

Salvatore Di Salvo

**Atti del Convegno 2013**

**Riconoscere e curare l'ansia e il panico**



*Associazione  
per la Ricerca  
sulla Depressione*

## **Atti del Convegno. “Riconoscere e curare l'ansia e il panico”**

Il Convegno si è svolto presso il Circolo dei Lettori di Torino nell'Ottobre 2013 ed è stato centrato sulla cura del Disturbo Depressivo con l'uso di antidepressivi e della psicoterapia.

### **Presentazione**

*dott. Salvatore Di Salvo*

Dopo il primo libro, “*La cura della depressione: farmaci o psicoterapia*” (2011), e il secondo, “*Il paziente depresso e i suoi familiari*” (2012), presentiamo il terzo libro, dal titolo “*Riconoscere e curare l'ansia e il panico*”, in cui viene trattato il tema dei Disturbi d’Ansia, che comprendono patologie che hanno in comune la prevalenza, nella sintomatologia, del sintomo “ansia”. L’ansia può essere definita come una reazione istintiva di difesa, un allarme proprio dell’istinto di conservazione, un’emozione che crea uno stato di tensione psichica, cui si associano spesso anche sintomi fisici. Può, quindi, essere considerata un fenomeno che attiva una risposta di adattamento agli stimoli esterni e che prepara alla reazione.

#### *Ansia fisiologica*

L’ansia fisiologica consiste in una *reazione istintiva di difesa che anticipa il pericolo e si accompagna ad un aumento della vigilanza*. Consiste quindi in un allarme dell’istinto di conservazione che predispone l’organismo ad affrontare una situazione di emergenza. Ad essa si associano sintomi fisici quali tremore, sudorazione, palpitazioni ed aumento della frequenza cardiaca.

L’ansia fisiologica è, quindi, una reazione emotiva di fronte ad un pericolo e si accompagna alla messa in moto di un complesso meccanismo fisiologico di allarme.

#### *Ansia patologica*

L’ansia patologica è, invece, una risposta inappropriata caratterizzata dalla presenza di sentimenti di apprensione *in assenza* di gravi e realistiche motivazioni esistenziali o relative all’ambiente e che determina un’alterazione delle normali capacità individuali.

L’ansia patologica è quella costantemente presente nei Disturbi d’Ansia e di seguito elenchiamo quelli di cui parleremo durante il Convegno.

Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD), relatore dott. Fabrizio Boccardo;

Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), relatrice dott.ssa Cristina Magnapane;

Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), relatrice dott.ssa Federica Grottaroli;  
Fobia Sociale (FS), relatrice dott.ssa Paola Golzio;  
La cura psicologica, relatrice dott.ssa Eleonora Gasparini;  
La cura farmacologica, relatore dott. Salvatore Di Salvo.

*La presentazione dei diversi tipi di disturbo avverrà attraverso il racconto della storia di un caso clinico che soffre del tipo di disturbo di cui la relazione tratta.*

### **Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)**

*dott. Fabrizio Boccardo*

#### *La Storia di Maria*

Maria ha due grandi occhi scuri ed i capelli castani tagliati corti, è alta, magra e vestita sobriamente; entra nella stanza del colloquio e mi porge una mano timorosa. Si siede in punta alla poltrona senza riuscire a mettersi comoda, la sua postura è rigida, contratta e si guarda intorno circospetta evidentemente preoccupata.

Ecco, preoccupazione è la prima cosa che mi trasmette il vederla e che lei stessa mi riferisce appena inizia a raccontare di sé.

Preoccupazione ovvero ansia; anche mentre è seduta di fronte a me durante il colloquio è ipervigile, in costante allarme: ha le palpitazioni, inizia a sudare, le gira la testa e si sente mancare.

Maria ha 35 anni, un marito e un figlio; fa l'insegnante di storia dell'arte in un liceo linguistico. Nonostante Maria abbia apparentemente una vita normale con un lavoro e una famiglia le sue giornate sono una continua lotta per tenere a bada un'ansia costante e pervasiva.

#### *Ma che cos'è l'ansia?*

L'ansia è la risposta del corpo umano alla percezione di un pericolo, una fisiologica reazione istintiva di difesa. Degenera in una patologia nel momento in cui diventa uno stato pervasivo di tensione emotiva ingiustificata cui spesso si accompagnano sintomi fisici quali tremore, sudorazione, palpitazioni, aumento della frequenza cardiaca e senso di svenimento. Esistono dunque un'ansia fisiologica ed un'ansia patologica.

*L'ansia fisiologica* è un'emozione che anticipa un 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 che determina l'alterazione delle normali capacità individuali. Quando il quadro ansioso va configurandosi in modo pervasivo e stabile correlandosi ad altri sintomi specifici si sviluppa un *Disturbo d'Ansia Generalizzato (G.A.D.)*

### *I sintomi del GAD*

Maria arriva in terapia perché, come mi racconta, alcuni giorni prima ha toccato il fondo: mentre teneva una lezione a scuola ha improvvisamente iniziato a stare male con palpitazioni, vampate di caldo, capogiri. Impossibilitata a proseguire la lezione, temendo di svenire, ha frettolosamente chiamato una collega perché badasse alla classe ed è dovuta andare in bagno per riprendersi.

Dico a Maria che immagino quanto sia stato spaventoso e le chiedo cosa intende nel dire che quell'episodio è stato come "toccare il fondo".

Maria inizia a raccontare come siano ormai molti anni che la sua vita non è più serena. Ogni mattina sin dal risveglio l'ansia e la preoccupazione sono una spiacevole ma costante compagna di tutte le sue attività quotidiane. Appena si desta, spesso molto prima della sveglia, e si reca in bagno, inizia uno stato di agitazione che si configura soprattutto con un'abbondante e ingestibile sudorazione, uno stato di tensione che in breve la lascia stremata. Spesso sin dal mattino ha un brutto mal di testa e diventa difficile anche fare colazione perché subito dopo le viene la nausea.

Questo è il quadro caratteristico delle sue crisi a cui si aggiunge spesso la difficoltà a riposare bene perché fatica ad addormentarsi e si sveglia molto presto; a volte prova la sensazione di avere la "testa vuota", il che la rende irritabile, le inibisce la concentrazione e le causa una spossatezza cronica.

Ormai Maria non ricorda più cosa voglia dire iniziare una giornata serenamente così come non ha chiaro quando e come gli stati ansiosi siano diventati così pervasivi, ma sa perfettamente che oggi sono trasversali a tutte le sue attività, quasi indifferenziatamente. Senza reali motivazioni Maria è in costante apprensione, si preoccupa continuamente di non riuscire a far fronte ai compiti quotidiani, è preoccupata per sé e per i suoi

famigliari; vive la vita in perenne stato di allarme e ipervigilanza come se da un momento all'altro potessero verificarsi eventi negativi per sé o per i suoi cari.

