



## Disturbi d'Ansia nell'età evolutiva di S. Di Salvo, M. Marino e A. Martinetto

Stati di timore o di apprensione fanno parte del normale sviluppo emotivo del bambino e la loro presenza non è necessariamente segno di patologia. Occorre quindi distinguere quando l'apprensione è normale reazione al processo di adattamento e quando invece può essere segnale di malessere più profondo.

Un'ulteriore distinzione va fatta tra i concetti di ansia, paura e fobia.

Il criterio che aiuta a discriminare tra queste tre esperienze è quello dell'obiettività o meno di uno stimolo pericoloso. Se vi è presenza reale di un pericolo, si parla di paura, se invece lo stato ansiogeno nasce indipendentemente dal fatto che vi sia un elemento obiettivamente pericoloso, si parla di ansia o di fobia.

Tenendo presente che nei bambini può essere difficile distinguere tra ciò che è reale e ciò che è immaginario, un buon criterio per differenziare le normali paure da uno stato d'ansia patologico è fornito dall'impatto che tale stato d'animo ha sul comportamento abituale del bambino.

Se l'ansia è eccessiva per frequenza, intensità e durata, si può allora considerarla patologica.

Una classificazione dei problemi d'ansia in età evolutiva, può articolarsi nel seguente schema:

**1: Sindrome ansiosa da separazione:** Il bambino tende ad avere una reazione emotiva inadeguata al suo livello di sviluppo manifestando ansia eccessiva quando si deve separare dalle figure per le quali prova attaccamento. L'ansia patologica può essere rintracciata nei seguenti comportamenti:

- Preoccupazione non realistica circa incidenti che potrebbero capitare alle persone a cui il bambino è legato in maniera particolare, o la paura che esse vadano via e non ritornino.
- Preoccupazione non realistica che qualche evento sfavorevole (smarrimento, rapimento, ricovero in ospedale, uccisione o morte naturale) possa separare il bambino dalle persone amate.
- Persistente riluttanza o rifiuto di andare a scuola in quanto ciò comporta distacco e separazione dalle figure di attaccamento.
- Persistente riluttanza o rifiuto di andare a letto e di dormire se non è presente nella stanza un genitore.
- Persistente ed inappropriata paura di stare solo o comunque senza la figura a cui il bambino è particolarmente legato, anche per breve tempo.

- Incubi ripetuti relativi alla separazione dai genitori.
- Comparsa ripetuta di sintomi somatici (mal di testa, nausea, vomito, mal di stomaco) nelle occasioni in cui si verifica la separazione da una delle figure di attaccamento, per esempio al momento di recarsi a scuola.
- Sofferenza eccessiva, ricorrente (che può manifestarsi con ansia, pianto, collera, tristezza, apatia o ritiro sociale) prima, durante o immediatamente dopo la separazione da una delle persone di riferimento.

**2. Sindrome da Ansia Sociale:** disturbo caratterizzato da eccessiva timidezza nei confronti di persone poco familiari. La timidezza diventa così intensa da rendere impossibile, per il bambino, i normali rapporti interpersonali e porta ad evitare ogni contatto con persone con cui non sia in confidenza.

Il bambino appare, al di fuori della famiglia, socialmente isolato, timoroso, appartato.

Teme di dire o fare cose che possano risultare imbarazzanti o umilianti.

Il bambino con questa sindrome mostra:

- Ricorrente e persistente paura e/o esitamento degli estranei.
- La paura e/o evitamento possono verificarsi nei confronti di adulti o coetanei, oppure con entrambi.
- La paura è associata ad un grado normale di attaccamento ai genitori o alle altre persone della famiglia.
- L'evitamento o la paura degli incontri sociali è di un grado che va oltre i limiti normali per l'età del bambino ed è associato a problemi significativi del funzionamento sociale.

