



Riconoscere e curare l'ansia e il panico

di Salvatore Di Salvo

Il presente opuscolo è inserito all'interno della "Campagna Informativa su ansia e panico" promossa dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione nell'autunno 2008 con i Patrocini del Ministero della Salute, dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Torino, della Regione Piemonte, della Provincia di Torino e del Comune di Torino.

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)

Il Disturbo da Attacchi di Panico colpisce prevalentemente l'età giovanile e i più recenti studi epidemiologici mettono in evidenza il fatto che ne è interessato il 33% dei giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni, nel senso che un giovane su tre di questa fascia incontra uno dei multiformi aspetti della sintomatologia DAP.

I sintomi del DAP

Il Disturbo da Attacchi di Panico è caratterizzato dal ripetersi di stati d'ansia acuti ad insorgenza improvvisa e di breve durata. Gli episodi acuti sono accompagnati da sintomi neurovegetativi, psicosensoriali e comportamentali di frequenza ed intensità variabili per cui si presentano quadri clinici tra loro molto diversificati. E' in ogni modo possibile individuare alcuni aspetti fondamentali comuni a tutti gli attacchi di panico:

- i sintomi compaiono in maniera improvvisa e drammatica;
- la crisi è vissuta con un senso penoso d'impotenza, di paura, di mancanza di controllo;
- la durata della crisi è breve: in genere pochi secondi o minuti;
- alla crisi acuta segue un periodo prolungato, anche di molte ore, in cui sono presenti sensazioni di "testa confusa", marcato stato di spossatezza, sensazioni di sbandamento, vertigini.

Gli attacchi spesso si manifestano "a ciel sereno", nel senso che, al momento dell'attacco, non è presente una situazione in grado di costituire motivo d'ansia per il paziente e anzi, spesso, si tratta di situazioni routinarie: passeggiando per strada, guidando l'auto, al cinema, facendo acquisti al supermercato. Talora, invece, il primo episodio si manifesta in situazioni drammatiche della vita del paziente, come gravi incidenti o morti improvvise di persone care. Può anche manifestarsi in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, amfetamine. Inoltre, nel 50% dei casi, sia la prima crisi sia quelle successive compaiono durante il sonno, determinando un risveglio angosciato.

I *sintomi psichici* dell'attacco sono tipicamente rappresentati da paura, terrore, sensazione di morte imminente, timore di perdere il controllo delle proprie idee (impazzire) o delle proprie azioni. A ciò si associano *sintomi neurovegetativi* quali palpitazioni, dolore toracico, dispnea, sensazione di soffocamento, vertigini, vampate di calore, brividi di freddo, tremori e sudorazione profusa.

In circa un terzo dei casi si manifestano anche *fenomeni psicosensoriali* quali depersonalizzazione (il soggetto si sente come fuori dal suo corpo e distaccato da esso) e derealizzazione (il soggetto ha come la sensazione di non essere reale, né lui né ciò che lo circonda e ha l'impressione che intorno a sé il senso della realtà sia alterato).

Le *manifestazioni comportamentali* sono meno comuni e spesso la crisi passa inosservata ai presenti poiché il soggetto cerca di nascondere le sensazioni provate. Talora però il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana, cercando di raggiungere in fretta un luogo sicuro.

E' presente fin dalle fasi iniziali della malattia uno stato di paura e ansietà, *l'ansia anticipatoria*, causata dal timore che gli attacchi di panico possano ripetersi. Tale ansia può determinare una marcata sofferenza soggettiva e una notevole compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e affettivo.

Mentre l'attacco di panico ha insorgenza improvvisa e dura pochi minuti, l'ansia anticipatoria cresce lentamente e ha una durata anche di molte ore. Inoltre è possibile ridurla o controllarla allontanandosi dalla situazione ansiogena o cercando rassicurazioni da una persona di fiducia. L'attacco di panico, invece, quando comincia non può più essere bloccato: si comporta quindi come una reazione del tipo "tutto o nulla" e sfugge ad ogni controllo quando il meccanismo è innescato. Nel 20% dei casi si viene a manifestare un'*elaborazione ipocondriaca*: i pazienti temono o sono convinti d'essere affetti da una malattia fisica, chiedono ripetutamente l'intervento del medico internista o di altri specialisti e frequenti sono le richieste d'intervento al Pronto Soccorso. Le preoccupazioni ipocondriache riguardano in genere il timore di una grave malattia cardiaca, come l'infarto o la paura di una morte improvvisa per ictus cerebrale.

Nei 2/3 dei casi si vengono a strutturare le *condotte d'evitamento*, conseguenti al fatto che i pazienti associano gli attacchi di panico a situazioni o luoghi specifici. Evitando di restare soli, di allontanarsi da casa, di recarsi in luoghi affollati o di usare mezzi pubblici, gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili. Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni. I pazienti agorafobici evitano piazze, luoghi affollati, ponti, tunnel, ascensori, autostrade, treni, autobus e molte altre situazioni nelle quali può risultare difficile fuggire o ricevere aiuto nel caso di una crisi improvvisa. Alcuni diventano completamente incapaci di uscire da soli o possono farlo solo in compagnia di una persona rassicurante nella quale ripongono particolare fiducia.