Maria si tiene occupata il più possibile, ha organizzato la sua giornata con ritmi frenetici perché solo in quel modo non ha tempo di pensare, e se non pensa, tiene un po' a bada le preoccupazioni che la assillano: la paura che possa capitare qualcosa al marito mentre va al lavoro, il terrore che il figlio si ammali o che capiti qualcosa ai suoi genitori che vivono in un'altra città.

Anche rispetto alla sua salute è in continuo allarme e prima di arrivare in terapia Maria ha già consultato molti altri specialisti preoccupata che la causa dei suoi sintomi potesse essere una malattia fisica; cardiologo, gastroenterologo e ortopedico hanno alla fine però tutti ipotizzato un'origine psicogena dei suoi disturbi.

Dal racconto di Maria emerge come lentamente l'ansia abbia iniziato non solo a comparire durante le attività ma anche al solo pensiero di doverle intraprendere.

Oggi Maria inizia a stare male perché teme di stare male.

Ha paura che arrivi l'ansia con il correlato di sintomi e che gli altri si possano accorgere del suo malessere e la possano malgiudicare.

Maria si auto monitora continuamente alla ricerca di piccoli segnali dell'arrivo dei sintomi: la costrizione la petto, la sudorazione eccetera ma questa ipervigilanza non fa altro che attivare il meccanismo di allarme ansioso.

Nei primi incontri di terapia Maria inizia a raccontare la sua storia e realizza come l'origine del suo malessere non sia rintracciabile in un evento specifico e sia collocato molto indietro nel tempo.

Rammenta come sin da piccola fosse una bambina timida, ansiosa e preoccupata. Ricorda come la sua insicurezza e la sua timidezza gli rendessero difficile avvicinarsi ad altri bambini per chiedere di giocare con loro e di come fosse agitata nei momenti prima di un'interrogazione a scuola nonostante fosse sempre molto preparata.

E' sempre stata tesa ed insicura, ritrova questo suo modo di essere nelle caratteristiche dei suoi genitori, anche loro sono sempre preoccupati che possa capitare qualcosa di male e le hanno trasmesso l'idea che il mondo sia un luogo pericoloso e che non si debbano correre rischi.

Maria è motivata e disponibile ai nostri colloqui settimanali, li attende bendisposta e ne trae beneficio; finalmente ha uno spazio solo suo dove portare il suo malessere senza

sentirsi giudicata, capisce come la terapia la possa aiutare a comprendere l'origine dei suoi problemi.

Insieme ricostruiamo la sua storia personale e familiare: i conflitti fra i genitori, così diversi per carattere, il loro essere amorevoli ma a volte inaccessibili e il peso di essere figlia unica: amata ma appesantita da un carico di aspettative a volte troppo grande. Maria si sente al centro di un piccolo universo che ruota attorno a lei: i genitori, i nonni, la zia zitella da sempre tanto orgogliosa di lei.

Tutti la fanno sentire come se si attendessero sempre il massimo da lei.

Responsabilità, richieste, paura di deludere e terrore di fare la cosa sbagliata sono argomenti che spesso ricorrono nei nostri incontri.

Maria è arrivata in terapia con l'urgenza di stare velocemente meglio, i mesi passati in faticando senza tutti gli sperati giovamenti sono stati lunghi e lei ha impiegato del tempo a fidarsi e ad accettare di dover affrontare un percorso lungo, fatto di passi avanti ed altri indietro.

Ha dovuto abbandonare l'idea che il suo malessere si potesse spiegare in modo strettamente logico, di causa-effetto e che ci fosse una formula magica per risolverlo. Nel tempo ha abbassato le sue aspettative, ora non fantastica più di svegliarsi un giorno guarita ma ha capito che dovrà imparare a convivere con i suoi disturbi per poterli superare.

## **Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)**

*dott.ssa Cristina Magnapane*

### *La storia di Sara*

Sara è una donna di 40 anni. Chiama l'Associazione per chiedere un incontro con un professionista: dopo un breve cenno alla motivazione della richiesta, viene indirizzata ad un colloquio informativo con una psicoterapeuta. Ci vediamo alle 8 di un venerdì mattina: Sara vive a Torino ma lavora ad Aosta ed ogni giorno in macchina si sposta tra queste due città. È una donna alta, dall'aspetto curato, della quale colpiscono gli occhi tristi. Una volta seduta sulla poltrona in studio fa un lungo sospiro e poi sussurra: "Non so da dove iniziare...". Le dico che comprendo che possa essere non facile svelare il proprio dolore ad una sconosciuta, ma potrebbe iniziare a raccontarmi come mai ora si trova qui. Racconta che un caro amico anni fa aveva seguito un percorso di psicoterapia presso il nostro Centro per un problema di depressione e ne aveva tratto giovamento,

quindi le ha consigliato, conoscendo la situazione, di provare la stessa strada. Sara è un architetto, lavora come libero professionista e negli anni ha ricevuto importanti incarichi sia in Italia che all'estero. Ora sta seguendo un progetto ad Aosta: è soddisfatta del suo lavoro, del ruolo ricoperto, del gruppo di colleghi con cui collabora. "Il problema infatti – dice - non è il lavoro. La catastrofe è la mia vita privata. Ed io sono qui perché non riesco più a gestirla. Mi ha portato qui l'ultimo di una serie di episodi identici, anche se via via più intensi: sono in macchina, faccio i miei pensieri sul lavoro fatto o da fare, lo pianifico, cerco di organizzare i prossimi impegni. Via via sento come un senso di oppressione al petto, il cuore batte così forte che ho paura stia per esplodere... Sono costretta a fermare la macchina, perché ho le vertigini, fatico a respirare... Mi sembra di essere sul punto di morire. L'ultima volta, la scorsa settimana, quando tutto è finito sono riuscita ad aprire gli occhi e mi sono accorta...di essere davanti alla casa dei miei genitori. Non abito con loro dal primo anno di Università, viviamo in zone di Torino distanti tra loro e non vado a trovarli molto spesso, non abbiamo un rapporto molto intenso. Sono scoppiata in un pianto incontrollabile, era come se si fosse all'improvviso aperta una diga ed io non riuscivo più a fermarmi"

Questi episodi, racconta Sara, si presentano da circa un anno. Le prime volte aveva l'impressione di essere sul punto di morire, di essere vittima di un infarto. Si è informata e crede siano attacchi di panico. Non è mai stata da un medico, non ne ha parlato nemmeno col medico di base: la sua storia è costellata di visite mediche ed interventi, dice di voler evitare per quanto possibile ulteriori controlli e accertamenti.

