

## PENSIERO

Attività operativa della psiche che permette di valutare la realtà e formulare giudizi attraverso processi di associazione, correlazione, integrazione, astrazione e simbolizzazione dei dati informativi. È in relazione sia alla logica, sia a elementi soggettivi di tipo affettivo. Il pensiero può non rispettare la logica, ad esempio nell'immaginazione (che considera creativamente i problemi) e nella fantasia, dove si libera dal legame con la realtà e dal controllo della coscienza.

In senso psicopatologico, i disturbi del pensiero si distinguono in disturbi della forma (alterazione della strutturazione o ideazione) e disturbi del contenuto (alterazioni delle singole idee).

### 1) DISTURBI DELLA FORMA DEL PENSIERO.

Se ne distinguono diverse tipologie:

a) **Accelerazione delle idee.** È un pensiero molto ricco di contenuti ideici che scorrono velocemente, superficialmente, con incapacità del soggetto di soffermarsi sui singoli contenuti, sino ad avere l'impressione che le idee corrano in una sorta di fuga (fuga delle idee). L'associazione tra i singoli temi ideativi è quindi operata in modo superficiale, ad esempio per rime o assonanze. Il linguaggio è pertanto fluido, abbondante (logorrea), inarrestabile e talora musicale, con inserimento di giochi di parole e battute. Tale disturbo è presente nel disturbo ipomaniacale e maniacale, nell'intossicazione alcolica e sotto l'effetto di psicostimolanti;

(ESEMPIO: se ad un paziente domandiamo “Cosa l’ha spinto a venire qui?”, lui ci può dare una risposta tipo “Sono venuto a piedi. Ma mi sono fatto male mentre facevo jogging. Lei crede che il jogging mi faccia male? Forse non serve per l’infarto, l’aspirina funziona meglio. Però non mi vanno le droghe. Droga e violenza vanno insieme.”)

b) **Rallentamento delle idee e blocco del pensiero.** È l'opposto dell'accelerazione delle idee. Il pensiero decorre faticosamente, lentamente sino a ristagnare. Il paziente risponde con esitazione, lentezza e ritardo alle domande, in modo spesso laconico. Di

norma, anche la mimica del viso è rallentata sino all'inibizione (arresto psicomotorio). In clinica si evidenzia in corso di depressione, soprattutto endogena, di schizofrenia catatonica.

(ESEMPIO: D. Cosa l'ha spinto a venire qui? R. Non so... (pausa)...Forse...(pausa)...Sto male...(pausa)...Non so... (pausa)...Sto male...(pausa)...)

c) **Pensiero prolisso, circostanziato e perseverante.** È caratterizzato dal raggiungimento non diretto della meta del discorso con l'interposizione di idee secondarie (prolissità); da eloquio ricco di dettagli irrilevanti sino alla vischiosità, come nell'epilessia temporale (circostanzialità); da persistenza nella coscienza di pensieri ripetuti continuamente e acriticamente, non rimpiazzati da nuove stimolazioni (perseverazione); lo si ritrova nelle epilessie o nella personalità ossessiva.

(ESEMPIO: D. "quale è il nome del primo ministro inglese precedente?" R. "john mayor". D. "E dell'attuale primo ministro?" R. john mayor.. no, voelvo dire john mayor")

d) **Dissociazione del pensiero.** Dovuta alla perdita dei nessi associativi tra le singole idee, con il risultato di un pensiero frammentario e bizzarro. Si può manifestare con illogicità, **tangenzialità** (in cui il contenuto è marginalmente o niente affatto correlato alla domanda), **deragliamento** (può manifestarsi con diversi livelli di gravità, che rendono il discorso da appena disturbato a incomprendibile, configurando la cosiddetta "insalata di parole"). È un disturbo tipico delle psicosi schizofreniche.

e) **Disturbi dell'eloquio.** Si manifestano con:

**Neologismi** : parole nuove create dal paziente.

**Ecolalia** : ripetizione psicopatologica di parole o frasi dette da una persona da parte di un'altra; può essere espressa con intonazione ironica o sarcastica.

**Assonanze:** le parole vengono scelte in funzione del loro suono anziché del loro significato.

## 2) DISTURBI DEL CONTENUTO DEL PENSIERO

Sono rappresentanti da:

a) **ideazione prevalente**. Si tratta di un'idea o di un insieme di idee che dominano la vita del soggetto per un lungo periodo di tempo o indefinitamente. Sono sostenute da un forte investimento emozionale e appaiono irragionevoli all'esterno, anche se non corrispondono a contenuti inaccettabili. E' un'idea avvertita come egosintonica dal soggetto (cioè è coerente con il senso di sé dell'individuo), a differenza delle idee ossessive che sono avvertite come egodistoniche, ed è ancora criticabile dall'individuo, a differenza di quanto accade nel delirio. Le idee prevalenti si manifestano sottoforma di convinzioni politiche o religiose sostenute con fanatica intensità. Possono costituire il primo stadio di alcuni deliri (come quello di gelosia) e si associano a disturbi di personalità di tipo paranoide.

