

Ansia

Dott. Giuliano Franzan

L'ansia costituisce una delle caratteristiche fondamentali del nostro tempo. L'ansia sembra avere una componente cognitiva, una somatica, una emozionale e una comportamentale. Ma che cosa è l'ansia in senso stretto? Viene di solito definita come un sentimento penoso di pericolo imminente e mal definito. Per indicare lo stesso tipo di disturbo si usano a volte i termini di angoscia e ansietà, che definiscono in ogni caso situazioni affettive che sfumano una nell'altra. In ciascun individuo è presente un certo stato d'ansietà ed è possibile evidenziare tutti gli aspetti intermedi fra ansia psicologica e ansia patologica. Nell'ansia patologica la situazione vissuta dal malato è una particolare sensazione indefinita: egli non riesce a oggettivare concretamente il pericolo da cui si sente minacciato, vive dunque una condizione di profonda disperazione e una penosa sensazione d'impotenza o di debolezza di fronte alla minaccia che percepisce come immediata. A volte si precisa meglio il motivo della sensazione di paura: paura della morte, paura dell'avvenire o del passato, che non trovano tuttavia giustificazione nella realtà.

Quando si tratta di disturbi della psiche bisogna rispolverare un vecchio detto latino: "est modus in rebus", cioè "c'è modo e modo". Questo vale per la depressione (è difficile essere allegri se muore il gatto) e a maggior ragione per l'ansia. Se si è alla vigilia di un esame o di una competizione, essere ansioso è normale. E questo è un "modo normale". Se però si comincia a preoccuparsi con mesi di anticipo rispetto alla data dell'esame, e magari l'ansia assume forme che impediscono le attività quotidiane il modo è cambiato, e spesso ha senso parlare di disturbo d'ansia.

SINTOMI- DIAGNOSI

L'ansia non può essere definita nei sintomi per il semplice motivo che è un sintomo essa stessa. L'ansia è di frequente riscontro anche negli stati depressivi. Essa rappresenta inoltre il sintomo fondamentale della maggior parte delle neurosi; si è visto che interviene costantemente nella neurosi d'angoscia; inoltre compare con diverse sfumature, nella neurosi fobica, in quella ossessiva e nell'isteria. L'ansia si riscontra anche nelle fasi acute delle psicosi. Al di là delle fasi acute è, in genere, poco evidente, mascherata dai sintomi della malattia di fondo. Certe depressioni malinconiche si manifestano in concomitanza di uno stato d'ansia infinitamente più intensa di quella rilevabile nelle neurosi e tale, a volte, da spingere il malato al suicidio. L'ansietà può infine essere anche il sintomo di una malattia organica; le cardiopatie, l'insufficienza respiratoria, l'asma, le malattie neurologiche localizzate al tronco dell'encefalo, l'ipertiroidismo sono spesso accompagnate da una spiccata componente ansiosa. L'abuso di certi farmaci, quali gli amfetaminici, i barbiturici, gli ormoni corticoidi o tiroidei, può scatenare, soprattutto nei soggetti predisposti, stati ansiosi. L'ansia è dunque un sin-

tomo fondamentale in psichiatria, perché si può riscontrare in tutte le malattie mentali. È inoltre di frequente riscontro in molte malattie organiche. Per gli psicologi sarebbe alla base di tutte le malattie psicosomatiche, nel senso che l'ansia connessa a conflitti psichici non risolti potrebbe preparare o favorire l'esplosione di crisi d'asma, il manifestarsi di un'ulcera duodenale, di un'ipertensione arteriosa, ecc. In queste situazioni l'ansia non sarebbe vissuta come tale, ma si tradurrebbe nelle manifestazioni somatiche sopra segnalate. che rappresenterebbero quindi gli equivalenti organici dell'ansia. Le manifestazioni ansiose intervengono quindi apparentemente senza una causa precisa: comunque possono essere scatenate anche da avvenimenti esterni (incidenti, situazioni di tensione psicologica, conflitti, shock, delusioni); si parla allora di ansietà reattiva (o di reazione ansiosa) determinata da un fatto esogeno drammatizzato. Il comportamento del soggetto ansioso può essere agitato o immobile per lo stato di panico che può raggiungere l'esperienza emotiva. Quasi sempre l'ansia psichica si traduce a livello somatico, in quelle manifestazioni vegetative che classicamente esprimono un'emozione: tachicardia, palpitazioni, algie precordiali, sudorazione, secchezza delle fauci, penosa sensazione di soffocamento e di costrizione toracica o di peso epigastrico, dolori addominali, tremori, vertigini, annebbiamento visivo, disturbi urinari. Una crisi d'ansia può avere una durata variabile.