"Il punto è che ora la situazione non è più gestibile: temo possa invadere il campo professionale e questo non me lo posso permettere".

Spiego a Sara, al termine del primo colloquio, che ci sono tutti gli elementi per ipotizzare un disturbo da attacchi di panico, ma aggiungo che vorrei incontrarla ancora per raccogliere più elementi sulla sua storia di vita e poterle dare indicazioni più precise sulla terapia di un malessere che ormai permea gran parte della sua vita.

Sara accetta, quindi concordiamo di incontrarci ancora tre volte.

Nelle sedute che seguono raccolgo ulteriori elementi sia della storia personale di Sara, sia riguardo ai sintomi.

Sara cresce in un piccolo paese della provincia di Asti: i genitori lavorano entrambi e lei ha una sorellina minore. Le due bambine, sin dai primi mesi di vita, trascorrono la

settimana a casa della nonna materna, tornando dai genitori nel weekend. Sara racconta quei lunedì mattina: “Mia sorella si disperava ogni volta: piangeva, urlava che non voleva, abbracciava forte le gambe della mamma e chiedeva di poter andare con lei. Mio papà e la nonna la allontanavano, i nostri genitori andavano al lavoro e noi restavamo lì con la nonna. Nessuno diceva una parola. Mai. Mia sorella piangeva a lungo, sembrava inconsolabile”.

In questi momenti Sara restava in cucina, seduta al tavolo da pranzo, con carta e colori, a disegnare.

I risultati scolastici sono stati sempre buoni, dopo il liceo scientifico ha scelto di frequentare la Facoltà di Architettura, laureandosi a pieni voti e ricevendo importanti offerte di lavoro dal giorno seguente alla laurea.

Sul lavoro ha molte responsabilità, spesso si trova a dirigere gruppi di colleghi, anche più anziani: “Quando ero più giovane – racconta -, all’inizio, mi sentivo come un gattino tra i lupi. Eppure quel gattino teneva a bada il branco. Questo è il mio terrore: fallire, non riuscire più a gestire il lavoro e le mie responsabilità...”.

Gli episodi di angoscia si verificano da circa un anno, sempre in macchina “ci sono stati giorni in cui ho dovuto farmi violenza per salire in macchina e partire. E se non devo andare a lavorare, ormai la macchina non la prendo più...vivo nella paura che capiti ancora...vivo nella paura della paura...è assurdo”

Spiego a Sara che non c’è niente di assurdo né in quest’ultimo pensiero, né in quanto ha raccontato. Spesso, quando si inizia un percorso di psicoterapia, ci si trova nella condizione di chi vede un arazzo...da dietro: è solo un intrico di fili, non se ne intravede il senso, solo nodi, sovrapposizioni... Con la psicoterapia, insieme, paziente e psicoterapeuta, arriveranno a vedere l’arazzo anche dall’altro lato, scoprendo il senso di quei nodi, di quei grovigli, di quello che sembrava solo caos e illogicità.

Ora Sara si trova esattamente in quella condizione: crede che ciò che sta vivendo sia del tutto insensato, come le appaiono insensate le sensazioni che vive durante gli attacchi di panico. L’unica cosa che pare avere senso è l’angoscia e l’insostenibilità di questa angoscia l’ha portata qui.

Iniziamo col dare un nome all’esperienza estremamente sgradevole e dolorosa che ha vissuto Sara: si tratta di un disturbo da attacchi di panico. Tipico di questo disturbo è la presenza di crisi d’angoscia, della durata di alcuni minuti, accompagnate dalla

sensazione, terribile, di essere sul punto di morire. A queste crisi segue un periodo, lungo anche diverse ore, caratterizzato da spossatezza. Durante le crisi i sintomi maggiormente presenti sono: palpitazioni (l'impressione che il cuore possa uscire dal petto), formicolio in qualche zona del corpo, senso di oppressione toracica, vampate di calore/brividi freddi, vertigini, nausea, sensazione di vuoto alla testa, paura di perdere il controllo o di impazzire, sensazione di stare per morire. Il tutto permeato da un vissuto di profonda angoscia.

Nella storia di Sara, come in molte delle storie di vita proprie di chi soffre di questo disturbo, la chiave di lettura sta nel modo di percepire e di gestire le emozioni.

Nel corso della sua vita il paziente ha perso (o non ha mai acquisito) la capacità di riconoscere e di gestire le emozioni.

Pensiamo ai distacchi dai genitori che si sono ripetuti per anni, ogni settimana, nell'infanzia di Sara: in questi distacchi gli adulti negavano la drammaticità dell'evento (vissuto dalle bambine come un abbandono) trasmettendo così il messaggio che *le emozioni non devono/non possono essere prese in considerazione*. La conseguenza è che le emozioni (tutte o alcune in particolare) finiscono in una sorta di "buco nero": vengono vissute, certo, ma non si sa più riconoscerle, non si sa dar loro un nome (restano percezioni fisiche e non emozioni, sentimenti) e quindi non si è in grado di comprendere quanto ci accade né di gestirlo.

I pazienti che soffrono di attacchi di panico, inoltre, hanno *difficoltà nel gestire le emozioni* (la paura in particolare): o non le percepiscono affatto o ne vengono sopraffatti. Da qui la sensazione di angoscia al centro dell'attacco di panico. Perché le emozioni devono essere gestite? Perché le emozioni spingono all'azione. Come si apprende a gestire le emozioni? Lo apprendiamo continuamente, nel corso di tutta la vita, vivendo le prime relazioni affettive in famiglia, con gli adulti di riferimento, con i compagni di vita, all'interno di una psicoterapia.

Riassumendo:

- L'attacco di panico ha un'insorgenza improvvisa ed imprevedibile, dura generalmente solo alcuni minuti ma causa a chi lo vive una profonda angoscia;
- Il decorso dell'attacco non può essere arrestato;
- Sintomi fisici: soffocamento, vertigini, sudorazione, tremori, tachicardia, dolore toracico, brividi di freddo/vampate di calore;

- Sintomi psichici: Paura di perdere il controllo, sensazione di morte imminente;
- Spesso si associa l'agorafobia, ovvero la paura di restare intrappolati in un luogo da cui la fuga può essere difficile o imbarazzante;
- Resta un senso di confusione e spossatezza;

Gli attacchi di panico sono ricorrenti, portando spesso allo sviluppo di una forma di ansia anticipatoria (per cui persiste la preoccupazione di quando e dove si verificherà il prossimo attacco) e/o di condotte di evitamento.

In presenza di Disturbo da attacchi di panico la terapia deve seguire due canali: la psicoterapia e la cura farmacologica, preferibilmente con professionisti distinti. Il farmaco andrà ad agire sui sintomi, dando risultati in tempi brevi e liberando il soggetto dalla continua sensazione di pericolo imminente.