**3 Sindrome ansiosa generalizzata:** disturbo caratterizzato da uno stato di eccessiva ansia e di preoccupazione immotivata ed irrealistica. Diversamente da quanto accade nell'ansia sociale, questo stato emotivo non è collegabile a particolari stimoli ambientali. Alcune situazioni possono accentuare l'ansia che sarebbe però presente anche in assenza di tali avvenimenti. Il bambino presenta spesso concomitanti manifestazioni somatiche (malesseri di vario tipo), un'eccessiva tensione e preoccupazione riguardo al proprio comportamento e richiede continue rassicurazioni senza le quali non riesce a portare a termine i propri impegni. La preoccupazione può riguardare eventi futuri (verifica scolastica o visita medica) o eventi già verificatisi (interrogazione, interazione con amici) situazioni nelle quali può essere messa in dubbio l'adeguatezza del comportamento tenuto. La preoccupazione può riguardare l'arrivare tardi, l'aver sbagliato qualcosa, il non essersi comportato bene, l'aver fatto qualcosa di sbagliato. Non è raro che il bambino ansioso possa avere

tendenze perfezionistiche che lo portano ad impiegare tempi eccessivi per il completamento di un compito o all'evitare certi impegni per paura di sbagliare. Per una diagnosi di ansia generalizzata il bambino deve presentare sintomi di ansia nella maggior parte dei giorni per almeno due settimane di seguito. Questi sintomi devono comprendere in genere elementi di:

- Apprensione: preoccupazione di future disgrazie, sensazione di continuo pericolo, difficoltà a concentrarsi.
- Tensione motoria: irrequietezza, cefalea, tremore, incapacità di rilassarsi.
- Iperattività vegetativa: sensazione di testa vuota, sudorazione, tachicardia, malessere epigastrico, capogiri, bocca secca.

Nel bambino può prevalere il bisogno frequente di rassicurazione e le lamentele somatiche ricorrenti.

**4. Sindrome Fobica:** è un disturbo caratterizzato da un'eccessiva e persistente paura nei confronti di particolari oggetti, animali o situazioni. Tale paura può interferire con il normale funzionamento dell'individuo e con la vita dei familiari. La fobia dei cani potrebbe, per esempio, costringere un bambino a fare un tragitto più lungo per andare a scuola pur di non passare davanti ad una villetta nel cui cortile vi è un cane che abbaia ai passanti. Altro esempio è quello dei genitori di un bambino con la fobia delle gallerie, costretti a rinunciare a recarsi in luoghi raggiungibili solo attraversando numerose gallerie.

**5. Sindrome Ossessivo-Compulsiva:** la caratteristica essenziale di questo disturbo è costituita dalla presenza di ricorrenti ossessioni e compulsioni in misura tale da interferire con la normale routine di vita del bambino.

Per ossessioni s'intendono pensieri, immagini mentali o impulsi che si presentano con frequenza e persistono per lunghi periodi. Spesso le ossessioni si manifestano con contenuti sgradevoli di tipo violento, sessuale o blasfemo. Sono abbastanza comuni pensieri attinenti a paure irrazionali (esempio l'aver contratto una certa malattia) o pensieri attinenti a sensi di colpa (esempio la possibilità di far male al fratellino).

Le compulsioni sono invece comportamenti che spesso accompagnano le ossessioni e che hanno lo scopo di prevenire il verificarsi di eventi temuti o di ridurre la tensione interiore. Esempi di compulsione sono il lavarsi in continuazione le mani, i denti o il corpo, il controllare ripetutamente oggetti dell'ambiente (chiusura rubinetti o porta), ripetere alcuni comportamenti rituali (contare o toccare oggetti). Lo scopo di tutti questi comportamenti è quello di annientare certi pensieri ossessivi e l'ansia che ad essi è collegata.

