM-IV sono: senso soggettivo di torpore (numbing), distacco, assenza di reattività emozionale, derealizzazione, depersonalizzazione, riduzione della consapevolezza dell'ambiente e amnesia dissociativa.

Il decorso naturale può andare verso la remissione spontanea o verso un disturbo post-traumatico.

Diagnosi differenziale

E' importante sottolineare che se sono presenti sintomi di tipo psicotico, il quadro non rientra più nel DAS, ma in un Disturbo Psicotico Breve.

Eventuali peggioramenti di disturbi preesistenti all'evento traumatico non rientrano nel DAS. Ad esempio, l'aggravamento di un quadro di un Disturbo di Ansia Generalizzato, di un Disturbo da Attacchi di Panico o di un episodio depressivo non hanno rapporti con il DAS.

La diagnosi di DAS va effettuata solo dove siano presenti sintomi specifici e non un generico stato di angoscia.

Terapia

La maggior parte dell'esperienza specifica di trattamento riguarda soprattutto il DPTS nella sua forma cronica, mentre la terapia del DAS non ha una letteratura a sé stante di rilievo e può essere desunta dal trattamento della fase acuta del DPTS. Sebbene l'esperienza al riguardo stia solo adesso specificamente maturando, è opinione di alcuni autori che un trattamento precoce di sintomi in soggetti esposti ad un trauma possa prevenire o almeno ridurre il rischio di evoluzione verso forme croniche di DPTS. L'esperienza riguarda prevalentemente interventi con farmaci oltre che strategie per il supporto dal punto di vista emozionale e psicologico dei soggetti colpiti.

In linea di massima il trattamento del DAS può essere articolato su diversi livelli.

- Valutazione della necessità di *interventi a livello somatico* per lesioni o ferite, trattamento medico dello stato di shock post-traumatico, controllo per la prevenzione di eventuali complicanze mediche. Nei soggetti sopravvissuti a catastrofi sono documentate a brevissimo o breve termine, ad esempio, ulcere da stress a carico del sistema gastrointestinale, stati ipertensivi, aritmie cardiache potenzialmente letali. Questo può rendere necessaria l'osservazione con un ricovero in ambiente medico o chirurgico ospedaliero.

- *Trattamento di sintomi del quadro psicopatologico acuto*, quali il controllo dello stato acuto d'ansia e agitazione, di possibili disturbi del sonno e dei sintomi dissociativi. Possono essere impiegati a questo riguardo ansiolitici, antidepressivi SSRI e neurolettici a basse dosi. E' fondamentale tutelare il sonno. Nei soggetti non curati è frequente l'abuso di sostanze alcoliche: il trattamento con antidepressivi e stabilizzanti dell'umore è uno dei principali interventi per prevenire questa seria complicanza.

- Riconoscimento di *rischio di comorbilità* e di *evoluzione in altri disturbi*, con il possibile esordio di sintomi depressivi o il successivo sviluppo di depressione maggiore. Occorre differenziare la normale reazione del soggetto all'evento dall'esordio di un vero e proprio disturbo depressivo. E' evidente che una reazione conseguente ad eventi traumatici, quali uno stupro o una catastrofe con morte di persone care, ha bisogno di tempi di elaborazione soggettivi che è insensato tentare di accelerare o di comprimere. Un trattamento farmacologico antidepressivo troppo tempestivo può essere inadeguato e compromettere la normale elaborazione della perdita.

- Un trattamento *psicoterapeutico di supporto* (non in forma necessariamente strutturata) è necessario nella maggior parte dei casi. E' fondamentale che il trattamento

rispetti i tempi emozionali di elaborazione del paziente. Nonostante il ripristino di una condizione di sicurezza affettiva appaia l'obiettivo più desiderabile, ciò può essere molto arduo. Il supporto di familiari, amici e persone vicine al paziente è molto utile, sebbene essi stessi possano per primi avere bisogno di sostegno e di informazioni su come interagire con il paziente.

Il Disturbo di Somatizzazione

Il Disturbo di Somatizzazione è una sindrome cronica costituita da sintomi somatici che non hanno cause di tipo organico, sono associati ad un disagio psicologico e sociale e sono comunque tali da indurre il paziente a consultare medici e ad assumere farmaci.

Quadro clinico

I pazienti con Disturbo di Somatizzazione presentano tipi diversi di disturbi somatici e storie cliniche lunghe e complicate. I sintomi più comuni sono gastro-intestinali, specie nausea e vomito, difficoltà a deglutire, dolori agli arti, dispnea indipendente da sforzo, amnesie, disturbi mestruali. E' comune la convinzione di essere stati malati per la maggior parte della propria vita.

Quando raccontano la loro storia clinica sono di solito vaghi, imprecisi e tendono a descrivere i loro disturbi in modo drammatizzato, amplificato, con un linguaggio vivido e colorato. Facilmente confondono le sequenze temporali e non riescono a distinguere chiaramente i sintomi in atto da quelli del passato.

La manifestazione essenziale del disturbo è costituita dalla lamentela per la presenza, da molti anni, di disturbi somatici di vario tipo.

Secondo il DSM-IV per fare diagnosi di Disturbo di Somatizzazione è necessaria la presenza di almeno otto tipi di sintomi: quattro appartenenti al gruppo dei sintomi dolorosi, due al gruppo dei sintomi gastro-intestinali, uno al gruppo dei sintomi sessuali e uno al gruppo dei sintomi pseudo-neurologici.

Tali sintomi non devono inoltre essere collegati alla presenza di patologia organica e nemmeno manifestarsi solamente nel corso di attacchi di panico. Le persone con questo disturbo di solito sono state già in cura da molti medici, talora contemporaneamente. Ansia e umore depresso sono comuni e spesso l'aiuto psichiatrico viene cercato a causa di tali sintomi e non perché venga riconosciuta una base psichica ai sintomi di somatizzazione.

Sono quasi sempre presenti difficoltà lavorative, interpersonali e coniugali.

La lamentela più frequente è quella di "stare male", di avere dolori e sintomi riguardanti gli apparati neurologico, gastro-intestinale, cardiaco.

Per quanto riguarda il decorso, il disturbo esordisce il più delle volte tra i 10 e i 20 anni e comunque prima dei 30. Nelle donne possono essere i problemi mestruali a segnare

l'esordio. Il disturbo è cronico, anche se presenta fluttuazioni del numero e della gravità dei sintomi: è comunque difficile che trascorra un anno senza che il paziente ricerchi aiuto medico o effettui esami diagnostici. I sintomi possono essere molto gravi e persistenti, tali da risultare invalidanti per l'attività lavorativa e le relazioni interpersonali.

Il mancato riconoscimento delle cause psicogene può sfociare in interventi chirurgici inutili, nella prescrizione di un eccesso di farmaci che possono a loro volta causare effetti indesiderati o complicanze.

A causa della frequente presenza di umore e pensieri depressivi si possono manifestare minacce o tentativi di suicidio, di solito messi in atto tramite abuso di sostanze.

Il decorso del disturbo è abitualmente fluttuante.

Diagnosi differenziale

Le maggiori difficoltà di diagnosi differenziale sono presenti nei confronti dei *disturbi che si manifestano con alterazioni non specifiche*, come ad esempio nel caso della Sclerosi Multipla o delle infezioni sistemiche croniche.

Nei pazienti molto anziani si deve presumere, per i loro disturbi somatici, la presenza di una causa organica fino a quando i necessari accertamenti non la escludano.

Anche i pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzato lamentano sovente sintomi somatici, ma nel GAD il quadro clinico è dominato dalle manifestazioni ansiose.

Sintomi somatici sono riscontrabili anche nel corso dei disturbi depressivi: tendono comunque ad avere decorso episodico e non si cronicizzano.

L'Ipocondria si distingue per il fatto che sono presenti la convinzione e la paura di avere una malattia, oltre che la preoccupazione per la propria salute fisica; inoltre esordisce solitamente dopo i 30 anni.

Anche nel Disturbo da Attacchi di Panico sono presenti sintomi fisici, ma solo durante gli attacchi di panico.

Prognosi

Il trattamento è difficile e la prognosi deve considerarsi non buona. Si tratta di una condizione cronica con decorso fluttuante e raramente i pazienti non accusano alcun sintomo. Non risulta, comunque, un tasso di mortalità significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale.

La remissione spontanea è rara e facilmente si sviluppa una modalità cronica di ricerca di attenzione medica che spesso interferisce con altri aspetti della vita.

E' tipico di questi pazienti considerare se stessi più malati di chi soffre di vere e proprie malattie croniche.

Terapia

Nel trattamento del Disturbo di Somatizzazione andrebbero evitate il più possibile le prescrizioni di psicofarmaci e di analgesici, anche se ansiolitici e antidepressivi sono necessari in presenza di ansia e depressione. In ogni caso le somministrazioni di farmaci devono essere attentamente monitorate, perché i pazienti tendono ad usarli in modo irregolare ed inaffidabile.

In sintesi il trattamento dovrebbe consistere *nell'assistenza continuativa (medica e psicologica) da parte di un singolo medico* che, limitando al minimo indispensabile l'assenso alle richieste di accertamenti, riuscisse a ridurre l'utilizzo dei servizi medici, aiutandolo a migliorare la qualità di vita.

Un supporto psicoterapeutico è da ritenere utile: è stato dimostrato che può riuscire a ridurre le spese per la salute di questi pazienti anche del 50%, soprattutto per il decremento delle spese di ospedalizzazione. Attraverso la psicoterapia possono, inoltre, essere aiutati a "gestire" i sintomi e talora ad eliminarli. I pazienti, però, spesso non riescono ad accettare la relazione tra i loro sintomi e i loro problemi psicologici per cui trattamenti psicologici, sia individuali che di gruppo, finiscono facilmente per avere anch'essi efficacia limitata.

Il più delle volte è il medico generico ad avere le maggiori possibilità di agganciare il paziente in una relazione terapeutica: egli dovrà mostrare sensibilità nei confronti dei bisogni e dei problemi psicologici e sociali del paziente ed essere in grado di tollerare le croniche lamentele di "incurabilità".

Un'abile gestione del caso è in grado di prevenire la moltiplicazione delle consultazioni mediche, i trattamenti somatici non necessari, i relativi costi e le complicanze iatrogene. Quando il medico individua nel paziente una capacità introspettiva o la motivazione al cambiamento, è senz'altro indicato l'invio allo specialista psichiatra-psicoterapeuta.

Occasionalmente, in presenza di sintomatologia ansiosa e/o depressiva, possono essere efficaci trattamenti a breve termine con ansiolitici e/o antidepressivi. Tra questi la sulpiride e la levo-sulpiride, a basso dosaggio, hanno mostrato una buona efficacia.

Con le tecniche di rilassamento si ottengono risultati soddisfacenti in alcuni pazienti particolarmente collaborativi.

Disturbi d'Ansia nell'età evolutiva

Stati di timore o di apprensione fanno parte del normale sviluppo emotivo del bambino e la loro presenza non è necessariamente segno di patologia. Occorre quindi distinguere quando l'apprensione è normale reazione al processo di adattamento e quando invece può essere segnale di malessere più profondo.

Un'ulteriore distinzione va fatta tra i concetti di paura e di ansia.

Il criterio che aiuta a discriminare tra queste due esperienze è quello dell'obiettività o meno di uno stimolo pericoloso. Se vi è presenza reale di un pericolo, si parla di paura, se invece lo stato emotivo nasce indipendentemente dal fatto che vi sia un elemento obiettivamente pericoloso, si parla di ansia.

Tenendo presente che nei bambini può essere difficile distinguere tra ciò che è reale e ciò che è immaginario, un buon criterio per differenziare le normali paure da uno stato d'ansia patologico è fornito dall'impatto che tale stato d'animo ha sul comportamento abituale del bambino.

Una classificazione dei problemi d'ansia in età evolutiva, può articolarsi come segue:

1. Sindrome ansiosa da separazione

Il bambino con tale disturbo tende ad avere una reazione emotiva inadeguata al suo livello di sviluppo quando si deve separare dalle figure per le quali prova attaccamento.

L'ansia patologica è caratterizzata dalla presenza di:

- preoccupazione non realistica per incidenti che potrebbero capitare alle persone cui il bambino è legato in maniera particolare o per paura che esse vadano via e non ritornino;
- preoccupazione non realistica che qualche evento sfavorevole (smarrimento, rapimento, ricovero in ospedale, uccisione o morte naturale) possa separare il bambino dalle persone amate;
- persistente riluttanza o rifiuto di andare a scuola per evitare distacco e separazione dalle figure di attaccamento;
- persistente riluttanza o rifiuto di andare a letto e di dormire senza la presenza di un genitore nella stanza;
- persistente ed inappropriata paura di stare solo o comunque senza la figura cui il bambino è particolarmente legato, anche per breve tempo;
- incubi ripetuti relativi alla separazione dai genitori;

- comparsa ripetuta di sintomi somatici (mal di testa, nausea, vomito, mal di stomaco) nelle occasioni in cui si verifica la separazione da una delle figure di attaccamento, per esempio al momento di recarsi a scuola;
- sofferenza eccessiva, ricorrente (che può manifestarsi con ansia, pianto, collera, tristezza, apatia o ritiro sociale) prima, durante o immediatamente dopo la separazione da una delle persone di riferimento.

2. Sindrome da Ansia Sociale

E' un disturbo caratterizzato da eccessiva timidezza nei confronti delle persone poco familiari. La timidezza diventa talmente intensa da rendere impossibili i normali rapporti interpersonali e i contatti con persone con cui il bambino non sia in confidenza. Al di fuori della famiglia appare socialmente isolato, appartato, timoroso di dire o di fare cose che possano risultare imbarazzanti o umilianti.

Il bambino con questa sindrome mostra:

- ricorrente e persistente paura e/o evitamento degli estranei.
- paura e/o evitamento possono verificarsi nei confronti di adulti o coetanei, oppure con entrambi.
- la paura è associata ad un anomalo attaccamento ai genitori o alle altre persone della famiglia.
- l'evitamento o la paura degli incontri sociali è associato a significativi problemi del funzionamento sociale.

3. Sindrome ansiosa generalizzata

E' caratterizzata dalla presenza di eccessiva ansia e di preoccupazione immotivata e irrealistica. Diversamente da quanto accade nell'ansia sociale, tale stato emotivo non è collegabile a particolari stimoli ambientali. Alcune situazioni possono accentuare l'ansia, comunque presente anche in assenza di tali avvenimenti. Il bambino presenta spesso concomitanti manifestazioni somatiche (malesseri di vario tipo), tensione e preoccupazione eccessive riguardo al proprio comportamento e richiede continue rassicurazioni. La preoccupazione può riguardare eventi futuri (verifica scolastica o visita medica) o eventi passati (interrogazione, interazione con amici) rispetto ai quali mette in dubbio l'adeguatezza del comportamento tenuto.

Non è raro che il bambino ansioso possa avere tendenze perfezionistiche che lo portano

ad impiegare tempi eccessivi per il completamento di un compito o ad evitare impegni per paura di sbagliare.

Per fare diagnosi di ansia generalizzata è necessario che i sintomi siano presenti nella maggior parte dei giorni per almeno due settimane di seguito.

Tali sintomi devono comprendere in genere elementi di:

- apprensione: preoccupazione di future disgrazie, sensazione di continuo pericolo;
- tensione motoria: irrequietezza, cefalea, tremore, incapacità di rilassarsi;
- iperattività vegetativa: sensazione di testa vuota, sudorazione, tachicardia, malessere epigastrico, capogiri, bocca secca.

4. Sindrome Fobica

E' caratterizzata da un'eccessiva e persistente paura nei confronti di particolari oggetti, animali o situazioni, tale da interferire con il normale funzionamento sociale e con la vita dei familiari. La fobia dei cani potrebbe, per esempio, costringere un bambino a fare un tragitto più lungo per andare a scuola pur di non passare davanti ad una villetta nel cui cortile vi è un cane che abbaia ai passanti.

Altro esempio è quello della fobia delle gallerie che costringe i genitori a rinunciare a tragitti in cui esse sono presenti.

5. Sindrome Ossessivo-Compulsiva

La caratteristica essenziale di questo disturbo è costituita dalla presenza di ricorrenti ossessioni e compulsioni tale da interferire con la normale routine di vita del bambino.

Per ossessioni s'intendono pensieri, immagini mentali o impulsi presenti per la maggior parte del giorno, persistenti per lunghi periodi e che spesso si manifestano con contenuti sgradevoli di tipo violento, sessuale o blasfemo. Sono abbastanza comuni pensieri riferiti a paure irrazionali (ad esempio aver contratto una certa malattia) o a sensi di colpa (ad esempio la possibilità di far male al fratellino).

Le compulsioni sono, invece, comportamenti che spesso accompagnano le ossessioni e che hanno lo scopo di prevenire il verificarsi di eventi temuti o di ridurre la tensione interiore. Esempi di compulsione sono lavarsi in continuazione le mani, i denti o il corpo, controllare ripetutamente oggetti dell'ambiente (chiusura rubinetti o porte), ripetere alcuni comportamenti rituali (contare o toccare oggetti).

Scopo di tali comportamenti è cancellare i pensieri ossessivi e l'ansia che ad essi è

collegata. Molti bambini manifestano di tanto in tanto qualcuno di questi comportamenti, ma quelli con disturbo ossessivo compulsivo si distinguono per la frequenza di rituali o di pensieri che possono essere tali da coinvolgere ogni aspetto della loro vita. La precisione ossessiva può, ad esempio, essere causa di esasperata lentezza anche nello svolgimento di semplici attività e influenzare il rendimento scolastico del bambino.

La diagnosi di sindrome ossessivo-compulsiva può essere fatta quando i sintomi ossessivi o gli atti compulsivi sono presenti da almeno due settimane di seguito e sono fonte di sofferenza e d'interferenza con le normali attività del bambino.

Per fare diagnosi, i sintomi ossessivi devono avere le seguenti caratteristiche:

- devono essere riconosciuti come pensieri o impulsi propri;
- ci deve essere almeno un pensiero o un atto al quale il bambino resiste senza successo;
- il pensiero o l'atto non deve essere in se stesso piacevole;
- i pensieri, le immagini o gli impulsi devono essere sgradevolmente ripetitivi.

6. Sindrome da Stress post-traumatico

Questo disturbo si riferisce a quell'insieme di sintomi che appaiono come risposta ad una situazione stressante o ad eventi particolarmente traumatici (incidenti, calamità naturali, atti di violenza). Di solito è presente uno stato di ipereccitazione neurovegetativa, uno stato continuo di allarme e difficoltà a dormire.

La tonalità emotiva oscilla tra ansia e depressione.

Tipico di questa sindrome è il riemergere di ricordi angoscianti riferiti all'esperienza traumatica, accompagnato da ottundimento emozionale e da diminuita reattività agli stimoli circostanti. Nel bambino più piccolo si possono notare giochi ripetitivi nei quali vengono rappresentate tematiche riferite all'esperienza traumatica.

Questa sindrome, per essere diagnosticata, deve presentarsi entro sei mesi da un evento traumatico grave.

7. Disturbo da Attacchi di Panico

È caratterizzato dall'insorgere improvviso di uno stato d'intensa paura o di terrore, spesso associato ad un senso di pericolo imminente o di minaccia.

La manifestazione clinica non differisce sostanzialmente da quella riscontrabile nell'adulto. Nonostante i sintomi fisici siano più frequenti di quelli cognitivi, anche i

bambini hanno paura di morire, di perdere il controllo e d'impazzire.