b) **ideazione ossessiva**. Sono idee con senso di obbligatorietà, persistenti e ricorrenti, che non si possono eliminare con il ragionamento e la volontà. Sono riconosciute dall'individuo come proprie, ma vissute in maniera egodistonica (quindi in contrasto con aspetti essenziali del suo sistema di valori). Determinano fastidio, ansia o disagio marcato ed il soggetto tende ad ignorare o sopprimere questi pensieri, anche con rituali o comportamenti compulsivi. (Alcuni esempi di idee ossessive sono: necessità di controllare di aver chiuso l'auto, di non aver lasciato il gas acceso, immagine ossessive, timore di contrarre malattie in luoghi pubblici).

c) **ideazione delirante (delirio)**. È un'idea patologica falsa, non corrispondente alla realtà, non criticabile, sostenuta con certezza dal soggetto.

I deliri hanno tre componenti: certezza **soggettiva**, **incorreggibilità**, **falsità** del contenuto.

In riferimento alla modalità d'insorgenza, il delirio può esordire come percezione o come intuizione delirante. Nel caso di **percezione delirante**, vi è l'attribuzione di un significato abnorme ad una percezione reale, che è autoriferita, di significato personale sconvolgente e ovviamente falsa. Nell'**intuizione delirante**, invece, vi è un'idea che, senza alcun rapporto con la realtà, sorge all'improvviso nella mente del soggetto e viene accettata come verità.

Il delirio può essere classificato in **lucido** (caratteristico della paranoia), in cui vi è un insieme di idee deliranti con stato di coscienza integro, o **confuso**, in cui i contenuti deliranti non sono sistematizzati, con compromissione dello stato di coscienza. I deliri possono, inoltre, essere classificati in PRIMARI o SECONDARI, questi ultimi comprensibili sulla base dello stato affettivo del soggetto, della condizione attuale del soggetto (risposta ad avvenimenti traumatici o a particolari situazioni ambientali) o del carattere del soggetto.

In riferimento al contenuto si distinguono deliri di:

- Persecuzione (convinzione di un soggetto di essere oggetto di molestie, attacchi, persecuzioni o cospirazioni)
- Veneficio (convinzione di essere avvelenati mediante sostanze tossiche)
- Riferimento (convinzione che eventi esterni o comportamenti di altre persone nell'ambiente circostante siano connessi, di solito in termini negativi, con il soggetto o con sue qualità o attributi)
- Di rivendicazione (convinzione di aver subito un'ingiustizia e ricerca conseguente di una riparazione per via legale e tramite comportamenti antisociali)

- di colpa o rovina (caratterizzato da senso di colpa che il soggetto si attribuisce senza un reale motivo, è frequente nelle depressioni deliranti)
- di grandezza (caratterizzato dalla convinzione di essere dotato di qualità speciali, presente in corso di schizofrenia o episodi maniacali)
- di gelosia (è la falsa convinzione di infedeltà del partner)
- mistico o religioso

## PERCEZIONE

La percezione è la funzione attraverso cui l'Uomo ottiene informazioni dall'ambiente che lo circonda, tramite gli organi di senso ad essa preposti. (vista, udito, olfatto, tatto e gusto)

I disturbi della percezione sono di diverso tipo e di diversa rilevanza psicopatologica: si distinguono in **DISTORSIONE SENSORIALE** (in cui lo stimolo sensoriale è percepito in modo distorto) e **FALSE PERCEZIONI** (in cui si produce una percezione che non corrisponde ad uno stimolo esterno).

## DISTORSIONI SENSORIALI

Racchiudono alterazioni della: quantità, qualità e della scissione della percezione.

Le **alterazioni della quantità** variano molto in funzione dello stato emotivo e del livello di coscienza, e tra esse ritroviamo **iperestesia** (in cui suoni, colori ed odori sono percepiti come più intensi, come accade nella mania, negli stati d'ansia, nelle intossicazioni) ed **ipoestesia** (meno intensi, come nella depressione, schizofrenia, precarie condizioni psicofisiche).

Le **alterazioni della qualità** si manifestano con **xantopsia** (disturbo visivo in cui vi è un cambiamento di colore degli oggetti), **micro/marcopsie** (cambiamento di dimensione), **palinacusia** (forma particolare di allucinazione acustica, in cui una parola

correttamente percepita viene udita ripetutamente per un certo tempo).

La **scissione della percezione** è la difficoltà nell'integrare due canali sensoriali concomitanti, ad esempio dalla vista e dall'udito.

## **FALSE PERCEZIONI**

Racchiudono disturbi della percezione di tipo allucinatorio e non allucinatorio.