Le condotte agorafobiche sono determinate sia dall'evitamento di situazioni specifiche nelle quali il paziente teme di avere un attacco di panico sia dalla ricerca di elementi rassicuranti. I modi più frequenti mediante i quali è ricercata la rassicurazione sono: avere la possibilità di tornare velocemente a casa, essere con una persona di fiducia, sedersi vicino alle uscite, parlare tra sé.

I pazienti agorafobici possono continuare ad avere attacchi di panico per anni, anche se la loro frequenza di solito si riduce con il progredire delle condotte d'evitamento. Tipicamente l'agorafobia assume un andamento cronico, provoca notevoli limitazioni dell'autonomia personale ed è vissuta come una condizione inabilitante e fastidiosa dalla quale sembra impossibile liberarsi.

Le possibili evoluzioni del DAP

Il decorso del DAP è molto variabile. In alcuni casi gli attacchi di panico si presentano in forma sporadica nella giovinezza o nell'adolescenza e scompaiono nell'età adulta, non compromettendo in maniera rilevante l'adattamento sociale. Raramente richiedono l'intervento del medico.

Nel 30% dei casi assumono un andamento fasico, con periodi di remissione alternati a periodi di riacutizzazione. Negli intervalli il quadro è spesso asintomatico. Nelle fasi invece di riacutizzazione sono presenti l'ansia anticipatoria e la ricerca di rassicurazioni.

L'evoluzione più comune del DAP (70%) è rappresentata dall'instaurarsi di condotte d'evitamento agorafobiche, con lo sviluppo dei tipici comportamenti descritti nel paragrafo precedente. Alcuni pazienti presentano una storia di attacchi di panico sporadici, seguiti da agorafobia grave ed invalidante che si protrae per molti anni, in assenza di crisi acute.

In un terzo dei pazienti si ha la sovrapposizione di una sintomatologia depressiva caratterizzata da umore depresso, disinteresse per le normali attività giornaliere, sentimenti d'inadeguatezza ed inutilità. A differenza dei pazienti con disturbi primari del tono dell'umore, gli agorafobici non presentano disturbi del sonno né della sfera alimentare e sessuale e, all'interno del loro ambiente, mantengono molteplici interessi e conducono attività dalle quali possono trarre piacere e soddisfazione.

I vissuti soggettivi del DAP

Focalizzando l'attenzione sul vissuto soggettivo del disturbo, è possibile evidenziare alcuni stati emotivi presenti.

Vissuto del primo attacco

Il soggetto è spesso in grado di citare ora, giorno, mese e anno del primo attacco, ricordato con precisione e raccontato in maniera vivida e con ricchezza di particolari. Il vissuto ad esso associato è descritto come il passaggio ad un'altra dimensione e le frasi che sottolineano questa situazione sono del tipo: "Da quel momento la mia vita è cambiata", "Dopo quella crisi non sono più stato lo stesso". Il vissuto è quindi di un radicale cambiamento della propria esistenza, che ora presenta limiti imposti dalle condotte d'evitamento, peraltro intese come necessarie per contrastare il timore/terrore che gli attacchi possano ripresentarsi. E' spesso radicata l'associazione tra il primo attacco e la situazione in cui esso si è manifestato: se, ad esempio, si è verificato in un locale pubblico, il soggetto ne evita accuratamente la frequentazione; se è avvenuto durante la guida, evita di guidare; se è avvenuto a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti, teme che esse abbiano determinato un danno irreparabile alle strutture cerebrali e attribuisce loro il ripetersi delle crisi anche dopo la completa sospensione.

Vissuto di incomprendibilità

Nonostante i tentativi di comprensione, prevale l'impossibilità di dare alle crisi una spiegazione causale valida e plausibile. Ciò determina un vissuto d'incomprendibilità e le crisi appaiono inspiegabili, con conseguente vissuto di disorientamento. La maggior parte dei soggetti ha alle spalle una storia di numerosi accertamenti medici con esito negativo, oltre che di svariate diagnosi formulate per i loro disturbi dai vari medici a cui si sono rivolti. Gli specialisti più frequentemente consultati sono i cardiologi, per i timori della presenza di un presunto disturbo cardiaco, gli otorinolaringoiatri, per la presenza dei sintomi vertiginosi e i gastroenterologi, per la frequente presenza di problemi colitici. A causa dei fallimenti terapeutici dei vari consulti specialistici si rinforza inoltre nei pazienti un sentimento di sfiducia nella possibilità di guarigione.

Vissuto di vergogna

Il vissuto di vergogna è strettamente legato alla paura di perdere il controllo delle proprie idee (cioè di impazzire) ed il controllo delle proprie azioni (di compiere cioè gesti di tipo autolesivo o lesivo nei confronti di altri). Da ciò deriva il timore di essere considerati "anormali" o "matti".