L'attacco di panico si manifesta in modo improvviso, con un crescendo di sintomi fisici e cognitivi che raggiungono l'apice nell'arco di pochi minuti. Ha, in genere, una breve durata (5-15 minuti), con sintomatologia successiva caratterizzata da astenia, capogiri e sensazione di testa confusa. La frequenza degli attacchi varia da soggetto a soggetto: può essere un fenomeno sporadico oppure ripetersi più volte al giorno.

L'attacco viene vissuto con un'intensa sensazione di angoscia che il bambino fa fatica ad esprimere verbalmente e la comunicazione non verbale si manifesta con il pianto e la ricerca angosciata di uno dei genitori.

Il ripetersi degli attacchi conduce spesso allo sviluppo dell'ansia anticipatoria, intesa come "paura di avere un altro attacco". E' caratterizzata dalla presenza di apprensione, tensione psichica e sintomi fisici di attivazione neurovegetativa. Talora un singolo attacco di panico è in grado di innescare e sostenere un'intensa ansia anticipatoria di lunga durata.

Lo sviluppo di comportamenti d'evitamento conseguenti alla ricorrenza degli attacchi è presente anche nel bambino e risulta spesso essere l'unico elemento "visibile" del disturbo da panico. Tali comportamenti sono rivolti a situazioni o luoghi in cui il bambino teme di avere un attacco di panico, di non trovare aiuto o di non poter scappare. Più spesso si sviluppano nei confronti della scuola o luoghi al di fuori dell'ambiente domestico e si manifestano con la necessità della presenza di una baby-sitter o di un genitore. Un'evoluzione frequente della malattia è costituita dallo sviluppo di un vero e proprio quadro di fobia scolare, con drammatiche conseguenze sullo sviluppo relazionale, cognitivo ed affettivo del bambino.

Terapia

Il trattamento dei disturbi d'ansia può essere farmacologico, psicoterapico e, nei casi resistenti, multimodale. Preliminare a tali interventi è un approccio educativo al bambino, alla sua famiglia ed eventualmente alla scuola, con informazioni circa la natura del disturbo, il quadro clinico, le situazioni favorevoli le crisi, la gestione degli episodi ed il trattamento.

In età evolutiva è particolarmente vivo il problema del rapporto tra interventi farmacologici ed interventi psicologici.

I timori ed i pregiudizi nei confronti della farmacoterapia in età evolutiva sono tanti e

radicati, ma devono essere superati quando la gravità clinica è tale da ostacolare significativamente la vita quotidiana e da interferire con il futuro sviluppo del bambino.

Le incertezze sull'utilizzo dei farmaci sono legate soprattutto alla maturazione dei sistemi recettoriali nei bambini rispetto agli adulti, in particolare l'impatto dei trattamenti farmacologici con un sistema nervoso in fase d'evoluzione.

Bisogna inoltre tener presente che i bambini hanno un metabolismo epatico più rapido, un aumento della filtrazione renale e una minor quantità di tessuto adiposo che, nel loro insieme, determinano una più rapida eliminazione del farmaco.

Pochi sono i farmaci ansiolitici attualmente autorizzati dal Ministero della Salute (diazepam, nitrazepam, midazolam) a causa degli effetti collaterali ed indesiderati a carico delle funzioni cognitive superiori (memoria ed apprendimento).

Nel DAP e nel DOC si sono dimostrati molto utili gli SSRI (paroxetina, fluoxetina), ma il loro uso non è autorizzato nei bambini.

Per quanto riguarda l'intervento psicoterapico, in Italia c'è una tendenza a privilegiare interventi ad orientamento psicodinamico, mentre nei paesi anglosassoni c'è una netta prevalenza d'interventi di tipo cognitivo-comportamentale.

In generale, la decisione sul trattamento da privilegiare deve essere legata non solo alla sintomatologia presente, ma anche al grado d'interferenza dei disturbi nello sviluppo relazionale, cognitivo ed affettivo del bambino.

Una Ricerca sui Disturbi d'Ansia: i sintomi prevalenti

La presente ricerca è stata svolta su soggetti in cura presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino.

Nel campione sono stati inseriti pazienti alla loro prima visita presso il Centro con diagnosi di Disturbo d'Ansia, in particolare Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD), Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e Fobia Sociale (FS). L'attenzione è stata focalizzata sui sintomi presenti nei diversi gruppi diagnostici per evidenziare, all'interno di ogni singolo gruppo, i più frequenti e per confrontare similitudini e differenze tra i diversi gruppi.

Prima di prendere in esame le suddette variabili, proponiamo qualche breve considerazione su *temperamento*, *carattere* e *personalità* e, in particolare, sul *temperamento ansioso*.

Per *temperamento* s'intende l'insieme delle caratteristiche *costituzionali* che determinano il particolare modo individuale di rispondere agli stimoli esterni.

Si differenzia dal *carattere* perché con tale termine si fa riferimento all'insieme delle caratteristiche personali *acquisite* tramite le esperienze dell'età evolutiva nell'ambito familiare e sociale, che consentono l'adattamento dell'individuo ai valori ed ai costumi della società.

La personalità nasce dall'interazione tra fattori acquisiti (*carattere*) e fattori costituzionali (*temperamento*) tipici di un individuo e riconoscibili fin dall'adolescenza o dalla giovinezza.

In chi sviluppa un Disturbo d'Ansia è molto frequente la presenza di un *temperamento ansioso* caratterizzato da tratti già riscontrabili in tenera età e, quindi, non derivanti dall'esperienza. I bambini con tale tipo di temperamento appaiono timidi, introversi, mostrano una certa diffidenza quando incontrano sconosciuti e presentano eccessiva apprensione, cioè un'inquietudine causata dalla percezione di pericolo, quando si trovano in ambienti non familiari.

Da adolescenti saranno timidi, impacciati, ipersensibili e tali caratteristiche accompagneranno anche la giovinezza e l'età adulta, sempre associate alla presenza di una quantità più o meno elevata di preoccupazione, cioè di uno stato d'animo caratterizzato da timore, ansia, trepidazione.

Da adulto la sua caratteristica principale sarà un costante e generalizzato atteggiamento di preoccupazione per il pericolo che possano verificarsi eventi negativi.

Da sottolineare che la presenza di un temperamento ansioso non implica quella di un Disturbo d'Ansia in quanto il temperamento non interferisce con la vita sociale, affettiva e prestazionale. Potremmo anzi dire che chi ha tale temperamento ha alcune caratteristiche positive: proprio per il fatto di "preoccuparsi", tenderà a fare le cose al meglio, sarà il più preciso e ordinato possibile, sarà un soggetto certamente affidabile. La preoccupazione, quindi, può favorire l'adattamento sociale e lavorativo.

Lo scenario si modifica quando, in assenza di motivi validi e realistici, vi è un eccesso di preoccupazione generalizzata che raggiunge un'intensità tale da interferire con la vita sociale, lavorativa e affettiva: è in tali casi che si parla di Disturbi d'Ansia.

Dopo tali premesse, torniamo al nostro campione, selezionato nel periodo di tempo di un anno, da Gennaio a Dicembre 2012 e composto da 116 pazienti (73D e 43U) così suddiviso:

Gruppo I (DAP): 54 soggetti, di cui 34 donne e 20 uomini;

Gruppo II: (GAD): 36 soggetti, di cui 24 donne e 12 uomini;

Gruppo III: DOC): 18 soggetti, di cui 12 donne e 6 uomini;

Gruppo IV (FS): 8 soggetti, di cui 3 donne e 5 uomini.

Vediamo ora i sintomi prevalenti in ogni singolo gruppo.

Gruppo I: Disturbo da Attacchi di Panico

L'età media dei 54 pazienti di questo gruppo è compresa tra i 18 e i 40 anni, a conferma che il DAP è un disturbo più diffuso nella fascia d'età giovanile.

I sintomi comuni a tutti i soggetti del campione sono i seguenti:

- gli attacchi si manifestano in modo totalmente inatteso, in situazioni non ansiogene e senza alcun segnale di preavviso, sono molto violenti e accompagnati dal terrore di avere un infarto o un ictus;
- l'intensità emotiva angosciante che accompagna il primo attacco determina un ricordo indelebile nel paziente, una sorta di linea di demarcazione tra un "prima dell'attacco" e un "dopo l'attacco";
- la durata degli attacchi è di pochi minuti, brevità che nulla toglie alla drammaticità dell'evento;
- la fase successiva all'attacco, della durata di molte ore, è caratterizzata dalla presenza di un senso di spossatezza, di testa confusa e di vertigini.

Oltre ai sintomi descritti, sempre presenti, ve ne sono altri *di frequenza variabile* e che,

in ordine decrescente nel campione esaminato, sono i seguenti:

Ansia anticipatoria: è presente in 46 soggetti (85%) e consiste nella presenza del timore che l'attacco di panico possa ripetersi. Tale stato d'ansia non raggiunge l'intensità e la violenza dell'attacco vero e proprio, può accompagnare il paziente anche per molte ore, specie in presenza di situazioni in cui si sente più esposto al pericolo di avere l'attacco.

Ad esempio, nel caso in cui il primo attacco si sia manifestato in un luogo affollato, l'ansia anticipatoria si può manifestare se il soggetto si trova al supermercato.

A differenza dell'attacco vero e proprio, nei confronti del quale il soggetto è impotente, l'ansia anticipatoria può in qualche modo essere “controllata” mediante l'allontanamento dalla situazione vissuta come “pericolosa”.

Sintomi neurovegetativi: 44 soggetti (83%) del campione presentano, specie nelle fasi critiche acute o quando si accentua l'ansia anticipatoria, sintomi quali sensazioni vertiginose, a volte di entità tale da rendere difficoltosa la deambulazione autonoma, dolore toracico che allarma per il timore di un disturbo cardiaco, difficoltà respiratorie sotto forma di accelerazione della frequenza o sensazione di “fame d'aria” (sensazione di non riuscire ad inspirare in modo completo), tremori diffusi, sudorazioni improvvise alternate a brividi di freddo.

Sensazione di morte imminente: 40 pazienti (74%) hanno denunciato la presenza, nella fase acuta dell'attacco, della sensazione, spesso della certezza, di essere sul punto di morire. E' superfluo sottolineare la drammaticità di tali stati emotivi, responsabili del terrore della possibilità del ripetersi dell'attacco.

Crisi notturne: in 26 pazienti (48%) gli attacchi si manifestano per la prima volta durante il sonno notturno. Il paziente viene risvegliato dall'attacco, con tutti i sintomi tipici descritti e spesso ciò determina seri problemi sul ritmo sonno/veglia, in quanto spesso l'ansia anticipatoria interessa le ore notturne. In tali casi il paziente tende a resistere all'idea di “lasciarsi andare” al sonno per il timore del ripetersi dell'attacco durante la notte. Da ciò deriva un'alterazione del ritmo veglia/sonno che può interferire nel normale svolgimento dell'attività lavorativa.

Paura di perdere controllo di idee o di azioni: in 12 soggetti (22%) è presente il timore di impazzire, cioè di perdere il controllo delle proprie idee o di compiere gesti autolesivi o aggressivi nei confronti di altre persone, di solito propri familiari. Si tratta di sintomi vissuti in modo spesso drammatico dai pazienti in quanto in entrambi i casi viene evocata l'idea della follia. Va precisato che nel DAP non succede mai né la reale perdita

del controllo della propria ideazione né la messa in atto di azioni auto o etero lesive: il disturbo consiste solo ed esclusivamente nella presenza della paura terrificante che ciò possa verificarsi. Il paziente, però, teme tale possibilità e mette in atto “contromisure”. Ad esempio, se teme di perdere il controllo e di buttarsi dal balcone, eviterà accuratamente di avvicinarsi ad esso o terrà la porta d'accesso sbarrata. Se, invece, teme di usare un coltello per ferirsi o ferire qualcuno, farà “sparire” dalla sua cucina tutti i coltelli o li custodirà in un cassetto chiuso a chiave.

Depersonalizzazione e derealizzazione: 14 soggetti del campione (26%) presentano disturbi psicosensoriali consistenti nel vissuto di essere distaccati dal proprio corpo oppure di estraneità rispetto al mondo esterno, con alterazione del senso della realtà. Si tratta di disturbi che spaventano molto chi ne soffre perché generano il timore della follia, cioè di veri e propri disturbi psicotici.

Le *complicanze* del Disturbo da Attacchi di Panico nel nostro campione sono così rappresentate:

Evitamento: è presente nei 46 soggetti che soffrono di ansia anticipatoria in quanto ne è la diretta conseguenza. Consiste nell'evitare luoghi o situazioni in cui il paziente teme possa presentarsi la crisi: si tratta, di solito, del luogo in cui è avvenuto il primo attacco, associato alla possibilità che possa ripetersi e che viene pertanto accuratamente evitato. Ad esempio se la prima crisi si è verificata al ristorante, il paziente evita di recarsi in tale luogo; se si è verificata durante la guida, evita di guidare ecc. Naturalmente tanto maggiore è la quantità di luoghi o situazioni coinvolti nei meccanismi di evitamento, tanto maggiore è la limitazione della libertà personale.

Sintomi depressivi: in 16 soggetti del campione (30%) sono presenti sintomi della serie depressiva, sotto forma di abbassamento del tono dell'umore, sensazione di non essere all'altezza dei compiti da svolgere e netta riduzione dell'interesse per lo svolgimento delle proprie attività giornaliere. Tali sintomi sono, il più delle volte, conseguenti ai limiti posti dall'ansia anticipatoria e dai meccanismi di evitamento.

Agorafobia: in 10 soggetti (19%) i meccanismi di evitamento determinano una rilevante interferenza con importanti attività della vita sociale e lavorativa ed una limitazione della propria autonomia. In alcuni casi, ad esempio, non riescono ad uscire da soli, ma devono essere accompagnati da una persona nella quale ripongono un'estrema fiducia.

- *Ipocondria:* in 8 soggetti (15%), a seguito del timore di avere un infarto, un ictus o un grave accidente fisico, si sviluppa una eccessiva preoccupazione per le proprie

condizioni fisiche che si manifesta con numerosi accertamenti di laboratorio o radiologici, anche sofisticati, e frequenti visite mediche.

Gruppo II: Disturbo d'Ansia Generalizzata

Questo gruppo è costituito da 36 soggetti la cui età media si colloca tra i 30 e i 50 anni. In tutti i pazienti del campione è costante la presenza di un elevato livello di preoccupazione sotto forma di continuo stato di allarme, in assenza di gravi e realistiche situazioni di pericolo. Le preoccupazioni possono riguardare qualunque aspetto della vita di tutti i giorni: condizione economica, salute fisica, incolumità dei familiari. In ognuno di questi campi è presente uno stato di ipervigilanza nel timore che possano verificarsi eventi negativi.

Tutti i pazienti del campione presentano, inoltre, una spiccata tensione muscolare responsabile di cefalee muscolo-tensive e indolenzimenti in varie parti del corpo, in particolare ai muscoli dorsali e del collo.

Altri sintomi, invece, sono presenti solo in alcuni pazienti.

Irrequietezza, spesso associata a irritabilità: presente in 27 soggetti (76%).

Disturbi del sonno: presenti in 24 soggetti (67%), si manifestano in prevalenza come difficoltà di addormentamento.

Riduzione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria: presente in 22 soggetti (62%) con conseguente calo delle prestazioni lavorative.

Sintomi neurovegetativi: presenti in 19 soggetti (53%) in forma di palpitazioni, vampate di caldo, sudorazioni, tremori diffusi, senso di nodo alla gola.

Somatizzazioni: presenti in 11 soggetti (31%) in prevalenza all'apparato gastroenterico, in forma di coliti spastiche, e quello cardiocircolatorio, in forma di innalzamenti pressori o alterazioni del ritmo cardiaco.

Nel campione esaminato si riscontrano, inoltre, alcune *complicanze* del GAD.

In 11 soggetti (31%) è presente un'eccessiva assunzione di cibo con conseguente aumento ponderale che, a sua volta, determina l'aumento dell'ansia, realizzando un circolo vizioso.

In 16 soggetti (45%) si riscontra un'eccessiva assunzione di farmaci, in particolare di benzodiazepine.

In 12 soggetti (33%) la sostanza assunta in eccesso è l'alcol alla ricerca del suo effetto ansiolitico.

In 11 soggetti, infine, (30%) è presente la sovrapposizione di sintomi depressivi sotto forma di abbassamento del tono dell'umore e di distacco emotivo.

Gruppo III: Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Il gruppo è costituito da 18 soggetti di età media compresa nelle fascia tra i 40 e 50 anni. In tutti i pazienti del gruppo l'esordio dei disturbi è avvenuto in età giovanile, in modo lento e graduale.

Sintomi costantemente presenti sono idee, impulsi o immagini persistenti che i pazienti vivono come intrusivi e che riconoscono come provenienti dalla propria mente e non dall'esterno (in ciò si differenziano dai deliri o dalle allucinazioni).

Sono sempre presenti anche comportamenti ripetitivi che i pazienti si sentono obbligati a mettere in atto secondo regole rigide e ritualizzate. Sono consapevoli della mancanza di motivazioni logiche, ma nel contempo provano un forte malessere se tali rituali non vengono messi in atto.

Altri sintomi, invece, sono presenti solo in alcuni pazienti e, tra questi, i più frequenti sono quelli relativi allo sporco e alla contaminazione, rilevabili in 13 soggetti (73%). In tali casi sono presenti idee ossessive di sporcizia o di contaminazione da germi o da sostanze tossiche, associate a rituali di pulizia della propria persona, in forma di ripetuto lavaggio delle mani o delle parti intime del proprio corpo.

In 11 soggetti (62%) sono presenti rituali di controllo relativi alla chiusura del gas, della portiera della macchina, dell'interruttore dell'acqua, della porta e delle finestre di casa prima di uscire o di andare a letto. I controlli, spesso, devono essere ripetuti un numero fisso di volte.

In 8 casi (45%) sono presenti ossessioni del dubbio relativo al corretto svolgimento di mansioni lavorative o della normale vita quotidiana e si accompagnano ai rituali di controllo.

In 5 soggetti sono presenti rituali di ordine quali allineare in una determinata maniera gli oggetti sulla scrivania, i libri o i soprammobili.

In 3 casi sono presenti rituali numerici consistenti nel contare il numero di macchine incrociate in un determinato tragitto o contare il numero di volte in cui vengono ripetuti uno o più dei suddetti rituali (controlli del gas, lavaggio delle mani, ecc.)

Gruppo IV: Fobia Sociale

Questo gruppo è costituito da 8 soggetti di età media compresa tra i 40 e 50.

Caratteristiche comuni ai componenti del gruppo sono: scarso livello di autostima, marcato senso d'inadeguatezza, particolare sensibilità alle valutazioni degli altri, di cui temono le valutazioni negative e di cui, spesso, temono di divenire oggetto di scherno e di derisione. In contesti interpersonali o sociali presentano uno stato ansioso accompagnato da intense manifestazioni neurovegetative (tremori, sudorazioni, arrossamenti). I meccanismi di evitamento che i pazienti mettono in atto spesso compromettono la vita sociale, determinando solitudine e sofferenza

Le variabili di questo gruppo sono relative ai luoghi e ai contesti in cui i sintomi si manifestano.