Schematicamente, si riconoscono tre tipi principali di alterazioni percettive non allucinatorie:

- illusioni
- allucinosi
- pseudoallucinazioni

Le **illusioni** sono fenomeni in cui una percezione reale viene trasformata per la combinazione di elementi non reali. Possono verificarsi quando il dato percettivo è incompleto o non strutturato a sufficienza, come ad esempio è il caso del completamento automatico di un messaggio verbale – o scritto – che si presenti non chiaro o mancante in alcune parti. Nelle **paraeidolie** (un'illusione subcosciente che tende a ricondurre a forme note oggetti o profili dalla forma casuale) l'immagine di una nuvola può essere percepita come un animale o altra forma significativa.

Caratteristica delle illusioni è la possibilità di correzione più o meno immediata dell'errore percepito.

Le illusioni affettive, poi, si verificano in condizioni di particolare stato emotivo del soggetto (per es. situazioni di pericolo o minaccia). Anche in questo caso, tanto più è incompleto e poco strutturato il dato sensoriale percepito, tanto più facile sarà la comparsa di fenomeni illusori. Un bambino spaventato dal buio può facilmente scambiare uno straccio appeso per un mostro minaccioso.

Nelle illusioni affettive il significato che caratterizza l'illusione è normalmente collegato e comprensibile in base alla condizione emotive di base del soggetto.

I fenomeni sopradescritti sono facilmente riscontrabili anche in soggetti normali e non sono, di per sè, indice di alterazione psichica.

Anche l'**allucinosi**, pur non essendo un fenomeno di frequenza rilevante, è quasi sempre indice di una alterazione patologica generalmente organica.

Come l'allucinazione, consiste nella manifestazione di una percezione in assenza di oggetto. L'elemento che la distingue è la conservazione della capacità da parte del soggetto di riconoscerne la natura abnorme. Si nota nei soggetti schizofrenici cronici, in cui il fenomeno dispercettivo viene riconosciuto come non reale. Diverso è il caso dell'allucinosi alcolica, in cui in stato di intossicazione come di astinenza da alcol (delirium tremens), si verificano contemporaneamente diversi fenomeni dispercettivi.

La **pseudoallucinazione**, da ultimo, si può definire come una forma particolarmente vivida e intensificata di rappresentazione mentale. È riferita allo spazio interno del soggetto, che può descrivere di percepire "il proprio stomaco di vetro", oppure descrive voci interne, immagini interne. Tale fenomeno si verifica tipicamente in situazioni emozionali intense (per es. lutto), ma anche in disturbi affettivi o psicotici.

Più importanti, per la loro stretta correlazione con la presenza di patologie psichiatriche, di cui sono spesso i sintomi più facilmente obiettivabili, sono le allucinazioni.

Si definisce **allucinazione** una percezione che avvenga in assenza di oggetto. Proprio per tale motivo sono tra i sintomi psichiatrici più facilmente indagabili, in quanto la presenza o l'assenza dell'oggetto percepito è immediatamente verificabile da un osservatore esterno.

Una delle caratteristiche costitutive delle allucinazioni, che le differenzia dalle allucinazioni, è la non correggibilità. Il soggetto è convinto della realtà delle proprie percezioni e non può essere convinto con il normale vaglio della critica del contrario. La percezione allucinatoria ha caratteristiche analoghe a quelle di una percezione reale, nella fisicità, nella struttura. Un altro elemento che normalmente contraddistingue le allucinazioni è il carattere autocentrico: le voci udite parlano al paziente, è lui che insultano, a lui danno ordini.

Dal punto di vista semeiotico, si possono distinguere diverse allucinazioni a seconda dell'area sensoriale interessata: ciascuno dei cinque sensi può essere interessato da fenomeni allucinatori. La prevalenza massima è tuttavia indubbiamente delle allucinazioni uditive. Si tratta frequentemente di voci udite dal paziente, generalmente esse hanno caratteristiche minacciose e allusive verso il paziente stesso, fino ad imporgli di compiere determinate azioni (allucinazioni imperative) con pericolo in alcuni casi di suicidio. Più raramente le voci udite conversano tra loro (colloquio di voci), senza rivolgersi al paziente. Il soggetto, raramente, può riferire direttamente tale percezione, come più frequentemente può risultare distratto durante un colloquio, allontanare lo sguardo dall'interlocutore nella ricerca della fonte di provenienza di ciò che sta sentendo. Le allucinazioni uditive sono presenti in una grande percentuale di soggetti affetti da schizofrenia.