Vissuto di rabbia/rassegnazione

In alcuni soggetti prevale la rabbia per un disturbo che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi, ma che appare inafferrabile sia dal punto di vista diagnostico sia da quello terapeutico. In altri prevalgono vissuti di rassegnazione attraverso l'adattamento ad uno stile di vita condizionato dalle condotte d'evitamento e quindi nettamente inferiore alle potenzialità soggettive. Nella maggior parte dei casi rimane comunque attivo un atteggiamento di ricerca finalizzato a dare un nome al disturbo e a trovare un modo per curarlo. Frequente è la ricerca d'informazioni a carattere scientifico, con la richiesta d'indicazioni di testi specifici sull'argomento del DAP.

L'atteggiamento di parenti, amici e conoscenti

L'atteggiamento dei familiari è inizialmente di comprensione e compartecipazione allo stato di sofferenza. Con il passare dei mesi e con il susseguirsi degli esami diagnostici negativi e degli inutili consulti specialistici, anche i familiari vengono però presi da un senso di sconforto e sfiducia. In alcuni casi diventano aggressivi ed assumono un atteggiamento colpevolizzante. L'ambito familiare è comunque quello in cui avviene primariamente la ricerca di supporto e solo raramente i pazienti ne parlano con amici o compagni di università o di lavoro. Alla base di ciò è la presenza del vissuto di vergogna di cui si è parlato in precedenza, assieme alla convinzione che il disturbo di cui

soffrono, già misterioso per loro stessi e per i vari medici consultati, non possa essere compreso dagli altri. Si viene così a determinare la convinzione che il parlarne non sarebbe d'alcun aiuto e servirebbe solo ad essere etichettati come "matti".

Le ipotesi interpretative delle cause

Una delle caratteristiche degli Attacchi di Panico è la loro apparente inderivabilità, nel senso che non è possibile individuare una spiegazione comprensibile che motivi in maniera chiara la loro origine. Di fatto la via della logica e della razionalità si mostra poco percorribile per l'interpretazione delle crisi ed è invece necessario seguire la via psicologica. Quando un conflitto o un nodo problematico è collocato nell'inconscio ed è quindi escluso dalla coscienza, esprime la sua presenza dando origine a sintomi, che sono l'espressione del fatto che la persona è portatrice di un disagio psicologico e di uno stato di malessere. E' in questa prospettiva che va collocata la lettura dell'origine degli Attacchi di Panico. Essi vanno quindi interpretati come l'espressione di uno stato di malessere psicologico, di cui il soggetto non è consapevole, che si esprime producendo sintomi.

Il DAP e il disagio giovanile

Gli Attacchi di Panico interessano, come già evidenziato, il 33% della popolazione tra i 18 e i 25 anni e ciò ne sottolinea la rilevanza sociale. Essi s'inseriscono nel contesto del disagio giovanile in quanto sintomi-segnali dello stato di disorientamento dei giovani e di vuoto lasciato dalla crisi dei valori. Solitudine, incomunicabilità, situazioni familiari critiche, difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, possono esprimersi con il ricorso ad alcolici o stupefacenti, con atteggiamenti a volte violenti ed aggressivi, ma anche attraverso l'insorgenza degli Attacchi di Panico che diventano allora l'espressione psichica del malessere e del disagio. E' quindi importante riconoscere e curare i sintomi del disturbo ed abbattere i pregiudizi che gravitano attorno ad esso. Come già evidenziato in precedenza, ciò è possibile utilizzando gli strumenti farmacologici di cui oggi disponiamo e che sono in grado di operare un controllo sui sintomi. E' però altrettanto importante non fermarsi ai farmaci che, per quanto efficaci nella cura dei sintomi, sono invece inefficaci sul disagio psichico da cui originano. Chi soffre d'Attacchi di Panico è portatore di un malessere psichico e diventa fondamentale decodificare, attraverso un lavoro psicologico, il senso del disturbo, coglierne il significato, attivando un percorso che consenta non solo di debellare i sintomi, ma anche di rimettere in moto il processo di crescita personale.

La diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale deve essere posta rispetto ad altri Disturbi d'Ansia, in particolare la Fobia Sociale, le Fobie Semplici, il GAD, l'Ipocondria, il Disturbo di Somatizzazione e la Depressione.

Fobia Sociale: i pazienti con Fobia Sociale temono ed evitano tutte quelle situazioni quali il parlare, il mangiare o il mostrarsi in pubblico o comunque l'esporsi al rischio di essere umiliati, imbarazzati e giudicati dagli altri: in tali occasioni questi pazienti presentano manifestazioni ansiose acute ampiamente sovrapponibili a quelle di un attacco di panico. Talora, pazienti con DAP possono temere situazioni sociali analoghe per il timore degli effetti imbarazzanti di una crisi in pubblico. In questi casi si parla di Fobia Sociale "secondaria". Nella Fobia Sociale primaria non sono presenti episodi critici spontanei, la paura non è correlata al timore di avere un attacco di panico, inoltre sono meno frequenti sintomi quali sentimenti di irrealtà, vertigini, paura di svenire, di morire o di perdere il controllo. Inoltre nella Fobia Sociale primaria non è presente la marcata sensibilità alla rassicurazione tipica del DAP e la vicinanza di un accompagnatore non esclude le condotte di evitamento.

