23371-350801

www.mepha.ch

Quelli con l’arcobaleno

mepha

Guida per i pazienti

Meglio informati sui disturbi d’ansia e panico

Quelli con l’arcobaleno

mepha

Disturbi d'ansia e panico

«Io ritengo che il cervello possieda un grande potere sull'uomo … Gli uomini, poi, devono sapere che nessun'altro può esser l'origine della gioia e del buon umore, del ridere e dello scherzare che lo stesso luogo dove nascono il lutto e il dolore, il cattivo umore e il pianto.»

Hippokrates von Kos (~460 v. Chr.–~375 v. Chr.)

«Le carenze della nostra descrizione probabilmente scomparirebbero se potessimo già sostituire i termini della psicologia con quelli della fisiologia o della chimica […]. La biologia probabilmente è un campo dalle possibilità illimitate che ci riserva le delucidazioni più sorprendenti, e non siamo in grado di prevedere quale risposta darebbe alle nostre domande se gliele ponessimo fra alcuni decenni. Forse sarebbero tali da far scomparire addirittura in un soffio tutta la nostra costruzione di ipotesi artificiali.»

Sigmund Freud (1856–1939)

Significato e storia dell'ansia 6

Come e quando si evidenzia l'ansia? 11

Quand'è che l'ansia si trasforma in malattia e come sorgono le patologie d'ansia? 13

Cosa hanno in comune le patologie d'ansia? 20

Quali disturbi d'ansia conosciamo? 22
- Disturbo da panico 22
- Fobie 25
- Fobie specifiche 25
- Fobia sociale (disturbo d'ansia sociale) 26
- Agorafobia 29
- Disturbo d'ansia generalizzata 30
- Disturbi ossessivi-compulsivi 32
- Sindrome post-traumatica da stress 34
- Disturbo dell'adattamento 37

Altri disturbi d'ansia 38
- L'ansia da volo 38
- Ansie da separazione, scolastiche e da esame 38

Diagnosi e terapia 41
- Diagnosi dei disturbi d'ansia 41
- Terapia dei disturbi d'ansia 41
- Terapia farmacologica 44
- Psicoterapia 48
- Chi assume i costi del trattamento? 50

Indicazioni bibliografiche 52
- Ulteriori informazioni 53
- Avvertenza destinata ai medici e agli altri operati sanitari spezializzati 54
- Gruppi di autoaiuto e associazioni di congiunti 54

Impressum 57

Significato e storia dell'ansia

Ogni persona conosce l'ansia. Ma in fondo, l'ansia, che cos'è? Accanto alla rabbia, al lutto e al disgusto appartiene alle sensazioni negative fondamentali ed è strettamente imparentata con la paura, il timore, il terrore, lo spavento, l'orrore e il panico. Spesso si presenta come uno stato d'animo di tormento, sempre essa è inquietante e opprimente, espressione di una reazione verso una minaccia reale o infondata. L'ansia si associa a un determinato immaginario, ad alcune fantasie o aspettative e scatena delle reazioni a livello del sistema nervoso vegetativo.

Dal punto di vista linguistico, l'ansia si definisce come uno stato d'animo (di fronte a un pericolo) accompagnato da angoscia, oppressione ed eccitamento e come un'impressione indefinita di sentirsi minacciati. La psicologia e la filosofia differenziano l'ansia come infondata, non riferita a un obiettivo, dalla paura che è invece riferita a un obiettivo. Questa definizione in origine è stata coniata dal filosofo danese Søren Aabye Kierkegaard (1813–1855) ed è stata adottata per es. anche dal filo-sofo tedesco Martin Heidegger (1889–1976) che riconosce l'origine dell'ansia nell'uomo nella sua consapevolezza della morte.

Il linguaggio comune non fa, di solito, distinzioni tra ansia e paura. Tuttavia, per la comprensione dei disturbi d'ansia, questa differenza è di importanza decisiva, poiché in tutti i disturbi d'ansia compaiono dei timori ingiustificati (ed esagerati). L'insorgere dell'ansia è favorito anche dalla consapevolezza che per principio tutto è possibile e che l'eventualità più sfavorevole può verificarsi con la stessa probabilità che si verifichi quella migliore. Nei disturbi d'ansia, invece, si considerano certe o molto probabili le eventualità che in realtà sono impossibili o molto improbabili.

Tuttavia, né nel linguaggio scientifico né in quello corrente, questa differenza di significati può essere mantenuta con coerenza, e pertanto anche in questa guida non potrà essere impiegata in modo coerente.

L'ansia come sistema di allarme biologico è d'importanza vitale poiché ci aiuta a proteggerci contro minacce e pericoli, favorisce la motivazione e il rendimento, contribuisce a prevedere dei problemi e a superarli. L'ansia può preservarci dall'infrangere le norme sociali. D'altro canto, è anche un incentivo per la fantasia e per la creatività. Chi non conosce il dipinto **Il grido** del pittore norvegese Eduard Munch o il romanzo **Il processo** di Franz Kafka?

Quindi, da sempre, l'ansia appartiene agli esseri umani e probabilmente accompagnerà per sempre la loro esistenza. La paura dei ragni, dei serpenti, del buio, dell'altezza ha assicurato la sopravvivenza ai nostri antenati. Mentre nel medioevo le più importanti minacce alla salute individuale erano rappresentate dalle guerre, dalla fame e dalle epidemie, oggigiorno sono le minacce globali e locali.

Appare evidente tuttavia che l'ansia necessaria alla sopravvivenza, programmata geneticamente e correlata all'istinto, non è di alcun aiuto nei confronti delle minacce future. Altrimenti le moderne armi, i cambiamenti ambientali o il consumo di sostanze che creano dipendenza dovrebbero inquietarci molto di più.

Persone con ansie patologiche sono sempre esistite.

La prima descrizione nota di un attacco di panico ci viene tramandata dalla poetessa greca Sappho e risale all'anno 600 a.C. È famosa la descrizione di Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832) della propria ansia dei luoghi elevati e della sua terapia autogestita. Tuttavia, soltanto Sigmund Freud (1856–1939), neurologo austriaco e fondatore della psicoanalisi, si è occupato a fondo del fenomeno dell'ansia e con il suo concetto di «nevrosi d'ansia» ha contribuito in maniera determinante al concetto dei disturbi d'ansia. Accanto alla sua attività in campo psicoanalitico, è stato anche il primo a impiegare la terapia comportamentale.

Nel 1958 lo psichiatra e psicologo statunitense Joseph Wolpe (1915–1997) – pioniere della terapia comportamentale – ha creato il principio della desensibilizzazione sistematica che consiste nell'esporre gli interessati a situazioni ansiogene di intensità sempre crescente. L'odierno sistema delle definizioni e dei concetti specialistici, utilizzato anche in questa guida, è stato introdotto nel 1966 e risale a Donald F. Klein (nato nel 1928) e a Isaac Marks (nato nel 1935). A partire dal 1970, la ricerca si è occupata sempre di più del ruolo svolto dal neurotrasmettitore serotonina.

Anche se – come già detto – l'ansia fa parte dell'esistenza umana, esistono anche delle persone che, per natura, sono libere da sentimenti di paura (assenza patologica d'ansia). Queste persone anche per altri aspetti sono povere di sentimenti.

Come e quando si evidenzia l'ansia?

L'ansia può manifestarsi in molte maniere diverse. Si va dal panico che compare improvvisamente fino ad uno stato di preoccupazione permanente. Esiste una grande variabilità individuale delle situazioni da cui può sorgere l'ansia. È frequente nelle apparizioni in pubblico, compare spesso prima di esami o di colloqui con dei superiori ed è comprensibile per quasi tutte le persone.

L'ansia consiste sempre in una componente fisica, in una psichica e in una componente che riguarda il comportamento e che rappresenta o la lotta o la fuga. Il modo di percepire l'ansia è molto variabile nei diversi individui. Molte persone vivono tutte le componenti dell'ansia, ma alcune ne percepiscono quasi esclusivamente i sintomi della componente fisica e pertanto trovano molto difficile inquadrare l'ansia come base di queste sensazioni. Così, per esempio, esistono pazienti che in una situazione sgradevole percepiscono palpitazioni, sudorazione, sensazioni di vertigine e, nello stesso tempo, vivono gravi preoccupazioni e disperazione e pensano alla fuga. Ancora altri soffrono soltanto di nausea, vertigine e cefalea e non percepiscono i sintomi psichici dell'ansia.

Nella seguente tabella sono elencati i sintomi dell'ansia che possono presentarsi praticamente in ogni possibile combinazione.