L'AMBIENTE MA ANCHE LA CHIMICA

Non è facile dire che cosa causa questi disturbi. In linea generale si distinguono due ordini di cause. Ci sono gli eventi ambientali, veri e propri stressor, che hanno un ruolo fondamentale un po' in tutti i disturbi psichiatrici. D'altra parte è anche vero che se gli stressor sono uguali per tutti, non tutti reagiscono sviluppando disturbi d'ansia. Qui sono stati proposti due modelli di spiegazione. Da una parte ci sono i tratti caratteriali: studi retrospettivi hanno dimostrato che i bambini molto repressi, che sviluppano inibizioni nei confronti di alcuni comportamenti per altri versi normali (l'ira, la paura) sono più propensi a sviluppare i disturbi d'ansia, o anche la depressione. Un secondo schema di spiegazione punta invece alle basi biologiche. Infatti le risposte di paura ed eccitazione hanno ben precisi meccanismi fisici, in cui sono coinvolte sia particolari aree del cervello sia i neurotrasmettitori serotonina e noradrenalina. Nelle personalità inibite, in effetti, si sono riscontrate alterazioni del sistema noradrenergico, in particolare, ma anche del sistema serotoninergico. Per inciso, sono gli stessi neurotrasmettitori coinvolti nel meccanismo della depressione.

NOMI DIVERSI, DIFFERENZE SFUMATE

I più comuni sono:

1. il disturbo di panico (DP),
2. d'ansia generalizzata (DAG),
3. il disturbo post-traumatico da stress (DPTS)

4. la fobia
5. il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

1. *Disturbo di panico*

Gli attacchi di panico sono la manifestazione più forte del disturbo d'ansia. I sintomi psichici sono rappresentati da una improvvisa paura o terrore. Chi ne è colpito prova un vero e proprio panico che gli rende quasi impossibile fronteggiare situazioni anche assolutamente banali.

A livello generale si associano sintomi che contribuiscono ad allarmare il soggetto, in particolare tachicardia, dispnea, vertigini, vampate di calore, brividi di freddo, tremori, sudorazione. Negli attacchi più gravi il soggetto può perdere il contatto con la realtà (derealizzazione) con la sensazione di vivere in una realtà nuova o la sensazione di essere una persona diversa, di non riconoscersi più (depersonalizzazione). La sintomatologia acuta dura da 15 a 30 minuti. Ovviamente, vista l'intensità del coinvolgimento, ci sono anche sintomi fisici. Un altro tratto distintivo è che spesso il principale timore che si presenta è quello di impazzire, che altro non è se non il timore di perdere il controllo non soltanto sull'ambiente ma anche su se stessi. L'attacco di panico lascia nel soggetto una paura di fondo che, se non risolta in tempo, può dar luogo a una sequela di fobie, la più frequente delle quali è l'agorafobia (paura degli spazi aperti), fino alle forme più gravi di autoisolamento e demoralizzazione. I veri attacchi di panico di interesse clinico colpiscono il 2-3% della popolazione con una particolare prevalenza nei giovani dai 25 ai 30 anni, di sesso femminile.