Fobie Semplici: la crisi di ansia acuta della fobia semplice si manifesta sempre e solo durante l'esposizione all'oggetto fobico, non sono presenti attacchi di panico spontanei e le situazioni evitate sono molto poche. Nell'agorafobia del DAP l'esposizione agli stimoli fobici aumenta soltanto la probabilità di avere un attacco di panico e non è inevitabilmente associata con esso, mentre nelle Fobie Semplici l'esposizione all'oggetto fobico scatena sempre la crisi acuta.

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD): la distinzione tra DAP e GAD è per alcuni autori controversa, anche se sempre più consistenti appaiono i dati a favore dell'autonomia del GAD sul piano psicopatologico e clinico. L'età d'insorgenza del GAD si distribuisce uniformemente dall'infanzia fino ai 40 anni e la durata di malattia risulta molto più prolungata. Anche se l'ansia generalizzata ha caratteristiche sovrapponibili a quella anticipatoria, si distingue da essa per il tipo di apprensione e di preoccupazioni che non sono riferite a qualcosa di ben definito, bensì a molti e diversi possibili eventi e situazioni della vita di tutti i giorni. Inoltre, mentre nel DAP è presente una marcata sensibilità alla rassicurazione e la sintomatologia ansiosa si riduce o scompare in ambienti rassicuranti e in compagnia di persone familiari, il paziente con GAD è quasi incapace di percepire gli elementi rassicuranti dall'ambiente.

Ipocondria: talora nel DAP le preoccupazioni ipocondriache divengono il sintomo dominante il quadro psicopatologico e ciò può rendere difficile la distinzione dal disturbo ipocondriaco.

La presenza di attacchi di panico spontanei e di condotte di evitamento, anche se attenuate e mascherate dalla componente ipocondriaca, sono fondamentali per fare una diagnosi differenziale.

Disturbo di Somatizzazione: le manifestazioni di questo disturbo consistono in lamentele somatiche multiple e ricorrenti, della durata di parecchi anni, per le quali viene a più riprese richiesta l'attenzione dei medici. I sintomi possono essere osteoarticolari, gastrointestinali, cardio-polmonari o pseudo-neurologici. Nel DAP vi sono sintomi cardio-respiratori che si presentano però solo nel contesto degli attacchi.

Depressione: la distinzione tra DAP e Depressione risulta piuttosto semplice per le notevoli differenze tra i due disturbi sul piano dei sintomi. Tuttavia nel DAP sono spesso presenti sintomi depressivi ed in questi casi possono comparire problemi di diagnosi differenziale. In alcuni pazienti la depressione ha i caratteri di una demoralizzazione secondaria con umore depresso e, talvolta, sentimenti di colpa e ridotta autostima; permane una certa reattività agli stimoli ambientali e non sono presenti sintomi neurovegetativi né rallentamento psicomotorio. Anche le fasi successive alle crisi acute del DAP, spesso prolungate e accompagnate da senso di spossatezza, profonda prostrazione, ipersonnia o sonnolenza, possono essere distinte con difficoltà dalla depressione.

Come riconoscere un DAP

Facendo riferimento al Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Psicici (DSM IV), il DAP si riconosce in quanto caratterizzato da una crisi acuta d'intensa paura, durante la quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

1. palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori fini o a grandi scosse;
4. dispnea o sensazione di soffocamento;
5. sensazione di asfissia;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazioni di sbandamento, d'instabilità, di testa leggera o di svenimento;
9. derealizzazione (sensazione d'irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
13. brividi o vampate di calore.

La terapia farmacologica del DAP

Il primo momento terapeutico consiste nel sottolineare al paziente che i sintomi da lui presentati sono ben identificabili e riferibili ad un'entità clinica nota, per la quale esistono terapie efficaci. E' quindi primariamente importante che il paziente riceva informazioni sul proprio disturbo e che gli

venga comunicata esplicitamente la diagnosi, la sua natura ed il suo decorso. Ciò ha lo scopo di favorire l'accettazione del farmaco e di ridurre l'ansia anticipatoria che si attenua nel momento in cui si sente curato da un medico competente. Dal punto di vista farmacologico, il DAP risponde bene alla terapia con antidepressivi del gruppo SSRI (Inibitori Specifici della Ricaptazione della Serotonina), in particolare la paroxetina, in associazione con un ansiolitico ad emivita breve, come l'alprazolam. Di solito le crisi acute si riducono nettamente come intensità e frequenza nel giro di 4/6 settimane. Nei due-tre mesi successivi si riducono, a volte fino a scomparire del tutto, l'ansia anticipatoria e le condotte d'evitamento agorafobiche. La terapia farmacologica è quindi in grado di controllare la sintomatologia clinica del DAP. Va però sottolineato il fatto che essa agisce solo ed esclusivamente sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati.