Secondo alle allucinazioni uditive in quanto a frequenza sono quelle visive. Sono spesso caratterizzate da elementi percettivi più semplici, rispetto alle precedenti e si presentano prevalentemente in psicosi acute o in psicosi organiche. Infine le dispercezioni allucinatorie tattili e cenestesiche, anch'esse presenti in pazienti schizofrenici, ma con frequenza ridotta rispetto a quelle uditive,

possono manifestarsi in modo piuttosto dirompente; il paziente può descrivere di aver subito un rapporto sessuale, o sentire di essere toccata o punto sul corpo. Per le allucinazioni olfattive e gustative vale la pena notare che esse sono frequentemente indice di un danno organico a livello delle corrispondenti aree cerebrali.

Le caratteristiche sensoriali sono anch'esse variabili. Nelle allucinazioni semplici il soggetto percepisce, per es., un suono, o un lampo di luce. La struttura si può invece arricchire e, nelle allucinazioni complesse, il dato sensoriale allucinatorio può essere costituito da colloqui di voci e da scene piuttosto articolate.

Se la schizofrenia è quasi costantemente caratterizzata dalla presenza di allucinazioni, non è però la sola patologia in cui esse si manifestino. Pazienti con disturbi dell'umore possono presentare allucinazioni, normalmente in associazione a disturbi del pensiero (deliri). Fenomeni dispercettivi possono esordire con modalità piuttosto dirompenti in caso di abuso di sostanze, siano esse farmaci usati a scopo terapeutico che sostanze di abuso. Esiste poi la possibilità che l'allucinazione si presenti in caso di patologie organiche cerebrali, quali il disturbo epilettico o neoplasie. Infine occorre ricordare che in condizioni di alterazioni dello stato di coscienza, quali il delirium, la comparsa improvvisa ed acuta di allucinazioni può essere uno dei primi sintomi rilevabili e come tale cruciale nel riconoscimento di tali gravi patologie.

Quale che sia la condizione morbosa sottostante, l'allucinazione rappresenta per il soggetto un fenomeno assai rilevante. L'impatto emozionale di un'allucinazione è tanto più intenso quanto più improvvisa e inattesa è la comparsa del fenomeno. È di cruciale importanza comprendere il grado di angoscia, paura, terrore che il paziente sperimenta a causa delle allucinazioni: un'angoscia spesso solo rilevata dall'operatore dall'atteggiamento del paziente, che tende a non comunicare direttamente la distorsione della percezione, ma rimane ad esempio in una "posizione di ascolto", o si copre le orecchie con le mani o nei casi più scompaginanti batte la testa contro il muro.

## **AFFETTIVITA'**

Fanno parte dei disturbi dell'affettività: ansia, paura, fobia, panico.

### **ANSIA**

E' uno stato di tensione emotiva, 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. Quando l'attivazione del sistema di ansia è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle

situazioni (come in assenza di un oggetto o situazione chiaramente identificato), però, siamo di fronte ad un disturbo d'ansia.

I **disturbi d'ansia**, dal punto di vista epidemiologico, hanno la prevalenza più alta di tutti gli altri disturbi psichiatrici, con un impatto negativo sulla qualità di vita e sul funzionamento psicosociale, sono associati ad un alto rischio di suicidio ed hanno un'elevata comorbidità con altri disturbi (depressione, condotte d'abuso, rischio di suicidio).

Il **DSM-V** classifica i vari disturbi d'ansia in:

- disturbi in cui l'ansia si esprime apertamente (DAG, DAP, agorafobia che nel DSM-4 non era considerato un disturbo a sé stante ma associato al DAP)
- disturbi fobici (agorafobia con o senza DAP, DA sociale, DA da separazione, mutismo selettivo, altri DA specifici, fobia specifica)
- DOC
- disturbi derivanti da eventi traumatici (DPTS, da disadattamento).

La persona con **Disturbo d'Ansia Generalizzato** sperimenta un costante stato d'ansia, caratterizzato da attesa apprensiva con anticipazione pessimistica di eventi negativi o catastrofici di ogni genere a natura. Oltre a questa eccessiva e incontrollabile preoccupazione per qualsiasi circostanza, l'ansia generalizzata si manifesta anche con sintomi somatici, quali sudorazione, vampate, batticuore, extrasistole, nausea, diarrea, bocca secca, nodo alla gola, minzione frequente, impotenza, cefalea ecc.. Talvolta vengono lamentati disturbi muscolo-scheletrici, come tensione (soprattutto alla nuca e al collo), tic, tremori, affaticabilità. I soggetti con questo disturbo sono spesso irritabili, irascibili, incapaci di rilassarsi e persino di mantenere la concentrazione. Lo stato ansioso li porta ad un continuo eccesso di vigilanza ed aumento dell'attenzione e frequentemente soffrono di insonnia e rimuginano sull'eventualità di disgrazie imminenti, per sé ed altri. Il paziente può, inoltre, presentare un'espressione mimica del volto tesa e preoccupata, con segni di agitazione (come il morsicamento delle unghie) e

condotte di evitamento di stimoli ansiogeni. Tra i fattori di rischio vi sono il sesso femminile, la familiarità, eventi di perdita o di separazione o comunque contesti generici instabili.

