

## **Ansia e disturbi d'ansia: sintomi e cura**

Una larga parte di noi ha avuto o potrà avere un disturbo d'ansia nel corso della propria vita.

L'ansia di per sé, tuttavia, non è un fenomeno anormale. Si tratta di un'emozione di base, che comporta uno stato di attivazione dell'organismo e che si attiva quando una situazione viene percepita soggettivamente come pericolosa. Nella specie umana l'ansia si traduce in una tendenza immediata all'esplorazione dell'ambiente, nella ricerca di spiegazioni, rassicurazioni e vie di fuga, nonché in una serie di fenomeni neurovegetativi come l'aumento della frequenza del respiro, del battito cardiaco (tachicardia), della sudorazione, le vertigini, ecc.. Tali fenomeni dipendono dal fatto che, ipotizzando di trovarsi in una situazione di reale pericolo, l'organismo in ansia ha bisogno della massima energia muscolare a disposizione, per poter scappare o attaccare in modo più efficace possibile, scongiurando il pericolo e garantendosi la sopravvivenza.

L'ansia, quindi, non è solo un limite o un disturbo, ma costituisce una importante risorsa, perché è una condizione fisiologica, efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni (ad es., sotto esame).

Quando l'attivazione del sistema di ansia è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle situazioni, però, siamo di fronte ad un disturbo d'ansia, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni. Tali disturbi sono tra i più frequenti nella popolazione, creano grossa invalidazione e spesso non rispondono bene ai trattamenti farmacologici. Si rende necessario pertanto intervenire efficacemente su di essi con mirati interventi psicoterapeutici brevi di orientamento cognitivo-comportamentale, che hanno dimostrato alta efficacia in centinaia di studi scientifici.



I disturbi d'ansia conosciuti e chiaramente diagnosticabili sono i seguenti (cliccate per approfondimenti):

- Fobia specifica (aereo, spazi chiusi, ragni, cani, gatti, insetti, ecc.)
- Disturbo di panico e agorafobia (paura di stare in situazioni da cui non vi sia una rapida via di fuga)
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Fobia sociale
- Disturbo post-traumatico da stress
- Disturbo d'ansia generalizzata

**Dott. Fabio Scannella**  
**Psicologo Psicoterapeuta Specialista in**  
**Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale**

---

**Fobie: sintomi e cura**

Fobia degli aghi, fobia degli uccelli, fobia dei cani, fobia degli insetti, fobia del vomito, fobia dei gatti, ecc.

La fobia è una paura marcata e persistente con caratteristiche peculiari:

- è sproporzionata rispetto al reale pericolo dell'oggetto o della situazione;
- non può essere controllata con spiegazioni razionali, dimostrazioni e ragionamenti;
- supera la capacità di controllo volontario che il soggetto è in grado di mettere in atto;
- produce l'evitamento sistematico della situazione-stimolo temuta;
- permane per un periodo prolungato di tempo senza risolversi o attenuarsi;
- comporta un certo grado di disadattamento per l'interessato;

L'individuo riconosce che la paura è irragionevole e che non è dovuta ad effettiva pericolosità dell'oggetto, attività o situazione temuta.



La fobia è dunque una paura estrema, irrazionale e sproporzionata per qualcosa che non rappresenta una reale minaccia e con cui gli altri si confrontano senza particolari tormenti psicologici. Chi ne soffre, infatti, è sopraffatto dal terrore all'idea di venire a contatto magari con un animale innocuo come un ragno o una lucertola, o di fronte alla prospettiva di compiere un'azione che lascia indifferenti la maggior parte delle persone (ad esempio, il claustrofobico non riesce a prendere l'ascensore o la metropolitana). Le persone che soffrono di fobie si rendono perfettamente conto dell'irrazionalità della propria paura, ma non possono controllarla.