Dal punto di vista psicologico il DAP è da interpretare come l'espressione, attraverso i sintomi, di problematiche di cui il soggetto non è consapevole e che si manifestano attraverso le crisi. Su tali problematiche psicologiche i farmaci non hanno alcun effetto: esse devono invece essere indagate e portate alla coscienza utilizzando lo strumento psicologico, attraverso un lavoro di ricerca psicoterapeutica. Il trattamento del DAP deve quindi essere effettuato attraverso una terapia di tipo combinato: farmacologica per la cura dei sintomi e psicologica (psicoterapia) per la cura delle cause, al fine di evitare che i sintomi ricompaiano quando viene interrotta la terapia farmacologica.

Il tema della terapia psicologica verrà trattato in un capitolo a parte.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)

Diffusione del GAD

L'ansia è definita come una reazione istintiva di difesa, un allarme proprio dell'istinto di conservazione, ma anche come uno stato di tensione emotiva cui spesso si accompagnano sintomi fisici come tremore, sudorazione, palpitazioni ed aumento della frequenza cardiaca.

L'ansia fisiologica è un'emozione che anticipa il pericolo e si accompagna all'aumento della vigilanza ed all'instaurarsi di un complesso meccanismo fisiologico di allarme.

L'ansia patologica si caratterizza invece come una risposta inappropriata a preoccupazioni esistenziali o relative all'ambiente, la cui conseguenza principale è rappresentata dall'alterazione delle normali capacità individuali.

I sintomi del GAD

I pazienti che soffrono di questo disturbo appaiono cronicamente ansiosi ed apprensivi e lamentano un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni. In assenza di gravi, ma soprattutto realistiche, motivazioni riferiscono sentimenti di apprensione circa la salute e l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le capacità di rendimento lavorativo o scolastico. Esemplificativa a questo proposito è la figura della madre che teme per il figlio, temporaneamente assente, ogniqualvolta avverte la sirena dell'autoambulanza o ad ogni squillo telefonico inatteso, pur essendo consapevole che non si trova in quel momento in una situazione di pericolo reale. Si viene quindi ad instaurare un continuo stato di allarme e ipervigilanza dovuto alla convinzione che certi eventi negativi abbiano la possibilità di verificarsi. La componente somatica associata è costituita da sintomi a carico del sistema neurovegetativo, tra i quali spiccano respiro affannoso, palpitazione, sudorazione (particolarmente al palmo della mano), secchezza delle fauci, sensazione di "nodo alla gola", di "testa vuota e leggera", vampate di caldo. Frequenti sono i disturbi della serie gastroenterica: meteorismo, disturbi digestivi, nausea e diarrea. I sintomi legati ad una spiccata tensione muscolare, particolarmente al capo, al collo e al dorso, sono spesso responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee localizzate in sede occipitale e frontale. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta invece tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori. Lo stato di apprensione causa infine sintomi della sfera cognitiva, quali ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria e della vigilanza.

I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli; l'insonnia può essere uno dei sintomi che conducono il paziente dal medico di famiglia e/o può indurre la complicità dell'uso indiscriminato di ipnotici o ansiolitici in genere.

I sintomi di ansia somatizzata motivano la richiesta dell'intervento medico, soprattutto quello del medico di famiglia e comportano l'esecuzione di esami di laboratorio e indagini radiologiche anche complesse, con ripercussioni sul piano sociale e su quello dei costi sanitari. Il paziente con ansia generalizzata ha la convinzione di avere una malattia fisica, in opposizione ad un'origine psichica dei suoi disturbi, conferendo talvolta dignità di malattia ad elementi di ridotto significato clinico (ipotensione arteriosa, gastralgie, colon irritabile). Le frasi che caratterizzano i soggetti ansiosi sin dal primo colloquio con il medico, quali ad esempio "sono nervoso da sempre", "mi preoccupa di tutto", sottolineano l'incapacità di fornire una collocazione precisa all'esordio del disturbo.

Non sono pochi i pazienti che fanno risalire all'infanzia le prime manifestazioni di questo tipo, sostenendo di "essere nati ansiosi". Di solito l'età d'insorgenza del GAD è da collocarsi in quella giovanile, intorno ai 16-20 anni: tuttavia le modalità di esordio della fenomenica ansiosa, a differenza di ciò che avviene per gli attacchi di panico, appaiono sfumate e poco definite, scarsamente condizionanti la qualità della vita. Solo se stimolato ad un preciso ricordo il paziente identificherà come primi segnali del GAD le notti insonni trascorse col batticuore alla vigilia di un esame scolastico o di una competizione agonistica, peraltro affrontati con adeguata preparazione.

Egli tenderà inoltre a collegare l'inizio dei suoi malesseri ad eventi psicosociali lontani nel tempo (matrimonio, attività lavorativa, nascita dei figli) o ad esperienze vissute come persistenti fonti di stress. Queste ultime osservazioni fanno pensare all'ansia generalizzata come ad una condizione di particolare vulnerabilità biologica le cui manifestazioni si presentano quando l'individuo si trova ad affrontare situazioni di maggiore responsabilità e coinvolgimento emotivo. Tale predisposizione sarebbe aggravata dalla presenza di esperienze negative, lutti o perdite di persone care, in età formativa.