La psicoterapia agisce invece sulle cause del dolore psichico: l'obiettivo di terapeuta e paziente insieme sarà quello di cogliere il senso ed il significato del disturbo per riattivare un percorso di evoluzione personale.

### **Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)**

*dott.ssa Federica Grottaroli*

#### *La storia di Martina*

Martina, di 20 anni, ha iniziato la psicoterapia nel 2009 dopo una presa in carico psichiatrica presso il Centro per diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. I sintomi erano presenti da circa 6 mesi e consistevano in lavaggi ripetuti la sera prima di andare a dormire, in media per due/tre ore, fino anche alle cinque ore consecutive. Oltre ai lavaggi, ad esempio delle mani "*per paura delle malattie*", i rituali riguardano anche lo spalmare la crema sulle mani, il pulire le lenti a contatto, oppure riporre gli oggetti seguendo un certo ordine. A volte si sveglia addirittura la notte spaventata al pensiero di non aver fatto tutto alla perfezione, si dice sfinite, e i rituali la affaticano a tal punto da provocarle cefalee e insonnia. Di giorno presenta pensieri intrusivi riguardanti meticolosità e ordine, e impiega molto tempo nel compiere azioni quotidiane, come ad esempio lavare i piatti. Riferisce: "*Da un anno provo un'ansia che ho sempre. Nelle cose vedo qualcosa di brutto che può succedere o può fare male. I rituali compaiono in momenti di forte ansia in cui ho paura che potrebbe succedere qualcosa da un momento all'altro, perché non c'è niente di sicuro e di certo*".

Martina frequenta l'ultimo anno della scuola superiore (liceo scientifico) e appartiene a una famiglia di principi molto rigidi. Il padre, 50 anni, è impiegato alle poste; la madre, 45 anni, è casalinga. Il fratello, 14 anni, frequenta il primo anno della scuola superiore, un istituto tecnico.

La sua infanzia è caratterizzata da rigidità educativa e carenza di calore emotivo. Durante la terapia la paziente ricorda molti episodi in cui veniva punita duramente soprattutto dal padre, mentre la madre risulta una figura più fredda e distaccata.

Martina descrive la sua famiglia come molto unita e lei dice di andare molto d'accordo con i suoi genitori. Riguardo al padre che le impedisce di uscire con i ragazzi, razionalizza *"è logico che lo faccia..è perché io lo vedo poco"*.

Sebbene quando è in famiglia, provi ansia, ai genitori confida sempre tutto; esce con loro la domenica, rinunciando ad uscire con le sue amiche.

I sintomi sono iniziati in un periodo in cui studiava dalla mattina a notte fonda per gli esami di maturità (doveva essere brava a tutti i costi); era molto sola, si era chiusa in se stessa e parlava poco. Dopo un paio di mesi, i sintomi sono "scoppiati", durante una settimana in cui svolgeva attività di volontariato con gli anziani, in concomitanza con la morte improvvisa di una zia (*"succede sempre qualcosa all'improvviso...niente è sicuro"*).

L'esecuzione dei rituali, protettivi o propiziatori, danno a Martina la momentanea illusione del controllo della paura, ma proprio per questo effetto rassicurante la ragazza inizia a sentirsi costretta a ripeterli ossessivamente sempre più spesso, al punto che la sua vita quotidiana diventa un susseguirsi di rituali. Quando si sveglia la mattina impiega almeno tre quarti d'ora per prepararsi, le mani non sono mai sufficientemente pulite, le lava e le rilava ed ogni volta applica uno strato di crema. Se inavvertitamente tocca qualcosa, deve ripetere il rituale, non può sopportare il pensiero di essersi contaminata, di essere entrata in contatto con qualcosa di imprevisto. Prima di mettersi le lenti a contatto le deve pulire più volte, questo le provoca l'arrossamento degli occhi, così temendo un'infezione, toglie nuovamente le lenti nel tentativo di disinfettarle ancora. Il bagno e la sua stanza richiedono a Martina un impegno estenuante, ogni cosa deve essere in ordine, un ordine fatto di simmetria e maniacalità, dal più grande al più piccolo, dal più chiaro al più scuro, tutto diviso per tonalità di colore, forme e dimensioni. Ogni attività quotidiana crea a Martina un forte senso di caos e angoscia e

l'unico modo per farvi fronte è affidarsi al rituale. Impiega ore per lavare i piatti, apparecchiare e sparecchiare, ha paura dello sporco e delle briciole, così come della farina del pane che rimane sulla tovaglia. Escogita modi originali e bizzarri per lavare i piatti e per scrollare la tovaglia evitando di toccare ciò che teme di più. La sera è un momento difficile per Martina, fatica ad addormentarsi, la sua mente è popolata da pensieri ossessivi e ansiogeni, alla ricerca di qualcosa che ha dimenticato di fare o che ha fatto male, si alza più volte per ripetere il giro della casa e guardare se ha messo in ordine ogni cosa, se ha spento il gas, se ha spento le luci, ma non le basta, a volte arriva ad alzarsi dieci, quindici volte, prima di crollare esausta nel letto ma con l'ansia di aver comunque dimenticato di fare qualcosa. Nella patologia ossessiva compulsiva, come si evince dal caso di Martina, la tentata soluzione del problema, vale a dire il tentativo di contenere, lottare e sconfiggere la paura con rituali protettivi e propiziatori, diviene il problema primario da affrontare perché mantiene e alimenta la sintomatologia. Una volta innescata e costituita l'interazione tra persistenza e soluzione tentata del problema, ciò che viene sentito come primo impellente bisogno dalla persona affetta da questa patologia è la liberazione dalla schiavitù della obbligata esecuzione dei rituali, motivo per cui Martina decide di chiedere aiuto.

### **Fobia Sociale (FS)**

*dott.ssa Paola Golzio*

#### *La storia di Damiano*

Al nostro incontro Damiano ha 35 anni e non aveva mai consultato uno specialista prima di allora. L'unico medico a cui si era rivolto era quello di medicina generale, che gli aveva prescritto degli ansiolitici che Damiano avrebbe dovuto assumere quando ne avesse sentito la necessità, cioè in quelle circostanze in cui era costretto ad avere a che fare con molte persone contemporaneamente e che gli procuravano paura e molta attivazione somatica. Nel corso dei colloqui Damiano racconterà infatti che, ogni volta che si trovava in una situazione in cui doveva interagire alla presenza di più di un paio di altre persone, immediatamente emergevano sintomi ansiosi spiccati, quali rossore e palpitazioni, accompagnate dalla crescente sensazione di non riuscire a controllare le proprie reazioni emotive. Ciò da cui Damiano era maggiormente terrorizzato era che gli altri potessero leggergli negli occhi la paura e lo considerassero uno "stupido". Era certo

che chi gli stava attorno si accorgesse immediatamente del rossore, e allora il rossore aumentava, e con esso il batticuore si trasformava in tremore, in un circolo vizioso per evitare il quale Damiano non aveva trovato altro rimedio che evitare le situazioni di esposizione sociale.