Sintomi fisici
Vertigine, cefalea
Visione indistinta
Tensione muscolare
Arrossamento del volto, pallore
Secchezza della bocca
Respiro affannoso, mancanza d'aria, sensazione di soffocamento
Dolori toracici, tachicardia, palpitazioni
Sudorazione, mani fredde
Nausea, dolori addominali, diarrea, urgenza ad urinare
Formicolio agli arti, tremore, sensazione di cedimento delle ginocchia
Facilità allo spavento
Affaticabilità

Sintomi psichici
Ansia di morire
Ansia di perdere il controllo
Ansia di andare fuori testa
Ansia di impazzire
Sensazione di estraniamento
Sensazione di impotenza
Difficoltà di concentrazione
Ipersensibilità
Disturbi del sonno
Disturbi della libido
Comportamento: evitamento, reazione di fuga

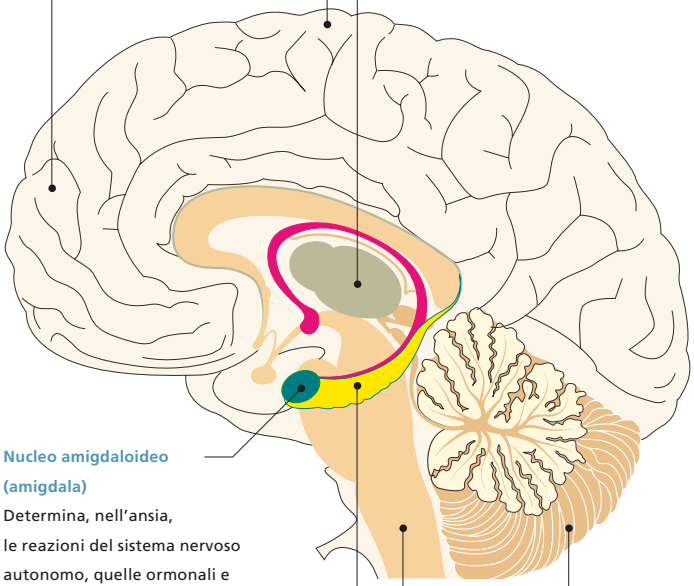
Quand'è che l'ansia si trasforma in malattia e come sorgono i disturbi d'ansia?

Non esiste un limite ben definito tra ansia normale e patologica. E, per lo stesso motivo, rimane incerto a partire da quale livello d'intensità l'ansia debba essere trattata. Esistono delle ansie «normali», condizionate per esempio da gravi malattie, che tuttavia conviene trattare. L'ansia può essere inoltre l'espressione di una patologia organica (per es. dell'apparato cardiocircolatorio, del polmone, di squilibri ormonali) o può rappresentare un sintomo praticamente di tutti i disturbi psichici (per es. la depressione, la schizofrenia, la demenza). Parliamo di disturbi d'ansia quando l'ansia compare come sintomo principale.

L'ansia infondata, ingiustificatamente intensa o inadeguatamente prolungata è il segno di una patologia, in particolare quando gli interessati vengono limitati nella loro qualità di vita e ne soffrono. Un ulteriore criterio consiste nel fatto che queste persone non riescono a spiegare la loro ansia e non sono in grado di ridurre l'ansia con la loro propria volontà né di affrontarla. È tuttavia possibile che le persone interessate percepiscano la loro ansia come eccessiva o infondata. Soffre di ansia patologica all'incirca il 5–10% della popolazione, con una frequenza superiore al doppio nelle donne.

Ma come nascono le patologie d'ansia? L'ansia è profondamente radicata nel sistema nervoso centrale e ha reso possibile l'evoluzione della specie umana donandole la capacità di reagire di fronte al pericolo. Quando percepiamo un segnale di pericolo, questo viene trasmesso a una regione cerebrale denominata nucleo amigdaloideo che fa parte del cosiddetto sistema limbico. Le procedure diagnostiche per immagini (tomografia a emissione di positroni, risonanza magnetica nucleare funzionale) evidenziano che il nucleo amigdaloideo si attiva durante gli stati d'ansia. Durante una sua stimolazione elettrica, le persone riferiscono sensazioni d'ansia. Durante le fasi del sogno, il nucleo amigdaloideo risulta particolarmente attivo e ciò è probabilmente la causa della forte tinta emozionale dei sogni. Forse gli incubi vengono suscitati perfino da attività spontanee del nucleo amigdaloideo centrale, e altrettanto le sensazioni di ansia libera. Le lesioni del nucleo amigdaloideo danno origine a povertà di sentimenti, compresa una netta diminuzione dell'ansia.

Il sistema limbico (dal latino limbus: orlo) consiste in una serie di vie nervose che partecipano in maniera decisiva alla valutazione emozionale e affettiva di tutti gli stimoli sensoriali, alla regolazione degli schemi comportamentali emotivi, alle reazioni di orientamento e di attenzione, nonché ai processi di apprendimento e alla regolazione dell'appetito. Grazie ai suoi numerosi collegamenti, il sistema limbico regola le reazioni autonome (dilatazione delle pupille, modificazione della frequenza cardiaca e respiratoria, secrezione salivare e gastrica ecc.) e il comportamento emotivo e sessuale.



Rappresentazione schematica delle regioni cerebrali coinvolte nell'ansia.

Quando viene percepita una situazione di pericolo, con la partecipazione del nucleo amigdaloideo possono essere attivati fondamentalmente due archi riflessi d'emergenza: un collegamento rapido che scatena una reazione immediata e che dà origine, tra l'altro, a un aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria, determinando i presupposti per una fuga, prima ancora che l'ansia giunga a livello della coscienza e che la situazione di pericolo possa essere analizzata. Durante la reazione lenta, il pericolo attuale viene confrontato con le precedenti esperienze sensoriali e con i contenuti memorizzati, con il risultato che, per esempio, un pericolo percepito inizialmente porta a una reazione rapida, mentre dopo breve tempo e dopo la valutazione dei contenuti memorizzati da parte dell'ippocampo (dal greco «cavalluccio marino») – un'altra componente importante del sistema limbico – tutto si conclude con un cessato allarme.

Oggigiorno, gli scienziati sono concordi nel ritenere che i fattori genetici svolgano un ruolo importante nella genesi delle patologie d'ansia. In tutte le patologie d'ansia è stata riscontrata una maggiore incidenza familiare. Di notevole importanza sono inoltre diversi neurotrasmettitori che agiscono a livello cerebrale: la serotonina, la noradrenalina e la dopamina. I neurotrasmettitori sono sostanze messaggere deputate alla trasmissione delle informazioni da una cellula nervosa all'altra, attraverso le loro sedi di contatto, dette sinapsi.

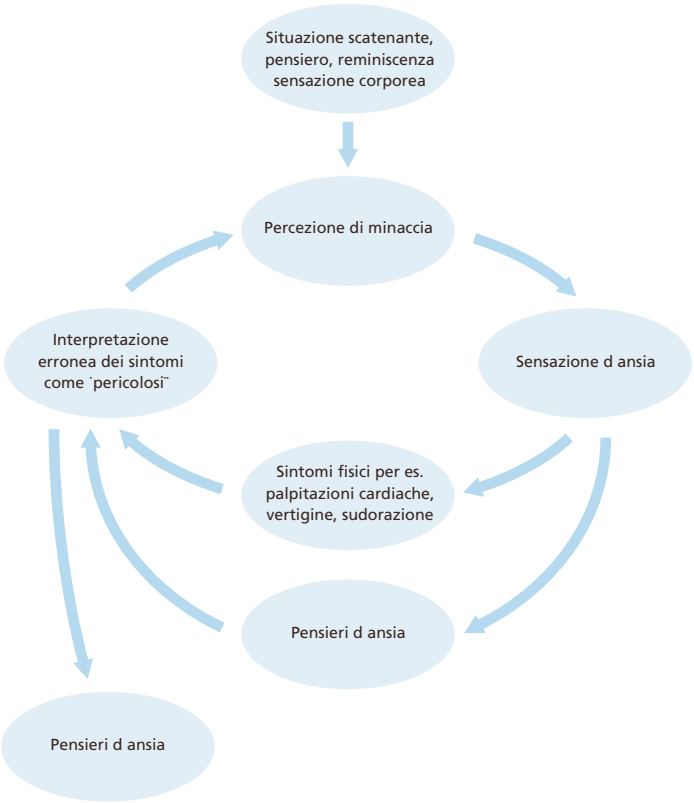
Le precise interrelazioni sono complicate, in parte ancora non chiare e talora anche contraddittorie. Così per esempio, nello studio nell'animale, l'aumento acuto della concentrazione del neurotrasmettitore serotonina spesso conduce a un aumento d'ansia; a medio termine, tuttavia, l'ansia si dissolve. Anche un aumento del metabolismo del neurotrasmettitore noradrenalina viene messo in correlazione con le patologie d'ansia. Un ulteriore neurotrasmettitore, la dopamina, in condizioni di stress (inglese per oppressione, tensione, abbreviato da distress originariamente dal latino distringere impegnare, restringere), viene secreto in misura maggiore. Con queste modalità, lo stress – a causa di un aumento del metabolismo dei neurotrasmettitori in alcune regioni cerebrali, per esempio nel nucleo amigdaloideo o nell'ipotalamo – dà origine a sintomi d'ansia.

