



## L'ANSIA

L'ansia rappresenta una normale reazione dell'organismo, sul piano psicologico e fisiologico, a situazioni esterne di stimolo percepite come minaccia o pericolo (**stress**), allo scopo di meglio fronteggiare tali situazioni e preservare l'incolumità (**ansia fisiologica**). Tuttavia in molte occasioni tale reazione assume caratteristiche patologiche, per intensità, durata o sproporzione con lo stimolo inducente, determinando quindi diversi gradi di sofferenza e limitazione funzionale dell'individuo. In tali casi si parla di **ansia patologica**. Questa è una delle manifestazioni di più frequente riscontro nell'osservazione clinica quotidiana, non solo in psichiatria ma in ogni area di intervento medico.

La risposta dell'organismo a condizioni esterne di stress si esplica :

- a livello psicologico-comportamentale con aumento dello stato di vigilanza e di attenzione, apprensione, stato di attesa, preoccupazione etc.
- a livello fisiologico per attivazione del sistema neurovegetativo simpatico, del sistema endocrino (asse ipotalamo-ipofisi-surreni con aumento della produzione di vari ormoni, principalmente cortisolo e catecolamine). In tal modo si spiegano le numerose manifestazioni fisiche che sempre accompagnano l'ansia sia normale che patologica.

La **sintomatologia** dell'ansia comprende:

- sintomi psichici e comportamentali: Apprensione, senso di attesa angosciata, paura, previsione di pericolo, tensione, ipervigilanza, irrequietezza, impazienza, affaticabilità, distraibilità, difficoltà a concentrarsi, disturbi della memoria, insonnia.
- sintomi fisici: talora prevalenti (**somatizzazioni**): cardiocircolatori (tachicardia, cardiopalmo, oppressione toracica), mancanza d'aria, nodo alla gola etc; vertigini e senso di disequilibrio, tremori, sudorazione, disturbi gastroenterici, minzione frequente, cefalea etc.

L'ansia patologica può rappresentare un sintomo di svariate manifestazioni internistiche (es. ipertiroidismo) o essere dovuta all'abuso o alla brusca privazione di farmaci o droghe d'abuso. In campo psichiatrico, l'ansia è presente in molteplici sindromi cliniche, dalla depressione alla psicosi schizofrenica; infine costituisce il tratto fondamentale e caratterizzante di una serie di disturbi, definiti per l'appunto **disturbi d'ansia**. Secondo il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edizione, edito a cura dell'American Psychiatric Association, che rappresenta il più accreditato criterio di classificazione dei disturbi mentali), essi sono:

1. Disturbo di panico (con o senza agorafobia)
2. Agorafobia senza storia di panico
3. Fobia specifica
4. Fobia sociale
5. Disturbo ossessivo-compulsivo
6. Disturbo post-traumatico e acuto da stress
7. Disturbo d'ansia generalizzato
8. Ansia legata a condizione medica
9. Ansia indotta da sostanze



L' **Attacco di Panico** (AP) è uno stato acuto di intensa paura e disagio caratterizzato da vari sintomi psico-sensoriali e fisici di ansia che raggiunge in brevissimo tempo un picco sintomatologico di elevata intensità e si risolve entro 60 minuti. Non è presente, o non è immediatamente percepibile, un fattore scatenante. Esso è accompagnato da una profonda angoscia fino ad un senso di morte o catastrofe imminente ed è proprio questa caratteristica che condiziona il decorso del disturbo e la sua ricorrenza (**Disturbo di panico**). Infatti ne deriva un condizionamento psicologico con paura di incorrere in nuovi attacchi (ansia anticipatoria spesso scatenata dal raffigurarsi mentale di determinate situazioni o dal trovarsi in situazioni analoghe a quelle che avevano scatenato le precedenti crisi), per cui vengono messi in atto condotte di evitamento tese (agli occhi del paziente) a ridurre la possibilità di crisi. Si può arrivare ad una marcata interferenza con la vita sociale del soggetto fino ad un quadro di **Agorafobia** che viene definita come una condizione di ansia generalizzata (non dovuta quindi ad uno stimolo specifico), legata al trovarsi in luoghi o situazioni dalle quali può essere difficile o imbarazzante allontanarsi, oppure nelle quali può non essere disponibile un soccorso in caso di necessità. Nelle forme più gravi e non trattate si può arrivare a gradi estremi di isolamento e ritiro sociale. Le caratteristiche della crisi sono tali che vengono richieste numerose prestazioni di Pronto Soccorso per escludere gravi patologie, principalmente di origine cardio-circolatoria; nelle fasi successive di decorso, il paziente farà spesso ricorso al consiglio medico a scopo rassicurativo, anche quando sarà stata chiarita la natura del disturbo e la sua non pericolosità.