La fobia sociale è una malattia estremamente diffusa e determina un forte disadattamento. Il disturbo si manifesta con una eccessiva sensibilità al giudizio degli altri che, in situazioni interpersonali e sociali, si accompagna a reazioni neurovegetative evidenti quali rossore, tremori, sudorazione, incapacità di controllare le proprie reazioni emotive, paura di apparire ridicoli o comportarsi in maniera inadeguata, goffa, impacciata. Il timore deve essere collegato alla paura di “mostrare segni d’ansia” e la reazione ansiosa, in presenza dello stimolo fobico, deve sempre essere presente. Tuttavia Damiano chiede aiuto in seguito alle insistenze della madre con la quale vive e che appare piuttosto preoccupata per il progressivo ritiro del figlio.

“Damiano è depresso”, mi spiega non appena entrambi si siedono di fronte a me, “Certo – prosegue – ha sempre avuto un carattere particolarmente sensibile, ma negli ultimi anni è proprio peggiorato”.

Circa tra anni prima Damiano perde il lavoro. Poiché il lavoro era ormai l’unica occupazione che riusciva a sospingerlo fuori dalla propria abitazione, dopo il licenziamento Damiano non ha più necessità di sottoporsi a relazioni sociali e prende a passare in casa tutto il proprio tempo. Talvolta esce con la madre, ad esempio per accompagnarla a fare la spesa o altre piccole commissioni.

Ciò che in un primo momento appare come il problema principale di Damiano, e cioè questo ripiegamento su di sé che prende le sembianze di depressione, non è che l’esito di una problematica ben diversa, per evitare la quale Damiano ha sviluppato questo progressivo isolamento e ritiro nei quali è costretto a vivere.

Si evidenzia la scarsa frequenza con cui questi pazienti richiedono l’aiuto del medico, di solito dopo molti anni di malattia.

La richiesta di intervento specialistico è spesso determinata dall’insorgenza di complicanze come depressione ed alcolismo.

L’insorgenza avviene in genere nell’infanzia o nell’adolescenza, è per lo più graduale ed i sintomi tendono ad accentuarsi progressivamente con l’aumento delle richieste ambientali.

Damiano ricorda che questa situazione era iniziata con la paura di parlare in pubblico, nel periodo delle scuole medie. In quel periodo la normale ansia e attivazione che precede un compito quale un'interrogazione e che progressivamente scompare nel momento in cui la persona inizia a parlare, nel caso di Damiano persisteva e si ingigantiva non appena si trovava in piedi davanti al professore e di fronte all'intera classe; arrossiva, iniziava a balbettare e a sudare abbondantemente. Nella sua mente ciò che aveva studiato ed era certo di sapere lasciava progressivamente spazio al terrore di apparire ridicolo. Si vedeva come dal di fuori, con gli occhi di quei suoi compagni che lo guardavano con sguardo critico e giudicante, irridendolo. Nella maggior parte dei casi ritornava a posto con un brutto voto.

Con l'andare del tempo le reazioni ansiose iniziavano già molti giorni prima di un'interrogazione programmata, o del momento in cui Damiano pensava che sarebbe venuto il suo turno. Iniziava allora a trascorrere notti insonni e a cercare scuse possibili per non andare a scuola.

In alcuni casi la Fobia Sociale assume una forma circoscritta, limitandosi ad una o due situazioni isolate che in genere riguardano comportamenti eseguiti mentre si è osservati. La forma più frequente è la paura di parlare o di esibirsi in pubblico. Si tratta di circostanze in cui la maggior parte delle persone presenta sintomi ansiosi, ma ciò non impedisce loro di agire in modo soddisfacente e l'ansia cessa col progredire del compito, cosa che non accade in chi soffre di fobia sociale.

Damiano ripeterà sia la prima che la seconda. Nessuno si accorge che le sue difficoltà non riguardano la sfera cognitiva ma quella emotiva.

Nel corso delle scuole superiori le situazioni in cui Damiano incorre nell'attivarsi dei sintomi ansiosi e di reazioni neurovegetative violente e crescono in numero. Inizia a vergognarsi di mangiare in pubblico per timore che le mani gli tremino visibilmente, cosa che poi inizia ad accadere puntualmente. Quando si accorge che il tremore inizia, subito dopo aver avuto il pensiero che ciò possa accadere, Damiano arrossisce e smette di mangiare, terrorizzato di buttarsi addosso il cibo sotto lo sguardo critico degli amici. Inizia così a ridurre le uscite con gli amici a situazioni che non comportino il rischio di dover mangiare o bere di fronte a loro. Il disagio provocato dal suo disturbo inizia così a condizionare scelte ed abitudini di vita e ad interferire con i livelli di adattamento sociale. Quando l'ansia inizia a riguardare il timore di orinare se qualcuno è presente

oltre la porta, Damiano smetterà anche di giocare a calcio, sport che aveva praticato fin da quando era bambino.

Vediamo come il disagio provocato dal disturbo condiziona scelte ed abitudini di vita e interferisce con i livelli di adattamento familiare, sociale e lavorativo, diventando invalidante e favorendo lo sviluppo di sentimenti d'inadeguatezza ed inferiorità sempre vissuti con molta sofferenza.

Il fatto di non essere riuscito a costruirsi una vita affettiva normale e di avere poi perso anche il ruolo socialmente attivo che gli era garantito dal suo lavoro, aveva sviluppato quei sentimenti di amarezza e tristezza che Damiano – ma soprattutto i suoi famigliari – chiamavano depressione. Ma in Damiano il pensiero del futuro e la pianificazione di strategie per recuperare un tenore di vita soddisfacente erano ben presenti; egli immaginava con terrore il momento in cui la madre fosse morta e lui sarebbe rimasto solo. Damiano si lamenta molto di questo, si dice e appare dispiaciuto di non poter fare delle cose normali, come avere degli amici o una compagna. La sua condizione è vissuta con profonda sofferenza. La chiama “la mia scialuppa in mezzo al mare”. L'isolamento, infatti, è per lui una condizione penosa, eppure è anche l'unico rimedio che è riuscito a strutturare per far fronte all'angoscia che gli causava l'essere esposto a situazioni interpersonali e sociali.