Ma, cosa significa in effetti il termine stress? Lo stress è un fenomeno bivalente, per il quale la scienza distingue tra eustress e distress. L'eustress è caratterizzato da un'attivazione dell'organismo che svolge un compito favorevole, stimolante per la salute e che chiede all'uomo l'utilizzo delle sue risorse, rendendo possibile l'ulteriore sviluppo delle sue capacità. Nel caso del distress, invece, l'organismo viene stimolato a dare risposte dannose.

In questo modo le costrizioni relative al rendimento e ai tempi interferiscono con il benessere, la competenza sociale e la salute.

Tra i fattori scatenanti del distress vi sono: eccessivo carico di lavoro (scarsa disponibilità di tempo, più incarichi contemporanei, distrazioni o carenza di possibilità di riposo sufficiente), mancanza di stimolazioni (monotonia), esami, fallimenti, critiche, fattori sociali (per es. isolamento), conflitti, incontrollabilità o incertezza. Anche la pubertà, il climaterio o l'arrivo dell'età pensionabile, i cambiamenti maggiori delle condizioni di vita quali la perdita di un congiunto, il divorzio, la disoccupazione o le malattie possono scatenare un distress come anche particolari difficoltà nella vita di tutti i giorni.

Il distress trova modo di esprimersi nell'organismo a ogni livello, come per esempio con accessi di sudorazione, palpitazioni, modificazioni dell'irrorazione sanguigna, con un comportamento aggressivo con eccitamento o irrequietezza, nel percepire o valutare le proprie condizioni. Il distress può manifestarsi in tutti i campi della vita, in tutte le situazioni e a tutte le età. Il distress viene percepito ed elaborato diversamente da ogni individuo. Il modo di far fronte allo stress – detto coping – è determinante per le conseguenze causate dal distress.



Accanto al distress, favoriscono la comparsa delle patologia d'ansia anche uno stile di vita malsano con scarso movimento, poco sonno, consumo di alcolici, dipendenza dal fumo o consumo di stupefacenti.

Poiché nella popolazione almeno il 15%, almeno una volta, nella vita soffre di un disturbo d'ansia, queste patologie rappresentano un notevole problema che nella sua entità non è stato ancora messo a fuoco dalla coscienza pubblica.

Cosa hanno in comune le patologie d'ansia?

A partire da una determinata soglia d'intensità, l'ansia diventa un problema quasi irrisolvibile. Da una parte, ciò è dovuto al fatto che l'ansia d'attesa, l'auto-osservazione timorosa ed eccessive paure fanno aumentare ancora di più l'ansia. D'altra parte – ed è questo il problema fondamentale che fa la differenza con la paura – nell'ansia non esiste alcuna minaccia concreta contro la quale ci si potrebbe difendere, quindi gli interessati si sentono esposti all'ansia senza protezione quando queste correlazioni sono a loro sconosciute.

Una caratteristica fondamentale di tutte le patologie d'ansia consiste nel fatto che gli interessati in genere fanno di tutto per evitare l'ansia. Lasciate senza trattamento, le patologie d'ansia tendono ad aggravarsi e a cronicizzarsi. Inoltre, spesso nascono complicanze come la depressione o la dipendenza da farmaci. Attualmente è noto che, con una probabilità del 50%, nei pazienti affetti da una patologia d'ansia è presente anche un secondo disturbo d'ansia.

Quali disturbi d'ansia conosciamo?

Disturbo da panico

Nel disturbo da panico si verificano intensi stati d'ansia inaspettati e non provocati, che nella loro intensità spesso sono insopportabili, e che non riconoscono alcuna situazione scatenante. Compaiono a cielo sereno, spesso in condizioni di relativa distensione, persino in ambienti familiari. Le giovani donne sono colpite da disturbi da panico nella misura del doppio rispetto agli uomini.

Durante gli attacchi di panico, sono evidenti particolarmente dei sintomi fisici dall'apparenza pericolosa. Gli interessati soffrono di palpitazioni e tachicardia, dolori toracici, crisi di soffocamento, vertigini, sensazioni di caldo o di freddo. Sono convinti di essere vittime di un infarto miocardico e temono di morirne. È frequente anche la sensazione di impazzire o di perdere il controllo. Le crisi possono comparire anche in pieno sonno e in questo caso sono considerate particolarmente gravi.

Poiché nei disturbi da panico in primo piano emergono gli intensi sintomi somatici, molti pazienti ritengono di essere affetti da una malattia organica. E tra un attacco di panico e il successivo si crea l'ansia che un nuovo attacco possa verificarsi, fenomeno che si indica con il concetto di «ansia dell'ansia». Tipicamente, i luoghi dove si sono verificati degli attacchi di panico vengono evitati, e, di solito, gli interessati ricordano perfettamente il luogo e il momento del primo attacco di panico. Poiché con il passare del tempo viene evitato un numero sempre crescente di luoghi, si può verificare l'insorgenza di un'agorafobia, che gradualmente può creare tali limitazioni da impedire all'interessato di far fronte alla vita di tutti i giorni e da rendere impossibili i contatti sociali a causa dell'isolamento.

Per i disturbi da panico è dimostrata una maggiore incidenza in ambito familiare. Nella parentela di primo grado sussiste un rischio fino a otto volte superiore di ammalarsi. Quando l'età di prima comparsa della malattia è inferiore ai vent'anni, il rischio per i parenti di primo grado sale persino a venti volte.

Esistono sostanze in grado di scatenare un attacco di panico, tra cui caffeina e anidride carbonica. Gli interessati eccessivamente sensibili al caffè, dovrebbero consumarlo moderatamente o anche rinunciarvi. Un abbassamento dell'anidride carbonica nel sangue si verifica durante la respirazione rapida. Pertanto è importante evitare una respirazione rapida e superficiale.

Nel caso in cui soffrisse raramente o spesso di attacchi d'ansia che compaiono a cielo sereno, e temesse una nuova comparsa di questi attacchi e questi timori condizionassero la Sua vita, potrebbe soffrire di un disturbo da panico.

Fobie

Nel caso delle fobie, l'ansia è scatenata da oggetti o da situazioni di per sé innocui. Anche le fobie possono portare a notevoli limitazioni ed essere accompagnate da intensi sintomi fisici e psichici. L'ansia può anche amplificarsi e sfociare in un attacco di panico. A differenza dal disturbo da panico, caratterizzato da attacchi di panico in assenza di fattori scatenanti, gli attacchi di panico delle fobie sono causati da specifiche situazioni.

