



La psicoterapia nei Disturbi d'Ansia

di Salvatore Di Salvo

Psicoanalisi

La *psicoanalisi* classica è nata come metodo di cura di alcuni disturbi psichici che Freud descrisse come *nevrosi di transfert* e tra cui rientravano quadri assimilabili a molti degli attuali “Disturbi d'Ansia”, come gli attacchi di panico, le fobie, i disturbi ossessivo-compulsivi.

In questi quadri l'ansia è una componente specifica e la psicoanalisi è quindi venuta in contatto, sin dai suoi inizi, con il problema del trattamento di questi disturbi.

In una prima fase della sua produzione Freud considerò l'ansia come un derivato della “libido”, la pulsione di amore, che non poteva trovare una via di scarica a causa dell'inaccettabilità dei desideri e, quindi, stagnando, si alterava. Lo scopo dell'analisi, nei casi nei quali l'ansia era legata a pensieri o desideri rimossi e quindi curabile con la psicoterapia, era di rendere possibile che la libido raggiungesse i suoi scopi, rendendo cosce quelle ragioni che impedivano tale realizzazione. Da qui l'interpretazione come fondamentale fattore terapeutico di una terapia che non fosse mera suggestione.

In altri casi, invece, Freud suppose che l'ansia non fosse causata da fattori psicologici, ma biologici, come l'assenza di attività sessuale, e come tale non risultasse curabile dalla psicoterapia.

In seguito, dopo l'identificazione della nuova concezione strutturale dell'apparato psichico, in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1926) l'Io fu identificato come la struttura psichica sede dell'angoscia non più spiegata meccanicamente come libido trasformata, ma come reazione dell'Io di fronte alla minaccia di una situazione traumatica.

Per Freud, a questo punto del suo pensiero, l'ansia aveva primariamente funzione di conservazione dell'individuo. L'insorgenza di un'*ansia segnale*, come reazione ad eventi e collegata al ricordo di precedenti esperienze, aveva lo scopo di preservare l'Io dai pericoli sia esterni sia interni di origine conflittuale, facilitando l'adattamento psicologico. La fonte dell'ansia è pensata in questa fase come legata, ipoteticamente, al cosiddetto “istinto di morte”.

La psicopatologia freudiana, schematizzando, ha sempre visto l'angoscia come un segnale di difficoltà di funzionamento dell'apparato mentale, mentre componenti basilari di questo funzionamento sono gli istinti e le strutture. Scopo della terapia è di modificare i rapporti fra le strutture psichiche attraverso una relazione prolungata che modifichi il precedente distorto o disarmonico sviluppo di queste strutture e quindi, secondariamente, di attenuare l'angoscia.

Nella psicoanalisi cosiddetta “classica” l’angoscia è il prodotto della presenza dei conflitti interni.

Di fronte a stimoli che sono fonte d’angoscia vi sono varie possibili evoluzioni:

- nell’isteria l’impulso è rimosso e la libido è convertita in sintomi somatici;
- nelle fobie la libido è spostata e proiettata;
- nella ossessivo-compulsiva la libido invece si ritira dalla posizione edipica e regredisce lungo la via dello sviluppo psicosessuale alla fase anale.

Va in ogni modo sottolineato il fatto che il trattamento dei disturbi d’ansia, da un punto di vista psicoanalitico, non consiste solo nel cogliere la loro connessione con conflitti, ma riveste anche un ruolo molto importante la relazione che si viene ad instaurare tra il paziente e l’analista.

Il processo terapeutico non “l’analisi di una persona” nè “l’analisi di un sintomo” o “l’analisi di un disturbo”, ma è l’analisi di una relazione nella quale è in gioco l’interazione, se pure asimmetrica, fra due persone e nella quale il prendersi cura ha un significato preminente.

La psicoanalisi come terapia dei disturbi di angoscia va quindi considerata come esperienza globalmente trasformativa che coinvolge due persone, in una prolungata interazione fra due esseri umani che ha tutte le complessità di queste interazioni.

Psicoterapia breve

Un altro tipo di terapia psicologica che può essere utilizzata per i disturbi d’ansia è la *psicoterapia breve* il cui obiettivo primario consiste nella riduzione dei sintomi che compromettono il funzionamento sociale e lavorativo.

Il modello teorico di riferimento è quello psicoanalitico, ma se ne distingue per le seguenti differenze:

- l’intervento è limitato ad un ambito più ristretto e non alla personalità globale;
- il metodo d’indagine è costituito dal colloquio e non dalla libera associazione;
- lo strumento principale d’intervento è la chiarificazione e non l’interpretazione.

Nei confronti della psicoanalisi vi sono anche differenze formali: la durata del trattamento è più breve, la frequenza delle sedute è ridotta, la posizione è quella del vis à vis e il terapeuta è più attivo.

Oltre la psicoanalisi e la psicoterapia breve sopra brevemente trattati, vi sono altri tipi d’intervento psicologico che saranno descritti nei successivi paragrafi relativi ai singoli disturbi.