In cinque pazienti di questo gruppo è presente una *forma circoscritta* della FS, cioè limitata solo ad una o due circostanze particolari, quali parlare in presenza di altre persone, di solito durante riunioni di lavoro. Tali incontri sono preceduti da intensa reazione ansiosa nelle ore che li precedono, dal timore di “fare brutta figura” e di essere giudicati in modo negativo dai colleghi.

E' inoltre presente il timore che i colleghi si accorgano della presenza dei sintomi dell'ansia.

In due casi la circostanza ansiogena è costituita dal mangiare o bere in pubblico, nel timore di avere difficoltà a deglutire, di soffocarsi con cibo o bevande e che gli altri si accorgano di tali difficoltà per la presenza di tremori alle mani.

In due casi è presente la *forma generalizzata* della FS, in cui le difficoltà interpersonali e l'inibizione comportamentale sono presenti in tutte le situazioni interpersonali, determinando atteggiamenti di evitamento, chiusura, isolamento e un disadattamento più grave della forma circoscritta di FS.

Uno dei soggetti presenta una forma di FS limitata ad un unico settore della vita: si tratta di un paziente maschio nel quale l'imbarazzo e l'evitamento sono relativi ai rapporti con le donne, con conseguente compromissione della vita sentimentale.

Diagnosi differenziale

I Disturbi d'Ansia hanno in comune la presenza dell'ansia patologica, ma presentano alcune caratteristiche che ne consentono la differenziazione.

Nel GAD l'apprensione e la preoccupazione non sono riferibili, come nel DAP, a situazioni precise e definite, ma interessano molti e svariati aspetti della vita giornaliera. Esiste una certa somiglianza tra l'ansia anticipatoria del DAP e l'ansia generalizzata del GAD, ma ciò che li differenzia è l'oggetto che la determina, che nel DAP è specifico e selettivo, mentre nel GAD è mutevole e poco definito.

Altra differenza è che chi soffre di GAD è poco sensibile alle rassicurazioni delle persone che lo circondano, mentre nel DAP la presenza di rassicurazioni, specie da parte di persone che godono della fiducia del paziente, riduce sensibilmente i livelli dell'ansia. Da sottolineare, infine, che nel GAD non sono presenti le crisi acute tipiche degli attacchi di panico né le condotte di evitamento, prevalgono le somatizzazioni a livello gastroenterico e muscolare e non sono presenti le manifestazioni psicosensoriali tipiche del DAP, cioè la derealizzazione e la depersonalizzazione.

Attenzione deve essere posta alla diagnosi differenziale tra il DAP e la FS, nel senso che le manifestazioni ansiose acute che si verificano nei pazienti con Fobia Sociale quando sono esposti alle situazioni sociali temute, sono molto simili, a volte sovrapponibili, a quelle presenti nel corso degli attacchi di panico.

La principale differenza consiste nel fatto che nella FS gli episodi critici sono presenti solo nel caso di esposizione alla situazione sociale temuta e non si manifestano in modo spontaneo, in assenza cioè dello stimolo. Inoltre sono assenti la sensazione di morte imminente e i sintomi psicosensoriali tipici dei DAP.

Inoltre, mentre chi soffre di DAP è particolarmente sensibile alle rassicurazioni, nella FS, similmente a quanto avviene nel GAD, il soggetto non trae giovamento dalle rassicurazioni e l'esposizione alla situazione fobica scatena invariabilmente la reazione di crisi.

Per quanto riguarda il DOC, il suo riconoscimento non presenta problemi di diagnosi differenziale per la presenza delle ossessioni e compulsioni, assenti negli altri Disturbi d'Ansia.

Considerazioni sulla terapia farmacologica

Nella terapia dei Disturbi d'Ansia il solo impiego di farmaci ad azione direttamente ansiolitica, come le benzodiazepine (BZD), si è dimostrato insufficiente sul controllo dei quadri clinici ed è sempre più diffuso l'associazione con farmaci appartenenti alla classe degli antidepressivi.

Le benzodiazepine posseggono un'azione ansiolitica diretta ed immediata: riducono l'ansia nel giro di 20-30 minuti dall'assunzione a seguito della loro azione sul neurotrasmettitore GABA.

L'effetto è rapido e marcato nei confronti della sintomatologia ansiosa acuta, come nell'Attacco di Panico, ma è certamente molto meno incisivo nel trattamento a lungo termine ed è spesso inefficace in senso preventivo. Ciò è conseguente al fatto che nei Disturbi d'Ansia sono coinvolti, a livello di neurotrasmettitori cerebrali, non solo il GABA, ma anche la serotonina e la noradrenalina ed è per tale motivo che gli antidepressivi che agiscono su questi due neurotrasmettitori risultano efficaci nella cura. Nella maggior parte dei trattamenti con antidepressivi del gruppo degli *SSRI e SNRI*, l'inizio dell'assunzione del farmaco non coincide con un effetto ansiolitico ma, al contrario, con una "*Sindrome da Attivazione*", consistente in aumento di vigilanza, di attivazione motoria ed emotiva e della stessa sintomatologia ansiosa. Ciò si verifica nelle prime 2-3 settimane di terapia, durante il tempo di latenza, che è il tempo che intercorre tra l'inizio dell'assunzione degli antidepressivi e i primi miglioramenti dei sintomi depressivi. La sindrome da attivazione è conseguente all'improvviso aumento di disponibilità nelle cellule nervose della serotonina e della noradrenalina dopo le prime assunzioni di farmaci e al conseguente aumento della stimolazione dei recettori postsinaptici. Tende all'attenuazione spontanea nel corso del trattamento e risponde, comunque, positivamente all'associazione di benzodiazepine.

L'effetto degli antidepressivi non è direttamente ansiolitico, in quanto alla singola assunzione di farmaco non corrisponde la riduzione dell'ansia. Il loro effetto si esplica, invece, su quelle condizioni più complesse che sono alla base delle differenti forme cliniche, quali il Disturbo da Attacchi di Panico, il Disturbo d'Ansia Generalizzata e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, in cui è centrale il ruolo della serotonina, neurotrasmettitore cerebrale implicato sia nella regolazione del tono dell'umore sia nella regolazione dei meccanismi d'Ansia.

Gli antidepressivi agiscono determinando nelle cellule nervose, più precisamente negli spazi intersinaptici, l'aumento di disponibilità dei neurotrasmettitori cerebrali (serotonina, noradrenalina) e a tale aumento corrisponde il miglioramento dei sintomi dei Disturbi d'Ansia così come del Disturbo Depressivo.

Protocollo terapeutico

Vediamo ora il protocollo di applicazione della terapia farmacologia dei Disturbi d'Ansia. Viene di solito utilizzata l'associazione di benzodiazepine e antidepressivi.

Nelle prime 4-6 settimane viene prescritta la dose minima di SSRI o diSNRI per saggiare la risposta individuale e per limitare al minimo gli effetti collaterali.

All'antidepressivo va associata una benzodiazepina per ridurre i sintomi ansiosi presenti, ma anche per attenuare l'intensità della Sindrome da Attivazione.

Nei due-tre mesi successivi viene prescritta la dose piena di antidepressivo, la cui entità dipende dalla risposta del paziente durante la prima fase di cura. E' questo il periodo più importante della cura, quello in cui è lecito attendersi la risoluzione dei sintomi.

Dal secondo mese di cura la benzodiazepina va, invece, ridotta o possibilmente sospesa.

Nei tre-quattro mesi successivi, dopo la definitiva scomparsa dei sintomi, si riduce progressivamente la dose dell'antidepressivo, fino alla sospensione completa.

Si tratta quindi di una terapia a tempo determinato che va sospesa quando i sintomi non sono più presenti.

E' da sottolineare che sono presenti alcune differenze tra i Disturbi d'Ansia in relazione alle dosi terapeutiche necessarie, e ai tempi di risposta. Ad esempio per la cura del DOC, rispetto al DAP e al GAD, sono di solito necessarie dosi più elevate di antidepressivo e i tempi di latenza sono maggiori.

Errori nella terapia farmacologica

Al fine di ottenere il massimo del risultato possibile dalla cura farmacologica, è importante tenere presente che la terapia deve essere affidata alla gestione del medico. Nella pratica giornaliera spesso si riscontrano alcuni errori nella assunzione dei farmaci e i più frequenti sono i seguenti:

Sospensione precoce

Il paziente sospende la terapia dopo 6/8 settimane, quando cioè avverte la progressiva riduzione dei sintomi. Spesso tale sospensione avviene in maniera improvvisa,

determinando il più delle volte una ripresa, anche violenta, dei sintomi depressivi e ansiosi (“Effetto di rimbalzo”).

Bisogna tenere presente che, nei due mesi successivi alla scomparsa dei sintomi, è statisticamente frequente una ricaduta per cui i farmaci devono esser assunti ancora per qualche mese dopo la loro scomparsa.

Va infine ricordato che la sospensione della cura deve sempre essere graduale e sotto controllo medico.

Continuazione eccessiva

E' un errore opposto a quello precedentemente descritto: a volte il paziente continua ad assumere farmaci per anni.

Ciò si verifica per il timore che la loro sospensione determini la ripresa dei sintomi. E' come se il paziente facesse il seguente ragionamento: “Stavo male, ho preso i farmaci e i sintomi sono scomparsi. Se adesso sospendo la cura, tornerò a stare male”.

Si tratta di un ragionamento errato, fondato sulla paura.

Il senso di una cura farmacologica è quello di fare scomparire i sintomi e, una volta che l'obiettivo viene raggiunto, i farmaci vanno sospesi, tenendo presente che essi agiscono comunque solo sui sintomi e non sulle cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi depressiva.

E' quindi molto importante fare un lavoro di ricerca di tipo psicologico per individuare e rimuovere le motivazioni di fondo che hanno determinato la crisi, evitando ricadute future.

Autogestione - Fai da te

E' l'errore di più frequente riscontro. Durante una cura farmacologica bisogna evitare di modificare la dose dei farmaci a seconda dello stato d'animo giornaliero. Bisogna tenere presente che gli antidepressivi devono avere una concentrazione ematica costante per potere svolgere il loro effetto e quindi devono essere assunti con regolarità.

Ansiolitici (benzodiazepine) per anni

Altro errore frequente consiste nell'assunzione molto prolungata di ansiolitici.

È importante ricordare che, se è pur vero che manifestano il loro effetto di riduzione dell'ansia dopo soli 20-30 minuti dall'assunzione, essi determinano comunque, nel corso del tempo, uno stato di dipendenza.

Inoltre non svolgono nessun tipo di azione antidepressiva in quanto non agiscono sui neurotrasmettitori cerebrali.

Considerazioni sulla Benzodiazepine

Le benzodiazepine costituiscono una delle classi farmacologiche più vendute in Italia e nel mondo. L'efficacia clinica, la rapidità d'azione e la maneggevolezza sono le caratteristiche che ne determinano l'elevata prescrizione da parte dei medici di base e spesso degli psichiatri.

L'uso di una BDZ per il trattamento di uno stato ansioso, privo di un quadro depressivo sottostante, costituisce un intervento spesso risolutivo.

Se, invece, l'ansia è associata a un disturbo depressivo è errato l'uso esclusivo di benzodiazepine, senza l'utilizzo degli antidepressivi.

Altro errore frequente consiste nel fatto che, nel corso di una terapia della depressione, i pazienti in mantenimento con antidepressivi da molti mesi continuano ad assumere dosaggi variabili di BDZ prescritte all'inizio della terapia.

L'uso di BDZ è utile per il controllo dell'ansia, per facilitare i disturbi del sonno o per aiutare a sopportare gli effetti di attivazione di alcuni farmaci antidepressivi, ma vanno sospesi nel prosieguo del trattamento. Infatti gli effetti collaterali degli antidepressivi si riducono durante la terapia, l'ansia e i disturbi del sonno migliorano in conseguenza della riduzione della sintomatologia depressiva e l'assunzione della BDZ rimane spesso un rituale dal quale il paziente ha paura a staccarsi. Nell'utilizzo delle benzodiazepine è opportuno seguire i seguenti criteri.

Decisione del trattamento: il medico deve diagnosticare un quadro clinico per il quale vi sia una reale indicazione all'uso di una BDZ per evitarne l'abuso.

Scelta della benzodiazepina: la molecola deve essere scelta sulla base delle caratteristiche cliniche e metaboliche, in relazione al quadro da trattare.

Dosaggi: i dosaggi devono essere personalizzati in relazione alle caratteristiche del paziente e del quadro clinico. L'indicazione è comunque quella di adoperare i minimi dosaggi terapeutici.

Durata del trattamento: normalmente non dovrebbe superare le 6-8 settimane, anche in relazione alla latenza della terapia antidepressiva.

Sospensione del trattamento: la fase di sospensione deve essere fatta gradualmente per evitare rare, ma possibili, sindromi di rimbalzo.

Informazioni più dettagliate sul trattamento farmacologico con gli antidepressivi sono reperibili nel primo libro della Collana di Psichiatria Divulgativa "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia".

La psicoterapia nei Disturbi d'Ansia

Psicoanalisi

La *psicoanalisi* classica è nata come metodo di cura di alcuni disturbi psichici tra cui rientravano quadri assimilabili a molti degli attuali “Disturbi d'Ansia”, quali gli attacchi di panico, le fobie, i disturbi ossessivo-compulsivi.

L'ansia è una componente specifica di tali disturbi e la psicoanalisi è quindi venuta in contatto, sin dai suoi inizi, con il problema del trattamento di tale sintomo.

Nella prima fase della sua produzione Freud considerò l'ansia come derivato della pulsione sessuale libidica che, non potendo trovare una via di scarico a causa dell'inaccettabilità dei desideri, stagnava producendo i sintomi. Lo scopo dell'analisi era rendere possibile alla libido di raggiungere i suoi scopi, rendendo consapevoli le ragioni che ne impedivano la realizzazione.

Freud suppose che in alcuni casi l'ansia non fosse causata da fattori psicologici, ma biologici, come l'assenza di attività sessuale, e come tale non risultasse curabile dalla psicoterapia.

Successivamente, dopo l'identificazione della nuova concezione strutturale dell'apparato psichico, in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926) l'Io venne identificato come la struttura psichica sede dell'angoscia, non più spiegata meccanicamente come libido trasformata, ma come reazione dell'Io di fronte alla minaccia di una situazione traumatica.

Per Freud, a questo punto del suo pensiero, l'ansia aveva primariamente funzione di conservazione dell'individuo. L'insorgenza di un'*ansia segnale*, come reazione ad eventi e collegata al ricordo di precedenti esperienze, aveva lo scopo di preservare l'Io dai pericoli esterni e interni di origine conflittuale, facilitandone l'adattamento psicologico.

Secondo la visione psicoanalitica, di fronte a stimoli che sono fonte d'angoscia, vi sono varie possibili evoluzioni:

- nell'isteria l'impulso viene rimosso e la libido viene convertita in sintomi somatici;
- nelle fobie la libido viene spostata e proiettata;
- nel disturbo ossessivo-compulsivo la libido, invece, si ritira dalla posizione edipica e regredisce lungo la via dello sviluppo psicosessuale fino alla fase anale.

Va sottolineato il fatto che, nel processo terapeutico, la psicoanalisi assegna un ruolo

molto importante alla relazione che s'instaura tra il paziente e l'analista.

Il processo terapeutico non è “l'analisi di una persona” , “l'analisi di un sintomo” o “l'analisi di un disturbo”, ma una relazione nella quale è in gioco l'interazione, se pure asimmetrica, fra due persone e nella quale il “prendersi cura” ha un significato preminente.

Psicoterapia breve

Un altro tipo di terapia psicologica utilizzabile per i disturbi d'ansia è la *psicoterapia breve*, il cui obiettivo primario consiste nella riduzione dei sintomi che compromettono il funzionamento sociale e lavorativo.

Il modello teorico di riferimento è quello psicoanalitico, ma se ne distingue per le seguenti differenze:

- l'intervento è limitato ad un ambito più ristretto e non alla personalità globale;
- il metodo d'indagine è costituito dal colloquio e non dalla libera associazione;
- lo strumento principale d'intervento è la chiarificazione e non l'interpretazione.

Nei confronti della psicoanalisi vi sono anche differenze formali: la durata del trattamento è più breve, la frequenza delle sedute è ridotta, la posizione è quella del vis à vis e il terapeuta è più attivo.

Oltre la psicoanalisi e la psicoterapia breve, vi sono altri tipi di intervento psicologico che verranno descritti nei successivi paragrafi relativi ai singoli disturbi.

Va tenuto presente che, nel caso dei Disturbi d'Ansia, l'indicazione del tipo di trattamento psicoterapeutico non dipende dalle caratteristiche cliniche del disturbo, ma da altri elementi quali la struttura di personalità del paziente, i suoi meccanismi di difesa prevalenti, la motivazione al trattamento e la capacità di lavoro psicologico.

Psicoterapia del Disturbo da Attacchi di Panico

Nella cura psicoterapeutica del DAP va segnalato il *trattamento cognitivo-comportamentale* basato su un modello teorico che pone all'origine del panico l'interazione di elementi cognitivi, comportamentali e fisiologici.

Secondo tale modello gli attacchi di panico sono scatenati da sensazioni somatiche o da processi mentali in sé innocui, ma che divengono, in un soggetto predisposto, stimoli per una risposta di ansia acuta. In particolare il ruolo di stimolo iniziale viene giocato da quelle sensazioni, quali palpitazioni, dispnea e lipotimie, che si prestano maggiormente

ad essere interpretate dal soggetto come segni di imminente pericolo per la propria salute fisica e/o psichica. Il pericolo, elaborato dal paziente secondo schemi cognitivi distorti, assume proporzioni catastrofiche ed è incentrato sulla paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo. Si stabilisce quindi un feedback tra la percezione di sensazioni interne, la loro associazione con sensazioni di minaccia e la risposta ansiosa del paziente, che a sua volta porta ad ulteriori e più intense sensazioni in una rapida escalation di gravità, fino al vero e proprio attacco di panico.

La finalità generale del trattamento è quella di interrompere il circolo vizioso del panico fornendo al paziente informazioni ed esperienze correttive.

Psicoterapia del Disturbo d'Ansia Generalizzata

Oltre la psicoanalisi e la psicoterapia breve, nel trattamento del Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) può anche essere utilizzato un tipo d'intervento che prevede essenzialmente l'impiego di tecniche di rilassamento. La tecnica più semplice e storicamente più antica è quella del *training autogeno* che consiste nell'istruire il paziente a percepire, con appropriati esercizi, i propri livelli di tensione muscolare e, in un secondo tempo, a rilassare progressivamente ogni singolo gruppo muscolare.

Un altro importante filone di interventi è costituito dalla psicoterapia cognitiva che si basa sul riconoscimento, con l'aiuto del terapeuta, di quei pensieri automatici negativi ed irrealistici che accompagnano e favoriscono l'insorgenza dell'ansia, per sostituirli con processi cognitivi più realistici ed appropriati. A tale scopo possono essere utilizzati vari strumenti tecnici: diari in cui il paziente registra i propri pensieri in situazioni ansiose, induzione dell'ansia in seduta, "role-playing" ("gioco di ruolo"), consistente nel recitare e reinterpretare le situazioni ansiogene in seduta.

Psicoterapia del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Oltre l'intervento psicoanalitico, nella terapia del DOC viene anche utilizzata la *terapia cognitivo-comportamentale*.