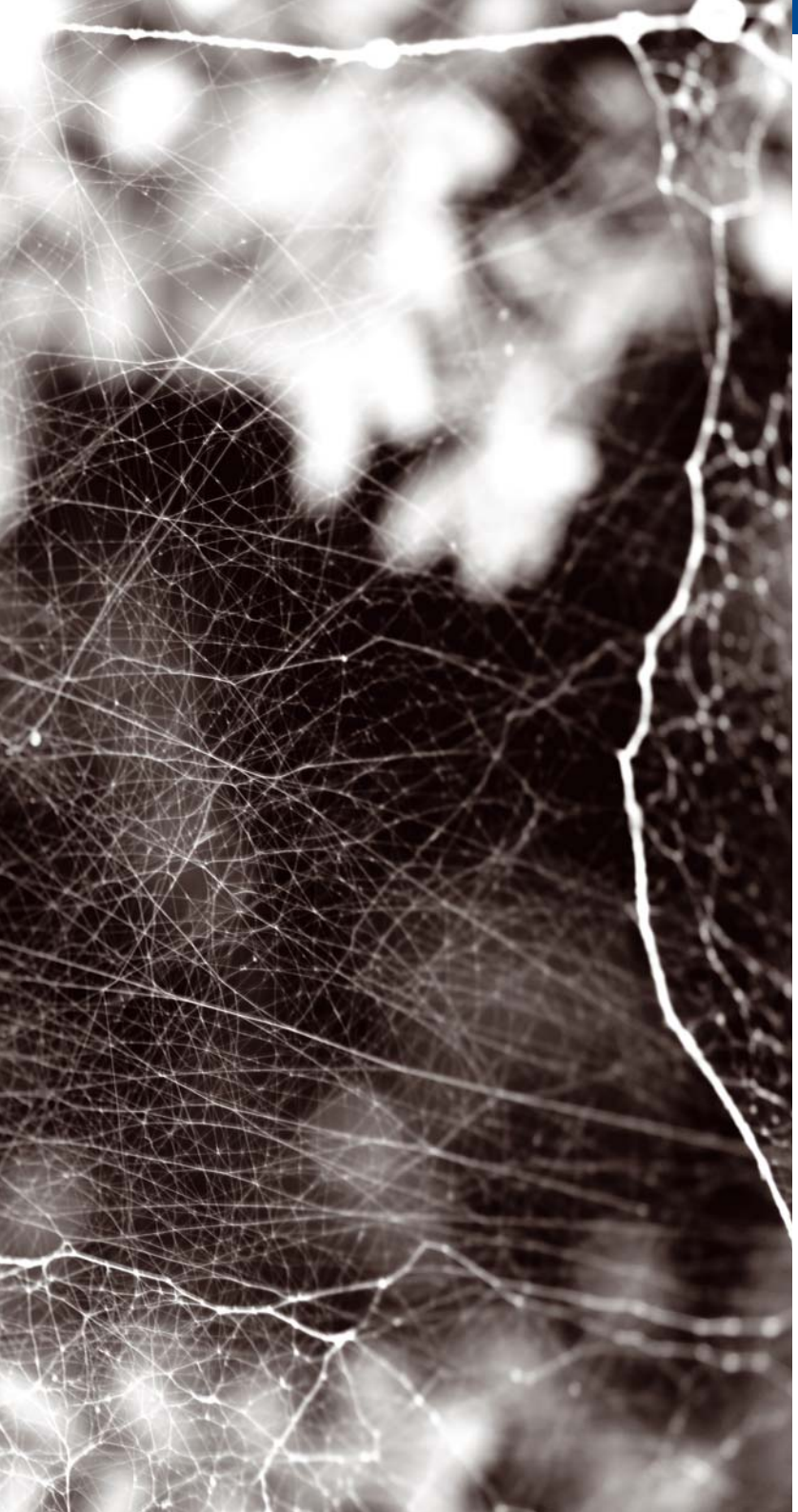
Fobie specifiche

Nelle fobie specifiche le situazioni o gli oggetti scatenanti l'ansia sono ben definiti e chiaramente riconoscibili. Spesso gli elementi scatenanti sono innocui, come per es. topi, uccelli, o l'ansia è sproporzionata nella sua intensità, come nel caso di batteri, ragni, cani o estranei. Altre fobie specifiche sono l'ansia dell'altezza, l'ansia degli spazi chiusi, l'ansia di arrossire, l'ansia di contrarre l'AIDS o l'ansia da serpenti.

Una forma particolare è quella della fobia da sangue o dalle ferite, che, al contrario di altre patologie d'ansia, può condurre a perdite di coscienza quando gli interessati sono esposti alla vista di sangue o ferite.

Anche per le fobie specifiche è stata dimostrata una maggiore incidenza familiare. Poiché gli interessati solo raramente si sottopongono a un trattamento – infatti, spesso sono in grado di evitare facilmente l'oggetto della fobia – gli studi scientifici non sono molto ampi.

Nel caso in cui determinati oggetti o situazioni, obiettivamente innocui, Le provocassero un'ansia tale che La spingono, quando possibile, a evitarli, potrebbe soffrire di una fobia specifica.



Fobia sociale (disturbo d'ansia sociale)

La fobia sociale è caratterizzata da una marcata e persistente ansia di fronte a situazioni sociali o che richiedono una qualche prestazione. Le persone affette temono di comportarsi in modo inadeguato. Ritengono di essere giudicate deboli, pazze, stupide o timorose. Molti temono di parlare in pubblico, si preoccupano che possano essere notati un tremore della voce o delle mani o un arrossamento del volto, o che manchino di eloquenza. Anche mangiare, bere o scrivere in pubblico può scatenare l'ansia di rendersi ridicoli, benché le persone affette siano consapevoli dell'eccessività della loro ansia, cosa che non necessariamente è vero nel caso di bambini. Le persone affette da fobia sociale percepiscono praticamente in continuazione la loro ansia, che nelle situazioni temute può esaltarsi fino a sfociare in un attacco di panico. Caratteristicamente, le situazioni temute vengono evitate e non sopportate; già durante la loro immaginazione può manifestarsi una marcata ansia d'attesa, addirittura già settimane prima dell'evento. In questo modo si può creare un circolo vizioso dell'ansia: nella situazione temuta, l'ansia d'attesa favorisce le percezioni ansiogene e i sintomi, e ciò a sua volta incrementa l'ansia d'attesa.

Il disturbo d'ansia sociale non è identificabile con la timidezza, ma è una malattia spesso notevolmente limitante. Per esempio, le persone interessate spesso non arrivano a esplicare pienamente le loro potenzialità professionali. Anche privatamente, durante la ricerca del partner, possono comparire notevoli problemi, e in queste situazioni non raramente si tende a superare le situazioni difficili con l'ausilio dell'alcool. Queste condotte possono portare alla dipendenza e infine al potenziamento di tutti i problemi – anche di quello dell'ansia. È possibile poi che si arrivi all'abuso di sedativi, con conseguente dipendenza e aumento delle difficoltà.

Nella comparsa dei disturbi d'ansia sociale un ruolo è svolto dai fattori genetici e ambientali, quali i traumi nella prima infanzia (per es. separazione dai genitori) oppure uno stile educativo sfavorevole. Tuttavia, le interrelazioni complesse tra traumi della prima infanzia, predisposizione familiare

e stili educativi suggeriscono che il ruolo determinante sia dato dai fattori genetici e che lo stile educativo abbia scarsa importanza. È interessante in questo contesto che anche nei primati possa essere studiato un comportamento ansioso. Per esempio, gli scimpanzé mostrano dei sentimenti come l'ansia, ridono e si salutano. Invece i primati con lesioni di entrambi i nuclei amigdaloidei mostrano un comportamento sociale disinibito.

Nel suo testo «Il concetto di ansia», il filosofo danese Søren Aabye Kierkegaard ha ancora esternato la sua convinzione che nell'animale non si possa trovare l'ansia e che anche nell'uomo dallo «scarso intelletto» essa sia meno pronunciata.

Nel caso in cui temesse ed evitasse delle situazioni in cui si sente osservato o giudicato da altri, potrebbe essere affetto da un disturbo d'ansia sociale.

Agorafobia

La parola agorafobia si compone dalle due parole greche «agros» = piazza e «phobos» = paura. Nel senso generale, significa la paura dei luoghi affollati.

L'agorafobia quasi sempre nasce da un disturbo da panico e, di regola, compare insieme ad esso. L'agorafobia consiste nell'ansia di recarsi in luoghi o in situazioni nelle quali potrebbe verificarsi un attacco di panico, senza che vi sia possibilità di fuga – che potrebbe sembrare ridicola – e senza possibilità d'aiuto. Ne consegue che tutte le attività che si svolgono al di fuori dell'ambiente abituale o senza l'accompagnatore di fiducia vengono evitate poiché, apparentemente, sussiste il rischio di perdita di coscienza, vertigine, infarto miocardico o morte. Ma anche il trovarsi in casa, da soli, può già scatenare delle crisi d'ansia. Spesso, le persone affette non sono in grado di trovarsi in mezzo a una folla o di fare la fila. I viaggi in macchina, aereo, autobus o treno rappresentano problemi insormontabili. Spesso gli interessati non riescono ad usare un ascensore o ad attraversare un ponte.

Questi problemi, naturalmente, hanno delle gravi ripercussioni sulla vita di tutti i giorni. Molte persone non riescono più ad andare a lavorare. Fare la spesa, i contatti sociali o le visite dal medico possono diventare compiti irrisolvibili con conseguente completo isolamento sociale. Spesso esse incontrano poca comprensione anche tra i parenti e gli amici, e non è raro che anche gli specialisti trovino difficoltà a riconoscere la gravità di queste situazioni.

All'incirca il 5% della popolazione è affetta da agorafobia. Come nel disturbo da panico che ne sta alla base, anche qui i fattori genetici svolgono un ruolo decisivo.

Nel caso in cui evitasse alcune situazioni o alcuni luoghi perché le incutono ansia dopo aver vissuto un attacco di panico, potrebbe soffrire eventualmente di agorafobia.

Disturbo d'ansia generalizzata

Il disturbo d'ansia generalizzata si manifesta con ansie e preoccupazioni marcate e in parte tormentose, nettamente esagerate nella loro intensità, durata e frequenza e ciò viene percepito anche dagli interessati. Le paure esagerate appaiono non più controllabili. Inoltre si presentano irrequietezza ed esauribilità. Le persone che ne sono affette hanno scarsa capacità di concentrarsi, sono irritabili e si stancano facilmente. Spesso si aggiungono anche disturbi del sonno, cefalea e tensione muscolare, talora tremori uniti a scosse e respiro affannoso. L'ipersensibilità vegetativa inoltre dà origine a una maggiore urgenza ad urinare, a diarrea, a vertigini, a sudorazione, a vampate di calore, a tachicardia e a nausea.

Quando il disturbo d'ansia non viene trattato, quasi sempre si sviluppa una depressione.

Non è raro che la malattia abbia inizio prima dei vent'anni e che spesso presenti un decorso cronico e intermittente. In condizioni di particolare impegno spesso essa va incontro a peggioramento; tuttavia, con il passare degli anni, in genere, i sintomi si affievoliscono.

