



Mariangela Panetta, psicologa psicoterapeuta Iserdip

Una fobia è un tipo particolare di paura che si differenzia dalle altre paure per tre ragioni: è particolarmente intensa e dà luogo a diverse reazioni ansiose; porta al cosiddetto “evitamento” o sopportazione con forte malessere dello stimolo fobico; risulta insensata agli occhi degli altri e vi è un conflitto tra la consapevolezza razionale che la situazione è relativamente sicura e il dubbio continuo che possa non esserlo.

Le **fobie specifiche** sono moltissime, ma il DSM (il Manuale diagnostico e Statistico per i disturbi Mentali, creato dall'American Psychiatric Association) li divide in quattro categorie:

- 1- Animali;
- 2- Ambiente naturale (ad esempio altezze, temporali, acqua);
- 3- Sangue, iniezioni, ferite;
- 4- Situazioni (ad esempio aerei, ascensori, luoghi chiusi).

Il manuale menziona anche fobie di situazioni che possono portare a soffocamento, vomito o al rischio di contrarre una malattia.

Sembra che le fobie possano insorgere in quattro modi: come conseguenza dell'esperienza diretta di situazioni pericolose (per situazioni intendiamo qualsiasi situazione/oggetto/animale causa della fobia), come ad esempio essere morsi da un cane; essere stati testimoni di un fatto orribile accaduto a qualcun altro; per conoscenza indiretta (ad esempio ascoltando le conseguenze che possono derivare da una certa situazione); a causa di un trauma verificatosi quando si era molto piccoli e di cui non si ha memoria.

Qualunque sia la causa (o combinazione di cause), è importante identificare cosa la mantiene in vita. In primo luogo, chi soffre di fobie pensa che le situazioni temute siano molto più pericolose del reale e di quanto pensino gli altri. In secondo luogo, le fobie sono mantenute in vita proprio dall'evitamento: la fuga da ciò che si teme o l'evitarlo sono efficaci sul momento, ma purtroppo subito dopo la persona avrà ancora più paura della situazione e rischierà di estendere la sua paura ad altre situazioni. In terzo luogo, i due fattori che possono aumentare l'ansia, in generale, sono la tensione muscolare e la respirazione eccessiva (l'iperventilazione).

Come già accennato, evitare le situazioni temute ha al momento effetti positivi, ma porta poi a conseguenze negative. Ogni volta che chi è affetto da una fobia si avvicina alla situazione temuta, sente aumentare l'ansia. Se si allontana dalla situazione o la si evita, l'ansia in effetti al momento diminuisce, ma a lungo termine peggiora

perché ogni volta che si scappa da una situazione o la si evita diminuisce la fiducia in se stessi, diventa più forte il bisogno di andarsene o di evitarla la volta successiva.

Ciò porta a domandarsi cosa succede allora se anziché evitare la situazione ansiogena la si affronta. Contrariamente a quanto si crede, se ci si ferma nella situazione la paura, dopo un iniziale aumento, comincia a diminuire e dopo circa un'ora scompare. Inoltre sarà meno forte la volta successiva in cui ci si trova nella stessa situazione. La soluzione migliore è quindi rappresentata dal controllare l'ansia mediante tecniche come la respirazione lenta, il rilassamento e il pensiero funzionale e dal rimanere nella situazione.

Il pensiero funzionale risulta indispensabile per gestire la situazione fobica, perché solitamente quel che accade quando siamo di fronte allo stimolo fobico, è l'attivazione di errori di ragionamento e convinzioni disfunzionali. Infatti, lo stimolo fobico può essere considerato semplicemente l'attivatore di una sequenza che prevede dapprima pensieri e convinzioni disfunzionali e poi emozioni (ansia) e comportamenti (ad esempio la fuga).

Poiché è molto difficile rimanere nella situazione temuta, questo può essere considerato un obiettivo cui arrivare attraverso un'**esposizione graduale**, in modo da affrontare livelli d'ansia relativamente lievi. E' bene cioè procedere gradualmente e a piccoli passi, organizzati in una gerarchia di difficoltà crescente.

Un percorso di esposizione graduale va affrontato all'interno di un percorso di psicoterapia, durante il quale terapeuta e paziente concordano il programma a piccoli passi da seguire e ne monitorano insieme l'andamento.

L'esposizione graduale può essere di due tipi: esposizione in vivo ed esposizione immaginativa.