Secondo il modello comportamentista, la compulsione costituisce la risposta all'ansia evocata dallo stimolo-ossessione. La messa in atto del rituale compulsivo non fa che rinforzare, riducendo temporaneamente i livelli di ansia, la sintomatologia ossessivo-compulsiva stessa. Scopo delle tecniche comportamentali è interrompere la sequenza ossessione-ansia-compulsione, dissociando l'idea ossessiva dall'ansia con tecniche di

esposizione e/o bloccando il rinforzo negativo costituito dalla risposta rituale.

Le tecniche di esposizione usate nella terapia del DOC comprendono la desensibilizzazione, l'intenzione paradossa e la tecnica di "satiation" ("saturazione").

La desensibilizzazione viene impiegata allo scopo di impedire l'evitamento, che costituisce uno dei principali meccanismi di rinforzo del sintomo fobico-ossessivo. L'esposizione allo stimolo viene condotta sottoponendo, in modo graduale e progressivo, il paziente all'oggetto o alla situazione che induce le reazioni compulsive.

Per intenzione paradossa s'intende una tecnica che mira a scardinare il pensiero ossessivo attraverso l'invio di messaggi anomali e inaspettati per il paziente, paradossali, quali il pensare attivamente e il cercare volontariamente l'idea ossessiva parassita.

La tecnica di "satiation" consiste nell'espone il paziente alla propria ideazione ossessiva, scritta o registrata, per periodi prolungati di tempo per provocare una sorta di saturazione e di abitudine.

Il trattamento comportamentale d'elezione nel DOC consiste nell'associazione di più tecniche di esposizione. Le sedute sono generalmente 10-15 (contro le 25 minime che si rendono necessarie nel caso si impieghi solo una tecnica di esposizione), la frequenza settimanale del trattamento è invece variabile ed ha durata di circa un'ora.

Rispetto alla *psicoanalisi*, la *psicoterapia cognitivo-comportamentale* non utilizza, come strumenti terapeutici, i ricordi degli eventi passati ed i sogni, ma è centrata sul "qui e ora" e ha lo scopo d'indicare strategie per liberare il paziente dai sintomi, indipendentemente dalle cause.

Inoltre, mentre nel corso delle sedute psicoanalitiche l'analista ha un atteggiamento di tipo recettivo-passivo, nelle sedute di terapia cognitivo-comportamentale terapeuta e paziente svolgono entrambi un ruolo attivo: il primo indica le strategie per superare i sintomi ed il paziente svolge i compiti che gli vengono assegnati di volta in volta, mettendoli in pratica al di fuori della seduta terapeutica.

Psicoterapia della Fobia Sociale

Nella terapia della FS possono essere utilizzate, oltre a interventi di psicoanalisi o di psicoterapia breve, tecniche comportamentali di esposizione, sia in vivo sia utilizzando la rappresentazione mentale della situazione temuta, allo scopo di decondizionare l'ansia dalla situazione fobica con procedure di esposizione graduale,.

Alle tecniche di esposizione possono o meno essere associate tecniche di rilassamento, utili a disinibire le abilità sociali del paziente.

Psicoterapia della Fobia Semplice

La Fobia Semplice è probabilmente il disturbo psichiatrico che ha ricevuto la maggiore attenzione da parte del comportamentismo. Il trattamento di scelta è quello di esposizione allo stimolo fobico (oggetto o situazione) e consiste nell'incoraggiare il paziente al confronto con la situazione ansiogena. La desensibilizzazione sistematica consiste nel mettere il paziente a confronto con una serie di situazioni ansigene correlate allo stimolo fobico. Tale serie prevede una gerarchia di situazioni, dalla meno alla più ansiogena, che il paziente viene invitato ad esperire mentalmente, fino ad ottenere la progressiva riduzione della risposta ansiosa allo stimolo. L'esposizione d'urto ("flooding") consiste invece nel sottoporre il paziente allo stimolo per lui maggiormente ansiogeno per un periodo di tempo prolungato, fino a ottenere una diminuzione dell'ansia; l'esposizione, sempre immaginativa, viene ripetuta più volte fino all'estinzione della risposta ansiosa. È evidente come l'alto grado di stress provocato da tale procedura limiti il trattamento a pazienti altamente motivati e ben preparati. Altre tecniche di esposizione allo stimolo fobico prevedono invece l'esperienza terapeutica diretta (esposizione "in vivo"): anche questa può avvenire in forma non progressiva, con comprensibile reazione di notevole stress per il paziente, oppure in forme in cui l'esposizione è più graduale e il terapeuta assume una posizione di rassicurazione e/o di rinforzo. Le tecniche comportamentali di esposizione possono essere applicate individualmente o in gruppo. In quest'ultimo caso l'esempio e l'incoraggiamento degli altri partecipanti costituiscono un rinforzo ad affrontare la situazione fobica.

Psicoterapia del Disturbo Post-traumatico da Stress e del Disturbo Acuto da Stress

Il DPTS e il Disturbo Acuto da Stress comprendono quadri clinici estremamente eterogenei in quanto il disturbo è intimamente correlato all'evento traumatico che lo ha determinato. I lavori pubblicati sull'argomento suggeriscono specifici approcci terapeutici per i diversi tipi di disturbo, ad esempio per le vittime di tortura, per i reduci di guerra, per le vittime di stupro. Pare azzardato generalizzare l'indicazione di tecniche valide per tutto il vasto ed eterogeneo gruppo di pazienti. Un metodo di psicoterapia razionale applicato alle vittime di torture prevede una prima fase principalmente

conoscitiva: in essa s'intende portare alla luce l'esperienza circostanziata delle torture, lasciando su linee generali la sofferenza personale. La seconda fase è maggiormente basata sul livello emotivo, con particolare riferimento alla ricostruzione delle esperienze più dolorose, portando progressivamente la vittima a contatto con i sentimenti più repressi. La fase finale serve per ristabilire la realtà, offrendo al soggetto il modo di uscire dal trauma provocato dalla tortura.

Informazioni più dettagliate sul trattamento psicoterapeutico sono reperibili nel primo libro della Collana di Psichiatria Divulgativa "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia".

Alcune storie di Disturbi d'Ansia

Nel capitolo che segue saranno raccontate alcune storie di pazienti che hanno sofferto di Disturbi d'Ansia, con l'intento di calare nella realtà giornaliera i sintomi ed i vissuti soggettivi di tali disturbi.

Alcune di esse, come ad esempio la storia di Luisa e quella di Chiara, sono presenti in un altri testi pubblicati dall'Associazione: vengono qui ripresentate perché si tratta di storie esemplari per tutti coloro che soffrono di Disturbi d'Ansia.

La storia di Chiara

Così Chiara racconta la sua storia.

Mi è capitato di leggere che gli attacchi di panico avvengono con una certa frequenza in automobile, e anche a me è capitato in questo modo. Senza preavviso, senza un motivo apparente: come un fulmine a ciel sereno.

In realtà il cielo non era affatto sereno quel mattino. Ero, come ogni giorno a quell'ora, in automobile, in coda come tante altre persone, per recarmi al lavoro. Il cielo autunnale era grigio, gonfio di nubi minacciose, la strada trafficata e intasata di automobili. All'improvviso il cielo su di me si fece più scuro, i muri delle case sembrarono piegarsi per soffocarmi in una morsa mortale e l'auto, ferma in coda, mi parve di colpo troppo piccola, soffocante. Mi sentivo intrappolata nell'abitacolo, senza via d'uscita.

Malgrado i rigori del freddo stagionale sentii affiorare vampate di calore alternate a sudori freddi su tutto il corpo e alla radice dei capelli.

Il respiro affannoso, il cuore che batteva forte, ebbi un solo impulso: quello di precipitarmi fuori dall'auto e di fuggire lontano, oltre la coda di automobili, oltre la via troppo stretta e scura, alla ricerca di uno spazio aperto che mi permettesse di tornare a respirare profondamente, di un chiarore che venisse a illuminare quel cielo fattosi troppo minaccioso e incombente. Fui sopraffatta da un senso di angoscia, di catastrofe imminente e ineluttabile, di morte.

Non so come riuscii a vincere quell'impulso così violento, a rimanere aggrappata al volante e a procedere nella coda senza abbandonare davvero l'automobile lì, in mezzo al traffico, lasciando ad altri il compito di rimuoverla.

Non so come riuscii a non lasciarmi sopraffare dall'angoscia, dalla paura di soffocare, di morire, a sopportare i battiti accelerati del cuore che pareva voler uscire dal petto.

In realtà non ho un ricordo preciso di come riuscii a raggiungere l'ufficio presso il quale lavoro.

Capii quasi subito quello che mi stava succedendo: ero in preda a un attacco di panico. Per me, fino a quel momento, tutto questo era stato soltanto letteratura, oggetto di letture divulgative sull'argomento.

Ho 45 anni e lavoro in uno studio di pubblicità. Svolgo un'attività interessante e coinvolgente, anche se i lunghi orari e i ritmi serrati di lavoro sono necessariamente fonte di stress. Sono sposata da 15 anni e ho scelto di non avere figli. Da qualche anno la mia vita matrimoniale si è fatta difficile e con il passare del tempo il distacco da mio

marito sembra accentuarsi sempre più.

In realtà, a pensarci bene, avevo avuto già molti anni prima qualche avvisaglia, cui non avevano fatto seguito episodi tali da mettermi in allarme.

Dopo la morte di mia madre, avvenuta quasi vent'anni or sono, cominciai a sentirmi a disagio di notte, al buio. La perdita di mia madre aveva cambiato sensibilmente il mio approccio alla vita e nel corso degli anni seguenti avevo quasi coltivato dentro di me la desolazione causata dalla sua mancanza, il ricordo ossessionante delle dolorose circostanze della sua malattia, del mio senso d'impotenza di fronte alla sua sofferenza, degli effetti devastanti operati dal male sulla sua persona.

In quel periodo avevano fatto la loro comparsa anche vaghi pensieri di morte: non si trattava tanto di un reale desiderio di morire, quanto di un accentuato senso di inutilità della vita, della fatica di vivere che così spesso accompagnava le mie giornate. Avrei semplicemente preferito non essere nata e di tanto in tanto la notizia della scomparsa di una persona conosciuta mi provocava, anziché un senso di pena, quasi una sensazione di sollievo.

Da allora, in situazioni di stress, mi era capitato qualche volta, durante le sere d'inverno, quando viene buio molto presto, di provare all'improvviso un senso di soffocamento, mentre la luce elettrica pareva farsi più fioca e le pareti della camera in cui mi trovavo sembravano ripiegarsi piano piano su di me.

In quei casi andavo ad alzare la tapparella abbassata e uscivo sul balcone per qualche minuto, anche se era già buio, per vedere lo spazio aperto oltre la casa, per liberarmi dai fantasmi che volevano togliermi il respiro, stringermi in una gelida morsa di paura e di affanno.

Negli anni a venire mi capitò ancora di non sopportare il buio. Dormivo sempre con una piccola lampada accesa e se mi addormentavo dimenticando di accenderla oppure se veniva a mancare per qualche tempo la corrente mi svegliavo di colpo, come messa in allarme da un sensore invisibile, malgrado gli occhi chiusi e i sensi assopiti.

Il più delle volte mi precipitavo fuori dal letto, in preda alla paura e all'impulso irrefrenabile a non rimanere lì, in un bagno di sudore: andavo alla finestra e guardavo fuori, recuperando piano piano la calma necessaria per rimettermi a letto. Altre volte riuscivo a rimanere distesa, con un grande sforzo di volontà, e mi bastava visualizzare con l'immaginazione il "fuori", gli spazi aperti conosciuti, meglio ancora se amati, per sentirmi meglio.

Ma sono stati episodi sporadici, sempre superati in un lasso di tempo relativamente breve e, tutto sommato, dimenticati in fretta.

Quel mattino fu tutt'altra cosa. Arrivata in ufficio il mio primo pensiero fu quello di come fare a rimettermi in automobile per tornare a casa. Di provarci subito, neanche a pensarci: sentivo ancora l'abitacolo stringersi sempre più su di me, farsi così piccolo e soffocante da togliermi il respiro.

Anche in ufficio mi sentivo a disagio, malgrado l'ambiente di lavoro che condivido con altri colleghi sia ampio e spazioso. Lo svolgersi frenetico delle attività attorno a me mi dava fastidio: perché tutto quel correre, parlare, telefonare? Perché gli altri erano tranquilli, "normali" ed io mi sentivo morire?

Non riuscivo a lavorare; mi avvicinai più volte alla finestra per guardare fuori, ma il cielo plumbeo e il grigiore che parevano avvolgere tutto il mio campo visivo non davano certo sollievo alla mia angoscia.

Feci un paio di telefonate per cercare aiuto. Mi venne segnalato da un'amica il "Centro Depressione, Ansia e Attacchi di Panico". Pensai che il nome prometteva bene: se non avessi trovato qui un rimedio al mio malessere nessun altro avrebbe potuto aiutarmi.

Mi rispose al telefono una voce cortese, che non mi fece sentire a disagio per le mie parole che sentivo uscire alterate e affannate. Dopo qualche minuto avevo già un appuntamento per il giorno dopo. Se avessi voluto sarei stata ricevuta già quella sera stessa, nel tardo pomeriggio, ma il mio pensiero fisso era quello di tornare a casa prima che facesse buio: il tragitto in auto, il traffico e soprattutto il buio della sera mi terrorizzavano.

Dopo qualche esitazione mi recai in una farmacia. Chiesi una confezione di ansiolitici, ma ero sprovvista di ricetta medica e le tre dottoresse in camice bianco non sembravano disposte a concedermelo, schierate dietro la barriera del lungo bancone.

Per fortuna in quel momento non vi erano altri clienti nella farmacia. Spiegai che avevo avuto un attacco di panico, che abitavo fuori città e senza un aiuto farmacologico non ce l'avrei fatta a tornare a casa da sola. Specificai anche che avevo già fissato un appuntamento con uno specialista per il giorno seguente e che sarei tornata con una ricetta medica: magari non lo stesso farmaco, ma certamente qualcosa del genere mi sarebbe stato sicuramente prescritto.

Si consultarono con lo sguardo e infine mi concedettero la scatoletta di compresse. In quel momento mi sentii come un tossico che pretende una dose da iniettarsi e questo

non fece che aumentare il mio disagio.

Rientrai in ufficio ancora più avvilita e angosciata e inghiottii una compressa senz'acqua, quasi di nascosto anche verso me stessa, pervasa da un sentimento di angoscia e da un vago senso di colpa.

Ma perché sentirmi in colpa? Stavo male, ma i mali dell'anima sono sempre così poco condivisibili, così poco compresi che si finisce per rinchiudersi sempre più in se stessi, in una spirale di disagio e di dolore che non concede tregua. Ma se ci si isola in questi casi è anche per non essere oggetto di curiosità, di commiserazione, di sguardi indagatori e perplessi come quelli delle tre farmaciste.

Dopo un po' cominciai a sentirmi meglio. Volevo a tutti i costi dimostrare a me stessa che tutto andava bene: arrivai persino a pensare che forse ero stata troppo frettolosa nel fissare l'appuntamento con il medico per il giorno dopo.

Cercai di lavorare un po', con risultati assai sconfortanti, i miei sforzi erano volti soprattutto a non lasciar trapelare il tumulto di emozioni, paura, affanno e angoscia che si agitavano in me.

Solo verso la metà del pomeriggio, con l'imminenza del buio della breve giornata d'autunno avanzato, mi risolsi a tornare a casa, ad affrontare il breve viaggio di ritorno in auto tanto temuto.

Il giorno dopo, l'appuntamento. Il forte senso di disagio che mi accompagnava si dissolse nel corso della seduta. Parlavo liberamente e qualcuno mi stava ad ascoltare, mi capiva, mi faceva domande per capire meglio lo stato delle cose.

Ebbi una risposta a tutte le mie domande. Ricordo di aver esordito dicendo: "Credo di avere avuto un attacco di panico, e mi è bastato. Vorrei fare in modo che non si ripeta". Ebbi la conferma che si trattava proprio di un attacco di panico ed inoltre mi fu riscontrato un tono dell'umore piuttosto basso: un altro modo per dire che ero affetta da una forma depressiva.

Mi fu spiegato qual era il mio stato di salute e mi vennero date tutte le informazioni sulle possibilità di cura e sui loro possibili esiti.

Malgrado la diagnosi non proprio rassicurante, uscii dallo studio medico sollevata: mi sarei curata, era possibile farlo, e dunque sarebbe stato possibile uscire dalla spirale di sofferenza in cui mi trovavo avvolta. Ora sapevo di poter essere aiutata.

Iniziai una cura farmacologica a base di antidepressivi e ansiolitici, in dosaggi piuttosto contenuti. Presi in esame l'idea di intraprendere una terapia analitica, come mi era stato

prospettato nell'ambito delle possibilità terapeutiche, ma forti resistenze mi bloccavano in questo senso. Desideravo e temevo nello stesso tempo di andare fino in fondo a me stessa.

Per qualche mese rispettavi la cadenza mensile degli appuntamenti, come mi era stato consigliato, per verificare gli effetti della cura e per apportarvi gli eventuali cambiamenti. Riscontrai un consistente miglioramento del mio stato di salute già dopo 15-20 giorni di terapia farmacologica.

Stavo meglio, il tono dell'umore migliorava, anche se a fasi alterne. Tuttavia sentivo dentro di me qualcosa di inconcluso, o meglio qualcosa che "spingeva" e che non trovava la strada per affiorare. Inoltre non erano del tutto scomparsi quei vaghi pensieri di morte che di tanto in tanto facevano ancora la loro comparsa, come già mi era capitato in passato, specie nei momenti più difficili.

Gli incontri mensili con il terapeuta erano per me boccate d'ossigeno, poiché in quelle occasioni potevo parlare a ruota libera di quanto si agitava in me, mi veniva dato ascolto, le mie domande ricevevano una risposta: mi pareva ogni volta di uscire un po' più rafforzata.

Poi, in primavera, ebbi un crollo, determinato dal peggioramento delle condizioni di vita nel mio ambito familiare. Lo specialista mi prospettò l'idea di una terapia analitica, con sedute a cadenza settimanale. In realtà sapevo fin dall'inizio che solo questa sarebbe stata la strada giusta per me, tuttavia opposi ancora delle resistenze che il mio interlocutore ridimensionò con una certa facilità.

Temevo soprattutto l'idea di intraprendere un lungo percorso di cui non riuscivo a vedere la fine: sai quando cominci ma non sai quando finisci, mi dicevo. Ma anche a questo problema mi fu data una soluzione. Era la fine di marzo, o forse i primi di aprile, e concordai di "provare" per quattro mesi, fino alle vacanze estive. Poi avrei deciso se proseguire o interrompere.

All'inizio di settembre non mi posi neppure il problema: fu del tutto naturale telefonare al Centro per riprendere le sedute.

Ora, dopo oltre un anno di terapia, il mio atteggiamento nei confronti della vita è del tutto cambiato e sento in me una determinazione prima sconosciuta nell'affrontare la vita e i miei problemi quotidiani.

Ho acquisito una maggiore consapevolezza di me stessa, delle mie risorse interiori e intellettive, troppo spesso dimenticate o sottovalutate in primo luogo proprio da me, col

risultato di una maggiore sicurezza e fiducia in me stessa. Ho anche imparato ad allontanarmi dai legami che mi costringevano ad una vita ripiegata su me stessa e, guarda caso, che mi davano un senso di soffocamento interiore. Adesso mi occupo anche del mio aspetto fisico, del mio modo di pormi agli altri e della possibilità di ampliare la cerchia delle mie relazioni interpersonali.