Anche per il disturbo d'ansia generalizzata si può riconoscere una maggiore incidenza familiare; tuttavia, i fattori genetici sembrano svolgere un ruolo meno importante, pur tenendo conto che il disturbo d'ansia generalizzata non è stato ancora sufficientemente studiato.

Nel caso in cui soffrisse di frequente ansia e di preoccupazioni eccessive che riesce solo scarsamente a controllare e che anche soggettivamente valuta esagerate, potrebbe eventualmente essere affetto da un disturbo d'ansia generalizzata.

Disturbi compulsivi-ossessivi

Queste patologie si distinguono per la caratteristica che i pensieri ossessivi danno origine ad azioni compulsive spesso ripetitive. Le azioni compulsive sono finalizzate a ridurre l'ansia. Queste azioni compulsive spesso rappresentano una notevole limitazione poiché assorbono molto tempo – almeno un'ora al giorno – vengono considerate dagli interessati come eccessive o esagerate e pertanto danno origine a notevole sofferenza. Le compulsioni sono vissute come estranee, invadenti e non controllabili, e l'elemento patologico della compulsione non è tuttavia il suo contenuto, ma il sua carattere dominante.

Spesso, i pensieri ossessivi consistono nell'idea di essere in grado, tramite certe azioni, di tenere lontano dalle persone amate disgrazie, di essersi sporcati o infettati con una stretta di mano, di avere il dubbio se si sia ferito qualcuno, o se si sia chiusa una porta. Spesso crea disagio il disordine oppure si teme di poter diventare aggressivi verso altri, per esempio i congiunti, anche se i pensieri ossessivi di tipo aggressivo non vengono effettivamente mai messi in pratica. Anche fantasie a sfondo sessuale possono costituire il contenuto di pensieri ossessivi.

Le azioni compulsive hanno lo scopo di rendere inefficaci i pensieri ossessivi e con ciò di ridurre l'ansia. Frequenti azioni compulsive sono il contare, il mettere in ordine, il controllare, il ripetere delle parole a bassa voce, il lavarsi le mani, il pregare ecc. Quando le azioni compulsive non possono essere svolte, spesso si manifesta un'ansia insopportabile.

I disturbi ossessivi-compulsivi possono iniziare già nell'infanzia, ma di solito si manifestano nei giovani adulti, più precocemente negli uomini rispetto alle donne. Il decorso si presenta cronico e intermittente, con un peggioramento progressivo in un 15% degli interessati che conduce a notevoli limitazioni professionali e sociali. Senza trattamento vi è il rischio di inabilità al lavoro, di isolamento sociale, di problemi finanziari e di andare incontro a una depressione o a una dipendenza dall'alcool.

Studi condotti su nuclei familiari hanno dimostrato che i parenti di primo grado dei malati con disturbi compulsivi presentano un rischio da 3 a 12 volte superiore di andare incontro a una patologia compulsiva. Questi dati corrispondono all'incirca al rischio noto per la schizofrenia e per i disturbi bipolari.

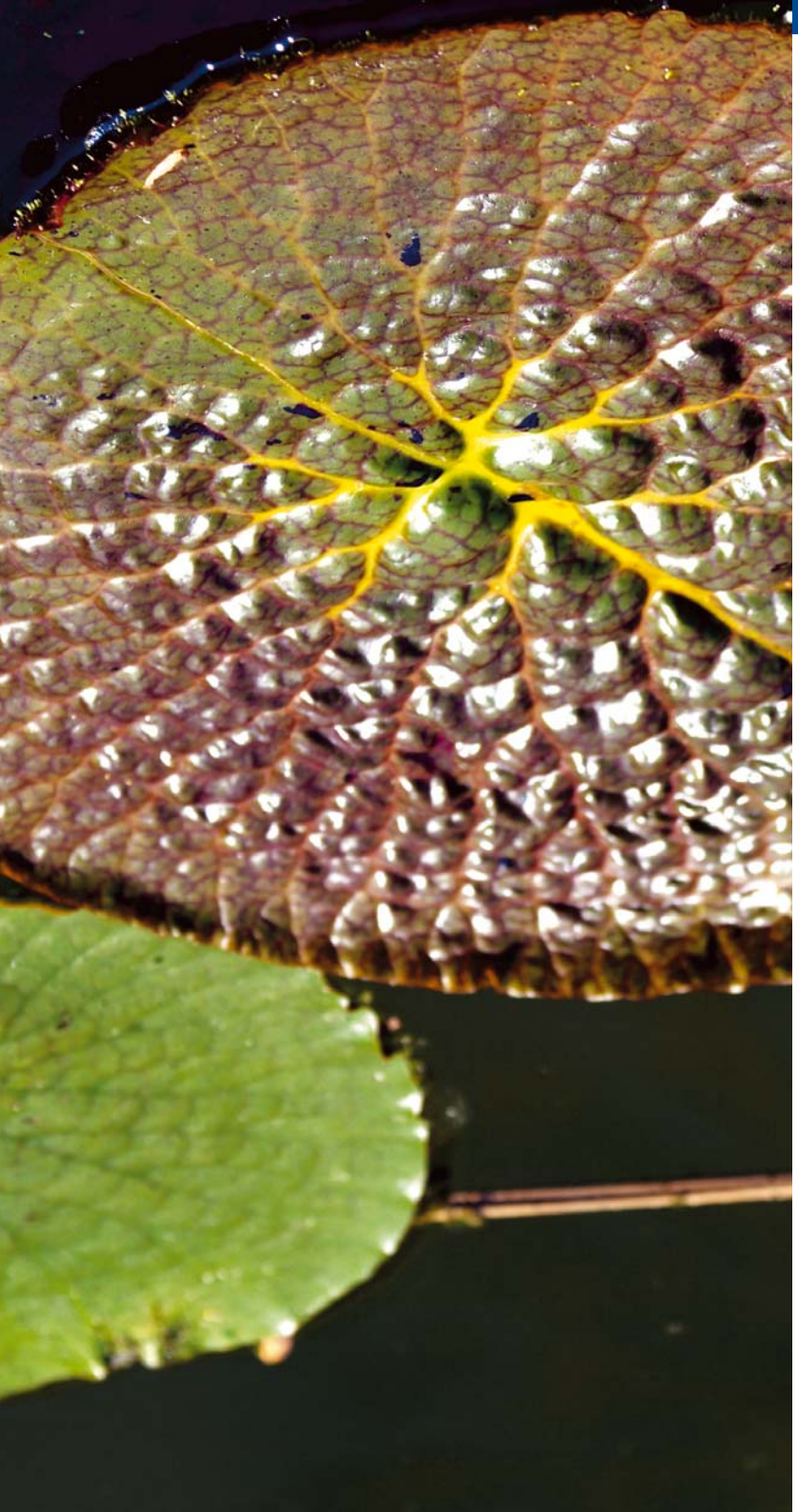
Nel caso in cui soffrisse di pensieri e azioni reiteranti che sono invadenti, esagerati e infondati, che richiedono molto tempo o che provocano ansia, potrebbe soffrire eventualmente di un disturbo compulsivo-ossessivo.

Sindrome post-traumatica da stress

Questo disturbo compare dopo esperienze estremamente traumatizzanti in relazione a morte, minaccia di morte o gravi ferimenti. Si verifica per esempio quando si assista alla morte inaspettata o violenta di una persona, a gravi sofferenze, al ferimento di un congiunto o a quello di una persona cara. Ne sono esempi le esperienze di guerra, la violenza sessuale, una rapina, un rapimento, gli attacchi terroristici, l'essere presi in ostaggio, le sevizie, la prigionia di guerra, le catastrofi naturali, i gravi incidenti automobilistici o le malattie che comportino un rischio per la vita.

Gli interessati rivivono sempre di nuovo la situazione traumatizzante in ricordi che si impongono o soffrono di incubi. Possono comparire anche allucinazioni e immaginazioni irreali. Le persone affette presentano difficoltà di concentrazione, si impauriscono facilmente, sono ipereccitate, soffrono di disturbi del sonno e di ansie. Si possono manifestare irritabilità e crisi d'ira e spesso si sviluppano depressioni.

Nel caso in cui avesse vissuto esperienze scioccanti, estremamente stressanti o rischiose per la vita che hanno minato la Sua salute, tutta la Sua vita e Lei come persona, potrebbe eventualmente soffrire di una sindrome post-traumatica da stress.



Disturbo dell'adattamento

Per disturbo dell'adattamento si intende una reazione eccessiva nei confronti di situazioni che nella vita non sono di per sé né straordinarie né catastrofiche. Così il momento del pensionamento, una separazione, un lutto, un insuccesso professionale, la disoccupazione, il servizio militare o una malattia organica possono condurre a una depressione dell'umore (avvilimento, tendenza al pianto), all'ansia o a un disturbo del comportamento sociale (per es. marinare la scuola, comportamento irrispettoso, mancato rispetto dei propri doveri). Un aspetto tipico del disturbo dell'adattamento consiste nel fatto che la maggior parte delle persone supererebbero simili situazioni senza riportarne danni, pertanto, oggigiorno si ritiene che una predisposizione genetica favorisca la comparsa di questa patologia.