Il decorso e le complicanze del GAD

Il GAD mostra un decorso protratto nel tempo, con andamento oscillante e fasi alterne di riacutizzazione. È stata calcolata per il disturbo una durata media pari al 55% dell'arco della vita, con maggiore esposizione alla possibilità di complicanze.

L'autoterapia con alcool, ansiolitici, antalgici o stimolanti il sistema nervoso centrale è di frequente riscontro e costituisce fondato rischio di dipendenza e/o abuso.

Alterazioni della condotta alimentare di tipo iperfagico possono trovare nel GAD un terreno predisponente. La depressione maggiore può sovrapporsi al GAD modificandone i sintomi e mascherandone talora la caratteristica principale, rappresentata dall'attesa apprensiva.

Con l'approfondirsi del quadro depressivo l'inibizione ed il distacco affettivo sembrano talora prevalere sulla componente ansiosa. Si osservano così pazienti il cui ripiegamento melanconico induce a riferire frasi come "Sto troppo male: prima mi preoccupavo di tutto, ora non mi interessa più niente, capiti quel che capiti". Più frequentemente il GAD appare associato alle forme depressive a decorso cronico corrispondenti al Disturbo Distimico.

La presenza di queste complicanze e di altre di ordine somatico (ipertensione, ulcera peptica, malattie cardiache) rende necessario l'intervento specialistico che tende a collocarsi pertanto in una fase più avanzata del disturbo. D'altra parte la tendenza osservata in questi pazienti a procrastinare tale tipo di consulenza appare giustificata dalla moderata gravità dei sintomi e dall'accettabile livello di capacità prestazionali e interpersonali mantenute dagli stessi.

Come riconoscere un GAD

Facendo ancora riferimento al DSM IV, la presenza di uno stato ansioso che necessita di trattamento terapeutico si riconosce per la presenza concomitante dei seguenti sintomi:

- ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che si manifestano per la maggior parte dei giorni da almeno sei mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche);

- difficoltà nel controllare la preoccupazione;

- l'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;

- l'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. un abuso di droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es. ipertiroidismo);

- l'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con alcuni di essi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi sei mesi):

1. irrequietezza o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle;

2. facile affaticabilità;

3. difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria;

4. irritabilità;

5. tensione muscolare;

6. alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).

Il GAD e il DAP

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato si distingue dal Disturbo da Attacchi di Panico per la presenza di sintomi ansiosi persistenti che non hanno la criticità e drammaticità degli attacchi di panico e che non determinano lo sviluppo di condotte di evitamento fobico. Dal confronto dei due disturbi emerge che il GAD ha una durata più lunga, una maggiore incidenza di depressione secondaria ed un più frequente ricorso a terapie di tipo farmacologico.

Una differenza importante è che la sensibilità alla rassicurazione è più sviluppata nel paziente con attacchi di panico mentre è minore per i pazienti con GAD. Altra differenza importante è che l'ansia anticipatoria del DAP e l'ansia generalizzata del GAD, pur sovrapponibili per quanto riguarda alcuni aspetti (sintomi somatici e neurovegetativi, risposta alle benzodiazepine), differiscono essenzialmente per l'oggetto dell'apprensione che è selettivo (e pertanto prevedibile) nel disturbo da attacchi di panico, mentre invece è mutevole e maldefinito nel GAD. Per quanto riguarda i sintomi, nel GAD, rispetto al disturbo da attacchi di panico, vi è la prevalenza di sintomi somatici a carico della sfera muscolare e gastroenterica, l'assenza di derealizzazione e depersonalizzazione e una ridotta componente fobica.

Il disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo Depressivo

Il GAD si differenzia dal Disturbo Depressivo per l'assenza di rallentamento psicomotorio, ideazione autolesiva, tematiche di colpa, alternanza diurna e la prevalenza di sintomi di scarsa specificità, quali astenia, faticabilità, insonnia.

Maggiori difficoltà si pongono nella diagnosi differenziale con la distimia (depressione cronica), alla quale può talora essere associato e con cui ha in comune l'esordio precoce, il decorso cronico fluttuante con fasi acute, la tendenza all'autoterapia con rischio di abuso di sostanze.

Ad entrambi i disturbi sono comuni tratti ossessivi e dipendenti di personalità, con tendenza all'introversione ed alla scarsa autostima, questi ultimi più spiccati nella distimia.

Ciò che invece li differenzia è l'adattamento sociale: nel GAD, infatti, si mantiene un'adeguatezza delle capacità prestazionali e relazionali, rappresentata dalla continuità e dall'efficienza dell'impegno lavorativo, scolastico o agonistico, pur in presenza di manifestazioni ansiose. Nella distimia invece la difficoltà nel mantenere un idoneo e costante rendimento in ambito professionale, associato talora a situazioni di frizione interpersonale, è spesso presente e può rappresentare una delle modalità di esordio della malattia.

Sotto il profilo cognitivo nel GAD, come negli altri disturbi d'ansia, prevalgono tematiche legate al timore dell'incerto e del nuovo, mentre nelle forme depressive si collocano in primo piano i sentimenti di perdita, d'inadeguatezza e di autosvalutazione legati ad una ridotta efficienza psicofisica e prestazionale.