L'**esposizione in vivo** prevede che il paziente affronti la situazione temuta procedendo a piccoli passi, definiti precedentemente insieme al terapeuta. Il numero di passi necessari dipende dal livello di difficoltà e dall'obiettivo finale. Per rendere più facili i primi passi, la persona può anche chiedere di essere accompagnata da una

persona di fiducia per poi passare a farli da sola. I micro-obiettivi che ci si pone devono essere realistici, e la probabilità di successo deve essere buona. Mentre la persona affronta la situazione temuta deve gestire l'ansia che ne deriva attraverso le tecniche apprese in terapia (respirazione lenta, rilassamento muscolare isometrico, gestione pensieri disfunzionali) fino a che l'ansia non diminuisce e la persona sperimenta di averla affrontata con successo.

Nell'**esposizione immaginativa**, il terapeuta descrive la scena temuta nel modo più reale e drammatico possibile, continuando fino a quando l'ansia non scompare. Una variante prevede che il paziente si esponga gradualmente nell'immaginazione di situazioni che gli incutono paura usando il rilassamento muscolare per mantenere l'ansia a livelli minimi. L'esposizione immaginativa è l'unica alternativa possibile nei casi del tipo "tutto o nulla", in cui la persona non ha modo di esporsi gradualmente allo stimolo fobico, se non in parte (come ad esempio recandosi in un aeroporto per chi ha paura di volare).

È in queste situazioni che risulta prezioso l'utilizzo della **Realtà Virtuale**. È possibile definire la realtà virtuale come un ambiente tridimensionale generato dal computer in cui il soggetto o i soggetti interagiscono tra loro e con l'ambiente come se fossero realmente al suo interno.

(Breve excursus storico:

-1962 Morton Heilig inventa il Sensorama: strumento stereoscopico per immergere l'individuo sfruttando periferiche visive, uditive e olfattive;

- anni '79/'80 la tecnologia RV viene applicata al contesto militare per addestrare i piloti senza dover sopportare costose, e rischiose, prove sul campo;

- 1989 il pioniere dell'informatica Jaron Lanier conia il termine "Realtà Virtuale"

- anni 90 la RV viene applicata con successo crescente anche ad altri settori: ingegneristico, architettonico, industriale e soprattutto

medico-sanitario. In ambito psicologico si segnalano studi di comprovata efficacia nel trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress, dei Disturbi d'Ansia, nel Disturbo Ossessivo Compulsivo, oltre che quale supporto a tecniche di Rilassamento;

-anni 2000 vengono prodotte le linee guida per l'impiego della RV in ambito terapeutico; Vi è una intensa attività di Ricerca in ambito psicologico e psicoterapeutico. In America l'utilizzo clinico viene esteso a disturbi come: Disturbo del Comportamento Alimentare, ADHD, Disturbo da Attacchi di Panico, ma anche per psicosi/schizofrenia/paranoia, DUS (disturbo da uso di sostanze, quali alcol, droghe e sigarette) e disfunzioni sessuali).

La Realtà Virtuale si è dimostrata nel corso degli ultimi 20 anni uno strumento in grado di portare valore aggiunto alle pratiche dei professionisti della salute mentale. In qualsiasi momento o luogo gli individui possono essere trasportati in mondi virtuali *immersivi* che coinvolgono interamente i sensi (il sistema nervoso autonomo risponde agli stimoli virtuali esattamente come nelle realtà), e *interattivi*, dove la persona è attivamente creatrice della propria esperienza. La realtà virtuale permette dunque di ricreare situazioni il più vicino possibile alla realtà ma completamente controllate dal paziente e dal professionista.

L'esposizione graduale si può pertanto **integrare** all'utilizzo della realtà virtuale controllando le variabili espositive, settando l'intensità degli stimoli in modo graduale, utilizzando determinati scenari e funzioni a seconda delle necessità del paziente.

In questo ambiente espositivo sicuro e controllato, è inoltre possibile osservare insieme al paziente i pensieri disfunzionali che nella situazione fobica mette solitamente in atto e al tempo stesso imparare a gestirli, così come è possibile gestire la sintomatologia fisica dell'ansia attraverso l'utilizzo di tecniche di rilassamento e respiratorie.

Questo consente al paziente, gradualmente, di costruire competenze e tecniche per la gestione dei propri vissuti, senza che le emozioni diventino soverchianti e permettendo al paziente di generalizzare con

più facilità l'apprendimento al mondo reale e alle sfide che dovrà affrontare.