Per il DSM-5 i criteri diagnostici per il **DAG** sono:

- a) ansia e preoccupazione eccessive che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi
- b) difficoltà nel controllare la preoccupazione
- c) presenza di 3 o più sintomi, mentre nel bambino 1 (irrequietezza, affaticabilità, difficoltà a concentrarsi, tensione muscolare, alterazioni del sonno, irritabilità)
- d) l'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un disturbo in asse 1
- e) il disturbo causa un disagio significativo del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree
- f) il disturbo non è dovuto agli effetti di una sostanza o di una CMG.

Le psicoterapie ad indirizzo cognitivo comportamentale (tra le più efficaci e caldamente raccomandabili) affrontano l'ansia generalizzata in modi diversi. Si possono affrontare in modo separato le varie situazioni in cui l'ansia si presenta tramite tecniche comportamentali e di ristrutturazione cognitiva. Alcuni utilizzano tecniche di rilassamento per interrompere il processo di autoalimentazione dell'ansia e abbassare lo stato di tensione generale. Infine, si possono scegliere interventi mirati al potenziamento delle capacità assertive.

Tra i trattamenti farmacologici più diffusi per il disturbo d'ansia generalizzato si trovano sicuramente quelli a base di ansiolitici. Le benzodiazepine costituiscono, infatti, i farmaci di più largo impiego; tuttavia, il buspirone è sicuramente un composto più recente e di pari efficacia. Tra gli antidepressivi con buona azione ansiolitica vengono utilizzati anche la Sertralina e la Paroxetina.

La **fobia** è 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 si esprime con sintomi fisiologici come tachicardia, vertigini, disturbi gastrici e urinari, senso di soffocamento, rossore, sudorazione eccessiva, tremito e spossatezza. 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.

La classificazione delle fobie le divide in **fobie generalizzate** (agorafobia e fobia sociale), fortemente invalidanti, e le comuni **fobie specifiche**, generalmente ben gestite dai soggetti evitando gli stimoli temuti.

Il concetto di **agorafobia**, oggi, copre una vasta gamma di situazioni, dalla paura di recarsi in posti affollati (come originariamente descritto) a tutte le situazioni in cui è difficile scappare o ricevere soccorso; di conseguenza, i soggetti agorafobici, evitano tali luoghi al fine di controllare l'ansia legata alla

prefigurazione di una nuova crisi di panico. Infatti, nella maggior parte dei casi, l'agorafobia è un problema che emerge secondariamente all'insorgenza di attacchi di panico o crisi d'ansia minori; si instaura quando il soggetto agorafobico comincia ad evitare sistematicamente tutti i luoghi, le situazioni ed i contesti nei quali ci potrebbero essere ostacoli alla possibilità di essere aiutati. Tra le situazioni che più frequentemente vengono evitate da chi mostra sintomi di agorafobia si riscontrano: uscire da soli, frequentare luoghi affollati come mercati o concerti; prendere l'autobus o l'aeroplano; essere su un ponte o in ascensore. Quando questi evitamenti iniziano a compromettere le attività quotidiane ed il funzionamento socio-lavorativo della persona allora si parla di agorafobia.

L'agorafobia può essere diagnosticata all'interno del disturbo di panico con agorafobia o come agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico. In questo ultimo caso, le crisi che il paziente evita sono caratterizzate da sintomi d'ansia tipo panico, ma senza tutte le caratteristiche dell'attacco di panico vero e proprio.

All'interno della psicoterapia cognitivo-comportamentale, le tecniche di esposizione si sono dimostrate utili nel ridurre i comportamenti che alimentano l'ansia agorafobica. Recentemente sono state implementate strategie volte a incrementare la capacità dei soggetti di stare in contatto con l'attivazione ansiosa senza temerne le conseguenze catastrofiche, favorendo l'accettazione e diminuendo il bisogno di controllo dei sintomi d'ansia. In generale, comunque, la psicoterapia è essenziale per la cura dell'agorafobia, mentre gli psicofarmaci, contenendo i sintomi ansiosi e gli episodi di panico, possono essere utili a breve termine.

La caratteristica principale della **fobia sociale** è la paura di agire, di fronte agli altri, in modo imbarazzante o umiliante e di ricevere giudizi negativi.

Questa paura può portare chi ne soffre ad evitare la maggior parte delle situazioni sociali, per la paura di comportarsi in modo

“sbagliato” e di venir mal giudicati. Solitamente le situazioni più temute da chi soffre di fobia sociale (o ansia sociale) sono quelle che implicano la necessità di dover fare qualcosa davanti ad altre persone, come ad esempio esporre una relazione o anche solo firmare, telefonare o mangiare; a volte può creare ansia sociale semplicemente entrare in una sala dove ci sono persone già sedute, oppure parlare con un proprio amico.