### **La cura psicologica**

*dott.ssa Eleonora Gasparini;*

Il mio compito oggi è quello di illustrarvi il significato del trattamento dei disturbi d'ansia attraverso gli strumenti psicologici ed proporvi le varie modalità in cui esso avviene.

Già la psicoanalisi, e quando parliamo di psicoanalisi il riferimento va necessariamente agli studi di Freud che abbiamo tutti sentito nominare (padre della psicoanalisi e di tutti gli orientamenti psicoterapeutici attuali), ha avuto come oggetto di studio e di trattamento quelle particolari problematiche il cui quadro sintomatologico può essere assimilato a ciò che oggi chiamiamo “Disturbi d'Ansia”, a testimonianza del fatto l'ansia è un problema con cui l'uomo ha sempre dovuto confrontarsi nella sua esistenza.

I primi studi psicoanalitici sull'ansia sono giunti alla conclusione che essa poteva definirsi come un “conflitto emotivo che non poteva trovare una via di scarica e,

quindi, stagnando si alterava” ; compito della terapia era dunque quello di consentire alle emozioni di venire espresse rendendo consapevoli tutte quelle motivazioni che ne impedivano l'esternazione.

L'ansia quindi si configura come una sorta di meccanismo di difesa da tutte quelle emozioni e quei contenuti prettamente affettivi difficili da contattare.

Ho fatto queste brevissimo cenno agli studi e alle definizioni psicoanalitiche perché è il nostro terreno comune di studio. Ognuno dei terapeuti che avete ascoltato questa mattina ha questo modello di riferimento e mi sembra utile partire da ciò che caratterizza il nostro modo di lavorare con i disturbi d'ansia. E' per noi sia fondamentale e primario trattare questo tipo di malessere partendo da una definizione di terapia in cui si venga a creare uno spazio emotivo tra terapeuta e paziente in cui sia possibile prendere contatto con tutte quelle emozioni che per motivi, spesso inconsapevoli, rimangono nascoste, silenti, ignote e possono diventare un terreno fertile per lo sviluppo di un sintomo ansioso.

Facciamo, quindi, qualche breve cenno a che cosa è la psicoterapia.

Potremmo definirla come “ l'indagine e la cura dei disturbi emotivi attraverso l'uso di strumenti psicologici quali il colloquio, la riflessione e la relazione”.

Ha come obiettivi principali “ la comprensione delle motivazioni del malessere e della sofferenza, il rafforzamento e la maturazione della consapevolezza e la modificazione di tutti quei meccanismi che, essendo patologici, sono disfunzionali alla vita del paziente”.

Quando è utile una psicoterapia? Tutte le volte che la sofferenza diviene una sorta di motore per osservare e riflettere su di sé consentendo di andare alla ricerca dell'origine del nostro malessere, conoscerne il senso e cercarvi una soluzione.

Cardine di ogni psicoterapia è la relazione tra terapeuta e paziente che deve essere un rapporto esclusivo e fiduciario per consentire al paziente di vivere lo spazio della terapia come un luogo fisico e mentale protetto, accogliente e non giudicante.

Le psicoterapie si differenziano sostanzialmente per il modello teorico di riferimento, come vi ho preannunciato nella mia introduzione, noi ci riferiamo ad un modello che si sviluppa a partire dalla psicoanalisi e che prende il nome di modello psicodinamico, ma esistono altri modelli quali, ad esempio, quello cognitivo-comportamentale o quello costruttivista.

E' utile ricordare che, nel caso dei disturbi d'ansia, così come in ogni altra manifestazione sintomatologica, l'indicazione di un tipo particolare di psicoterapia non è strettamente legata alle caratteristiche cliniche del disturbo: non tutte le persone che soffrono di disturbi d'ansia vengono trattate allo stesso modo ma si tiene conto della struttura di personalità del paziente, del suo funzionamento, dei suoi meccanismi di difesa, della sua motivazione al trattamento, dell'età, delle sue capacità elaborative.

Sempre restando nel campo della psicoterapia psicodinamica, per citare alcune delle differenze tra una modalità e l'altra potrei parlarvi di psicoterapia espressiva o supportiva, di psicoterapia del profondo e di psicoterapia breve sottolineando però che queste categorie non sono da intendersi come contenitori rigidi ma come dimensioni flessibile in cui, sulla base delle caratteristiche del paziente e del suo modo di "lavorare" in terapia si può cominciare per esempio con una terapia di supporto per poi, di comune accordo, ampliare il lavoro ed orientarsi nella direzione di una terapia maggiormente espressiva e profonda.

Proviamo ora a descrivere il trattamento psicoterapeutico dei vari disturbi d'ansia che i colleghi vi hanno illustrato precedentemente.

Nel Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) la finalità principale del trattamento è quella di interrompere il circolo vizioso del panico dando un nome e, di conseguenza, un significato alla paura che il paziente avverte come così invasiva e che spesso gli impedisce di vivere così come vorrebbe. Nel lavoro psicoterapico solitamente emerge che quella particolare paura ha a che fare con l'estrema necessità, da parte del paziente, di non perdere mai il controllo su ogni minimo particolare della sua vita ma, soprattutto, sulle sue emozioni che, per lui, devono sempre essere chiare, definite e non ambigue... paradossalmente le sue emozioni dovrebbero essere "razionali" passatemi... il gioco di parole... In psicoterapia si lavora, quindi, principalmente su questo bisogno, solitamente inconscio, legato al controllo per conoscerlo, comprenderlo e risolverlo.

Nel Disturbi d'Ansia Generalizzato (GAD) si lavora per eliminare l'automaticità dei pensieri negativi ed irrealistici che accompagnano e favoriscono l'insorgenza dell'ansia e sostituirli con un modo di leggere gli stimoli e le esperienze più appropriato, soggettivo e funzionale. Nel GAD, oltre alla psicoterapia, possono essere utilizzate anche delle tecniche di rilassamento come per esempio il training autogeno, una tecnica 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. perché il training autogeno non è indicato nel DAP? perché chi soffre di DAP ha un tipo di ansia estremamente pervasiva ed urgente e non ha(nno) il tempo di porsi nelle condizioni tipiche per il rilassamento muscolare, mentre in chi soffre di GAD l'ansia non si manifesta in modo improvviso. I pazienti sono, quindi, in grado di riconoscere l'inizio della manifestazione ansiosa, sanno come si presenterà e hanno il tempo di concentrarsi e fare training autogeno.

Vediamo ora come possiamo trattare un Disturbo Ossessivo Compulsivo in psicoterapia. La collega vi ha già spiegato che cos'è una compulsione che potremmo ridefinire come un impulso irresistibile eseguito in modo meccanico ed infrenabile in sintesi "la risposta all'ansia provocata da uno stimolo". Il rituale compulsivo ha lo scopo di mettere a tacere l'ansia che uno stimolo può suscitare ma, in realtà, costituisce semplicemente, un temporaneo e transitorio antidoto, divenendo un meccanismo di cui il soggetto diviene schiavo così come si sente schiavo dell'ansia che prova.