L'ansia da fobia, o "fobica", si esprime con sintomi fisiologici come tachicardia, vertigini, extrasistole, disturbi gastrici e urinari, nausea, diarrea, senso di soffocamento, rossore, sudorazione eccessiva, tremito e spossatezza. Con la paura si sta male e si desidera una cosa sola: fuggire! Scappare, d'altra parte, è una strategia di emergenza. La tendenza ad evitare tutte le situazioni o condizioni che possono essere associate alla paura, sebbene riduca sul momento gli effetti della fobia, in realtà costituisce una micidiale trappola: ogni evitamento, infatti, conferma la pericolosità della situazione evitata e prepara l'evitamento successivo (in termini tecnici si dice che ogni evitamento rinforza negativamente la paura). Tale spirale di progressivi evitamenti produce l'incremento, non solo della sfiducia nelle proprie risorse, ma anche della reazione fobica della persona, al punto da interferire significativamente con la normale routine dell'individuo, con il funzionamento lavorativo o scolastico oppure con le attività o le relazioni sociali. Il disagio diviene così sempre più limitante. Chi ha la fobia dell'aereo può trovarsi, ad esempio, a rinunciare a molte trasferte, e la cosa diventa imbarazzante se è necessario spostarsi per lavoro. Chi ha paura degli aghi e delle siringhe può rinunciare a controlli medici necessari o privarsi dell'esperienza di una gravidanza. Chi ha paura dei piccioni non attraversa le piazze e non può godersi un caffè seduto ai tavolini di un bar all'aperto e così via.

Tipi di fobie

Quando si parla di fobie ci si riferisce in genere a: fobia dei cani, fobia dei gatti, fobia dei ragni, fobia degli spazi chiusi, fobia degli insetti, fobia dell'aereo, fobia del sangue, fobia delle iniezioni, ecc.

Più precisamente, esistono le fobie generalizzate (agorafobia e fobia sociale), fortemente invalidanti, e le comuni fobie specifiche, generalmente ben gestite dai soggetti evitando gli stimoli temuti, che si classificano così:

- Tipo animali. Fobia dei ragni (aracnofobia), fobia degli uccelli o fobia dei piccioni (ornitofobia), fobia degli insetti, fobia dei cani (cinofobia), fobia dei gatti (ailurofobia), fobia dei topi, ecc..
- Tipo ambiente naturale. Fobia dei temporali (brontofobia), fobia delle altezze (acrofobia), fobia del buio (scotofobia), fobia dell'acqua (idrofobia), ecc..

**Dott. Fabio Scannella**  
**Psicologo Psicoterapeuta Specialista in**  
**Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale**

---

- Tipo sangue-iniezioni-ferite. Fobia del sangue (emofobia), fobia degli aghi, fobia delle siringhe, ecc.. In generale, se la paura viene provocata dalla vista di sangue o di una ferita o dal ricevere un'iniezione o altre procedure mediche invasive.
- Tipo situazionale. Nei casi in cui la paura è provocata da una situazione specifica, come trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, volare (aviofobia), guidare, oppure luoghi chiusi (claustrofobia o agorafobia).
- Altro tipo. Nel caso in cui la paura è scatenata da altri stimoli come: il timore o l'evitamento di situazioni che potrebbero portare a soffocare o contrarre una malattia (vedi anche disturbo ossessivo-compulsivo e ipocondria), ecc. Una forma particolare di fobia riguarda il proprio corpo o una parte di esso, che la persona vede come orrende, inguardabili, ripugnanti (dismorfofobia).

E' importante chiarire che il tipo di fobia da cui si è affetti non ha alcun significato simbolico inconscio, come invece viene suggerito da alcuni psicoanalisti, e la paura specifica è legata unicamente ad esperienze di apprendimento errato involontario (non necessariamente ricordate dal soggetto), per cui l'organismo associa involontariamente pericolosità ad un oggetto o situazione oggettivamente non pericolosa. Si tratta, in sostanza, di un processo di cosiddetto "condizionamento classico". Tale condizionamento si mantiene inalterato nel tempo a causa dello spontaneo evitamento sistematico che i soggetti fobici mettono in atto rispetto alla situazione temuta.