Va in ogni modo tenuto presente che, nel caso dei Disturbi d'Ansia, l'indicazione del tipo di trattamento psicoterapeutico non dipende dalle caratteristiche cliniche del disturbo, ma da altri elementi quali la struttura di personalità del paziente ed i suoi meccanismi di difesa prevalenti, la motivazione al trattamento, l'età, la capacità di lavoro psicologico, la possibilità di relazione con il terapeuta.

Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

Nella cura psicoterapeutica del DAP va segnalato il trattamento cognitivo-comportamentale che si basa su un modello teorico che pone all'origine del panico l'interazione di elementi cognitivi, comportamentali e fisiologici. Secondo questo modello gli attacchi di panico sono scatenati da sensazioni somatiche o da processi mentali in sé innocui, ma che divengono, in un soggetto predisposto, stimoli per una risposta d'ansia acuta. In particolare il ruolo di stimolo iniziale è giocato da quelle sensazioni (come palpitazioni, dispnea, lipotimie) che si prestano maggiormente ad essere interpretate dal soggetto come segni d'imminente pericolo per la propria salute fisica o psichica. Il pericolo, elaborato dal paziente secondo schemi cognitivi distorti, assume proporzioni catastrofiche ed è incentrato sulla paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo. Si stabilisce quindi un feedback tra la percezione di sensazioni interne, la loro associazione con sensazioni di minaccia e la risposta ansiosa del paziente, che a sua volta porta ad ulteriori e più intense sensazioni in una rapida escalation di gravità, fino al vero e proprio attacco di panico.

La finalità generale del trattamento è quella di interrompere il circolo vizioso del panico fornendo al paziente informazioni ed esperienze correttive.

Disturbo d'Ansia Generalizzato

Oltre la psicoanalisi e la psicoterapia breve, nel trattamento del Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) può anche essere utilizzato un tipo d'intervento che prevede essenzialmente l'impiego di tecniche di rilassamento. La tecnica più semplice e storicamente più antica impiegata negli stati di ansia libera cronica è quella del *training autogeno* che consiste nell'istruire il paziente a percepire con appropriati esercizi i propri livelli di tensione muscolare e, in un secondo tempo, a rilassare progressivamente ogni singolo gruppo muscolare.

Un altro importante filone d'interventi è rappresentato dalla psicoterapia cognitiva, che si basa sul riconoscimento e sulla confutazione da parte del paziente, con l'aiuto del terapeuta, di quei pensieri automatici negativi e irrealistici che accompagnano e favoriscono l'insorgenza dell'ansia, per sostituirli con processi cognitivi più realistici e appropriati. A tale scopo possono essere usati nella prassi vari strumenti tecnici: dall'uso di diari in cui il paziente registra i suoi pensieri in situazioni

ansiose, all'induzione dell'ansia in seduta, al "role-playing" (letteralmente "gioco di ruolo") che consiste nel recitare e reinterpretare le situazioni ansigene in seduta.

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Oltre l'intervento psicoanalitico nella terapia del DOC viene anche utilizzata la *terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia cognitiva*.

Secondo il modello comportamentista, la compulsione costituisce la risposta all'ansia evocata dallo stimolo-ossessione. La messa in atto del rituale compulsivo non fa che rinforzare, riducendo temporaneamente i livelli d'ansia, la sintomatologia ossessivo-compulsiva stessa. Scopo delle tecniche comportamentali è d'interrompere la sequenza ossessione-ansia-compulsione, dissociando l'idea ossessiva dall'ansia con tecniche d'esposizione e/o bloccando il rinforzo negativo costituito dalla risposta rituale. Le tecniche d'esposizione usate nella terapia del DOC comprendono la desensibilizzazione sistematica, la desensibilizzazione d'urto, l'intenzione paradossa e la "satiation" (letteralmente: saturazione). La desensibilizzazione è impiegata allo scopo di impedire l'evitamento che costituisce uno dei principali meccanismi di rinforzo del sintomo fobico-ossessivo. L'esposizione allo stimolo è condotta sottoponendo il paziente all'oggetto o alla situazione che induce le reazioni compulsive. Per intenzione paradossa s'intende una tecnica che mira a scardinare il pensiero ossessivo attraverso l'invio di messaggi anomali e inaspettati per il paziente, paradossali, quali il pensare attivamente e il cercare volontariamente l'idea ossessiva parassita. La tecnica di "satiation" consiste nell'esporre il paziente alla propria ideazione ossessiva, scritta o registrata, per periodi prolungati di tempo per provocare una sorta di saturazione e di abitudine. Le tecniche di blocco consistono nell'interruzione delle ruminazioni o dei comportamenti ritualistici dei pazienti attraverso metodi come l'arresto del pensiero e la prevenzione della risposta rituale.

Il trattamento comportamentale d'elezione nel DOC consiste nell'associazione di più tecniche d'esposizione. Le sedute sono generalmente 10-15 (contro le 25 minime che si rendono necessarie nel caso s'impieghi solo una tecnica d'esposizione), la frequenza settimanale del trattamento è invece molto variabile, da 1 a 5, con una durata di circa un'ora.