Le teorie biologiche sugli attacchi di panico suggeriscono l'esistenza di anomalie delle vie di trasmissione dell'impulso nervoso associate alla modulazione degli stati di ansia. Una sorta di trasmissione difettosa o esagerata nell'ambito di un circuito che comprende diverse aree cerebrali. Un'attuale linea di ricerca ha posto l'attenzione sul ruolo dell'ippocampo e dell'amigdala, due importanti nuclei del sistema limbico (sede del controllo delle risposte emotive) che regolano, rispettivamente, la formazione della memoria e le emozioni.

2. *Disturbo d'ansia generalizzato*

Vi è poi il disturbo d'ansia generalizzato, nel quale in sostanza si assiste a una "drammatizzazione" di un po' tutte le attività che normalmente si svolgono, che vengono indistintamente caricate di un'attesa negativa, un po' come sentire che tutto sia pericoloso o destinato a prendere una brutta piega. In questo caso a fare la differenza è il fatto che questa situazione si ripresenta nella maggior parte dei giorni. Di solito questo disturbo è accompagnato dall'insonnia, che a sua volta provoca facilità di affaticamento, e dall'irritabilità. I pazienti che soffrono di ansia generalizzata possono manifestare un'eccessiva attività della serotonina in particolari aree del cervello. L'approccio biologico ha individuato il ruolo nella patogenesi dell'ansia generalizzata anche di altre molecole. Alcuni studi hanno indicato che il livello delle catecolamine (adrenalina, noradrenalina e dopamina) nei pa-

zienti con ansia generalizzata è simile a quello di soggetti normali; tuttavia in questi pazienti si può verificare una riduzione di sensibilità recettoriale nei sistemi regolati da tali molecole.

3. *Disturbo post-traumatico da stress*

Vi è poi il disturbo da stress post traumatico. Già la definizione è esplicativa: si tratta del disturbo che colpisce chi è stato vittima o testimone diretto di avvenimenti che hanno messo a repentaglio la vita sua o di persone vicine, o comunque avvenimenti che lui ha interpretato come potenzialmente pericolosi: dalle violenze alle calamità naturali. Le manifestazioni si centrano soprattutto sull'impossibilità di "uscire" dall'avvenimento traumatico, che viene continuamente rivissuto. Questo "blocco" si presenta anche sottoforma di incubi e, inoltre, crisi e forte stress si producono quando alla persona si presentano oggetti, situazioni e discorsi che richiamano la precedente esperienza traumatica. Sono tre le principali aree cerebrali interessate dalla patofisiologia dei disturbi da stress posttraumatico: l'amigdala, il cingolato anteriore e l'ippocampo. L'amigdala è coinvolta nella risposta alla paura e nell'analisi delle minacce provenienti dall'ambiente circostante. Quando si percepisce una minaccia l'amigdala attiva altre aree cerebrali che inducono la risposta fisiologica e comportamentale alla paura. In individui soggetti a disturbi da stress posttraumatico si osservano diversi processi anomali. Una risposta alla paura si può verificare anche quando nell'ambiente non è realmente presente una minaccia oppure quando viene provocata dal ricordo di minacce incontrate in passato; si osserva quindi una reazione fisiologica esagerata in risposta a minacce anche minime.

Quanto all'altra struttura limbica coinvolta, il cingolato anteriore, la risonanza magnetica ha anche dimostrato che in presenza di stress posttraumatico l'attivazione e la risposta si riducono.

Gli individui soggetti a stress posttraumatico presentano anomalie anche nell'ippocampo, area cerebrale implicata nella codificazione dei ricordi. Negli animali è stato osservato che l'esposizione a gravi stress comportava la morte dei neuroni dell'ippocampo e test neuropsicologici hanno dimostrato che i pazienti di questo tipo incontravano difficoltà negli esercizi di memoria verbale e presentavano dimensioni ridotte dell'ippocampo rispetto alla media.