Molti bambini manifestano di tanto in tanto qualcuno di questi comportamenti, ma il bambino con disturbo ossessivo compulsivo si distingue per la frequenza e la disfunzionalità eccessiva di certi rituali o di certi pensieri che arriva a coinvolgere ogni aspetto della vita del bambino. La precisione ossessiva può essere causa di esasperata lentezza anche nello svolgimento di semplici attività e può influenzare il rendimento scolastico del bambino.

Gli aspetti caratteristici della sindrome ossessivo-compulsiva sono così evidenti da rendere abbastanza semplice la diagnosi che può essere posta quando i sintomi ossessivi o gli atti compulsivi sono presenti per almeno due settimane di seguito e sono fonte di sofferenza e d'interferenza con le normali attività del bambino.

I sintomi ossessivi devono avere le seguenti caratteristiche:

- devono essere riconosciuti come pensieri o impulsi propri.
- ci deve essere almeno un pensiero o un atto al quale il bambino resiste senza successo.
- il pensiero o l'atto non deve essere in se stesso piacevole
- i pensieri, le immagini o gli impulsi devono essere sgradevolmente ripetitivi.

**6. Sindrome da Stress post-traumatico:** questo disturbo si riferisce a quell'insieme di sintomi che appaiono come risposta protratta o ritardata ad una situazione stressante o ad eventi particolarmente traumatici (incidenti, calamità naturali, atti di violenza). Di solito è presente uno stato d'iperexcitazione neurovegetativa, uno stato continuo di allarme e difficoltà a dormire. La tonalità emotiva può oscillare tra ansia e depressione. Tipico di questa sindrome è il riemergere di ricordi angoscianti attinenti all'esperienza traumatica, accompagnato da ottundimento emozionale e da diminuita reattività agli stimoli circostanti. Nel bambino più piccolo si possono notare giochi ripetitivi nei quali vengono rappresentate tematiche inerenti all'esperienza traumatica.

Questa sindrome, per essere diagnosticata, deve presentarsi entro sei mesi da un evento traumatico d'eccezionale gravità.

**7. Disturbo da Attacchi di Panico:** è caratterizzato dall'insorgere improvviso di uno stato d'intensa paura o terrore, spesso associato ad un senso di pericolo imminente o di minaccia.

La manifestazione clinica rappresentata dagli attacchi di panico spontanei non differisce sostanzialmente da quella riscontrabile nell'adulto. Nonostante i sintomi fisici siano più frequenti di quelli cognitivi anche i bambini esperiscono la paura di morire, la paura di perdere il controllo e la paura di impazzire. Data questa premessa, anche nel bambino l'attacco di panico si definisce dalla comparsa improvvisa di una sensazione di panico accompagnata da un crescendo di sintomi fisici e cognitivi che raggiungono l'apice nell'arco di pochi minuti. L'attacco di panico è un evento

generalmente di breve durata (5-15 minuti), con una sintomatologia successiva caratterizzata da astenia, capogiri e sensazione di testa confusa.

All'esordio del disturbo, generalmente gli attacchi di panico si presentano in maniera inattesa e imprevedibile, anche se nel corso del disturbo possono essere scatenati da situazioni o luoghi particolari. La frequenza degli attacchi varia da soggetto a soggetto potendo essere un fenomeno sporadico oppure pluri-quotidiano. L'attacco di panico viene vissuto con un'intensa sensazione di angoscia che il bambino fa fatica ad esprimere verbalmente. La comunicazione non verbale si manifesta con il pianto e la ricerca angosciata di uno dei genitori, ed è quindi necessario richiedere una descrizione accurata delle sensazioni fisiche e psichiche esperite dal bambino durante l'episodio acuto di malessere.

Il ripetuto succedersi di attacchi conduce spesso allo sviluppo della cosiddetta ansia anticipatoria, intesa come "paura di avere un attacco di panico" che accompagna il soggetto fra un attacco e l'altro, e di una significativa quota di ansia da separazione. L'ansia anticipatoria è caratterizzata dalla presenza di apprensione, tensione psichica e sintomi fisici di attivazione neurovegetativa. Talora un singolo attacco di panico è in grado di innescare e sostenere un'intensa ansia anticipatoria di lunga durata.