Per quanto riguarda la *psicoterapia cognitiva*, la finalità che si prefigge è l'individuazione e la ristrutturazione del sistema di convinzioni e di regole decisionali che induce il soggetto ossessivo a valutare cognitivamente determinate situazioni come fonte di minaccia per l'integrità dell'immagine di sé. La durata media di un intervento psicoterapico cognitivista nel DOC è compresa tra i 6 mesi e i 2 anni, con una frequenza di uno o due incontri settimanali.

Fobia Sociale

Le tecniche comportamentali d'esposizione mirano a decondizionare l'ansia dalla situazione fobica. A tale scopo sono utilizzate procedure d'esposizione graduale, sia in vivo sia utilizzando la rappresentazione mentale della situazione temuta. Alle tecniche d'esposizione possono o meno essere associate tecniche di rilassamento, utili a disinibire le abilità sociali proprie del paziente.

Gli interventi di ristrutturazione cognitiva sono invece focalizzati sulle specifiche e sistematiche distorsioni che il paziente fobico-sociale applica nell'analisi delle situazioni sociali. Il trattamento ha lo scopo di correggere la valutazione ipercritica che il paziente compie del proprio comportamento e favorire un riequilibrio della sua attenzione, concentrata eccessivamente sulle sue reazioni interne, verso una valutazione più appropriata e realistica della situazione temuta.

Fobia Specifica

La Fobia Specifica è probabilmente il disturbo psichiatrico che ha ricevuto la maggiore attenzione da parte del comportamentismo. Il trattamento di scelta è quello d'esposizione allo stimolo fobico (oggetto o situazione) e consiste nell'incoraggiare il paziente al confronto con la situazione ansiogena. La desensibilizzazione sistematica consiste nel mettere il paziente a confronto con una serie di situazioni ansiogene correlate allo stimolo fobico, concordata all'inizio del trattamento con lo stesso paziente. Tale serie prevede una gerarchia di situazioni, dalla meno alla più ansiogena, che il paziente è invitato ad esperire mentalmente, fino ad ottenere la progressiva riduzione della risposta ansiosa allo stimolo.

L'esposizione d'urto ("flooding") consiste invece nel sottoporre il paziente allo stimolo per lui maggiormente ansiogeno per un periodo di tempo prolungato, fino ad ottenere una diminuzione dell'ansia; l'esposizione, sempre immaginativa, è ripetuta più volte fino all'estinzione della risposta ansiosa. È evidente come l'alto grado di stress provocato da questa procedura limiti il trattamento a pazienti altamente motivati e ben preparati.

Altre tecniche d'esposizione allo stimolo fobico prevedono invece l'esperienza terapeutica diretta (esposizione "in vivo"): anche questa può avvenire in forma non progressiva e di lunga durata, con comprensibile reazione di notevole stress per il paziente, oppure in forme in cui l'esposizione è più graduale e in cui il terapeuta assume una posizione di rassicurazione e/o di rinforzo.

Le tecniche comportamentali d'esposizione possono essere applicate sia individualmente sia in gruppo. In quest'ultimo caso l'esempio e l'incoraggiamento degli altri partecipanti costituiscono per il paziente un rinforzo all'affrontare la situazione fobica.

Disturbo Post-traumatico da Stress e Disturbo Acuto da Stress

Con la dizione di DPTS e di Disturbo Acuto da Stress si comprendono quadri clinici estremamente eterogenei in quanto il disturbo è intimamente correlato all'evento traumatico che lo ha determinato. I lavori pubblicati sull'argomento suggeriscono determinati approcci terapeutici per specifici tipi di disturbo (ad es. per le vittime di tortura, per i reduci di guerra, per le vittime di stupro, ecc.). Pare tuttavia azzardato generalizzare l'indicazione di tecniche valide per tutto il vasto ed eterogeneo gruppo del DPTS e del disturbo acuto da stress. Un metodo di psicoterapia razionale applicato alle vittime di torture prevede una prima fase principalmente conoscitiva: in essa s'intende portare alla luce l'esperienza circostanziata delle torture lasciando su linee generali la sofferenza personale. La seconda fase è maggiormente basata sul livello emotivo, con particolare riferimento alla ricostruzione delle esperienze più dolorose, portando progressivamente la vittima a contatto con i sentimenti più repressi. La fase finale serve per ristabilire la realtà, offrendo al soggetto il modo di uscire dal trauma provocato dalla tortura. Un trattamento spesso citato, quando si parla di DPTS, è l'ipnosi e la tecnica si avvale del principio del condizionamento ottenuto associando alla visualizzazione della situazione traumatica visualizzazioni concomitanti che diano sollievo.

Nota

Approfondimenti sul tema della psicoterapia si trovano nel libro: "La psicoterapia individuale" di Salvatore Di Salvo, Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2005