I miei problemi in famiglia non sono ancora del tutto risolti, ma ho preso coscienza del meccanismo perverso che mi ha condotta a fare, in passato, delle scelte che ora mi appaiono troppo "soffocanti".

I miei impulsi verso la libertà si sono esplicitati in maniera concreta: ho iniziato a ridurre i castighi che mi sono autoimposta in questi anni, mi sono concessa spazi personali del tutto impensati prima. Ho cominciato a liberarmi da quelle catene con cui io stessa mi ero strettamente legata. E la produzione industriale di sensi di colpa che ha sempre condizionato le mie scelte è venuta piano piano calando.

Dicevo sempre che se avessi potuto vendere i sensi di colpa che producevo sarei diventata enormemente ricca. Ora non è più così: non mi garantirebbero nemmeno una rendita sufficiente a sopravvivere!

La storia di Carlo

Carlo è un giovane di 20 anni. E' originario di un piccolo paese della Puglia, vive a Torino assieme ad un coetaneo e frequenta il secondo anno del Politecnico. Il suo trasferimento al Nord risale all'anno precedente ed è stato motivato dalla frequenza universitaria. Conseguito il diploma di maturità classica, la scelta del corso di laurea da intraprendere ha comportato alcune tensioni. Durante gli studi della scuola media secondaria Carlo aveva sviluppato un'attitudine per le materie di tipo umanistico ed era orientato a frequentare il corso di laurea in Lettere Moderne. La madre, insegnante di scuola elementare, pur con riserve relative alla difficoltà d'inserimento nell'ambito dell'insegnamento, non ha contrastato la sua scelta. Il padre invece, geometra presso il loro Comune di residenza, ha assunto un atteggiamento nettamente contrario. A suo avviso la scelta universitaria doveva essere fatta prevalentemente sulla base delle richieste del mondo del lavoro e quindi ha caldeggiato l'iscrizione ad un corso di laurea di tipo scientifico. Riteneva inoltre che la laurea in ingegneria offrisse maggiori garanzie per il futuro lavorativo e, da informazioni assunte, ha ricevuto ottime referenze sul Politecnico di Torino. Carlo ha tentato di contrastare tale indicazione, ha ricevuto un appoggio tiepido dalla madre e alla fine, anche per la scelta analoga da parte di un coetaneo del suo stesso paese, ha ceduto all'imposizione paterna.

I primi periodi di adattamento alla città, alla convivenza e al mondo universitario hanno comportato uno stato di disagio interno e di scarso rendimento negli studi.

Dopo circa tre mesi Carlo inizia a stare male: una notte si sveglia di soprassalto in preda ad una crisi durante la quale ha l'impressione di non riuscire più a respirare. La crisi si presenta anche nelle notti successive e finisce per determinare uno stato d'insonnia. Va a letto con il terrore del suo ripetersi, cerca di resistere al sonno, crolla dalla stanchezza, ma viene risvegliato dalla sensazione di soffocamento. Il tutto si protrae per circa due settimane e alla fine comunica la cosa ai genitori.

Approfittando dell'imminenza del periodo natalizio, torna in Puglia dove viene visitato dal medico che lo conosce da quando era bambino. Viene diagnosticato un problema di disadattamento alla nuova realtà che ha dovuto affrontare e viene prescritta una terapia con ricostituenti per favorire la ripresa fisica, dal momento che vi è stata una perdita di peso significativa. La permanenza a casa determina il miglioramento delle condizioni fisiche, ma non di quelle psichiche, che sembrano peggiorare. Si manifestano, anzi,

sintomi che spaventano Carlo ancora di più di quelli precedenti: viene assalito dalla paura di fare del male ai familiari e di ferirli con un coltello. E' una fantasia che riconosce come assolutamente estranea e che rifiuta con tutto se stesso, ma che si presenta con grande forza. Non ne parla con nessuno, teme per il suo equilibrio psichico, comincia ad evitare di entrare in cucina per il timore di perdere il controllo e di usare i coltelli per mettere in atto le fantasie, rivolte principalmente contro i genitori. Il trascorrere del tempo non determina un miglioramento dei sintomi che anzi tendono ad acquisire maggiore forza. Carlo si chiude progressivamente in sè, teme di esser sul punto di perdere completamente il controllo. Preso dalla disperazione, confida il disturbo al suo medico che coinvolge i familiari e richiede una consulenza psichiatrica. La diagnosi è rassicurante: tutti i disturbi, quelli notturni dei mesi scorsi e quelli attuali, rientrano nella categoria del Disturbo da Attacchi di Panico. Tale disturbo comporta spesso la paura di perdere il controllo dei propri comportamenti, ma questo, a differenza di altri tipi di disturbi psichici, non si verifica. Viene quindi rassicurato sul fatto che non corre il rischio di ferire i genitori, che le sue fantasie sono inquadrabili in un disturbo noto e curabile e gli viene prescritta una terapia farmacologica. La diagnosi e la prognosi dello psichiatra vengono confermate, nelle settimane successive, dal fatto che la cura mostra la sua efficacia e le paure riducono la loro forza fino a scomparire.

Dopo circa due mesi Carlo torna a Torino per riprendere il suo percorso universitario, prosegue la cura ancora per qualche mese e poi la sospende definitivamente. Il recupero appare discreto, riesce a superare tre esami e trascorre un buon periodo estivo.

Alla ripresa autunnale dei corsi i disturbi si ripresentano. Iniziano con le crisi notturne, ben presto ricompaiono le paure di perdere il controllo delle proprie azioni, di fare del male agli altri ferendoli con un coltello e compare anche la paura di fare del male a se stesso. Contatta telefonicamente lo psichiatra che lo aveva curato in precedenza e riceve la prescrizione di riprendere la terapia di qualche mese prima. Riceve, inoltre, l'indicazione di consultare uno psicoterapeuta e di farsi supportare dal punto di vista psicologico. Carlo inizia quindi la psicoterapia e il quadro complessivo che emerge è il seguente. Il problema principale risulta essere il rapporto con la figura paterna. E' un uomo che descrive come volitivo, convinto delle proprie idee che tende ad imporre in modo autoritario a moglie e figli. I suoi genitori, di origine contadina e dediti all'agricoltura e alla pastorizia, gli avevano imposto l'interruzione degli studi dopo il conseguimento della licenza media, avviandolo al lavoro dei campi e alla cura degli

animali. E' molto fiero del diploma di geometra conseguito frequentando le scuole serali nella tarda giovinezza e lo vive come l'emancipazione dal mondo contadino cui era stato indirizzato.

Nei confronti del figlio commette però lo stesso errore dei suoi genitori: gli impone cioè la propria volontà, senza tenere conto dei suoi desideri e delle sue inclinazioni. Carlo, dopo qualche resistenza, subisce l'imposizione e non riesce a contrastare il modello di successo e di riuscita sociale su cui si fondano le convinzioni paterne. Questo, però, comporta la rinuncia a quella parte della sua personalità che vive come arido il mondo dei numeri e della matematica e che è più incline a quello delle emozioni e dei sentimenti. Inizia quindi, suo malgrado, a frequentare un corso di studi che lo porterà lontano dalle sue aspirazioni e comporterà una collocazione nel mondo non adeguata alle sue esigenze. La conseguenza è che si vengono a creare una dissonanza e un conflitto interni: da un lato inizia il percorso che gli è stato imposto, dall'altro la sua parte negata si ribella e manifesta il suo dissenso attraverso i sintomi. L'aggressività non emersa nella coscienza per contrastare la volontà paterna si esprime dall'inconscio producendo fantasie di aggressione fisica nei confronti dei genitori e di se stesso. Ad un esame superficiale, Carlo sembra avere semplicemente un problema di adattamento alla grande città e al nuovo stile di vita. Una tale interpretazione è però parziale e comporta un intervento esclusivamente con farmaci allo scopo di eliminare i disturbi, lasciando invariato tutto il resto. La cura ha mostrato una buona capacità di riduzione e di risoluzione dei sintomi, che sono tuttavia ricomparsi poco tempo dopo la sua sospensione. E' invece necessario che Carlo prenda atto del significato profondo che i sintomi esprimono. Essi indicano che la strada intrapresa non è percorribile, che comporta un sacrificio di parti di sé troppo grandi e che il prezzo da pagare è troppo alto. Carlo deve prendere coscienza della sua aggressività che, se rimane inconscia, corre il rischio di produrre fantasie distruttive. E' necessario invece riuscire ad indirizzarla in modo costruttivo, avviando un dialogo con i genitori in cui sia presente un maggiore rispetto delle sue aspirazioni e delle sue esigenze. Anche i genitori, il padre in particolare, devono prendere atto del significato profondo dei sintomi del figlio ed è probabile che in questo debbano ricorrere ad un aiuto esterno. E' comunque certo che solo attraverso la comprensione del senso del malessere sarà possibile mettere in atto la correzione di scelte che, se non modificate, corrono il rischio di determinare in futuro seri problemi nella sua vita.

La storia di Luisa

La storia di Luisa è esemplare di un Disturbo da Attacchi di Panico che, pur non essendo grave nella gerarchia dei disturbi psichiatrici, peggiora notevolmente la qualità della vita di chi ne soffre e può comportare delle limitazioni significative.

La strategia terapeutica è consistita inizialmente nell'uso dei farmaci e successivamente in un'indicazione psicoterapeutica.

Luisa è una ragazza di 23 anni, studentessa universitaria dell'ultimo anno del corso di laurea in fisica. Le mancano solo due esami e la tesi per completare il suo percorso, ma da circa un anno non riesce più a concentrarsi nello studio, non ha più sostenuto alcun esame e non riesce ad occuparsi della raccolta del materiale necessario alla compilazione della tesi di laurea, di cui ha già scelto argomento e relatore.

Viene la prima volta al Centro accompagnata dai genitori. Il padre è un ingegnere elettronico e gestisce in proprio una società che si occupa di programmazione di reti di computer per grandi aziende.

La madre insegna matematica alle scuole medie. Non ha fratelli né sorelle.

Durante il nostro primo incontro Luisa descrive la sua sintomatologia. Dice di avere avvertito i primi disturbi subito dopo il conseguimento della maturità scientifica. Concluso il liceo con il massimo dei voti, a coronamento di una brillante carriera scolastica, si era concessa una vacanza premio con due amiche al mare, in Calabria. Dovevano raggiungere altri amici, partiti qualche giorno prima, per trascorrere insieme tre settimane in campeggio.

Durante quel periodo Luisa prova uno strano stato di malessere. Un pomeriggio, in modo improvviso e non imputabile ad alcun evento particolare, avverte l'improvvisa accelerazione dei battiti cardiaci ed uno strano calore che parte dallo stomaco e s'irradia verso l'alto, provocandole un senso di soffocamento. Il tutto avviene in modo repentino, mentre sta tornando dalla spiaggia al campeggio. In quella circostanza sente il pericolo di perdere i sensi e viene soccorsa da una delle due amiche.

Il medico del campeggio la visita, non riscontra alcuna patologia fisica e fa diagnosi di un eccesso di esposizione al sole.

Per i due o tre giorni successivi avverte un senso di stanchezza, di stordimento e soprattutto di paura che l'episodio possa ripresentarsi. Poi, poco per volta, si riprende e prosegue il periodo di vacanza. Al ritorno a Torino, si sottopone ad una serie di esami

ematici di routine, che non evidenziano dati patologici. Rassicurata da ciò, dimentica il tutto.

S'iscrive quindi al primo anno di fisica e inizia la sua carriera universitaria riportando anche in questo ambito, durante il primo anno, i successi della scuola media superiore.

Durante il periodo natalizio dell'anno successivo, al termine di una giornata trascorsa sulle piste da sci, avverte nuovamente quello strano senso di calore nella zona dello stomaco, il senso di soffocamento e l'improvviso aumento dei battiti cardiaci. Si tratta dello stesso tipo di sintomi del primo episodio, ma questa volta sono più intensi ed accompagnati da un'ansia molto più forte e da una sensazione di morte imminente.

Il tutto ha una durata di pochi minuti, senza perdita di sensi, anche se questa è la sensazione. Viene comunque accompagnata al Pronto Soccorso, le vengono fatti gli esami di controllo ematici e l'elettrocardiogramma con risultati negativi. Viene diagnosticata una crisi ipotensiva e le vengono date indicazioni di effettuare, al suo ritorno a Torino, le prove di carico glicemico, in quanto all'origine di tutto era ipotizzabile un problema legato al livello della glicemia nel sangue. L'esame darà esito negativo.

Anche questo episodio viene presto dimenticato e Luisa torna alla sua attività di studentessa. Parallelamente agli studi inizia a frequentare una scuola di danza e un corso serale di pittura su ceramica: fin da piccola le piaceva molto ballare e disegnare, ma non aveva mai potuto dedicare molto tempo a queste attività.

Le cose precipitano a metà del terzo anno di università. Si sono da poco conclusi gli esami della sessione primaverile relativi al primo semestre, superati con la solita media altissima, quando, ancora una volta in modo assolutamente inatteso, mentre passeggia con un'amica in un parco cittadino, inizia ad avvertire un senso di vertigine che si accentua progressivamente fino a costringerla a sedersi su una panchina. Poco dopo inizia ad avvertire tremori, prima alle mani e poi estesi a tutto il corpo, un senso di freddo ai piedi e alle gambe, l'accelerazione dei battiti cardiaci. Di nuovo, poi, quella strana sensazione di calore nella zona dello stomaco, il senso di soffocamento e la sensazione di morte imminente.

L'amica, spaventata nel vederla così sofferente, cerea in viso e tremante, l'accompagna al Pronto Soccorso. Gli esami del sangue e l'elettrocardiogramma risultano di nuovo negativi. Da una rapida raccolta dei dati anamnestici emerge che la madre aveva sofferto, in gioventù, di crisi di allergia al polline. Anche Luisa, da bambina, aveva

manifestato problemi di tipo analogo, anche se di modesta entità. Viene quindi avanzata l'ipotesi diagnostica di una crisi allergica e viene data indicazione di approfondire questo aspetto attraverso le prove allergometriche.

Viene dimessa dopo somministrazione di alcune gocce di un ansiolitico e le viene detto di rivolgersi al suo medico di base.

L'allergologo consultato, dopo la visita e gli esami praticati, esclude la presenza di problemi allergici.

Nelle settimane successive Luisa non presenta alcuna crisi simile alle precedenti, ma persistono fastidiose vertigini che riducono notevolmente la sua possibilità di movimento.

Viene pertanto consultato un otorinolaringoiatra che la visita e le indica alcuni esami specialistici, alla ricerca delle cause delle vertigini. Anche questi danno esito negativo.

Il medico di base avanza allora l'ipotesi che, all'origine di tutto, vi sia uno stato ansioso e le prescrive ricostituenti e ansiolitici che assumerà per qualche mese.

Nel giro di circa dieci giorni i sintomi regrediscono.

Le crisi precedenti lasciano però dei segni: ha difficoltà ad attraversare le piazze o a stare da sola in spazi vuoti. In tali circostanze avverte una sorta di irrequietezza, che si trasforma in ansia se non fugge da quella situazione. Ciò si verifica, comunque, esclusivamente se è sola. In compagnia di qualcuno, amici o familiari, quelle situazioni non le creano alcun problema. Si tratta comunque di una limitazione cui si adatta senza particolari difficoltà.

Luisa riprende normalmente le sue attività: lo studio, la danza, la pittura. Soprattutto gli esami universitari procedono molto bene e si distingue rispetto ai compagni di corso.

Ormai prossima a sostenere il penultimo esame, mentre è al cinema con il suo ragazzo, ancora una volta in modo inatteso e imprevedibile, una nuova crisi, che lei descrive come la più violenta di tutte: tachicardia, difficoltà respiratorie, senso di soffocamento, il senso di calore allo stomaco, l'impulso irrefrenabile a uscire dalla sala di proiezione. Avverte in modo più intenso rispetto alle crisi precedenti il senso di morte imminente. Appena fuori dal cinema, le gambe le cedono e cade a terra, un'autoambulanza la porta al Pronto Soccorso. Soliti esami e solito risultato: non viene riscontrata alcuna patologia organica. Viene dimessa con diagnosi di crisi acuta d'ansia e le viene data indicazione di consulenza psichiatrica.

Questa non verrà comunque effettuata per circa un anno, trascorso alla ricerca di una

cura naturale a base di prodotti prima erboristici e poi omeopatici.

Nessuno dei rimedi messi in atto si mostra efficace, se non transitoriamente.

L'ultima crisi ha lasciato delle conseguenze serie: adesso non riesce ad attraversare spazi aperti neanche in compagnia e si è aggiunta un'altra pesante limitazione, quella degli spazi chiusi.

Non solo i cinema, ma in generale i luoghi chiusi e affollati quali negozi, supermercati, ristoranti, vengono accuratamente evitati, nel timore che possa nuovamente presentarsi una crisi.

Luisa mette in atto comportamenti di evitamento che limitano sempre di più la propria autonomia e possibilità di movimento. Interrompe la frequenza dell'università, non riesce più a guidare l'automobile, non esce più con le amiche e interrompe la relazione con il ragazzo. Poco per volta cominciano a rendersi manifesti i sintomi della serie depressiva: senso di spossatezza, frequenti crisi di pianto, risveglio mattutino precoce e angosciante, senso di inutilità e, soprattutto, un netto calo dell'attenzione, della concentrazione e della memoria che le impedisce lo studio e la preparazione degli esami.

Da circa sei mesi si sono inoltre presentati sintomi nuovi e particolarmente dolorosi: è molto forte la paura che prova nei confronti degli oggetti appuntiti, particolarmente i coltelli, perché teme di perdere il controllo, di ferirsi o di colpire i genitori.

Dopo circa sette mesi di malessere profondo viene anche tentata la via psicologica: tramite il medico di base, i familiari si rivolgono ad una psicoterapeuta, con la quale Luisa effettua delle sedute settimanali per circa due mesi. Le interrompe perché recarsi presso lo studio della psicoterapeuta le impone uno sforzo enorme e anche perché la cura non le porta giovamenti apprezzabili.

Devono però trascorrere ancora cinque mesi prima di venire a consulto presso il Centro. Entrambi i genitori intervengono poco durante il suo racconto, se non per fare alcune precisazioni circa le date del susseguirsi degli eventi. Confermano lo stato di prostrazione nel quale la figlia è sprofondata, del resto evidente, così come evidenti sono anche la loro sofferenza e il vissuto d'impotenza.

L'ultimo anno è stato molto pesante per tutti e tre e, ciò che è peggio, la speranza di uscire da quella situazione si è progressivamente ridotta.

Inizio il mio intervento dicendo che la diagnosi è chiara e non lascia alcun margine di dubbio: si tratta di un Disturbo da Attacchi di Panico per la cui cura siamo in possesso

di strumenti efficaci.

Il problema è consistito nel fatto che tale diagnosi, in passato, non era stata fatta (anche perché è la prima volta che viene consultato uno specialista): sono state poste altre ipotesi diagnostiche e, di conseguenza, non è stata impostata una corretta strategia terapeutica.

Faccio la precedente affermazione categorica perché dare un nome preciso ad uno stato di malessere, poterlo collocare in una categoria nota, riduce il senso di mistero e di impotenza in cui si trova chi soffre e accende qualche barlume di speranza e di fiducia.

Affermo, inoltre, che possiamo ragionevolmente pensare di ottenere un parziale miglioramento dei sintomi già entro quattro/sei settimane dall'inizio della cura ed è quello che andremo insieme a verificare.