Le persone che soffrono di fobia sociale temono di apparire ansiose e di mostrarne i “segni”, cioè temono di diventare rosse in volto, di tremare, di balbettare, di sudare, di avere batticuore, oppure di rimanere in silenzio senza riuscire a parlare con gli altri, senza avere la battuta “pronta”. Infine, accade spesso che chi sperimenta ansia sociale, quando non si trova in una situazione temuta, riconosca come irragionevole la propria paura e tenda, conseguentemente, ad auto accusarsi e rimproverarsi per non riuscire a fare cose che tutti fanno.

La fobia sociale, se non trattata, tende a rimanere stabile e cronica, e spesso può dare luogo ad altri disturbi come la depressione. Tale disturbo sembra esordire normalmente in età adolescenziale o nella prima età adulta.

Solitamente si distinguono due tipi di Fobia Sociale:

- **semplice**, quando la persona sperimenta ansia sociale solo in una o poche tipologie di situazioni (per esempio è incapace di parlare in pubblico, ma non ha problemi in altre situazioni sociali come partecipare ad una festa o parlare con uno sconosciuto);
- **generalizzata**, quando invece la persona teme pressoché tutte le situazioni sociali. Nelle forme più gravi e pervasive, si tende a preferire la diagnosi di Disturbo Evitante di Personalità.

I sintomi della fobia sociale (legati all’ansia) maggiormente percepiti sono: palpitazioni (79%), tremori (75%), sudori (74%), tensione muscolare (64%), nausea (63%), secchezza delle fauci (61%), vampate di calore (57%), arrossamenti (51%), mal di testa (46%).

I criteri diagnostici per il DSM-5 sono:

- A) Paura marcata o ansia in una o più situazioni sociali in cui la persona è esposta al possibile giudizio degli altri.
- B) La paura individuale di comportarsi in un certo modo, o mostrare sintomi di ansia, che saranno valutati negativamente (cioè, essere umilianti, imbarazzanti, portati al rifiuto o all'offesa di altri).
- C) Le situazioni sociali provocano sempre paura o ansia.
- D) Le situazioni sociali sono evitate o sopportate con intensa paura o ansia.
- E) La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dalla situazione sociale.
- F) La durata è di almeno 6 mesi.
- G) la paura e l'evitamento causano un disagio clinicamente significativo o la compromissione di aree importanti: sociali, lavorative o in altri ambiti.
- H) L'ansia la paura e l'evitamento non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio, una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale.

Come per gli altri disturbi d'ansia, la psicoterapia cognitivo comportamentale si è dimostrata generalmente molto efficace nella cura della fobia sociale. La psicoterapia cognitivo comportamentale è centrata sul "qui ed ora", sul trattamento diretto del sintomo, e punta da un lato a modificare i pensieri disfunzionali, dall'altro a offrire alla persona migliori capacità ed abilità nel affrontare le situazioni temute. Tali abilità prevedono, solitamente, sia tecniche (come i training di rilassamento) per la gestione dell'ansia, sia tecniche per la gestione dell'interazione verbale. La terapia

cognitivo comportamentale per la cura della fobia sociale si può condurre ottimamente in sedute individuali. Ciò non toglie che, quando sia possibile, il trattamento di gruppo presenti notevoli vantaggi, a cominciare dal fatto ovvio di essere già in una situazione sociale.

La **fobia specifica** è una paura marcata e persistente, provocata da situazioni od oggetti specifici: l'esposizione allo stimolo fobico provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere la forma di un attacco di panico.

I vari tipi di fobie specifiche si classificano in:

- Tipo animali. Come la fobia dei ragni (aracnofobia), degli insetti, ecc..
- Tipo ambiente naturale. Come la fobia dei temporali, delle altezze, fobia del buio, dell'acqua, ecc..
- Tipo sangue-iniezioni-ferite. Fobia del sangue (emofobia), fobia degli aghi, fobia delle siringhe, ecc..

Tipo situazionale. Nei casi in cui la paura è provocata da una situazione specifica, come trasporti pubblici, tunnel, , ascensori, volare, oppure luoghi chiusi (claustrofobia).

Gli **attacchi di panico** 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, 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). L'attacco di panico ha un inizio improvviso, raggiunge rapidamente l'apice (di solito entro 10 minuti) e dura circa 20 minuti.

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.

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. Di solito gli attacchi di panico sono più frequenti in periodi stressanti.

Alcuni eventi di vita possono infatti fungere da fattori precipitanti. 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 criteri diagnostici secondo il DSM-5 sono:

- A) attacchi di panico inaspettati ricorrenti, seguito da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco
- B) gli attacchi non sono dovuti agli effetti di una sostanza o di una CMG
- C) gli attacchi non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale

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.