4. *Fobia*

Nei disturbi d'ansia rientrano anche le fobie. Si tratta di situazioni comuni in cui il confine tra normalità e patologia è segnato dall'entità del disturbo e dalla sua capacità di interferire nella vita della persona. Questa categoria riguarda una forte e irrazionale paura ed evitamento di un oggetto o situazione. La persona sa che la paura è irrazionale tuttavia l'ansia rimane. Il disturbo fobico differisce dal disturbo di ansia generalizzata e dal disturbo da panico perché vi è uno stimolo o situazione specifici che incitano una forte risposta di paura. Si immagina come ci si sentirebbe ad essere talmente spaventati da un ragno da tentare di saltare fuori da un'auto in corsa per fuggire via da esso. Questo mostra cosa potrebbe sentire una persona che soffre di una fobia.

Le persone che hanno una fobia, hanno anche un'immaginazione particolarmente potente, tanto che anticipano vividamente conseguenze terrificanti nel caso in cui incontrassero oggetti come coltelli, ponti, sangue, posti chiusi o certi animali. Vi è un altro tipo di fobia, conosciuta con il nome di fobia sociale. Gli individui con questo disturbo sperimentano una paura intensa di essere valutati negativamente dagli altri o di essere imbarazzati in pubblico a causa di atti impulsivi.

Quando l'ansia rende asociali? Molte persone possono avere momenti di timidezza o di ansia di non apparire all'altezza quando sono in pubblico, ma se queste reazioni sono amplificate, ripetute e fortemente stressanti, si può sospettare la presenza di un vero e proprio disturbo sociale d'ansia, quello che in psichiatria si chiama anche fobia sociale. Un problema in realtà piuttosto diffuso, specie nel sesso femminile, e spesso non riconosciuto, che ha le sue radici fino nell'infanzia dato che bambini eccessivamente timidi e inibiti nei comportamenti rischiano di svilupparlo entro l'adolescenza, forse con il contributo di genitori iperprotettivi e ipercritici. In seguito peggiora e diventa cronico, con ripercussioni anche pesanti sul rendimento scolastico o lavorativo, fino a far disertare lezioni o appuntamenti, e in generale spingendo all'evitamento sociale, tanto che queste persone hanno meno probabilità di sposarsi. E' un disturbo caratterizzato dalla paura persistente di essere sotto esame o di ricevere giudizi negativi in situazioni di socialità. Questo crea un eccessivo timore di subire umiliazioni, una riduzione delle capacità adattative e una sofferenza clinicamente riconosciuta. Esporsi alle temute situazioni sociali o viverle con un certo anticipo produce reazioni ansiose e sintomi fisiologici come, per esempio, rossore e aumento della sudorazione. La fobia sociale sarebbe causata da fattori ereditari e ambientali. Ancora una volta l'amigdala e l'ippocampo sono coinvolti nella patogenesi del disturbo: la risonanza magnetica ha evidenziato in queste strutture e nella corteccia prefrontale un'attivazione più marcata quando alla persona vengono presentate immagini di persone che manifestano un'emozione rispetto a quando si tratta di immagini neutre. E' stato riscontrato che nelle persone con ansia sociale, impegnate in discorsi pubblici, esiste una riduzione del flusso sanguigno corticale e un corrispondente aumento del flusso nell'amigdala. Al contrario, i soggetti "tranquilli" manifestavano un aumento del flusso corticale. Ciò indica che le persone ansiose attivavano aree del cervello deputate all'emozione e alla paura, a discapito delle aree responsabili dei processi cognitivi. L'approccio neurobiologico ha suggerito un ruolo anche per la dopamina e per la serotonina.

5. Disturbo ossessivo-compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo è un disturbo d'ansia caratterizzato da ossessioni e/o compulsioni. Le ossessioni sono pensieri o immagini angoscianti e ripetitivi che l'individuo spesso realizza essere senza senso. Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi che la persona si sente costretta a compiere per alleviare l'ansia. Un esempio sarebbe l'ossessione di pulizia estrema e la paura di contaminazione che può portare alla compulsioni di lavarsi le mani centinaia di volte al giorno. Un altro

esempio può essere l'ossessione che la propria porta sia non chiusa a chiave, che può portare al costante controllare e ricontrollare le porte.