Dal punto di vista farmacologico, faccio la prescrizione di un ansiolitico a basso dosaggio e di un antidepressivo del gruppo SSRI. Per quanto riguarda quest'ultimo, fornisco l'indicazione di assumerne una dose molto bassa per i primi sei giorni e il minimo della dose terapeutica dal settimo giorno in avanti.

Spiego che la sottodose iniziale serve per il progressivo riconoscimento del farmaco da parte dell'organismo, onde favorire un adattamento graduale e per ridurre gli eventuali fenomeni collaterali. Sottolineo comunque che, anche se compaiono, sono transitori e durano non più di dieci giorni.

Spiego che il meccanismo di azione dell'SSRI prescritto consiste nel determinare l'aumento della quantità di serotonina a livello delle cellule nervose e a ciò corrisponderà un miglioramento della sintomatologia depressiva e degli attacchi di panico.

Dal momento però che noi abbiamo circa 100 miliardi di cellule nervose, non dobbiamo aspettarci alcun tipo di risposta per almeno due settimane.

La valutazione dell'efficacia della terapia deve essere effettuata dopo circa un mese dall'inizio dell'assunzione. Preciso che, sulla base della mia esperienza clinica, dopo 4-6 settimane mi aspetto un miglioramento di un 15-20%, comunque da Luisa chiaramente percepibile.

Un risultato inferiore non è da ritenere soddisfacente.

Per quanto riguarda il discorso generale di come affrontare il disturbo di cui Luisa soffre, preciso che lo strumento farmacologico è solo uno degli strumenti che è necessario mettere in campo, anche se per il momento è il principale.

Sottolineo che i farmaci determineranno il miglioramento dei sintomi attraverso un meccanismo puramente biochimico, attraverso cioè l'aumento della serotonina cerebrale. Per farmi capire meglio, uso la metafora del mal di denti e dell'antidolorifico: è vero che quest'ultimo riduce il dolore, ma è altrettanto vero che non agisce sulle cause che lo hanno determinato. Allo stesso modo l'antidepressivo agirà sui sintomi della depressione, ma nulla potrà sulle cause.

La strategia di intervento, finalizzata non solo alla risoluzione dell'episodio acuto, ma anche a ridurre il pericolo di recidive per il futuro, deve anche prevedere la messa in atto di strumenti il cui scopo è di rimuovere le cause che stanno all'origine dell'attuale disturbo.

Faccio quindi un breve riferimento alla psicoterapia. Luisa mi aveva detto di avere tentato anche questa strada e di averla abbandonata dopo circa due mesi.

Affermo che, a mio avviso, l'errore era stato quello di utilizzare lo strumento psicologico fuori tempo. Quando i sintomi sono così accentuati, quando cioè è in atto una fase acuta, è urgente un intervento che li riduca nel più breve tempo possibile e l'unico strumento in grado di fare ciò è lo strumento farmacologico, fermo restando che "il più breve tempo possibile" equivale a settimane.

La psicoterapia non può portare a questo risultato perché non è uno strumento ad "azione rapida"; necessita, inoltre, della collaborazione attiva del paziente, che nella fase acuta è totalmente preda della violenza dei disturbi.

Iniziare un lavoro psicologico nella fase acuta comporta il rischio di caricare il lavoro psicoterapeutico di aspettative impossibili (rapido miglioramento dei sintomi), tanto da andare incontro a delusione e determinare l'abbandono di uno strumento che, se usato nei tempi giusti, si rivela molto efficace.

In definitiva, la strategia terapeutica che propongo a Luisa e ai familiari è la seguente: inizialmente una terapia farmacologica, a basso dosaggio, con lo scopo di ridurre i sintomi nel giro di qualche settimana. Quando il miglioramento sarà chiaramente percepito a livello soggettivo propongo di prendere in considerazione lo strumento psicologico, con lo scopo di individuare le cause che hanno determinato l'insorgenza dei disturbi fin dall'età di 19 anni.

Concludo il mio intervento dando loro la disponibilità telefonica per l'eventuale insorgenza di problemi nell'assunzione dei farmaci e fissiamo il successivo appuntamento a distanza di circa un mese.

Dopo cinque settimane, come succede in circa il 90% dei casi, Luisa sta meglio e i familiari sono più sollevati. Dice di avere avvertito già dopo pochi giorni il miglioramento dell'ansia, dovuto in parte all'ansiolitico, il cui effetto è veloce, e in parte al fatto che si è sentita rassicurata dalle mie affermazioni.

Dopo due settimane ha iniziato ad avvertire miglioramenti dei sintomi depressivi: non sono più presenti le crisi di pianto, il ritmo veglia-sonno è più regolare, la spossatezza si è ridotta. Le sembra anche che sia un po' migliorata la capacità di attenzione e di concentrazione, anche se non ha ripreso a studiare. Ha però iniziato a leggere un romanzo.

La paura degli oggetti appuntiti è completamente scomparsa.

La settimana prima ha ripreso ad uscire, accompagnata dalla madre: è andata discretamente.

Chiedo a lei e ai familiari una loro valutazione della percentuale di miglioramento ottenuta dall'inizio della terapia e la loro valutazione, che mi trova d'accordo, è intorno al 20%.

Il valore non è molto alto ma, dopo solo un mese di terapia, è da ritenersi soddisfacente sia perché si è ridotto il livello di sofferenza soggettiva sia perché si sono riaccesi quegli elementi di speranza che sembravano non essere presenti dopo mesi di sofferenza.

Fornisco quindi l'indicazione di portare l'SSRI a dose piena per le successive otto settimane, fino al nostro prossimo incontro.

Riprendiamo il discorso della psicoterapia. E' d'accordo sul fatto che quella precedente sia iniziata in un periodo poco favorevole, ma non si sente ancora di prendere un impegno fisso di quel tipo.

Le dico che, non trattandosi di un intervento d'urgenza, è meglio attendere che si senta pronta. Intanto consiglio a lei e ai familiari la lettura di alcuni libri che spiegano cosa è la psicoterapia di tipo psicodinamico (questa sarà la mia indicazione nel caso di Luisa) e quali sono i percorsi che essa propone. Ritengo infatti che, sia per l'intervento con i farmaci sia per quello psicologico, tanto maggiore è il numero delle informazioni di cui si è in possesso, tanto più ci si avvicina alla cura nel modo corretto, aumentandone l'efficacia.

L'incontro successivo avviene dopo circa due mesi.

Le cose vanno decisamente meglio. I sintomi sono quasi del tutto scomparsi. Persiste

sporadicamente una lieve tachicardia, di breve durata e comunque tollerabile.

Il suo livello di autonomia è decisamente buono, specie nell'ultimo mese. Ha ripreso a guidare l'auto, a frequentare le lezioni e anche a studiare. Progetta di sostenere gli ultimi due esami nella successiva sessione. Ha anche raccolto materiale per la tesi di laurea e ne ha già scritti i primi due capitoli. La settimana successiva ha l'appuntamento con il relatore per discuterne.

Dal punto di vista farmacologico, le fornisco l'indicazione di ridurre la quantità di SSRI da quella attuale a una dose media per quattro settimane, per poi passare alla dose minima ancora per un mese.

Accade quasi sempre, quando si danno indicazioni di riduzione della terapia, premessa della loro sospensione, di trovarsi di fronte a qualche titubanza da parte del paziente. E' come se scattasse un ragionamento del tipo: "Prima stavo molto male. Ho preso i farmaci e sono stato prima meglio e poi bene. Adesso che devo sospenderli, ho paura di stare di nuovo male".

Anche in Luisa è presente questo tipo di preoccupazione. La rassicuro dicendo che si tratta di una riduzione lenta e graduale, comunque sotto controllo. Le garantisco che non è assolutamente vero che ad una riduzione della terapia debba corrispondere una ripresa dei disturbi. Siccome è stata così male, capisco che sia presente la paura, ma lei stessa avrà modo di verificare che la riduzione non provocherà alcuna conseguenza. Restiamo comunque intesi che mi contatti nel caso dovessero insorgere problemi di qualsiasi tipo. Dice di avere letto i libri che le ho consigliato, di essere disponibile a iniziare un lavoro di tipo psicologico e chiede di segnalarle il nominativo di una psicoterapeuta del Centro (preferisce una donna).

L'incontro successivo avviene a distanza di circa due mesi (cinque dall'inizio del trattamento). Come le avevo preannunciato, la riduzione della terapia è avvenuta senza alcuna conseguenza. Ha ormai ripreso normalmente tutte le sue precedenti attività, ha da poco sostenuto uno dei due esami che le restavano e l'ultimo è in programma per il mese successivo. Il lavoro della tesi procede e ne è soddisfatta.

Le indicazioni farmacologiche sono di passare dall'attuale dose minima a una dose di mantenimento ancora per due mesi. Questa volta Luisa accoglie le indicazioni un po' meno timorosa.

Mi dice di avere iniziato la psicoterapia con una frequenza settimanale: viene volentieri e si trova bene, a livello personale, con la dottoressa. Nei sette incontri avuti non sono

emerse cose sconvolgenti e questo la rassicura perché temeva di trovare dentro di sé chissà quali terribili mostri. Complessivamente le sembra un lavoro con buone prospettive. Ci diamo appuntamento a distanza di altri due mesi circa.

L'ultimo incontro con Luisa avviene dopo circa sette mesi e mezzo dall'inizio dell'assunzione dei farmaci. Negli ultimi mesi ne assume solo una dose di mantenimento e dice che le è anche capitato, in qualche occasione, di dimenticarsene.

Le rispondo che ciò non è successo nei primi mesi di terapia perché i sintomi erano presenti e non era ancora sicura di potersi riprendere. Tutto sommato quindi le saltuarie dimenticanze sono un buon segno e incoraggiano al passaggio successivo, cioè la sospensione totale della terapia assunta.

Le indico quindi la scaletta da seguire per raggiungere tale scopo.

Intanto prosegue il lavoro di ricerca psicologica e, durante le sedute fatte nelle ultime settimane, sono emerse delle tematiche sicuramente da approfondire, che le sembrano molto importanti. Se fossero confermate dal lavoro successivo, darebbero un senso alle sue crisi, fino a quel momento assolutamente inspiegabili e prive di significato.

Ne fa un breve cenno.

Il nodo centrale sembra essere quello della scelta della facoltà universitaria e di conseguenza dell'impostazione della sua vita in generale. Non si era resa conto, all'epoca, che non si era trattata di una scelta autentica, ma era stata fatta più per gratificare i suoi genitori, un ingegnere e una matematica, che per un suo reale interesse. Di fatto, alle scuole medie superiori, eccelleva in tutte le materie, sia letterarie sia scientifiche, ma da sempre era più interessata alle prime. Non si era però concessa di scegliere un corso di laurea di tipo letterario per non mettersi in posizione di scontro con i genitori. Già al primo anno di fisica si era resa conto di non avere centrato la scelta della facoltà. Le sue capacità intellettive le hanno consentito di raggiungere ottimi risultati a discapito, però, di scelte più rispondenti ai suoi desideri e ai suoi bisogni. Le emozioni negate e represses hanno determinato, negli anni, una sorta di accumulo, fino a diventare una miscela esplosiva e manifestarsi per via sintomatologica attraverso le crisi.

Luisa sente come vero questo tipo di lettura, che le consente di dare un senso a ciò che, all'inizio, appariva come inspiegabile e insensato.

Sappiamo che dalla comprensione di quello che succede non solo fuori, ma anche dentro di noi, deriva la riduzione della paura, la maturazione e l'ampliamento della

personalità.

Penso che Luisa sia sulla buona strada nel suo lavoro di ricerca psicologica. E' probabile che nei prossimi mesi di lavoro psicoterapeutico scoprirà che il tradimento da parte della sua componente razionale nei confronti di quella emotiva abbia riguardato non solo la scelta universitaria, ma anche altri settori importanti della sua vita.

Se così fosse, il riavvicinamento a tali componenti emotive le consentirà di raggiungere un livello di maggiore integrazione della personalità, di vivere in una condizione di equilibrio personale e la preserverà dal ripetersi delle crisi di cui ha sofferto.

La storia di Laura

Laura è una donna di 42 anni, sposata, senza figli, che chiede una consulenza a causa della presenza di sintomi della serie ansiosa. L'esordio dei disturbi risale a circa due anni prima, improvviso e drammatico: alla guida della sua vettura, al ritorno a casa dal lavoro, ha cominciato ad accusare improvvisa tachicardia, nodo in gola, senso di soffocamento, formicolio al braccio sinistro, sdoppiamento delle immagini visive, sudorazione profusa, sensazione di svenimento. E' riuscita ad accostare l'auto, ha chiesto aiuto ed è stata accompagnata al Pronto Soccorso dove i controlli eseguiti hanno escluso la presenza di un disturbo organico. E' stata quindi dimessa con diagnosi di Attacco di Panico e l'indicazione terapeutica di un ansiolitico da assumere per due settimane. Il suo medico di base ha confermato diagnosi e terapia e Laura si è ripresa nel giro di poche settimane, durante le quali è stata presente soprattutto la paura del ripetersi della crisi. Così non è stato e, con il trascorrere del tempo, l'episodio è stato dimenticato.

Dopo circa sei mesi si è però verificata un'altra crisi che Laura ricorda ancora più violenta della prima. Anche in questo caso stava guidando quando improvvisamente si sono manifestati tutti i sintomi della prima volta, accompagnati dalla sensazione di pericolo di morte imminente.

Un nuovo ricovero al Pronto Soccorso e di nuovo la diagnosi di Attacco di Panico.

“Da allora, dice Laura, la mia vita è stata sconvolta”. Vive giornate dominate da un continuo stato d'ansia per la paura che la crisi possa ripetersi, non riesce più a stare da sola, ha bisogno della presenza continua di una persona di fiducia, non riesce più a guidare l'auto e interrompe l'attività lavorativa. Dal momento che i sintomi non regrediscono, viene consultato uno psichiatra che conferma la diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico e prescrive una terapia con un ansiolitico ed un antidepressivo del gruppo SSRI. Nel giro di circa due mesi i sintomi regrediscono e Laura può riprendere il proprio lavoro. Il recupero è buono, l'ansia nettamente ridotta, non si verificano altri attacchi di panico. Continua ad assumere farmaci per circa un anno, dopodiché lo psichiatra le dà indicazioni di iniziare a ridurre la dose dell'ansiolitico e dell'antidepressivo. Laura però si rende conto di avere sviluppato una dipendenza psicologica dai farmaci che nei mesi precedenti avevano dimostrato la loro efficacia nel controllare i sintomi. La paura che, come già avvenuto in precedenza, senza alcun

apparente motivo, si possa scatenare una nuova crisi è tale da impedirle, nonostante le indicazioni, di ridurre la dose dei farmaci. Resta comunque l'incomprensibilità di quanto successo: perché queste crisi che non riesce minimamente a controllare? Perché si scatenano in maniera così violenta ed improvvisa? Possibile che abbiano un'origine solo psicologica? Per rispondere a queste domande Laura inizia una psicoterapia.

Gli elementi salienti della sua storia personale sono i seguenti.

Secondogenita, nasce 12 anni dopo il fratello. Il padre e la madre sono entrambi insegnanti. Descrive la vita familiare come molto serena, supportata dal forte legame affettivo che i genitori avevano tra di loro. Molto buono è anche il ricordo relativo al rapporto con il fratello. Lei era la più piccola, da tutti coccolata e vezzeggiata. L'infanzia e l'adolescenza sono ricordate come periodi molto belli e sereni. Conseguita la maturità classica, inizia il corso di laurea in architettura dove, all'età di 20 anni, conosce Andrea. Si innamorano e si sposano quattro anni dopo.

Descrive il marito come forte, molto sicuro di sé, intelligente. E' una persona che le dà sicurezza e protezione. Il rapporto matrimoniale si rivela come la prosecuzione dell'ambiente sereno dell'infanzia e dell'adolescenza.

Andrea intraprende la libera professione e, grazie alle sue doti, presto raggiunge un buon successo lavorativo. Anche Laura inizia a lavorare presso uno studio di architettura, ma la sua dedizione ed il suo impegno non sono pari a quelli del marito. Del resto i suoi progetti di vita sono più orientati nell'ambito familiare: sceglie infatti un orario di lavoro ridotto, rifiuta posizioni lavorative con responsabilità ed impegno eccessivi, ha un forte desiderio di maternità che spera di realizzare al più presto.

I ruoli all'interno della coppia, nel corso del tempo, si definiscono come segue: Andrea si configura sempre più come quello sicuro, di successo, dedito al lavoro, un uomo forte su cui fare affidamento e che nelle decisioni importanti ha sempre l'ultima parola. Laura invece investe poco all'esterno della coppia, si occupa dell'andamento della casa, si prepara al suo futuro ruolo di madre. Andrea riveste quindi il ruolo di uomo-padre mentre Laura quello di donna-bambina tendenzialmente passiva, bisognosa di una figura forte di riferimento e che s'identifica con il ruolo materno.

Ma la tanto desiderata gravidanza tarda ad arrivare e gli esami di controllo evidenziano un problema di sterilità della coppia. Laura pensa ad un'adozione, ma Andrea si oppone e l'ipotesi viene accantonata. La frustrazione del desiderio di maternità determina un periodo critico e solo dopo molto tempo si rassegna all'impossibilità di avere figli.

Mentre Andrea prosegue la realizzazione del suo successo professionale, che peraltro comporta un impegno sempre maggiore in termini di ore di lavoro, Laura si deve confrontare con la sua nuova realtà. Accetta quindi la proposta di lavorare a tempo pieno, investe di più nell'attività lavorativa e scopre in se stessa una vena creativa da cui trae gratificazione e per la quale viene apprezzata dai colleghi.

Dopo circa un anno riceve un'importante proposta di lavoro: le viene offerta l'opportunità di occuparsi di un settore specifico di una casa di moda che possiede negozi su tutto il territorio nazionale. Da un lato è spaventata per l'impegno e la responsabilità, dall'altro è tentata di accettare. Andrea prende posizione perché Laura rifiuti l'offerta: dal suo punto di vista l'impegno sarebbe troppo oneroso e comporterebbe frequenti e lunghe trasferte. Laura alla fine rifiuta la proposta e mantiene il suo precedente lavoro. Il periodo che segue è difficile e caratterizzato da malumore, nervosismo e tensione all'interno della coppia. Laura ritiene Andrea responsabile della sua rinuncia all'opportunità professionale che le si era presentata così come lo ritiene responsabile della frustrazione del suo desiderio di maternità. Poco per volta l'equilibrio precedente della coppia viene messo in discussione: non riconosce più al marito il ruolo di figura guida e lei stessa non si riconosce più in quello di moglie-bambina bisognosa di essere guidata, anche se non sa in quale altro ruolo riconoscersi. Sente crescere dentro una rabbia sempre più intensa contro se stessa, il marito, il mondo e spesso scivola verso il vittimismo o un sentimento di impotenza. Laura ha poca dimestichezza con la rabbia, non avendola sperimentata nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza né nei primi anni di matrimonio e non sa quindi come rapportarsi ad essa in modo da incanalarla verso azioni e comportamenti attivi e costruttivi.

In questa condizione di malessere generale s'inseriscono gli attacchi di panico. Essi costituiscono il segnale della presenza del disagio interno di Laura, della parte di lei che non accetta rassegnazione, impotenza e vittimismo, ma che, se riconosciuta, può essere la fonte cui attingere l'energia necessaria per modificare le sue condizioni di vita, evitando di colpevolizzare chi le sta intorno e assumendo su di sé la responsabilità delle proprie scelte e della propria esistenza.