Fobie cura

Il trattamento delle fobie è relativamente semplice, se non complicato da altri disturbi psicologici, e prevede primariamente un percorso di psicoterapia cognitivo comportamentale di breve durata (spesso entro i 3-4 mesi).

La cura delle fobie, dopo un periodo di valutazione del caso che si esaurisce in genere nell'arco del primo mese, passa necessariamente attraverso l'utilizzo delle tecniche di esposizione graduata agli stimoli temuti. Il paziente viene avvicinato in modo molto progressivo agli stimoli che innescano la paura, partendo da quelli più lontani dall'oggetto o situazione centrale (es. l'immagine di una siringa nuova per un fobico degli aghi o una scatoletta di mangime per un fobico dei cani). Il contatto con tali stimoli viene mantenuto finché inevitabilmente non subentra l'abitudine ed essi non generano più ansia. Solo a tal punto si procede all'esposizione ad uno stimolo leggermente più ansiogeno, in una gerarchia accuratamente preparata in seduta a priori. In questo modo, nell'arco di poche settimane, si riesce a salire sulla gerarchia fino ad arrivare a esposizioni molto più forti, senza suscitare mai troppa ansia nel soggetto e ripetendo ogni esercizio finché non è diventato "neutro".

Tale procedura può spaventare molto le persone che soffrono di una fobia, poiché implica affrontare vis a vis l'oggetto o situazione temuta, ma se ben effettuata, con l'aiuto di un terapeuta esperto, è assolutamente applicabile e garantisce un successo nel 90-95% dei casi nella cura della fobia.

In alcuni casi, per rendere più efficace il metodo, si insegnano al paziente strategie di rilassamento fisiologico e lo si invita ad utilizzarle poco prima di esporsi agli stimoli ansiogeni, in modo da facilitare la creazione di un nuovo condizionamento, in cui l'organismo associa rilassamento, anziché ansia, a tali stimoli.

Nel caso di fobie invalidanti è molto diffuso l'uso di farmaci ansiolitici "al bisogno", per gestire l'ansia dovendo fronteggiare necessariamente certe situazioni temute (es. prima di prendere l'aereo). Tale strategia consente di sopravvivere all'evento, ma non ottiene altro che l'effetto di rafforzare la fobia. Più utili, eventualmente, anche se non paragonabili e indubbiamente meno efficaci delle tecniche cognitivo comportamentali, possono essere delle adeguate e prolungate terapie a base di antidepressivi SSRI, sotto attenta valutazione medica.

### **Attacchi di panico: sintomi e cura**

Gli attacchi di panico (detti anche crisi d'ansia) sono episodi di improvvisa ed intensa paura o di una rapida escalation dell'ansia normalmente presente. Sono accompagnati da sintomi somatici e cognitivi, quali palpitazioni, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, vertigini, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore.

Chi ha provato gli attacchi di panico li descrive come un'esperienza terribile, spesso improvvisa ed inaspettata, almeno la prima volta. E' ovvio che la paura di un nuovo attacco diventa immediatamente forte e dominante.

Il singolo episodio, quindi, sfocia facilmente in un vero e proprio disturbo di panico, più per "paura della paura" che altro. La persona si trova rapidamente invischiata in un tremendo circolo vizioso che spesso si porta dietro la cosiddetta "agorafobia", ovvero l'ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile un aiuto, nel caso di un attacco di panico inaspettato.

Con la paura degli attacchi di panico diventa quindi pressoché impossibile uscire di casa da soli, viaggiare in treno, autobus o guidare l'auto, stare in mezzo alla folla o in coda, e così via.

**Dott. Fabio Scannella**  
**Psicologo Psicoterapeuta Specialista in**  
**Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale**

---

L'evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene diviene la modalità prevalente ed il paziente diviene schiavo dei suoi attacchi di panico, costringendo spesso tutti i familiari ad adattarsi di conseguenza, a non lasciarlo mai solo e ad accompagnarlo ovunque, con l'inevitabile senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere "grande e grosso" ma dipendente dagli altri, che può condurre ad una depressione secondaria.