La terapia del GAD

L'approccio al paziente con ansia generalizzata può essere improntato principalmente ad un sostegno psicoterapeutico, anche senza l'associazione di terapie psicofarmacologiche. In generale il lavoro psicoterapeutico è finalizzato al riconoscimento di eventuali cause scatenanti, alla rassicurazione, alla risoluzione dei conflitti, contribuendo alla messa in atto di strategie di adattamento da parte del paziente. Tecniche di rilassamento sono state utilizzate nell'ambito di programmi di terapia comportamentale e di ipnosi.

Sotto il profilo farmacologico, le benzodiazepine (BDZ), fin dalla loro comparsa, risalente al 1950, hanno mostrato di possedere effetti ansiolitici, ipnotici e miorelassanti, associati a rapidità di azione e sicurezza d'impiego. Tali caratteristiche hanno reso questi composti di facile uso da parte del medico e del paziente per cui risultano oggi tra i farmaci più commercializzati nel mondo. Attualmente sono disponibili varie classi di BDZ che differiscono, sotto il profilo farmacologico, per quanto riguarda le caratteristiche di assorbimento, emivita e liberazione di metaboliti attivi.

Accanto ai primi composti sintetizzati quali il clordiazepossido e successivamente il diazepam, entrambi a lunga emivita, si sono via via aggiunte molecole ad emivita breve quali l'oxazepam ed il

lorazepam. Recentemente l'alprazolam, una delle ultime BDZ introdotte sul mercato, differisce dalle altre per una più limitata azione sedativa e un'emivita molto breve.

Le BDZ sono quindi le molecole maggiormente utilizzate nel disturbo, in quanto svolgono il loro effetto con rapidità (20-30 minuti dopo l'assunzione), con scarsi effetti collaterali e buona tollerabilità.

Bisogna comunque tenere presente che la terapia con BZD non deve essere protratta per periodi molto lunghi (non più di tre-quattro mesi) per la presenza del rischio di dipendenza nei trattamenti a lungo termine e di fenomeni di astinenza successivi a sospensioni brusche.

Diversi studi hanno confermato l'efficacia dell'associazione tra BDZ e antidepressivi (SSRI e SNRI) a dosaggi simili a quelli richiesti nel DAP e nei disturbi depressivi. Ciò è dovuto al fatto che anche nel GAD l'aumento della disponibilità della serotonina nelle cellule nervose (negli spazi intersinaptici) determina la riduzione/scomparsa dei sintomi ansiosi.

La psicoterapia nei Disturbi d'Ansia

E' stato già sottolineato che i farmaci curano solo i sintomi, ma non le cause che li hanno determinati. L'individuazione delle cause è però fondamentale per evitare che le crisi ansiose si ripetano e lo strumento per raggiungere tale scopo è la psicoterapia.

Cos'è la psicoterapia?

La psicoterapia consiste nella cura dei disturbi emotivi attraverso l'utilizzo di strumenti psicologici. E' un lavoro che si fa in due, paziente e terapeuta, e che fa uso del colloquio, della parola e della riflessione per giungere alla comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza. Il lavoro psicoterapeutico si occupa soprattutto delle emozioni e poco delle categorie razionali. Queste ultime permettono di mettersi in rapporto con la realtà e con gli altri, ma si tratta solo di uno degli aspetti del contatto con il mondo esterno. E' un'illusione pensare di relazionarsi ad esso solo razionalmente e i fatti evidenziano l'importanza delle emozioni, sensazioni e intuizioni. Una parte della vita psichica sfugge quindi al controllo della ragione, appartiene all'inconscio e il lavoro psicoterapeutico consente di acquisire gli strumenti per dialogare con esso. La psicoterapia mira ad alleviare i problemi emotivi che si manifestano attraverso i sintomi e cerca di conseguire tale fine producendo cambiamenti strutturali nel paziente, vale a dire cercando di determinare la scomparsa del sintomo attraverso il rafforzamento e la maturazione della personalità e la modificazione dei meccanismi patologici. Il fine della psicoterapia è quindi quello di aiutare il paziente ad operare una modificazione ed una maturazione, attivando processi che hanno lo scopo di portare a nuovi modi di porsi in relazione con se stessi e con gli altri, promuovendo la risoluzione dei conflitti psichici mediante l'introspezione e l'acquisizione di consapevolezza.

Quando è necessaria una psicoterapia?

E' necessario intraprendere una psicoterapia quando il malessere di cui una persona soffre si fonda su problemi o conflitti personali, difficoltà di rapporto con gli altri, reazioni eccessive ad eventi o situazioni, difficoltà di accettazione di se stessi o del proprio ambiente.

La sofferenza costituisce allora stimolo e occasione per intraprendere un lavoro psicologico di ricerca che diventa lo strumento per osservare la propria vita, soprattutto quella interiore, con l'aiuto di un altro, per individuare l'origine del proprio malessere, conoscerne il senso e trovare la direzione verso cui cercare la soluzione. Il percorso psicoterapeutico è quindi necessario per attivare un lavoro di elaborazione e ricerca interiore, mettere in moto un processo di trasformazione personale e modificare il proprio rapporto con il mondo esterno.