Nel caso in cui i cambiamenti della vita, che di per sé non rappresenterebbero nulla di straordinario, compromettessero il Suo umore o la Sua vita più di quanto sarebbe da attendersi, potrebbe eventualmente soffrire di un disturbo dell'adattamento.

Altri disturbi d'ansia

Esiste qualche altro disturbo d'ansia, tra cui si distinguono tra le fobie specifiche: l'ansia da serpenti (ofidiofobia), l'ansia da ragni (aracnofobia) o da estranei (xenofobia).

Ansia da volo

L'ansia da volo colpisce all'incirca il 10% della popolazione generale. Tuttavia, un numero considerevolmente maggiore di persone presenta ansia da volo, poiché anche altre patologie d'ansia si accompagnano d'ansia da volo, come per esempio l'agorafobia. L'ansia da volo è caratterizzata dalla paura di precipitare con l'aeroplano, anche se gli interessati sono consapevoli che volare è una forma molto sicura di viaggiare.

Nel caso in cui avesse una forte ansia di precipitare con l'aeroplano, potrebbe eventualmente soffrire d'ansia da volo.

Ansie da separazione, scolastiche e da esame

Già i bambini soffrono di patologie d'ansia, con incidenza che varia a seconda dello studio e del tipo di patologia tra il 6 e il 18%.

Ancora circa trenta anni fa, l'importanza delle ansie nei bambini fu sottovalutata e considerata piuttosto come se fosse l'espressione di uno sviluppo normale. Naturalmente con questo punto di vista era correlata l'ipotesi che le ansie si manifestassero soltanto in maniera passeggera, mentre ciò risulta vero soltanto per una parte delle ansie. Le conseguenze negative dell'ansia sui rapporti sociali e sul rendimento scolastico sono notevoli, e molte ansie persistono anche nell'età adulta, con una chiara tendenza all'aggravamento.

L'ansia da separazione, che può manifestarsi già nei lattanti o nei bambini piccoli, consiste in un eccessivo timore di essere separati da persone di riferimento importanti – più spesso i genitori. I bambini soffrono dell'idea che alle persone di riferimento potrebbe succedere qualcosa, che potrebbero andare via e non tornare, o che circostanze sfortunate, come un rapimento o una malattia, potrebbero causare una separazione. Questi pensieri potrebbero per es. determinare paura di andare a scuola, inducendo i genitori a pensare che sussista un timore causato da eventi che si svolgono a scuola. Questa ansia potrebbe anche manifestarsi con il fatto che i bambini vadano a letto malvolentieri da soli oppure che rifiutino di andare a dormire. Questi bambini stanno malvolentieri da soli, spesso hanno incubi che riguardano separazioni e quando devono per es. andare a scuola e separarsi dalle loro persone di riferimento principali, soffrono di nausea, dolori addominali, mal di testa o vomito. In situazioni di separazione si possono verificare urla, crisi di rabbia, infelicità, apatia o isolamento sociale. Così la fobia da scuola non è in realtà un'ansia da scuola, ma piuttosto un'ansia da separazione.

Quando sussistono timori nei confronti di eventi che si svolgono a scuola, si parla di ansia da scuola. Spesso il fattore ansiogeno è rappresentato dal comportamento degli altri scolari o degli insegnanti o anche da disturbi dell'apprendimento. L'ansia da scuola e la fobia da scuola possono anche comparire in concomitanza.

Nel caso dell'ansia patologica da esame è presente un'intensa ansia verso l'esame nonostante si abbia una buona preparazione. L'ansia è riferita al fallire e ha un impatto negativo tanto maggiore quanto più è complessa la materia dell'esame. Anche se l'ansia per principio è un fattore che stimola il rendimento, tuttavia da essa deriva un impedimento qualora per l'ansia si studi troppo dettaglia-tamente e ci si impedisca di inserire adeguate pause. Si verificano disturbi del sonno e di concentrazione. Si aggiunge la possibilità che nella situazione dell'esame si manifestino attacchi di panico o un blocco completo.

Nel caso in cui Suo bambino mostrasse un'eccessiva ansia in relazione a esami o durante la separazione dalle strette persone di riferimento, andasse a letto mal volentieri o non da solo, soffrisse, in situazioni di separazione, di incubi, nausea, dolori addominali, mal di testa, o di vomito, apatia o isolamento sociale, potrebbe eventualmente trattarsi di una patologia d'ansia.

Diagnosi e terapie

Diagnosi dei disturbi d'ansia

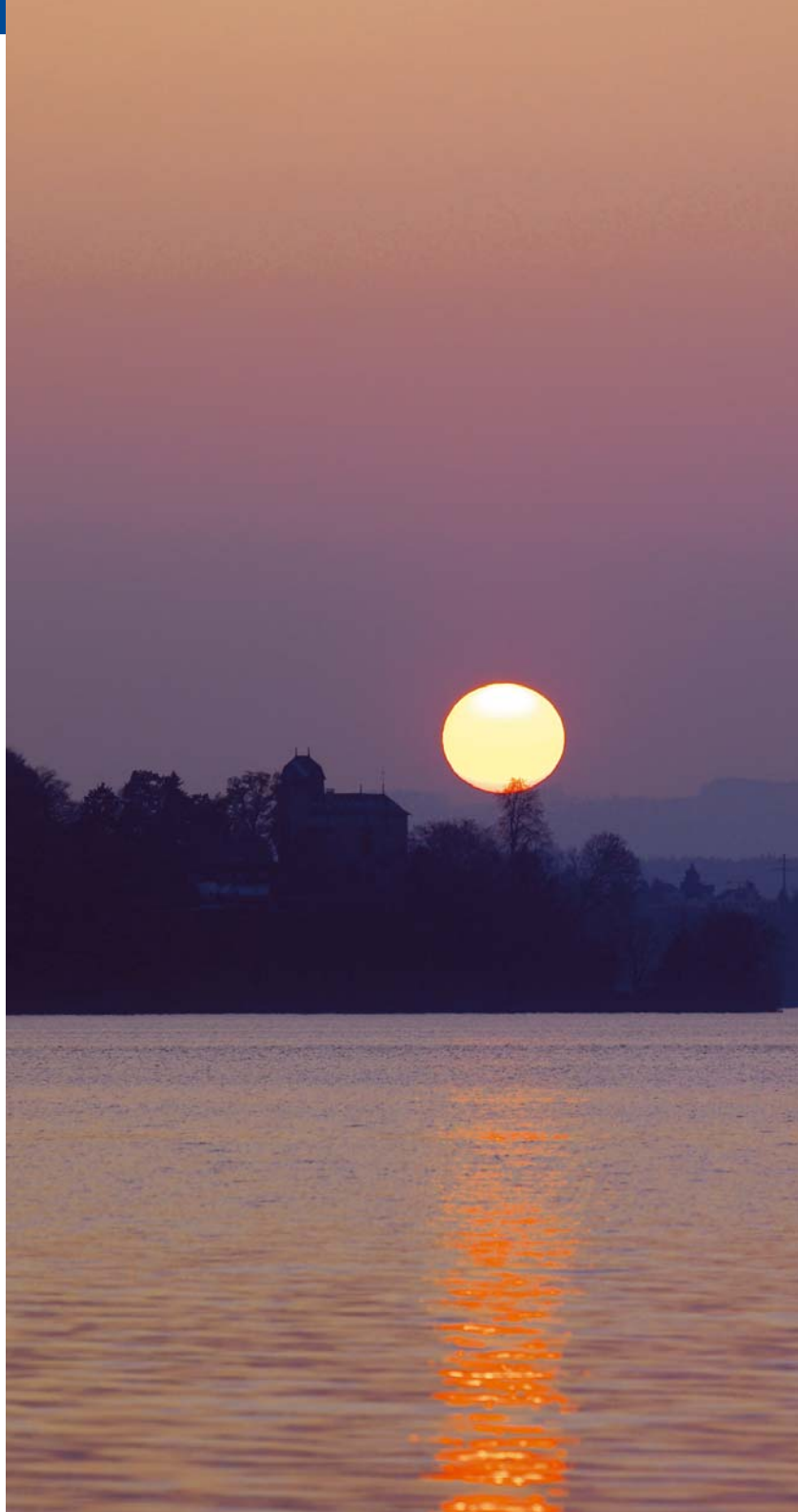
Forse Lei si sta chiedendo se soffre di una patologie d'ansia e quali accertamenti occorrano per arrivare a una valutazione sicura. Poiché l'ansia può comparire anche in concomitanza di malattie organiche, è opportuna intanto una diagnostica somatica approfondita. Per esempio, le alterazioni funzionali della tiroide, le cardiopatie o l'assunzione di sostanze che creano dipendenza possono causare marcati stati d'ansia. Anche in tutte le malattie psichiche può manifestarsi ansia intensa, quindi è necessario interpellare uno psichiatra o uno psicologo per una visita approfondita. Tuttavia, anche in presenza di una malattia organica può coesistere una patologia d'ansia, come non raramente accade, per esempio dopo un infarto del miocardico.