La caratteristica essenziale del Disturbo di Panico è la presenza di attacchi di panico ricorrenti, inaspettati, seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico.

La persona si preoccupa delle possibili implicazioni o conseguenze degli attacchi d'ansia e cambia il proprio comportamento in conseguenza degli attacchi, principalmente evitando le situazioni in cui teme che essi possano verificarsi.

Il primo attacco di panico è generalmente inaspettato, cioè si manifesta "a ciel sereno", per cui il soggetto si spaventa enormemente e, spesso, ricorre al pronto soccorso; poi possono diventare più prevedibili.

Per la diagnosi sono richiesti almeno due attacchi di panico inaspettati, ma la maggior parte degli individui ne hanno molti di più.

Gli individui con Disturbo di Panico mostrano caratteristiche preoccupazioni o interpretazioni sulle implicazioni o le conseguenze degli attacchi di panico. La preoccupazione per il prossimo attacco o per le sue implicazioni sono spesso associate con lo sviluppo di condotte di evitamento che possono determinare una vera e propria Agorafobia, nel qual caso viene diagnosticato il Disturbo di Panico con Agorafobia.

Di solito gli attacchi di panico sono più frequenti in periodi stressanti. Alcuni eventi di vita possono infatti fungere da fattori precipitanti, anche se non indicano necessariamente un attacco di panico. Tra gli eventi di vita precipitanti riferiti più comunemente troviamo il matrimonio o la convivenza, la separazione, la perdita o la malattia di una persona significativa, l'essere vittima di una qualche forma di violenza, problemi finanziari e lavorativi.

I primi attacchi si verificano di solito in situazioni agorafobiche (come guidare da soli o viaggiare su un autobus in città) e comunque spesso in qualche contesto stressante.

Gli eventi stressanti, le situazioni agorafobiche, il caldo e le condizioni climatiche umide, le droghe psicoattive possono infatti far insorgere sensazioni corporee che possono essere interpretate in maniera catastrofica, aumentando il rischio di sviluppare attacchi di panico.

Attacchi di panico sintomi

L'attacco di panico ha un inizio improvviso, raggiunge rapidamente l'apice (di solito entro 10 minuti o meno) e dura circa 20 minuti (ma a volte molto meno o di più).

I sintomi degli attacchi di panico tipici sono:

- Palpitazioni/tachicardia (battiti irregolari, pesanti, agitazione nel petto, sentirsi il battito in gola)
- Paura di perdere il controllo o di impazzire (ad esempio, la paura di fare qualcosa di imbarazzante in pubblico o la paura di scappare quando colpisce il panico o di perdere la calma)
- Sensazioni di sbandamento, instabilità (capogiri e vertigini)
- Tremori fini o a grandi scosse
- Sudorazione
- Sensazione di soffocamento
- Dolore o fastidio al petto
- Sensazioni di derealizzazione (percezione del mondo esterno come strano e irreali, sensazioni di stordimento e distacco) e depersonalizzazione (alterata percezione di sé caratterizzata da sensazione di distacco o estraneità dai propri processi di pensiero o dal corpo)
- Brividi
- Vampate di calore
- Parestesie (sensazioni di intorpidimento o formicolio)
- Nausea o disturbi addominali
- Sensazione di asfissia (stretta o nodo alla gola)

Non tutti i sintomi sono necessari perché si tratti di un attacco di panico. Vi sono molti attacchi caratterizzati solo o in particolare da alcuni di questi sintomi. La frequenza e la gravità dei sintomi degli attacchi di panico varia ampiamente nel corso del tempo e delle circostanze. Ad esempio, alcuni individui presentano attacchi moderatamente frequenti (per es., una volta a settimana), che si manifestano regolarmente per mesi. Altri riferiscono brevi serie di attacchi più frequenti, magari con sintomi dell'attacco di panico meno intensi (per es., quotidianamente per una settimana), intervallate da settimane o mesi senza attacchi o con attacchi meno frequenti (per es., due ogni mese) per molti anni.