Scopo del trattamento psicologico, in questo caso, è quindi quello di interrompere la catena pensiero ossessivo-ansia-compulsione mostrando come l'impasse emotivo non derivi direttamente dall'esposizione ad un particolare stimolo ma dal significato che quello stimolo ha acquisito nel corso di un'elaborazione errata e quindi disfunzionale di un evento o di un contenuto.

Anche nel caso della Fobia Sociale non è detto che si lavori sul sintomo specifico ma si va alla ricerca del messaggio celato dietro il sintomo stesso. Il lavoro psicoterapico mira ad una riformulazione delle catene di pensieri con l'obiettivo di correggere tutte quelle distorsioni sistematiche che il paziente tende ad applicare nell'analisi delle situazioni sociali. Fondamentale è che nel corso della terapia il paziente venga in contatto con le emozioni che si nascono dietro una valutazione estremamente ipercritica di sé, del proprio comportamento e delle proprie relazioni favorendo quindi uno spostamento della sua attenzione dalle sue reazioni interne di fronte agli stimoli verso una valutazione ed un'analisi più appropriata, coerente e realistica delle situazioni che vive e che teme.

Esiste un ulteriore disturbo con manifestazioni d'ansia consistenti e significative di cui i colleghi non vi hanno parlato per semplicità espositiva e perché più complesso da diagnosticare e riconoscere nell'immediato e che in gergo clinico viene chiamato

Disturbo Post-traumatico da Stress. Gli esempi più comuni che possono configurarsi come origine di tale disturbo sono, per es. gravi incidenti, lutti improvvisi, situazioni che, in genere, potremmo definire catastrofiche. Mi sembra utile citare, oggi, qui, anche questo disturbo perché è possibile che ne abbiate sentito parlare dai mass media per es nei casi delle gravi calamità naturali che ci hanno colpito negli ultimi anni (terremoti, alluvioni) e perché i casi della vita, a volte, possono esporci ad esperienze apparentemente non affrontabili.

Nel trattare questo particolare tipo di disturbo il racconto dell'esperienza traumatica è utile per condurre il paziente a prendere contatto con le sue emozioni più dolorose arrivando ad interpretare l'evento traumatico come una riedizione di quelle emozioni e di quei sentimenti più repressi e nascosti perché fonte di grande sofferenza. Attraverso il lavoro psicologico il paziente può cominciare a prendere le distanze dall'evento traumatico del qui ed ora andando a “mettere mano” a quelle esperienze del passato che hanno contribuito alla creazione e alla strutturazione di quelle emozioni e di quei sentimenti.

Mi rendo conto che la mia esposizione di oggi è ricca di espressioni come “lavoro”, “sofferenza”, “dolore” ma il mio intento è quello di trasmettervi il messaggio che sicuramente l'ansia è un segnale d'allarme di qualcosa che non va dentro di noi e che questo qualcosa non “guarisce” lasciandolo lì e facendo finta che non esista... l'unico strumento che ci può essere utile per cominciare a stare un po' meglio e riprendere le redini della vita di cui l'ansia, a volte, tende ad impadronirsi, è dare significato a quel qualcosa che non va, confrontarci con esso, affrontarlo e non evitarlo o nascondere (più) perché comunque fa parte di noi e con noi convive.

### **La cura farmacologica**

*dott. Salvatore Di Salvo*

Nella terapia dei Disturbi d'Ansia il solo impiego di farmaci ad azione direttamente ansiolitica, come le benzodiazepine (BZD), si è dimostrato insufficiente sul controllo dei quadri clinici ed è sempre più diffuso l'impiego di farmaci appartenenti alla classe degli antidepressivi.

Le benzodiazepine posseggono un effetto ansiolitico diretto ed immediato: riducono l'ansia nel giro di 20-30 minuti dall'assunzione per effetto della loro azione sul neurotrasmettitore GABA.

L'effetto è rapido e marcato nei confronti della sintomatologia ansiosa acuta, come nell'Attacco di Panico, ma nel trattamento a lungo termine è certamente molto meno incisivo e spesso inefficace in senso preventivo. Ciò è conseguente al fatto che nei Disturbi d'Ansia sono coinvolti, a livello di neurotrasmettitori cerebrali, non solo il GABA, ma anche la serotonina e la noradrenalina ed è per tale motivo che gli antidepressivi che agiscono su questi due neurotrasmettitori risultano efficaci nella cura a lungo termine.

Per alcuni farmaci antidepressivi triciclici è descritta un'azione ansiolitica rapida. In realtà, l'effetto ansiolitico iniziale è più esattamente definibile come sedativo. Si tratta di un effetto specificamente antistaminico, per alcuni aspetti efficace per rapidità d'azione, ma privo di reale significato terapeutico in termini di trattamento a lungo termine dei Disturbi d'Ansia.

Nella maggior parte dei trattamenti con antidepressivi ad azione più selettiva, quali SSRI e SNRI, l'inizio dell'assunzione del farmaco coincide non con un effetto ansiolitico ma, al contrario, con una "*Sindrome da Attivazione*", consistente in aumento di vigilanza e di attivazione motoria ed emotiva e della stessa sintomatologia ansiosa. Ciò si verifica nelle prime 2-3 settimane di terapia, durante il tempo di latenza, che è il tempo che intercorre tra l'inizio dell'assunzione degli antidepressivi e i primi miglioramenti dei sintomi depressivi. La sindrome da attivazione è conseguente all'improvviso aumento di disponibilità nelle cellule nervose della serotonina e noradrenalina dopo le prime assunzioni di farmaci e al conseguente aumento della stimolazione dei recettori postsinaptici. Tende all'attenuazione spontanea nel corso del trattamento e risponde, comunque, positivamente all'associazione di benzodiazepine.

L'effetto degli antidepressivi non è direttamente ansiolitico, in quanto alla singola assunzione di farmaco non corrisponde una riduzione dell'ansia. Il loro effetto si esplica, invece, su quelle condizioni più complesse che sono alla base delle differenti forme cliniche, quali il Disturbo da Attacchi di Panico, il Disturbo d'Ansia Generalizzata e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, in cui è centrale il ruolo della serotonina. Gli antidepressivi agiscono determinando nelle cellule nervose, più precisamente negli spazi

intersinaptici, un aumento di disponibilità dei neurotrasmettitori cerebrali (serotonina, noradrenalina) e, a tale aumento, corrisponde un miglioramento dei sintomi dei Disturbi d'Ansia così come del Disturbo Depressivo.