Laura deve però diventare cosciente dei meccanismi interni che determinano, senza che lei lo sappia, i suoi comportamenti e le sue azioni e per raggiungere tale scopo è necessario che intraprenda, attraverso una psicoterapia, un "viaggio" all'interno di sé.

Testimonianze

Racconti di esperienze

Quelle che seguono sono alcune esperienze raccontate direttamente da persone che le hanno vissute. Sono tratte dalla sezione “Racconta la tua esperienza” del sito dell’Associazione per la Ricerca sulla Depressione, cui sono state inviate dai “protagonisti” che ne hanno autorizzato la pubblicazione.

Alle testimonianze inviate sono state apportate solo modifiche di punteggiatura o di struttura delle frasi, allo scopo di rendere più scorrevole la lettura.

La quiete dopo la tempesta

Ho avuto il mio primo DAP all'età di 16 anni. Facevo la cuoca presso una ricca famiglia di ebrei torinesi ed ero obbligata a dormire da sola in una soffitta piena di quadri, dove i fulmini dei temporali estivi illuminavano per attimi l'intera soffitta. Avevo paura. Il primo attacco di panico si è manifestato all'ora di pranzo, quando dovevo occuparmi della nonna arteriosclerotica. Il secondo attacco l'ho avuto poco tempo dopo, a casa mia, mentre servivo l'insalata di riso a mio fratello. Sono scappata nella mia stanza a piangere. Negli anni successivi ne sono seguiti altri e a volte amici o colleghi mi hanno accompagnata al pronto soccorso: mi mancava l'aria e in testa sentivo una sorta di disperazione. L'episodio più grave si è verificato all'età di 33 anni, mentre portavo a passeggio il mio primo figlio di appena un mese. E' stato devastante: il mio cervello si è trovato come in mezzo ad una tempesta di tuoni fulmini e pioggia incessante dove io non avevo scampo. Ne sono seguiti altri per diversi mesi, accompagnati da paure indefinite e incontrollabili. Ho fatto consulto presso molti psichiatri, ognuno dei quali mi ha ordinato un carrello di farmaci: Prozac, Talofen. Serenase e addirittura un antiepilettico. Non li ho mai presi perché ho sempre pensato di avere bisogno di una terapia psicologica: cercavo qualcuno che mi aiutasse a leggermi dentro, a riorganizzare le mie giornate e i miei pensieri. Gli psichiatri mi sottoponevano a laceranti "interrogatori" che violavano i miei affetti più cari (ero un'adolescente quando sono rimasta orfana di entrambi i genitori). Cercavo conforto, ma loro lavoravano per protocolli: volevo sentirmi dire che avrei superato questo disagio, ma evidentemente non faceva parte del protocollo. Poi finalmente, dopo circa due anni di diverse consulenze pagate profumatamente, mi sono rivolta a un medico di base specializzato in neurologia che non ha avuto dubbi: quando ho chiesto "Ma ce la farò?" lui ha risposto "Certo" e mi ha dato da leggere il libro di Cassano "Liberaci dal male oscuro": mi è stato di grande aiuto. Ora convivo bene con il mio stato d'animo. Continuo a non prendere farmaci, tranne qualche goccia di Lexotan al bisogno, e sono sempre più convinta che la terapia per patologie come la mia sia la solidarietà, l'amore e il rispetto.

Incubo infinito

Tutto è iniziato la sera del 17/09/2004: mi trovavo con altre persone a casa di un amico per cercare di tirarlo un po' su (gli era morta la mamma che era anche una mia carissima amica). Improvvisamente, dopo aver bevuto un bicchiere d'acqua per una briciola di

pane andata di traverso, ho iniziato ad avere una paura incredibile con il terrore di essere sul punto di morire. Da quel momento la mia vita è cambiata. Con una scusa ho lasciato il posto in cui mi trovavo e sono rientrato a casa in macchina (non so ancora oggi come ci sia riuscito) e lì ho iniziato a vomitare, continuando a sentire quella terribile paura dentro me. L'indomani, al risveglio, non ho neanche avuto la forza di alzarmi e, per giunta, quell'ansia incredibile era ritornata. Per questo motivo mi sono fatto accompagnare in ospedale dove non è stato riscontrato niente di anormale: i medici mi hanno detto che si trattava solo di stress e sono stato subito dimesso.

Effettivamente sono accadute tante cose nei mesi precedenti la prima crisi:

- nell'Ottobre del 2003 sono stato lasciato dalla mia ragazza dopo tre anni di relazione... ancora oggi non ne conosco il motivo... so solo che nel dicembre successivo l'ho vista con un altro e tuttora penso che stiano assieme;
- nell'Aprile 2004, durante una partita di basket, sono stato colpito alla testa da un avversario ed ho perso i sensi: la risonanza magnetica ha comunque escluso danni cerebrali;
- all'esame di maturità scientifica ho preso 98/100. Il 100, in pratica, me lo sono "mangiato" all'orale;
- nel Settembre 2004 è morta la mamma di un mio amico (quello a casa del quale si è manifestato il primo attacco).

Dal momento che vertigini, ansia, testa confusa, sensazione di morte imminente, derealizzazione, anche se meno intensi rispetto alle crisi, erano sempre presenti e continuavano a torturarmi, ho deciso di iscrivermi presso una facoltà vicina al un piccolo paese in cui abitavo... non importava quale... l'importante era che ci fosse la matematica e per questo ho scelto ingegneria.

Intanto mi sono rivolto a un otorinolaringoiatra e a un oculista per capire qualcosa in più sui miei disturbi, ma ancora una volta non è stato trovato alcun danno organico.

Il 25/10/2005 la svolta: dopo una giornata all'Università molto stressante (mi veniva da piangere) sono arrivato a casa con l'autobus ma, sceso alla fermata, mi sono accorto di non riuscire più a camminare! In quel momento ho capito che il problema di fondo era psicologico e ho deciso di rivolgermi agli specialisti della ASL.

Mi hanno detto che il percorso da seguire era di assumere farmaci (Cipralex 10 mg. 1 al dì) e di associare una psicoterapia. Dopo circa un mese mi sono sentito meglio: ho ripreso a studiare con la necessaria concentrazione, a viaggiare senza problemi,

insomma a condurre una vita quasi accettabile.

La situazione è tornata a degenerare nel giugno 2005, dopo la morte di nonno Mario: da allora, piano piano, i sintomi sono ricomparsi, meno intensi rispetto a quelli di un anno prima, ma mi fanno più paura (paradossale!).

Il medico mi ha consigliato di portare la dose di Cipralex a 1 compressa e mezzo e di prendere 0,5 mg. di Tavor 3 volte al giorno fin quando la situazione non si sarà ristabilita.

Domani ho un appuntamento con lui.

Questo è, in breve, il film che sto vivendo da un pezzo. Sicuramente ho dimenticato molte cose e ciò è dovuto alla sofferenza che provo ogni volta nel raccontarle. E' difficile pensare positivamente perché, quando canto vittoria, i sintomi ritornano.

Spero di non avervi annoiato più di tanto, ma ho una voglia matta di sconfiggere questo male terribile e misterioso.

Non perdere mai la speranza

Mi chiamo Maurizio, ho 26 anni e dall'età di 15 soffro di attacchi di panico, ansia, fobia sociale e depressione. All'età di tre anni mio padre è andato via di casa e, quando ne ho compiuti sei, è sparito definitivamente senza lasciar traccia, senza alcuna spiegazione.

All'età di nove anni mi svegliavo nel cuore della notte urlando e con le palpitazioni.

Mia madre ha poi conosciuto un altro uomo che ho accettato, ma col tempo ha iniziato ad avere un comportamento ossessivo e troppo protettivo nei miei confronti.

Negli anni dell'adolescenza ho avuto rapporti molto strani con le donne, la tristezza ha accompagnato le mie giornate per molto tempo e all'età di 21 anni ho avuto un attacco di panico in grande stile con svenimento in macchina!!! "Esperienza da urlo"!!! Ho iniziato ad avere ansia nel salire le scale, entrare nei tunnel, rifiutavo il cibo, piangevo e mi disperavo, sono andato vicino al suicidio almeno tre volte, molto vicino!!!

A 22 anni ho iniziato una cura con il Daparox e per un anno sono stato discretamente bene. Poi ho sospeso i farmaci e il calvario è ripreso, senza la comprensione di nessuno... ho trascinato la mia vita fino all'età di 25 anni, quando ho deciso di entrare in psicoterapia: è stata la svolta: funziona veramente!!!

Avrei voluto fare solamente il percorso psicologico, invece ho iniziato anche una cura con antidepressivi: scavare dentro di noi può anche fare male perché mette a nudo le nostre fragilità.

Sapete cosa vi dico: ora sto molto meglio, non ho finito, non ho vinto, ma sento nuovamente la vita. Soffrendo di depressione, ogni istante di piacere è come gustarsi il più buon gelato del mondo!!!

Non siamo diversi, non bisogna mai mollare. Siamo querce con radici solide, gli eventi ci scuotono, ma non ci fanno cadere, perché noi viviamo.

Per ora vi saluto, alla prossima e chi vuole parlare o chiedermi qualcosa.. io sono qui: solamente parlandone se ne esce: mai rimanere soli.

Forza, siamo qui per vivere.

Ci sono voluti tre anni

Ho 35 anni, sono sposato e insegno in una scuola media. La mia esperienza riguarda un disturbo di cui non conoscevo neanche l'esistenza, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, chiamato anche DOC. Ci sono voluti tre anni prima di arrivare a tale diagnosi e quindi alla cura: sono stati anni d'inferno.

I primi disturbi si sono manifestati quando avevo circa 30 anni sotto forma di necessità di controllare, la sera prima di andare a dormire, di avere chiuso bene il gas.

Il problema era che dovevo fare questi controlli almeno tre volte, altrimenti non ero tranquillo. Certe volte resistevo, ma mi veniva una forte ansia che cessava solo andando a controllare. Nel giro di circa sei mesi il problema si è però esteso sempre di più: dovevo controllare anche di avere chiuso la porta di casa, la portiera della macchina con la chiave, di avere preso i documenti prima di uscire. Ogni controllo doveva essere fatto almeno tre volte e spesso doveva essere ripetuto altre tre. In quel periodo ho fortemente dubitato del mio equilibrio mentale. Erano cose che non avevano nessun senso logico, che mi apparivano semplicemente assurde, ma che dovevo fare altrimenti mi veniva una forte ansia. La paura di essere giudicato "matto" mi ha impedito di parlarne con chiunque per almeno due anni, durante i quali ho cercato di nascondere la cosa anche a mia moglie e inventavo scuse ridicole per potere fare i miei controlli. Quando però i disturbi sono diventati molto pesanti, non ho più potuto farne a meno. Con mia grande sorpresa mia moglie non l'ha presa male e non mi ha considerato "fuori di testa". Anche lei insegna e mi ha detto di avere sentito parlare, durante un corso di aggiornamento per la scuola, di un disturbo di questo tipo: bisognava però consultare uno psichiatra. Mi sono fermamente opposto: era molto forte la paura di avere una diagnosi di disturbo mentale. E' così passato ancora un altro anno prima di decidermi. Ho infine ceduto e

finalmente c'è stata la diagnosi di DOC, la cura con farmaci e l'inizio di una psicoterapia.

Sono trascorsi due anni e sto molto meglio. Ho però il rimpianto di avere perso, per paura, tre anni prima di iniziare a curarmi. Spero che questa mia esperienza possa essere di aiuto per evitare perdite di tempo a chi, soffrendo di disturbi simili ai miei, ha forti resistenze a farsi curare.

Mi sento meno sola

E' successo tutto all'improvviso: tornavo a casa con una mia amica, eravamo sul tram, neanche particolarmente affollato. Chiacchieravamo del più e del meno, quando d'un tratto la vista ha iniziato ad annebbiarsi. Ho sentito "le formiche" nelle braccia e nelle gambe, non riuscivo più a vedere nulla attorno a me e mi sembrava di cadere per terra da un momento all'altro. Sono stata colta da una paura indescrivibile, ho seriamente pensato: "Adesso muoio... è così che succede allora!".

La mia amica, spaventata quanto me, mi ha sorretta e aiutata a sedermi, piano piano la vista è tornata normale e il cuore, che prima sembrava esplodere, si è normalizzato.

Da quel momento, la paura si è impadronita delle mie giornate e della mia quotidianità. Per mesi non sono riuscita a prendere i mezzi pubblici e quando ero in coda alla segreteria di facoltà (ho ventidue anni e studio scienze politiche) cercavo attorno a me una sedia vuota o una porta aperta che potessero tornarmi utili in caso di "necessità".

Non ho mai parlato con i miei genitori di quello che mi era successo perché ero convinta che mi avrebbero dato della stupida e anche perché non riuscivo proprio a spiegarmelo.

Un giorno ho conosciuto una ragazza ad un esame, che mi ha raccontato di un suo "attacco di panico". Io non sapevo cosa fosse, ma mi sono ritrovata in pieno nella sua descrizione!!! Allora ho iniziato a documentarmi, a navigare su internet, ed eccomi qui! Già il solo fatto di sapere che esiste "il mio problema", che ha un nome, che esistono dei medici che lo hanno studiato e che lo curano... mi rassicura! Ora il passo successivo sarà quello di chiedere un aiuto: non è semplice, ma so di poterlo fare.

Ho 18 anni e avrei bisogno di aiuto...

E' da tempo ormai che soffro a causa della mia ansia e i miei "attacchi" da qualche settimana stanno peggiorando. Cercherò in breve di spiegare la mia situazione.

Sono fidanzata da un anno, con il mio ragazzo ci sentiamo al telefono in media due o tre

volte al giorno e ormai ci sono "fasce di orario" in cui avvengono le nostre telefonate. Il problema è proprio questo: mi capita che, indipendentemente dalla situazione in cui mi trovo (a scuola, con le amiche, a casa da sola), avverto d'improvviso una strana sensazione. comincio a pensare all'ipotesi di non riuscire a chiamarlo, per i motivi più vari che neanche io so spiegarmi, e l'ansia mi assale.

Comincio a sudare, sento il cuore battere forte, sempre di più, ed ho come l'impressione che nessuno possa aiutarmi, mi sento persa, le paure aumentano e con loro anche la mia voglia di piangere, sento il bisogno di chiamarlo immediatamente, poi, dopo la telefonata... tutto va scemando inspiegabilmente... Il problema è che prima mi capitava solo quando lui era lontano per motivi di lavoro, mentre adesso accade anche se non è in viaggio e la frequenza degli attacchi e delle telefonate aumenta.

A volte capita anche che proprio il timore del manifestarsi dei sintomi ne determini la comparsa.

Tra una settimana il mio ragazzo partirà per una trasferta di lavoro ed io sto vivendo malissimo la cosa: ho paura di ciò che potrà accadere ed i miei attacchi si sono intensificati.

Vi prego di aiutarmi e dirmi se mi consigliate un colloquio con uno psicologo o se credete che i miei sintomi siano "curabili" con un metodo differente...

Ho scoperto l'attacco di panico

Mi chiamo Ambra, ho compiuto da un mese 29 anni e negli ultimi mesi ho scoperto cosa sia un attacco di panico. Sarebbe lungo raccontare la mia vita, ma cerco di arrivare agli eventi che il giorno di Pasqua dell'anno scorso mi hanno fatto finire al pronto soccorso. Sono laureata in economia da cinque anni e lavoro presso una banca, mi occupo di valutazione d'azienda ed ho appena avuto una promozione. Il lavoro è abbastanza sterile e ripetitivo, ma non penso sia la causa della mia ansia. L'anno scorso, più o meno in coincidenza con il primo attacco di panico, sono andata a vivere da sola, o meglio, ho acquistato casa e sono andata ad abitarvi con il mio fidanzato, venuto a convivere con me sin dal primo giorno. Senza dirci troppe parole abbiamo iniziato questa esperienza. Prima di lui ho avuto due sole relazioni, rispettivamente di cinque e sei anni, da me interrotte quando ho capito di non essere più innamorata. Ho comunque sofferto per le due separazioni: per mesi mi sono isolata dal mondo, con pensieri negativi sulla mia vita. Ne sono uscita un po' ammaccata, ma con una certa forza.

Adesso sento di essere veramente innamorata e ho accanto la persona con cui vorrei trascorrere il resto della mia vita. Lui è un ragazzo brillante, molto intelligente, malinconico, volitivo ed umorale. E' una persona che, quando ama, è per sempre, quindi nella sua vita ci sono tutti i "per sempre" che può portarsi appresso un giovane uomo di trent'anni: un forte legame con l'ex fidanzata, con la madre, con i ricordi e un fortissimo legame con me che, non smette di ripetere, farà per sempre parte della sua vita. Il problema di fondo consiste nel suo esser "umorale": sono trascorsi tre anni di alti e bassi, con lui che mi tiene sospesa con le parole e con gli umori, che un giorno parla di matrimonio e figli e un giorno si chiede se la vita è tutto questo. Lui che è un giovane avvocato, un giovane politico, un giovane assistente universitario, lui che mi vuole sempre al suo fianco, salvo poi mettere tutto in discussione, essere scontento di tutto, rendere pesante ogni discorso e attaccarmi continuamente.

Sono sempre stata molto litigiosa, in casa, sul lavoro e anche con il ragazzo, ma le liti con lui mi fanno cadere in uno stato di prostrazione e insicurezza.

L'anno scorso ho pensato: "Basta, adesso lo mollo". Ho avuto un attacco di panico, sono rimasta paralizzata mentre facevo la doccia ed ho pensato seriamente di morire. Al Pronto Soccorso mi hanno imbottita di Lexotan e mi hanno detto di stare tranquilla. Non ci ho più pensato perché dopo ci siamo chiariti, abbiamo iniziato ad arredare casa, d'amore e d'accordo: lui si era spaventato più di me ed è stato premuroso e vicino come non mai. Due mesi dopo, in corrispondenza del ciclo mestruale (da 15 anni prendo la pillola anticoncezionale per carenze ormonali), ho avuto il secondo attacco di panico così, senza preavviso, mentre stavo lavorando... Da lì l'odissea di un'estate trascorsa con il terrore che potesse ripetersi. Sono stata in Francia tre settimane, trascorse tra attacchi di varia entità, crisi di pianto ininterrotto e terrore di non poter più avere una vita normale.

A settembre ho fatto una cura di 10 gocce di Pasaden mattina e sera per un mese e i sintomi sono scomparsi... non ho più avuto problemi fino a tre settimane fa, quando abbiamo ricominciato a litigare, a rimettere in discussione il nostro rapporto. Mi sono sentita sull'orlo del baratro un'altra volta e l'altro giorno ho avuto di nuovo un attacco di panico. Stavolta però ho paura di essere anche depressa: ho una tristezza incredibile, non riesco più a mangiare, se mi sforzo mi sembra di soffocare con il cibo in gola, penso che la mia vita sarà un disastro che rimarrò sola, senza figli, senza famiglia.