Vi sono anche i cosiddetti attacchi paucisintomatici, molto comuni negli individui con Disturbo di Panico, che sono degli attacchi in cui si manifestano soltanto una parte dei sintomi del panico, senza esplodere in un vero attacco. La maggior parte degli individui con sintomi di attacco di panico paucisintomatico, tuttavia, hanno avuto attacchi di panico completi, con tutti i sintomi classici, in qualche momento nel corso del disturbo.

**Dott. Fabio Scannella**  
**Psicologo Psicoterapeuta Specialista in**  
**Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale**

---

Durante un attacco di panico, pensieri catastrofici automatici e incontrollati riempiono la mente della persona, che ha quindi difficoltà a pensare chiaramente e teme che tali sintomi siano veramente pericolosi. Alcuni temono che gli attacchi indichino la presenza di una malattia non diagnosticata, pericolosa per la vita (per es., cardiopatia, epilessia). Nonostante i ripetuti esami medici e la rassicurazione, possono rimanere impauriti e convinti di essere fisicamente vulnerabili. Altri temono che i sintomi dell'attacco di panico indichino che stanno "impazzendo" o perdendo il controllo, o che sono emotivamente deboli e instabili.

Attacchi di panico cura

Nella cura degli attacchi di panico con o senza agorafobia e dei disturbi d'ansia in generale, la forma di psicoterapia che la ricerca scientifica ha dimostrato essere più efficace, nei più brevi tempi possibile, è quella "cognitivo-comportamentale". Si tratta di una psicoterapia breve, a cadenza solitamente settimanale, in cui il paziente svolge un ruolo attivo nella soluzione del proprio problema e, insieme al terapeuta, si concentra sull'apprendimento di modalità di pensiero e di comportamento più funzionali alla cura degli attacchi di panico, nell'intento di spezzare i circoli viziosi del disturbo.

Per panico e agorafobia, una cura a base di terapia cognitivo comportamentale è altamente raccomandabile e di prima scelta. Sostanzialmente è controindicato affidarsi ai farmaci o ad altre forme di psicoterapia senza intraprendere quella forma di trattamento che l'intera comunità scientifica ha dimostrato essere la più efficace per la cura degli attacchi di panico.

La cura farmacologica degli attacchi di panico e dell'agorafobia, per quanto spesso sconsigliabile (almeno come unico trattamento), si basa fondamentalmente su due classi di farmaci: benzodiazepine e antidepressivi, spesso impiegati in associazione.

Nelle forme lievi la prescrizione di sole benzodiazepine può essere sufficiente come cura degli attacchi di panico temporanea, ma difficilmente risolutiva. Le molecole più adoperate sono l'alprazolam, l'etizolam, il clonazepam, il lorazepam. Tali farmaci, però, nel caso di attacchi di panico e agorafobia, rischiano di dare forte dipendenza e mantenere il disturbo, soprattutto se non si effettua parallelamente una psicoterapia cognitivo comportamentale.

Degli antidepressivi si sono mostrati efficaci nella cura degli attacchi di panico e dell'agorafobia i triciclici – TCA – (es clorimipramina, imipramina, desimipramina), gli inibitori delle mono amino ossidasi (IMAO) e soprattutto gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina – SSRI – (es citalopram, escitalopram, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina), oggi largamente impiegati.

Quest'ultima classe di farmaci presenta infatti, rispetto alle precedenti, una maggiore maneggevolezza e minori effetti collaterali.

Nei casi di attacchi di panico e agorafobia che non rispondono alla cura con SSRI, possono essere impiegati i TCA, anche se molti clinici utilizzano tali molecole come terapia di primo impiego.

Gli IMAO, pur essendo farmaci molto efficaci, sono quasi del tutto caduti in disuso come strumento di cura degli attacchi di panico per i gravi effetti collaterali che possono presentarsi qualora vi fosse l'associazione di alcune molecole o non venissero rispettate le restrizioni alimentari prescritte.

Canicattì 29/11/2021

Firma