Quindi sono consigliabili sia una visita medica, sia un consulto da parte di uno psichiatra o di uno psicologo, al fine di inquadrare correttamente i sintomi che potrebbero essere indicativi di una patologia d'ansia.

Terapia dei disturbi d'ansia

Il trattamento dell'ansia dipende dall'intensità dei sintomi. Le normali ansie spesso si risolvono già con un colloquio o regrediscono svolgendo attività fisica.

Le patologie d'ansia lievi possono essere influenzate favorevolmente anche dall'autoaiuto (per es. con le informazioni tratte da guide per i pazienti o da specifiche pagine internet). Invece le marcate patologie d'ansia necessitano del trattamento da parte di uno specialista, e i migliori risultati si raggiungono con un'associazione tra terapia farmacologica e psicoterapia. Ancora oggi è ampiamente diffusa l'opinione che i farmaci – e nelle patologie d'ansia si impiegano principalmente gli antidepressivi – possano intralciare la psicoterapia. Probabilmente questa ipotesi non è mai stata vera ed è in contrasto con le odierne conoscenze.



Altrettanto inesatta è l'opinione comune che la causa di ogni tipo di ansia risieda nelle fasi precoci della vita. Per la maggior parte dei casi, ciò spesso non è vero e comunque non è decisivo ai fini di un trattamento efficace. È molto più importante essere informati correttamente sull'ansia e saperla gestire in modo adeguato. Quindi, la prima fase di trattamento consiste nell'informazione degli interessati. Così è importante rendersi conto che, per es., il senso di oppressione toracica non è sintomo di un infarto imminente, ma che si tratta di una forma di ansia, sempre a condizione che il cuore precedentemente sia stato accuratamente esaminato e che sia stata esclusa una cardiopatia. I pazienti che soffrono di vertigine e temono di cadere, alla domanda se siano mai effettivamente caduti, quasi sempre rispondono negativamente. Ciò nonostante, questo tipo di ansia viene percepito come rischio di caduta. Le persone interessate devono comprendere che il vero problema è l'ansia e che i loro timori sono infondati. In questo modo vengono messi in condizione di valutare correttamente i loro sintomi e di gestirli meglio. Quando questi pazienti imparano a riconoscere le situazioni e le circostanze in cui compaiono i loro sintomi d'ansia, risulta più facile riconoscere l'ansia come tale e rendersi conto delle interrelazioni con lo stile di vita o il modo di pensare.

Quando le persone affette cercano aiuto, esse trovano una quantità di offerte che spaziano dalla medicina tradizionale alla medicina alternativa fino ai metodi esoterici. Tuttavia, gli studi clinici hanno potuto dimostrare che si ha una reale efficacia terapeutica soltanto con la psicoterapia e con la terapia farmacologica.

Terapia farmacologica

Da circa 40 anni nelle patologia d'ansia vengono impiegati farmaci antidepressivi che oggigiorno rappresentano una componente consolidata della terapia.

Gli odierni farmaci di prima scelta nelle patologie d'ansia sono gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ISRS) (SSRIs = Selective Serotonine Reuptake Inhibitors), che esplicano la loro azione inibendo la proteina che ricapta il neurotrasmettitore serotonina dopo la sua secrezione nello spazio sinaptico e lo riconvoglia nella cellula presinaptica. In questo modo, in determinate aree cerebrali la trasmissione nervosa viene migliorata, con conseguente inibizione delle aree cerebrali che scatenano l'ansia. Poiché gli ISRS determinano un'immediata inibizione della ricaptazione, mentre per manifestarsi l'azione ansiolitica occorrono da 2 a 6 settimane, si ritiene che i veri fattori ansiolitici siano dovuti a effetti secondari come per esempio i processi di adattamento dei recettori. I recettori sono rappresentati da sedi in cui si legano determinate sostanze messaggere allo scopo di svolgervi la loro azione. I precisi collegamenti non sono ancora del tutto chiariti, tuttavia si ritiene che il nucleo amigdaloideo possa essere la principale sede d'azione degli ISRS, che attenuerebbero i meccanismi che causano la sua attivazione.

Accanto alla serotonina, anche il neurotrasmettitore noradrenalina è ritenuto svolgere un ruolo nelle patologie d'ansia, poiché anche gli inibitori della ricaptazione della noradrenalina svolgono un'azione ansiolitica nel disturbo da panico. La noradrenalina svolge un azione di stimolo sull'attenzione, ma nel caso di iperattività conduce a confusione. Oltre agli inibitori della serotonina e della noradrenalina esistono anche antidepressivi che inibiscono la ricaptazione sia della serotonina sia della noradrenalina.

I farmaci ad azione più rapidamente ansiolitica fanno parte del gruppo delle benzodiazepine. Questi farmaci potenziano l'effetto del neurotrasmettitore acido gamma-aminobutirrico (GABA). GABA è il messaggero inibitore più importante nel cervello. Le benzodiazepine a torto hanno una reputazione sfavorevole. È vero che possono condurre a dipendenza quando vengono impiegati troppo a lungo e in modo sconsiderato, tuttavia all'inizio di un trattamento con antidepressivi rappresentano una preziosa opportunità per dominare i sintomi d'ansia che talora sono accentuati inizialmente

dagli antidepressivi. Inoltre sono utili in situazioni critiche. Tuttavia, non è consigliabile l'uso delle benzodiazepine per un trattamento di lunga durata.

Spesso vengono ancora prescritti dei betabloccanti per contrastare l'ansia. Si tratta di una serie di sostanze diverse che nell'organismo bloccano i beta-recettori e di conseguenza attenuano l'azione degli ormoni da stress adrenalina e noradrenalina. Attenuano per esempio il tremore, la tachicardia e le palpitazioni, tuttavia per il trattamento della maggior parte delle patologie d'ansia non sono consigliabili. Si può ottenere un buon risultato nel caso delle ansie situazionali, come per esempio durante un esame o durante una presentazione. In questo caso attenuano i summenzionati sintomi vegetativi.

In genere, il trattamento antidepressivo richiede pazienza e perseveranza. Non tutti i farmaci si dimostrano efficaci in ogni paziente, per motivi in parte ancora non chiari. Spesso è riconoscibile un miglioramento, ma molto meno marcato di quanto si sarebbe presunto in base alla dose somministrata. In questi casi spesso è molto utile determinare la concentrazione del farmaco nel sangue, poiché esistono persone che metabolizzano più rapidamente o molto più rapidamente, rispetto alla media, determinate sostanze. Tuttavia, è possibile anche il contrario. In questo caso, già una bassa dose può dare un effetto favorevole poiché il principio attivo viene metabolizzato molto lentamente.

Un problema frequente, in particolare all'inizio della terapia farmacologica, è rappresentato dagli effetti collaterali degli antidepressivi che talora non sono distinguibili dai sintomi dell'ansia stessa. Tuttavia, la maggior parte degli effetti collaterali scompare dopo una – due settimane. Nel caso contrario, di regola si può individuare un farmaco diverso con una tollerabilità nettamente migliore.

Ai fini dell'efficacia dei farmaci è importante l'assunzione regolare e affidabile secondo la posologia prescritta. Quando i farmaci non vengono assunti o vengono assunti in maniera irregolare o secondo una posologia diversa da quella prescritta, è opportuno parlarne apertamente, poiché soltanto un rapporto di fiducia tra medico e paziente può dare un buon risultato del trattamento. Bisogna poi prepararsi a una durata del trattamento sufficientemente lunga. Di regola si considera all'incirca un anno. Tuttavia, le variazioni individuali possono essere notevoli e dipendono dalla durata e dall'intensità della malattia e dalle comparsa di eventuali malattie concomitanti. È importante tenere presente che una sospensione prematura degli antidepressivi spesso porta a una ricaduta. Per molti interessati non è facile rendersi conto che, se si sentono bene, è perché assumono un farmaco! Molti ritengono erroneamente di non averne più bisogno poiché non avvertono più l'ansia o l'avvertono molto meno. Dopo un periodo adeguato, il medico ridurrà gradualmente il farmaco per poi sospenderlo qualora non ricompaiano sintomi che suggeriscano di proseguire il trattamento farmacologico. Negli USA il problema dell'assunzione dei farmaci viene riportato a una formula semplice, ma indovinata:

What makes you well keeps you well!
(Ciò che ti fa guarire, continua a farti star bene)

Psicoterapia

Con il termine di psicoterapia in generale si intende il trattamento di malattie di origine emotiva o psicosomatica, stati di sofferenza o disturbi comportamentali per mezzo di metodi psicologici (cioè scientificamente documentati) mediante diverse forme di comunicazione verbale e non verbale.