Sento e vivo tutto il dolore di quando il mio ragazzo mi lascerà ed il pensiero mi sembra

insopportabile... non sopporto di aver paura di guidare la macchina da sola, non sopporto l'idea di partire per le vacanze e avere il pensiero ossessivo di star male... E' depressione questa? Può la vita di una ragazza giovane, bella, con un buon lavoro, con un fidanzato che adora, con i genitori sempre presenti e disponibili, con delle amicizie importanti, sprofondare in un simile non senso in tre settimane? Sto diventando pazza? Mi sento stupida a fare queste domande e adesso che rileggo la mail mi vergogno abbastanza. Posso rovinarmi la vita di questo passo e con questa insicurezza. Da dove arriva tutta questa fragilità, in me che sono stata un punto fermo nella vita di chi mi è stato vicino? Posso guarire? Quale è la dose di ansiolitico logica, per quanto tempo? E se non funziona? Adesso sto prendendo 10 gocce di Pasaden al mattino, ma non mi sembra serva a molto...

Consiglio per l'ansia

Mi chiamo Valentina e sono una studentessa di ventidue anni. Scrivo per chiedere un consiglio su un problema di ansia di cui soffro da qualche mese. Premetto di non avere mai avuto questo tipo di problemi, nonostante una madre poco "amorevole", le delusioni sentimentali e l'aver vissuto in un paese in cui non mi trovavo bene. Da tre anni mi sono trasferita, abito nella città che avevo sempre sognato, ottengo buoni risultati in studi che mi appassionano, da sei mesi ho una relazione con un ragazzo che va molto meglio di quelle avute in passato. Le uniche cose che non vanno bene, apparentemente, sono i litigi con le mie coinquiline e qualche problema di tipo familiare.

Eppure da giugno ho cominciato a sentirmi inquieta, a dormire pochissimo, a fare tardi ogni notte, finché il mio corpo ha ceduto alla stanchezza, all'anemia cui sono predisposta e all'ansia: mi sono indebolita al punto di essere costretta ad annullare quello che doveva essere il più importante viaggio della mia vita. Dopo ogni pasto dovevo aspettare anche cinque o sei ore prima di liberarmi dalla nausea e dal peso sullo stomaco e le vertigini mi hanno costretta a trascorrere quasi tutta l'estate in casa nella città natale, lontana dagli amici e dal mio ragazzo.

Ora sono tornata in quella che considero ormai la mia casa, tuttavia le difficoltà digestive e le vertigini - anche se diminuite - sono ancora presenti. Non mi fido del mio corpo, mi sento vulnerabile, debole e questo influisce, ad esempio, sulla mia libertà di movimento: ho una grande paura degli estranei, camminare da sola di notte mi mette

angoscia, mi sento totalmente indifesa. Sto vivendo, insomma, quel senso di pericolo imminente che, da ciò che ho letto sull'argomento, è tipico dell'ansia, assieme a difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno. Non mi riconosco per nulla nella persona timorosa e angosciata che sono diventata. Ho affrontato problemi molto peggiori di questo: ho dovuto, ad esempio, subire un'operazione chirurgica che, per quanto piccola, avrebbe in ogni caso potuto destabilizzarmi molto più della pressione bassa! Per questo sono arrivata a chiedermi se l'angoscia e la tensione allo stomaco non siano in realtà provocati da un problema fisico come un'allergia o l'anemia e non da una "debolezza psicologica" (non mi riesce di trovare un termine migliore). Potrebbe trattarsi di questo? Cosa mi consigliate? Vi chiedo scusa se questa lettera è troppo lunga e vi ringrazio sentitamente per l'attenzione e per le risposte che vorrete darmi.

Una ragazza di 21 anni

Sono una ragazza di 21 anni e circa un anno addietro ho avuto un attacco di panico. Era sera e già da qualche giorno mi sentivo giù. Il motivo del mio malumore era mio padre... quando ero più piccola, in alcuni periodi dell'anno si innervosiva più facilmente, urlava e se la prendeva con me e con mia madre (solo a parole). Spesso usava frasi brutte (del tipo "faccio una strage") che mi spaventavano: di notte mi chiudevo sempre in camera per paura che mi facesse del male e tutte le volta che sentivo rumori strani mi svegliavo e facevo fatica a riaddormentarmi. Non è mai stato un padre aggressivo (tranne qualche schiaffetto che meritavo), ma il suo atteggiamento minaccioso ha creato in me paura, presente solo di notte, mentre di giorno era tutto normale e non ci pensavo. Fino all'anno scorso ho condotto una vita tranquilla, circondata da amici con i quali mi divertivo, ma da quella sera, quando ho avuto quell'attacco, qualcosa in me è cambiato. Nelle settimane precedenti la paura era comparsa anche durante il giorno (mai successo prima!), mi sentivo giù e pensavo che quello stato d'animo non sarebbe mai passato. Forse, ripensandoci, il vero motivo scatenante è stato il fatto di essermi resa conto che la situazione familiare aveva influito sul mio umore, cosa impensabile per me, visto che sono sempre stata una ragazza allegra.

L'attacco di panico ha distrutto tutte le mie certezze, mi sono sentita persa e da quel momento ho iniziato ad essere insicura, ad esempio ad aver paura di diventare aggressiva come mio padre o perdere il controllo e uccidere qualcuno o diventare pazza o depressa. Subito ne ho parlato, senza timori, a mia madre, mio punto di riferimento e

insieme abbiamo deciso di consultare una psicologa. Non ho avuto problemi ad andarci perché da sempre mi risulta facile chiedere aiuto quando ne ho bisogno. Grazie a lei ho scoperto parti di me fino allora sconosciute: l'insicurezza, le paure, ma anche la caparbietà e la voglia di scoprire le mie risorse. E' un percorso durissimo in quanto è difficile accettare di pensare alcune cose (fare male a qualcuno, diventare pazza), ma la riflessione su questi temi, oscuri e mai affrontati, rende possibile superarli. Alcune volte mi sento "strana" a pensare a queste cose, ma ritengo sia importante porsi delle domande e trovare risposte personali. Durante la psicoterapia ho scoperto parti di me importanti: l'amore per mia madre, l'amore per i miei amici, l'onestà nel fare le cose, il mio senso di giustizia, la mia forza interiore (che è anche la capacità di accettare e vivere le mie insicurezze), la mia voglia di fare e di dare.

In questo percorso, che sto ancora affrontando, non ho voluto prendere alcun farmaco, nonostante alcune volte mi senta giù o non riesca a dormire, perché penso sia un percorso interiore da vivere così com'è, anche se è più faticoso.

Ora sto meglio!

Ho 53 anni e soffro di questi disturbi da quando ne avevo 25. Ho perso quasi 15 anni a causa di medici incompetenti (ce ne sono tanti!). Non avevo più una vita: il pensiero di morire era una liberazione perché vivere era diventata un'impresa impossibile e il mio unico rifugio era il letto. Poi, finalmente, la svolta: ho incontrato il medico giusto ed ho iniziato la terapia farmacologica con Sereupin 2 compresse e Xanax da 1 mg. 2 volte al giorno. Assieme ai farmaci ho anche fatto un anno di psicoterapia! Non ci credevo: solo io solo potevo sapere cosa sentivo e quale era la mia esperienza di vita. Bene, ho dovuto ricredermi. Grazie all'aiuto della psicoterapeuta era possibile vedere un determinato problema, di cui "vedevo un aspetto", da angolature diverse. E' stata la svolta. Grazie all'analisi ho cominciato a sentirmi padrona di me stessa, sicura e determinata. Per quanto riguarda l'ansia e gli attacchi di panico, purtroppo sono diventati cronici: continuo con la terapia medica. A volte non prendo nulla, altre invece mi capita di dover prendere nuovamente i farmaci. Dipende dagli eventi, dalla stagione e chissà... Comunque l'esperienza mi porta a dire questo: se ho mal di testa prendo la pastiglia, se ho un attacco d'ansia o panico, prendo la mia cura. Nulla di strano. Sempre sotto controllo medico!!! Io consiglio: un sano egoismo personale. Non siamo pazzi, siamo esseri umani. Non siamo esseri diversi dagli altri: c'è una percentuale di sensibilità

maggiore in noi. Sapete cosa vi dico? Meglio così che essere persone insensibili. La vita è bella anche se in certi momenti è solo fatta di buio e montagne gigantesche da scalare. Fiducia: sono solo periodi che con le cure passano e poi si rivive. L'importante è avere vicino persone giuste che non ti dicano: tira fuori gli attributi e datti una mossa! E' la cosa più cretina che si possa dire! Perché, noi godiamo a sentirci così?!! Fregatevene del giudizio degli altri. La madre degli stolti è sempre incinta! Per la cronaca: ho avuto una figlia nel frattempo! La vita continua!

Attacchi di panico dopo il parto

Sono Daniela e ho 30 anni. I miei disturbi sono iniziati quando ne avevo 18, dopo essere rimasta incinta di mia figlia. Subito dopo il parto ho avuto fortissimi attacchi di panico e non riesco nemmeno ad occuparmi della bambina. Sono andata da uno psichiatra che mi ha prescritto una compressa di Sereupin e delle gocce di Frontal. Dopo un paio di mesi di cura ho cominciato a stare meglio: mi sentivo sempre più in forma, capace di occuparmi di mia figlia senza l'aiuto della mia famiglia, insomma ero rinata.

Per motivi di lavoro ho dovuto spostarmi con mio marito e mia figlia da Napoli ad Ancona e, nell'aprile del 2010, ho deciso di sospendere gradatamente il Sereupin.

Dopo un mese, però, ho ricominciato a stare male, peggio della prima volta: attacchi di panico sempre più frequenti, vertigini, nausea, rigidità muscolare, disturbi visivi.

Sono tornata dallo stesso psichiatra di Napoli che mi ha fatto riprendere subito il Sereupin e le gocce di Frontal, ma questa volta senza alcun risultato: stavo sempre peggio, trascorrevi le giornate a letto perché non riuscivo nemmeno a camminare. Dopo due mesi ho sostituito il Sereupin con il Cipralex, ma senza giovamento. Lo psichiatra mi ha allora consigliato di fare alcuni esami: analisi del sangue, risonanza magnetica al cranio, visita oculistica, visita otorinolaringoiatrica, ecodopler ai vasi epiaortici, radiografia rachide cervicale, esame audiometrico, esame audiovestibolare, analisi della tiroide. Tutti sono risultati nella norma. Quindi ho cambiato nuovamente la cura sostituendo Cipralex con Xeristar. Dopo tre mesi ho cominciato a sentirmi meglio, anche se persistono le vertigini. Insomma ho raccontato la mia storia per avere un vostro parere: mi sento sempre più scoraggiata, ho paura di avere definitivamente perso il mio equilibrio e temo di non riuscire più a tornare come prima.

Non sono più felice

E' da circa un anno che non sono più felice. L'anno scorso, quando sono stato lasciato dalla ragazza con la quale ero fidanzato da quattro anni, ho trascorso un mese tremendo e, nei giorni peggiori, qualunque impegno sembrava insuperabile. Dopo questo brutto periodo sono riuscito a farmi forza e ad affrontare il resto dell'anno decentemente, anche se erano presenti attacchi di panico che riuscivo, comunque, a tenere sotto controllo. A giugno la storia con l'ex ragazza è ricominciata: la amo tantissimo e mi sembra di essere corrisposto. Il mio umore, però, non è tornato ad essere quello di prima e ogni tanto le ho raccontato le mie angosce. Anche lei ha problemi di ansia per cui, anche se si mostra disponibile ad aiutarmi, delle volte "sbotta". L'ultima volta è stato cinque giorni addietro ed io sono tornato al periodo bruttissimo dell'anno scorso. Penso non si tratti di una semplice tristezza, ma di una vera e propria depressione. Gli ultimi quattro giorni sono stati tremendi: al risveglio mi sento molto triste, vedo tutto nero, sono stanco, ho mal di testa e sono sfiduciato sul futuro. Mi chiedo se riuscirò ad affrontare un'intera vita fatta di problemi, difficoltà, lutti ed abbandoni, ho paura d'impazzire e di non venirne più fuori. Da circa un anno vado da uno psicologo, ma forse questa volta ho bisogno di un "aiutino" farmacologico. Vi prego, ditemi che tutto passerà e che potrò avere una vita più o meno normale e felice. Ciao e grazie in anticipo a tutti!

La lotta è durata 15 anni

La malattia è durata 15 anni, durante i quali ho avuto di tutto: attacchi d'ansia, attacchi di panico e anche allucinazioni. I farmaci mi hanno aiutato almeno ad avere una vita quasi normale, fatta di lavoro faticoso ed impegnativo. Ma l'aiuto più prezioso è venuto da mia moglie che mi è sempre stata vicina e il suo amore è stata la passerella sicura su cui camminavo mentre il fiume in piena dentro me avrebbe potuto distruggere tutto. I farmaci mi hanno progressivamente stabilizzato e portato alla soglia della guarigione: all'inizio ne assumevo quotidianamente cinque tipi diversi, ma col tempo le dosi si sono progressivamente ridotte. Nell'estate di cinque anni addietro anche l'ultimo farmaco, ormai assunto a dosi pediatriche, è diventato inutile perché nel frattempo una delle cause, forse la principale, che aveva scatenato in me quell'uragano era scomparsa. Però ero certo che la cosa non fosse finita: dovevo assolutamente eliminare i problemi presenti dentro me che avrebbero potuto ripresentarsi alla prima occasione. Mi sono

quindi rivolto ad una psicoterapeuta che mi ha aiutato non poco: è stata la guida per scendere dentro me alla ricerca dei miei “mostri” che, una volta trovati e portati in superficie, sono svaniti e non si sono mai più fatti vivi. Da allora il mondo è diventato un posto meraviglioso e, nonostante la presenza dei problemi presenti, ho ripreso ad apprezzare la vita come da tanto non mi capitava. Mi sembra di essere rinato e tutta la sofferenza di 15 anni è sparita nel mio passato, ormai collocato tra i ricordi perché non fa più parte del mio presente e meno che mai del mio futuro. Vi abbraccio tutti.

La mia esperienza

Mi chiamo Elisa e ho 24 anni. In questo periodo della mia vita sono triste e sento il bisogno di raccontare la mia esperienza. Fin da bambina sono stata ansiosa e timida e da anni soffro periodicamente di attacchi di panico e depressione. Paradossalmente mi sento aperta agli altri, sono comprensiva e ho voglia di comunicare con le persone, chiunque esse siano. Ma più passano gli anni, più mi sembra che ansia e panico, nei periodi di crisi, siano sempre più forti e questo mi rende triste. Uno dei miei problemi è il terrore che qualcuno mi inviti a pranzo/cena perché, in tali situazioni, la mia ansia si manifesta in modo più intenso, aggravata dal fatto che essere a tavola con altri mi fa sentire "in trappola": mi si chiude lo stomaco e spesso non riesco più a mangiare. Oggi mi sento particolarmente triste perché ho ricevuto due inviti: per una grigliata e per un matrimonio. Mi sento patetica sia per il fatto di non essere contenta degli inviti, sia perché sto già pensando a quali scuse inventare per poterli rifiutare: mi sento nuovamente sconfitta...

Soffro di attacchi di panico e depressione

Mi chiamo Daniela, ho 26 anni e da ormai cinque soffro di attacchi d'ansia e depressione. Sto facendo una psicoterapia e non assumo farmaci perché il mio terapeuta non me li vuole dare!!! Nel corso degli anni, la mia situazione è mutata: all'inizio soffrivo di attacchi di panico, non uscivo mai di casa, ero convinta di avere una malattia incurabile che mi avrebbe portato alla tomba, trascorrevi le mie giornate a letto o sul divano. Col passare del tempo ho trovato lavoro ed ho cominciato ad uscire, ma quando ero fuori casa stavo malissimo, mi mancava l'aria, mi sentivo soffocare, sentivo sintomi di tutti i tipi e andavo dal mio medico curante ogni volta che sentivo un sintomo diverso. Ora, a distanza di anni, va meglio: faccio progetti per il futuro e riesco a

controllare di più gli attacchi d'ansia. Ci sono però periodi, come da due settimane, in cui non sto di nuovo bene, sono continuamente ossessionata da pensieri di morte, dormo male, non provo piacere per nulla, mi sento inadeguata e inutile, inferiore a tutti. Il mio terapeuta dice che ho tutte le carte in regola per poterne uscire, ma a volte temo che non sia così e sento di non avere più la forza per andare avanti. Se qualcuno mi desse qualche consiglio o semplicemente mi dicesse che non sono l'unica a sentirsi così mi solleverebbe un pò il morale... e magari, chissà, troverei anche qualche amico/a. Grazie di cuore

Soffro di DOC

Ho avuto bisogno di aiuto per uscire da una brutta crisi depressiva o meglio da un disturbo più preciso detto DOC (Disturbo Ossessivo-Compulsivo) che mi ha catapultata in un tunnel senza luce. Da circa un anno mi curo con Sereupin e Xanax e da alcuni mesi sto assumendo la dose di mantenimento. Non auguro a nessuno questi disturbi: si insinuano poco per volta e provocano conseguenze sul lavoro quali lunghi periodi di mutua, lo sguardo inquisitorio dei colleghi e la paura quasi costante che il disturbo non passi. La mia fortuna è stata quella di avere un marito che mi è stato vicino e che si è sempre preso cura di me. Da diversi mesi sto decisamente meglio e ho ripreso ad amare la vita, il mio lavoro e lo sport, che considero un'ottima terapia. Un saluto e un abbraccio affettuoso a coloro che soffrono. Ciao a tutti.

Collana di Psichiatria Divulgativa

L'Associazione per la Ricerca sulla Depressione di Torino presenta una iniziativa consistente nella pubblicazione di una **Collana di Psichiatria Divulgativa**.

Dopo il primo libro, "La cura della depressione: farmaci o psicoterapia" (2011), e il secondo, "Il paziente depresso e i suoi familiari" (2012), pubblichiamo il terzo libro, dal titolo "Riconoscere e curare l'ansia e il panico", in cui viene trattato il tema dell'ansia patologica, caratterizzata dalla presenza di sentimenti di apprensione in assenza di gravi e realistiche motivazioni esistenziali o relative all'ambiente e che determina l'alterazione delle normali capacità individuali.

Come per i primi due libri della Collana, anche la versione pdf di questo terzo verrà inviato, a titolo totalmente gratuito, a chiunque ne farà richiesta alla email dell'Associazione

assodep@tiscali.it

Sottolineiamo che l'obiettivo della Collana è dare un contributo al superamento delle barriere pregiudiziali che s'interpongono tra chi soffre di questi disturbi e chi li cura. Tale obiettivo viene perseguito mediante un'informazione divulgativa che, pur nel rispetto del rigore scientifico, produce e diffonde materiale informativo utilizzando un linguaggio semplice, non "tecnico" e tale da renderne i contenuti facilmente accessibili a "tutti".

Ribadiamo il concetto che l'informazione è l'unico strumento in grado di contrastare i pregiudizi e quindi *fare informazione equivale a fare prevenzione*.

Note biografiche dell'autore

Salvatore Di Salvo è psichiatra e analista junghiano, presidente dell'Associazione per la Ricerca sulla Depressione e Responsabile del Centro Depressione Ansia e attacchi di Panico di Torino. Coautore del libro "Ritorno alla luce" ed. Sperling & Kupfer, Milano, 1999. Autore de seguenti libri, tutti editi da Edizioni Libreria Cortina di Torino: "Iniziazione sciamanica e iniziazione analitica", 1996; "Eva e Doc: racconto di una relazione analitica", 2001; "Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura", 2002; "La psicoterapia individuale", 2005; "Storie di cura", 2006; "Dalla depressione si esce", 2011.

ISBN 978-88-8239-184-3



9 788882 391843