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

**Il disturbo ossessivo compulsivo** è caratterizzato da pensieri, immagini o impulsi ricorrenti che innescano ansia e "obbligano" la

persona ad attuare azioni ripetitive materiali o mentali. Il disturbo ossessivo compulsivo prevede l'esistenza di sintomi quali ossessioni e compulsioni. Almeno l'80% dei pazienti ossessivi ha ossessioni e compulsioni, meno del 20% ha solo ossessioni o solo compulsioni.

Le ossessioni sono pensieri, immagini o impulsi intrusivi e ripetitivi, percepiti come incontrollabili da chi li sperimenta. Tali idee sono sentite come disturbanti e solitamente giudicate come infondate o eccessive. Ad esempio, coloro che soffrono di disturbo ossessivo compulsivo possono temere oltremodo lo sporco, i germi e/o le sostanze disgustose; possono essere terrorizzati di procurare inavvertitamente danni a sé o ad altri, di poter perdere il controllo dei propri impulsi diventando aggressivi, anche se solitamente riconoscono che tutto ciò non è giustificato. Le ossessioni del disturbo ossessivo-compulsivo attivano emozioni sgradevoli e molto intense, quali paura, disgusto, colpa, con il conseguente bisogno di fare il possibile per rassicurarsi e gestire il proprio disagio.

Le compulsioni tipiche del disturbo ossessivo compulsivo sono comportamenti ripetitivi (come controllare, lavare/lavarsi, ordinare, ecc.) o azioni mentali (pregare, ripetere formule, contare) finalizzati a contenere il disagio emotivo provocato dai pensieri e dagli impulsi che caratterizzano le ossessioni. Le compulsioni diventano facilmente rigide regole di comportamento e sono decisamente eccessive, talvolta bizzarre agli occhi degli osservatori.

Il disturbo ossessivo compulsivo colpisce dal 2 al 3% delle persone nell'arco di una vita, indipendentemente dal sesso. Può esordire nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta, sebbene in molti casi i primi sintomi si manifestino molto precocemente, nella maggior parte dei casi prima dei 25 anni (il 15% dei soggetti ricorda un esordio intorno ai 10 anni).

Se il disturbo ossessivo compulsivo non viene adeguatamente curato, prima di tutto con una psicoterapia cognitivo

comportamentale specifica, tende a cronicizzare e ad aggravarsi nel tempo.

I sintomi del DOC sono molto eterogenei, ma nella pratica solitamente se ne distinguono alcune tipologie:

- DOC da contaminazione – I sintomi sono ossessioni e compulsioni connesse a improbabili (o irrealistici) contagi o contaminazioni.
- DOC da controllo – I sintomi sono ossessioni e compulsioni implicanti controlli protratti e ripetuti senza necessità, volti a riparare o prevenire gravi disgrazie o incidenti.
- Disturbi ossessivi puri – I sintomi sono pensieri o, più spesso, immagini relative a scene in cui la persona attua comportamenti indesiderati e inaccettabili, privi di senso, pericolosi o socialmente sconvenienti. Queste persone non hanno né rituali mentali né compulsioni, ma soltanto pensieri ossessivi.
- DOC superstizioso – Si tratta di un pensiero superstizioso portato all'eccesso.
- DOC da ordine e simmetria – Chi ne soffre non tollera assolutamente che gli oggetti siano posti in modo anche minimamente disordinato o asimmetrico, perché ciò gli procura una sgradevole sensazione di mancanza di armonia e di logicità.
- DOC da accumulo/accaparramento – E' un tipo di ossessione piuttosto rara che caratterizza coloro che tendono a conservare ed accumulare (e talvolta perfino a raccogliere per strada) oggetti insignificanti e inservibili.

Una forma particolare di ossessione è quella che riguarda la preoccupazione eccessiva e irrazionale di avere una parte del proprio corpo difettosa o deforme (dismorfofobia).

DSM-5:

A) presenza di ossessioni o compulsioni

B) le ossessioni o compulsioni causano disagio marcato, fanno consumare tempo e interferiscono significativamente con le normali abitudini e attività della persona nei vari ambiti della vita

C) il disturbo non è dovuto agli effetti di una sostanza o di altra CM

D) il disturbo non è meglio spiegato da sintomi di altri disturbi mentali.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale costituisce il trattamento psicoterapeutico di elezione per la cura del disturbo ossessivo compulsivo. La tecnica più usata all'interno dell'approccio comportamentale è l'esposizione e prevenzione (intesa come sospensione dei rituali compulsivi) della risposta.

La cura farmacologica del disturbo ossessivo compulsivo è stata caratterizzata storicamente dall'impiego dell'antidepressivo triciclico Clomipramina, ma recentemente, si è largamente diffuso l'impiego degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) i quali, ad una sostanziale equivalenza terapeutica dimostrata da vari studi, associano minori effetti collaterali.