#### *Protocollo terapeutico*

Vediamo ora il protocollo di applicazione della terapia farmacologia dei Disturbi d'Ansia. Viene di solito utilizzata l'associazione di benzodiazepine e antidepressivi.

Nelle prime 4-6 settimane viene prescritta la dose minima di SSRI o SNRI per saggiare la risposta individuale e per limitare al minimo gli effetti collaterali.

All'antidepressivo va associata una benzodiazepina per ridurre i sintomi ansiosi presenti, ma anche per attenuare l'intensità della Sindrome da Attivazione.

Nei due-tre mesi successivi viene prescritta la dose piena di antidepressivo, la cui entità dipende dalla risposta del paziente durante la prima fase di cura. E' questo il periodo più importante della cura, quello in cui è lecito attendersi la risoluzione dei sintomi.

La benzodiazepina va, invece, ridotta o possibilmente sospesa

Nei tre-quattro mesi successivi, dopo la definitiva scomparsa dei sintomi, si riduce progressivamente la dose dell'antidepressivo, fino alla sospensione completa.

Si tratta quindi di una terapia a tempo determinato che va sospesa quando i sintomi non sono più presenti.

#### *Errori nella terapia farmacologica*

Al fine di ottenere il massimo del risultato possibile dalla cura farmacologica, è importante tenere presente che la terapia deve essere affidata alla gestione del medico.

Nella pratica giornaliera sono, invece, di frequente riscontrati alcuni errori nella assunzione dei farmaci e i più frequenti sono i seguenti:

#### *Sospensione precoce*

Il paziente sospende la terapia dopo 6/8 settimane, quando cioè avverte la progressiva riduzione dei sintomi. Spesso, inoltre, tale sospensione avviene in maniera improvvisa e ciò determina, il più delle volte, una ripresa, anche violenta, dei sintomi depressivi e ansiosi ("Effetto di rimbalzo").

Bisogna tenere presente che, nei due mesi successivi alla scomparsa dei sintomi, è statisticamente frequente una ricaduta per cui i farmaci devono essere assunti ancora per qualche mese dopo la loro scomparsa.

Va infine ricordato che la sospensione della cura deve sempre essere graduale e sotto controllo medico.

#### *Continuazione eccessiva*

E' un errore opposto a quello precedentemente descritto: a volte il paziente continua ad assumere farmaci per anni.

Ciò si verifica per il timore che la loro sospensione determini la ripresa dei sintomi. E' come se il paziente facesse il seguente ragionamento: "Stavo male, ho preso i farmaci e i sintomi sono scomparsi. Se adesso sospendo la cura, tornerò a stare male".

Si tratta di un ragionamento errato, fondato sulla paura.

Il senso di una cura farmacologica è quello di fare scomparire i sintomi e, una volta che l'obiettivo viene raggiunto, i farmaci vanno sospesi, tenendo presente che essi agiscono comunque solo sui sintomi e non sulle cause che hanno determinato l'insorgenza della crisi depressiva.

E' quindi molto importante fare un lavoro di ricerca di tipo psicologico per individuare e rimuovere le motivazioni di fondo che hanno determinato la crisi, evitando che possano esservi ricadute future.

#### *Autogestione - Fai da te*

E' l'errore di più frequente riscontro. Durante una cura farmacologica bisogna evitare di modificare la dose dei farmaci a seconda dello stato d'animo giornaliero. Bisogna tenere presente che gli antidepressivi devono avere una concentrazione ematica costante per potere svolgere il loro effetto e quindi devono essere assunti con regolarità.

#### *Ansiolitici (benzodiazepine) per anni*

Altro errore frequente consiste nell'assunzione molto prolungata di ansiolitici.

È importante ricordare che, se è pur vero che essi manifestano il loro effetto di riduzione sull'ansia dopo soli 20-30 minuti dall'assunzione, determinano comunque, nel corso del tempo, uno stato di dipendenza.

Inoltre non svolgono nessun tipo di azione antidepressiva in quanto non agiscono sui neurotrasmettitori cerebrali.

### *Considerazioni sulla Benzodiazepine*

Le benzodiazepine costituiscono una delle classi farmacologiche più vendute in Italia e nel mondo. L'efficacia clinica, la rapidità d'azione e la maneggevolezza sono le caratteristiche che determinano l'elevata prescrizione da parte dei medici di base e spesso degli psichiatri.

L'uso di una BDZ per il trattamento di uno stato ansioso, privo di un quadro depressivo sottostante, costituisce un intervento spesso risolutivo.

E', invece, un errore trattare uno stato ansioso facente parte di una sindrome depressiva esclusivamente con benzodiazepine, senza l'utilizzo di antidepressivi.

Altro errore frequente consiste nel fatto che, nel corso di una terapia della depressione, i pazienti in mantenimento con antidepressivi da molti mesi continuano ad assumere dosaggi variabili di BDZ prescritte all'inizio della terapia.

All'inizio del trattamento l'uso di BDZ è utile per il controllo dell'ansia, per facilitare i disturbi del sonno o per aiutare a sopportare gli effetti di attivazione di alcuni farmaci antidepressivi; ciò, però, non ha più ragione d'essere nel prosieguo del trattamento.

Infatti gli effetti collaterali degli antidepressivi si riducono durante la terapia, l'ansia e i disturbi del sonno migliorano in conseguenza della riduzione della sintomatologia depressiva e l'assunzione della BDZ rimane spesso un rituale dal quale il paziente ha paura a staccarsi.

Nell'utilizzo delle benzodiazepine è opportuno seguire i seguenti criteri.

*Decisione del trattamento:* il medico deve diagnosticare un quadro clinico per il quale vi sia una reale indicazione all'uso di una BDZ e la loro maneggevolezza non ne deve giustificare l'abuso.

*Scelta della benzodiazepina:* la molecola deve essere scelta sulla base delle caratteristiche cliniche e metaboliche, in relazione al quadro da trattare.

*Dosaggi:* i dosaggi devono essere personalizzati in relazione alle caratteristiche del paziente e del quadro clinico. L'indicazione è comunque quella di adoperare i minimi dosaggi terapeutici.

*Durata del trattamento:* normalmente non dovrebbe superare le 6-8 settimane, anche in relazione alla latenza della terapia antidepressiva.

*Sospensione del trattamento:* la fase di sospensione deve essere fatta gradualmente per evitare rare, ma possibili, sindromi di rimbalzo.

*Informazioni più dettagliate sul trattamento farmacologico con gli antidepressivi sono reperibili nel primo libro della Collana di Psichiatria Divulgativa “La cura della depressione: farmaci o psicoterapia”.*