La psicoterapia può essere paragonata ad un "viaggio" all'interno di sé che il paziente compie in compagnia dello psicoterapeuta, il quale si configura come il "compagno di viaggio" che conosce le difficoltà e le insidie del percorso per averlo lui stesso affrontato.

Lo psicoterapeuta è un professionista che, oltre alla laurea in Psicologia o Medicina, ha conseguito una specializzazione, di durata almeno quadriennale, che gli consente di essere iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti e l'autorizza ad esercitare l'attività di psicoterapeuta. La parte più importante del suo percorso formativo non è comunque costituita dagli esami sostenuti o dai testi studiati, ma dall'essersi lui stesso sottoposto per anni ad un lavoro di analisi personale e didattica e a supervisioni di casi clinici da parte di psicoterapeuti più esperti. Durante la sua formazione impara quindi a riconoscere le proprie dinamiche interne e relazionali, acquisisce strumenti tecnici specifici e sviluppa la capacità di essere egli stesso il primo "strumento" del lavoro psicoterapeutico. Per creare un ambiente favorevole all'attivazione del processo di trasformazione del paziente, deve saper riconoscere le emozioni che tale situazione suscita, contenerle e rimandarle in forma costruttiva. In ogni suo intervento il terapeuta è tenuto a rispettare la realtà dell'altro, senza mai imporre la propria visione di vita o emettere giudizi di valore. Egli non giudica, ma comprende e aiuta a comprendere. Proprio per questo, all'interno della relazione, il paziente può permettersi di entrare in contatto con parti sconosciute o rifiutate di sé.

Il modello teorico

Chi si avvicina per la prima volta allo studio del funzionamento dei processi psichici corre il rischio di restare disorientato di fronte alla varietà dei modelli proposti: freudiano, junghiano, adleriano, solo per citare i più noti. Vale quindi la pena fare qualche riflessione in proposito. E' da sottolineare il fatto che gli studi mirati ad individuare la percentuale di successi ottenuti utilizzando modelli teorici diversi (fermo restando le difficoltà intrinseche di tale valutazione) non hanno evidenziato prevalenze apprezzabili tra i diversi tipi di psicoterapia. L'efficacia di un lavoro di ricerca psicologica non dipende dunque dalla validità del modello teorico di riferimento, ma l'elemento trasformativo della psicoterapia va ricercato nella relazione che s'instaura tra paziente e terapeuta.

Ogni singola teoria del funzionamento dei processi psichici va quindi intesa come un possibile modello, una sorta di bussola per potersi orientare nella vastità e complessità della psiche che fornisce le coordinate generali, la direzione verso cui andare.

Di fronte ai numerosi modelli teorici esistenti è possibile riconoscere ad ognuno la sua validità, dovuta soprattutto alla coerenza interna del discorso. Tra di essi accade di comprenderne maggiormente uno rispetto agli altri, di sentirlo più affine alla propria sensibilità e alla propria visione del mondo e sarà quindi questo ad essere scelto come interlocutore preferenziale, come "bussola" di riferimento. Sarebbe però un grave errore sposare questo modello, identificarsi con esso e ritenerlo come "l'unico modello possibile". In questo caso si cadrebbe nel pregiudizio teorico e nel dogmatismo, arrogandosi il diritto del possesso della verità assoluta.

Per contro, la tendenza opposta, il rifiuto cioè di qualsiasi punto di riferimento teorico, comporta il pericolo dello "spontaneismo": si ha fiducia solo in se stessi, nelle proprie capacità terapeutiche "naturali", con il rischio di abbandonarsi all'improvvisazione e al pragmatismo.

Il punto di mediazione tra queste due tendenze estreme è rappresentato dalla capacità di stare in un atteggiamento costante di attesa e di ascolto, senza cedere né a opzioni di fede nei confronti di una o dell'altra teoria né all'atteggiamento onnipotente di potere fare a meno di qualsiasi conoscenza.

La sofferenza come spinta al cambiamento

Dal punto di vista della medicina la sofferenza fisica viene considerata come l'interruzione di uno stato di benessere e il medico interviene su di essa al fine di ripristinare il precedente equilibrio turbato. Lo stato di malessere ha quindi esclusivamente connotazioni negative e deve semplicemente essere eliminato. Se però ciò è vero per la sofferenza fisica, quella psichica deve essere considerata anche da un altro punto di vista: va curata, ma è anche importante coglierne il significato. Nei paragrafi precedenti si è più volte sottolineato che il malessere psichico è il segnale della presenza di qualcosa di dissonante nella personalità di cui il soggetto non è consapevole e che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi. Questo costituisce il suo potenziale positivo e trasformativo: *la sofferenza può costituire la spinta per attivare la ricerca psicologica su di sé, al fine di modificare il rapporto con se stessi e con gli altri.* Agire sul malessere psichico unicamente con un intervento farmacologico volto alla sua soppressione, senza interrogarsi sul significato del disturbo e senza tentare di comprenderne il senso, vuol dire non cogliere la sua spinta trasformativa e, in definitiva, perdere un'occasione forse irripetibile di cambiamento.