Lo sviluppo di comportamenti d'evitamento conseguenti alla ricorrenza degli attacchi è presente anche nel bambino e risulta spesso essere l'unico elemento "visibile" del disturbo da panico. Tale fenomeno, caratterizzato dalla presenza di comportamenti d'evitamento fobico specificamente rivolti a situazioni o luoghi in cui il bambino potrebbe avere un attacco di panico e non trovare aiuto o non poter scappare, nei bambini tende a manifestarsi con lo sviluppo di condotte d'evitamento fobico verso la scuola, verso luoghi situati al di fuori dell'ambiente domestico ed, in particolare, con la necessità di una baby-sitter o di un compagno (genitore) se si trovano lontani da casa. È importante osservare che i comportamenti d'evitamento nei bambini sono spesso difficili da riconoscere poiché i bambini sono generalmente protetti e dipendenti e quindi la vulnerabilità al panico non viene scatenata dall'esposizione a condizioni fobiche. Un'evoluzione frequente della malattia è costituita dallo sviluppo di un vero e proprio quadro di fobia scolare, con drammatiche conseguenze sullo sviluppo relazionale, cognitivo ed affettivo del bambino.

## **Terapia**

Il trattamento dei disturbi d'ansia può essere farmacologico, psicoterapico e, nei casi resistenti, multimodale.

Preliminare a tali interventi è un approccio educativo al bambino ed alla sua famiglia, ed eventualmente alla scuola, con informazioni circa la natura del disturbo, il quadro clinico, le situazioni favorevoli le crisi, la gestione degli episodi ed il trattamento.

Un intervento psicoeducativo con il bambino e la famiglia è indispensabile per instaurare un'alleanza terapeutica ed una buona collaborazione per ogni forma di trattamento.

In età evolutiva è particolarmente vivo il problema del rapporto tra interventi farmacologici ed interventi psicologici. I timori ed i pregiudizi nei confronti della farmacoterapia in età evolutiva sono tanti e radicati, ma devono essere superati quando la gravità clinica è tale da ostacolare significativamente la vita quotidiana e da interferire con il futuro sviluppo del bambino.

Le incertezze riguardo all'uso dei farmaci sono legate soprattutto ai tempi di maturazione dei diversi sistemi recettoriali nei bambini rispetto agli adulti ed il loro rapporto con la terapia, in particolare l'impatto dei trattamenti cronici su un sistema nervoso in fase d'evoluzione. Bisogna inoltre tener presente nella somministrazione che i bambini hanno un metabolismo epatico più rapido, un aumento della filtrazione renale e una minor quantità di tessuto adiposo che, nel loro insieme, determinano una più rapida eliminazione del farmaco.

Pochi sono i farmaci ansiolitici attualmente autorizzati dal Ministero della Salute e tra questi alcune benzodiazepine (diazepam, nitrazepam, midazolam). La limitazione è dovuta soprattutto agli effetti collaterali ed indesiderati a carico delle funzioni cognitive superiori (memoria ed apprendimento) ed al rischio di dipendenza. Nel DAP e nel DOC si sono dimostrati molto utili gli SSRI (paroxetina, fluoxetina), ma il loro uso non è autorizzato nei bambini.

Per quanto riguarda l'intervento psicoterapico, in Italia c'è una tendenza a privilegiare interventi ad orientamento psicodinamico, mentre nei paesi anglosassoni c'è una netta prevalenza d'interventi di tipo cognitivo-comportamentale.

In ogni caso, di fronte ad un grave disturbo d'ansia, la decisione riguardo al trattamento da privilegiare deve essere legata non solo alla sintomatologia presente, ma anche al grado d'interferenza dei disturbi nello sviluppo relazionale, cognitivo ed affettivo del bambino.