Nelle patologie d'ansia viene impiegata prima di tutto la terapia comportamentale. La terapia comportamentale si basa sulla teoria che un comportamento errato sia stato acquisito tramite l'apprendimento e che possa essere anche modificato tramite un nuovo processo di apprendimento. Applicato alle patologie d'ansia ciò significa che devono essere determinati e analizzati i sintomi che le caratterizzano, la loro intensità, il loro fattore scatenante e la frequenza con cui si manifestano. Bisogna considerare in particolare le condizioni di vita al momento e il modo con cui gli interessati le gestiscono. È indispensabile che anche la terapia comportamentale si orienti in base alle caratteristiche del singolo caso e che il trattamento non sia schematico. La terapia comportamentale si è sviluppata a partire da diverse scuole, pertanto l'applicazione pratica di essa può essere molto differente, e ciò non dovrebbe disorientare i pazienti.

Nelle patologie d'ansia si è affermata in particolare la terapia cognitivo-comportamentale che lavora principalmente con i pensieri, i sentimenti e le mentalità. La prima fase di trattamento consiste nell'informare i pazienti sulla loro patologia. Nella seconda fase si impara, con esercizi mentali, a valutare l'ansia in modo più realistico. In seguito si apprende, mediante un'esperienza di confronto con situazioni ansiogene, che è possibile sopportare e affrontare l'ansia e che essa prima o poi passa senza che succeda alcunché di negativo.

I metodi di psicologia del profondo (psicoanalitici) non possono essere consigliati per le patologie d'ansia, tuttavia possono essere impiegati quando le ansie sono nate a partire da conflitti verificatisi durante lo sviluppo o da conflitti relazionali. Ai fini della psicoanalisi sono necessari una buona capacità di alleanza e introspettiva. Inoltre i costi possono essere notevoli.

Chi assume i costi del trattamento?

La terapia presso uno psichiatra è un trattamento medico, infatti, gli psichiatri sono medici con un titolo di specializzazione. Pertanto il trattamento viene sostenuto dalle casse malati. A partire dal 01.01.2007, dopo le prime 6 sedute, il proseguimento della terapia deve essere richiesto presso il medico di fiducia della cassa malati. Le prime 10 sedute vengono sempre sostenute dalle casse malati e fino a 30 sedute generalmente non dovrebbero esserci problemi. Successivamente, la prosecuzione della terapia deve essere motivata per iscritto.

Nel caso in cui il terapeuta non sia un medico, ma uno psicologo o appartenente a un'altra categoria professionale con istruzione psicoterapeutica, prima di iniziare il trattamento è opportuno chiarire se e quanta parte dei costi è a carico della cassa malati.

Per principio, è bene essere prudenti con tutte le forme di terapia che sono molto costose o che richiedono una cieca fiducia. Adotti un'attenzione critica nei confronti di tutti i metodi che pongono delle condizioni tali che in altri campi della vita non accetterebbe mai.

Indicazioni bibliografiche

Bandelow B.
Das Angstbuch. Woher Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag 2004

Wittchen HU.
Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen und behandeln. München: Mosaik 1997 ISBN 3-576-10768-1

Hättenschwiler J, Höck P.
Angststörungen I: Diagnostik. Schweiz Med Forum 2002; (6)2: 125–9 (www.medicalforum.ch/set_archiv_d.html)

Hättenschwiler J, Höck P.
Angststörungen II: Therapie. Schweiz Med Forum 2002; (7)2: 149–54 (www.medicalforum.ch/set_archiv_d.html)

Hättenschwiler J, Höck P.
Angsterkrankungen. Wenn Angst zur Krankheit wird. Herausgeber: Angst- und Panikhilfe Schweiz (APhS) 2006
Strian F. Angst und Angstkrankheiten. München: Beck, 1998

Hippius H, Klein HE, Strian F.
Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer 1999

Kasper S, Möller HJ (Hrsg).
Angst- und Panikerkrankungen. Jena: Fischer 1995

Dengler W, Selbmann HK (Hrsg).
Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Darmstadt: Steinkopff 2000

Förstl H, Hautzinger M, Gerhard R.
Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006

Steinhausen H.-Ch.
Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. München: Urban & Schwarzenberg 1996

Steinhausen H.-Ch.
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Klett-Cotta 2004

Ubaldo N.
Bildatlas Philosophie: Die abendländische Ideengeschichte in Bildern. Berlin: Parthas Verlag GmbH 2007

Schneider S.
Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg: Springer 2004

Ulteriori Informazioni

I siti internet sono stati selezionati accuratamente, tuttavia l'autore declina ogni responsabilità sul loro contenuto.

www.aphs.ch
- Angst- und Panikhilfe Schweiz

www.swissanxiety.ch
- Schweizerische Gesellschaft für Angststörungen

www.anxietas.ch
- Association d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux

www.progredientes.ch
- Association de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux et pour leurs proches

www.depressionen.ch
- Verein gegen Depressionen

www.psychiatrie.ch
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

www.vask.ch
- Homepage der Vereinigung der Angehörigen psychisch Kranker

www.promentesana.ch
- Homepage von Pro Mente Sana

www.graap.ch
- Groupe d'accueil et d'action psychiatrique

www.panik-attacken.de
- DASH Deutsche Angst-Selbsthilfe

www.adaa.org
- Anxiety Disorders Association of America

Avvertenza destinata ai medici e agli altri operatori sanitari specializzati

Due manifestazioni di aggiornamento online sui disturbi d'ansia www.medical-tribune.ch (E-learning > Neurotrainer)
Hättenschwiler Josef, Diagnostik von Angst- und Zwangsstörungen, 2005
Hättenschwiler Josef, Therapie von Angst- und Zwangsstörungen, 2005
Ciascuna delle due manifestazioni corrisponde a 1 credito formativo ECM della Società Svizzera di Medicina Generale (SSMG) e di Medicina Interna (SSMI).

Gruppi di autoaiuto e associazioni di congiunti

Angst- und Panikhilfe Schweiz
APhS
Hölzlistr. 165
4232 Fehren
Telefon 0848 801 109
aphs@aphs.ch

Anxietas
Association d'entraide pour
les personnes souffrant de troubles anxieux
Avenue de Rumine 2
1005 Lausanne
Téléphone 021 311 12 19
(tous les mercredi de
19 h à 20 h, sinon répondeur)
info@anxietas.ch

Progredientes
Case Postale 1000
1920 Martigny
Téléphone 027 723 15 47
Téléfax 027 723 15 46
progredientes@mycable.ch

Equilibrium
Postfach
6340 Baar/Zug
Telefon 0848 143 144
info@depressionen.ch

VASK
Vereinigung der Angehörigen psychisch Kranker
Geschäftsstelle
Langstrasse 149
8004 Zürich
Telefon 044 240 48 68
info@vaskzuerich.ch

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana
Hardturmstrasse 261
8031 Zürich
Telefon 044 563 86 00
Beratungen 0848 800 858
kontakt@promentesana.ch

GRAAP
Groupe d'accueil et d'action psychiatrique
Rue de la Borde 23
1018 Lausanne
Téléphone 021 647 16 00
info@graap.ch

DASH
Deutsche Angst-Selbsthilfe
Bayerstrasse 77a Rgb.
80335 München
kontakt@panik-attacken.de

Anxiety Disorders Assosiation of America
8730 George Avenue, Suite 600
Silver Spring, MD 20910. USA
Main # (240) 485–1001
www.adaa.org

Ringraziamento

Ringraziamo sentitamente il Dr.med.Paul Höck per i suoi preziosi approfondimenti e per i supporti fotografici che ha messo a nostra disposizione per la realizzazione di questa guida per i pazienti.

Mepha Pharma SA

Impressum

«Disturbi d'ansia e panico» –
Guida per i pazienti

Tiratura
29'000 es. (tedesco, francese, italiano)

Concezione
Dr.med. Paul Höck
FMH psichiatria e psicoterapia
Grienbachstr. 36
CH-6300 Zug
paul.hoeck@datazug.ch

Immagini
Dr.med. Paul Höck

Redazione
Béatrice Greutert, Dr. Richard Hummel,
Simone Theiler, Dr. Thomas Weikert

Traduzione
Five Office Ltd., 8620 Wetzikon

Composizione, produzione
Peter Salzmann,
Créative-Atelier Salzmann GmbH,
4656 Starrkirch-Wil

Tipografia
Brogle Druck SA, 5073 Gipf-Oberfrick

Indirizzo per informazioni
Mepha Pharma SA
Dornacherstrasse 114
Postfach 445, 4147 Aesch BL
Telefono 061 705 43 43
Telefax 061 705 43 85
www.mepha.ch

mepha