**Il Disturbo Post traumatico da Stress** si sviluppa in seguito all'esposizione ad un evento stressante e traumatico che la persona ha vissuto direttamente, o a cui ha assistito, e che ha implicato morte, o minacce di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri. La risposta della persona all'evento comporta paura intensa, senso di impotenza e/o orrore.

I sintomi del Disturbo Post traumatico da Stress possono essere raggruppati in tre categorie principali:

- il continuo rivivere l'evento traumatico attraverso immagini, pensieri, percezioni, incubi notturni;
- l'evitamento persistente degli stimoli associati con l'evento o attenuazione della reattività generale, che si manifesta nel diminuito interesse per gli altri, in un senso di distacco e di estraneità;
- sintomi di uno stato di iperattivazione persistente come difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, difficoltà a concentrarsi, l'ipervigilanza ed esagerate risposte di allarme.

I sintomi del disturbo post traumatico da stress possono insorgere immediatamente dopo il trauma o dopo mesi. Il quadro dei sintomi è definito acuto, se la durata dei sintomi è minore di tre mesi, cronico se ha una durata maggiore, o ad esordio tardivo, se sono trascorsi almeno 6 mesi tra l'evento e l'esordio dei sintomi.

È definito secondo il DSM-5:

A) la persona è stata esposta ad un evento traumatico (vissuto o assistito) che ha implicato morte, gravi lesioni o minaccia all'integrità fisica propria o di altri, e la sua risposta comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.

B) l'evento traumatico viene vissuto persistentemente

C) evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale

D) sintomi persistenti di aumentato arousal (ipervigilanza, difficoltà ad addormentarsi e a concentrarsi, esagerate risposte di allarme, irritabilità) non presenti prima del trauma

E) la durata del disturbo è superiore a 1 mese

F) il disturbo causa disagio clinicamente significativo nel funzionamento sociale o di altre aree importanti.

Il trattamento del disturbo post traumatico da stress richiede necessariamente un intervento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale, che faciliti l'elaborazione del trauma fino alla scomparsa dei sintomi d'ansia. Per l'elaborazione del trauma si è rivelato inoltre particolarmente utile l'EMDR, tecnica specifica di alta efficacia dimostrata.

La **psicoterapia cognitivo-comportamentale**, come suggerisce il termine, combina due forme di terapia estremamente efficaci:

La terapia comportamentale: aiuta a modificare la relazione fra le situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona ha in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione. Aiuta inoltre a rilassare mente e corpo, così da sentirsi meglio e poter riflettere e prendere decisioni in maniera più lucida.

La terapia cognitiva: aiuta ad individuare certi pensieri ricorrenti, certi schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà, che sono concomitanti alle forti e persistenti emozioni negative che vengono percepite come sintomi e ne sono la causa, a correggerli, ad arricchirli, ad integrarli con altri pensieri più oggettivi, o comunque più funzionali al benessere della persona.

Lo **skills training** è un trattamento finalizzato al potenziamento di specifiche abilità socio-emotive che risultano deficitarie o carenti in alcune persone. Lo skills training è un allenamento delle abilità che l'individuo possiede, volto al loro sviluppo al fine di garantirgli una vita relazionale soddisfacente. Questo tipo di intervento si svolge tipicamente in un contesto di gruppo e mira all'apprendimento di abilità utili alla gestione della relazione con gli altri, e ad affrontare i problemi derivanti dalle pressioni e dagli stress della vita quotidiana. Il trattamento è strutturato secondo dei moduli che vanno a potenziare le diverse abilità servendosi di tecniche specifiche

Il concetto di “rinforzo” spiega che un comportamento tende a ripetersi nel tempo se le conseguenze sono positive per il soggetto, mentre tende ad estinguersi in caso contrario, cioè se le conseguenze sono negative. Ciò che porta, quindi, ad un incremento del comportamento si definisce “rinforzo”. Ciò che porta, invece, a estinguere un comportamento prende il nome di “punizione”. Il rinforzo può essere positivo (Se un bambino ogni volta che piange, che è il comportamento, si accorge che la mamma arriva a prenderlo in braccio, che è il rinforzo, tenderà a riproporre tale comportamento per ricercare la sensazione piacevole del calore materno e per accrescere la sensazione di avere un controllo sull’ambiente esterno) o negativo, ed in questo caso l’elemento rinforzante (ciò che porta ad un incremento del comportamento) è, invece, un elemento negativo che viene sottratto o evitato. Una bambina che non vuole andare a scuola (situazione avversa) se scopre che lamentando continui mal di pancia o mal di testa (comportamento) viene tenuta a casa dai genitori (elemento rinforzante), sarà portata a riproporre ogni mattina la lamentela.