TERAPIA

Terapia farmacologia

Quando le manifestazioni ansiose assumono la gravità, tale da parlare di malattia, il ricorso al farmaco è quasi sempre il primo intervento dello specialista. Se così non facesse, il disturbo molto probabilmente peggiorerebbe e diventerebbe cronico, compromettendo progressivamente lo svolgersi delle occupazioni quotidiane. Fondamentale, per impostare una terapia adeguata, è una valutazione diagnostica accurata, in quanto i vari disturbi dello spettro ansioso richiedono interventi differenti. *Quali farmaci?* Esistono quattro classi di farmaci che hanno dimostrato la loro efficacia in vari studi, e per questo sono impiegati nella farmacoterapia dello spettro ansioso. Si tratta di: antidepressivi triciclici, inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), inibitori delle monoamino ossidasi (MAO) e benzodiazepine. La scelta di uno di questi è generalmente subordinata alla comprensione, da parte del medico, delle preferenze/esigenze del paziente, specie per quanto riguarda gli effetti collaterali e le controindicazioni. Le benzodiazepine sono i farmaci ansiolitici più usati. Nei sintomi acuti dell'ansia il diazepam (valium) era uno dei primi farmaci di questo tipo. Oggi vediamo una vasta serie di farmaci anti-ansia che sono basati su benzodiazepine, sebbene solo due sono state approvate per gli attacchi di panico, Klonopin e Xanax. Tutte le benzodiazepine provocano assuefazione e l'uso prolungato dovrebbe essere attentamente monitorato da un medico, preferibilmente uno psichiatra. È molto importante che una volta messo a regime l'uso regolare di benzodiazepine, l'utente non dovrebbe interrompere la cura bruscamente. Alcuni dei SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) sono stati usati con vari gradi di successo per curare pazienti che hanno ansia cronica, i migliori risultati si sono visti con quelli che esibiscono sintomi di depressione clinica e contemporaneamente un disturbo di ansia generalizzata.

Psicoterapia

È stato dimostrato che la psicoterapia è più efficace di ogni altro tipo di terapia da sola nei disturbi dell'ansia ed alle sue conseguenze sull'organismo.

Le psicoterapie possibili sono diverse, per esempio:

1. Psicoterapia ericksoniana
2. Psicoterapia cognitivo-comportamentale
3. Psicoanalisi
4. Psicoterapia sistemico-relazionale
5. Psicoterapia strategica

Ne prendo in esame una sola e schematicamente.

Psicoterapia cognitivo-comportamentale

La psicoterapia cognitivo-comportamentale, è una delle più diffuse psicoterapie fra le psicoterapie brevi per la cura dell'ansia. L'obiettivo del terapeuta cognitivo-comportamentale è di ridurre il comportamento di evitamento ed aiutare il paziente a sviluppare abilità di coping (fronteggiare le situazioni). Questo può comportare:

- Sfidare credenze false o auto-lesionistiche.
- Sviluppare l'abilità di parlare a sé stessi in modo positivo (self-talk positivo).
- Sviluppare la sostituzione di pensieri negativi.
- Desensibilizzazione sistematica (usata principalmente per l'agorafobia e le fobie specifiche)
- Fornire conoscenza al paziente che lo aiuterà a fronteggiare le situazioni (per esempio se qualcuno soffre di attacchi di panico, gioverà l'informazione che le palpitazioni in se stesse, anche se rapide e prolungate sono del tutto innocue).

Bisognerebbe notare che, al contrario delle prescrizioni mediche, l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale dipende da vari fattori soggettivi come la competenza del terapeuta. Oltre alla terapia convenzionale, vi sono dei programmi cognitivo-comportamentali che i pazienti possono svolgere a casa come parte della loro cura.