La **Fobia specifica** consiste nella paura intensa e persistente scatenata da uno specifico oggetto o situazione (animali, sangue, eventi naturali, mezzi di trasporto, luoghi particolari ad es. ascensori o il trovarsi ad una certa altezza) o dalla semplice anticipazione o rappresentazione mentale dello stesso. L'esposizione alla causa scatenante viene evitata o vissuta con intensa ansia. Il soggetto riconosce che la sua paura è eccessiva ed irrazionale ma ciò non è in grado di modificare il suo comportamento. Fobie lievi o moderate sono presenti in molte persone: solo in una minoranza di casi ne deriva una significativa interferenza sulla qualità di vita del soggetto.

La **Fobia sociale** è definita come paura intensa e persistente di situazioni in cui il soggetto deve effettuare prestazioni in pubblico ed è esposto al possibile giudizio degli altri, con timore di compiere qualche atto che lo umili od imbarazzi. Ad esempio può scatenarsi ansia in occasione di qualsiasi prestazione in pubblico, od attività quotidiana in presenza di estranei come il mangiare (il soggetto può strozzarsi col cibo) o lo scrivere (il soggetto è colto da intensi tremori alle mani). Il paziente tenderà ad evitare le situazioni stressanti, con conseguente marcata interferenza con le capacità lavorative e le relazioni sociali, nonostante riconosca razionalmente che le sue paure sono eccessive.

Il **Disturbo ossessivo-compulsivo** (DOC) è caratterizzato dalla presenza di idee, pensieri senza significato o impulsi ricorrenti, involontari e intrusivi che appaiono stupidi, strani oppure cattivi od orribili (**ossessioni**), nonché dall'impulso di fare qualcosa che riduca la sofferenza causata dalle ossessioni (**compulsioni**). Le ossessioni prevalenti sono legate al timore di contaminazione, al dubbio, al timore di istinti aggressivi. L'ossessione di



contaminazione e sporcizia sarà controbilanciata dalla compulsione di ripetuti lavaggi; il dubbio (di avere o non effettuato una data azione come chiudere la serratura o il gas) da ripetuti controlli etc. Le compulsioni sono azioni ripetitive ed intenzionali messe in atto dal soggetto e possono essere afinalistiche rispetto allo scopo che vorrebbero raggiungere ed acquisiscono i tratti di veri e propri rituali ripetuti in modo stereotipato al solo fine di antagonizzare il proprio crescente disagio. Il soggetto riconosce che le proprie ossessioni non riflettono rischi reali e il suo comportamento è eccessivo ed irrazionale; egli teme la riprovazione sociale del proprio comportamento e tende a nascondere: ne risulta una marcata interferenza sulle attività del soggetto.

Il termine di **Disturbo d'ansia generalizzata** si riferisce a condizioni croniche di ansia e preoccupazione eccessive nei confronti di molteplici attività ed eventi a presentazione pressoché quotidiana per almeno sei mesi.

Il **Disturbo Post-traumatico da stress** è un disturbo in cui un evento traumatico opprimente viene rivissuto, causando paura intensa, senso di impotenza e di orrore ed evitamento degli stimoli associati al trauma. L'evento traumatico è rivissuto sotto forma di vivide immaginazioni od incubi notturni, con forte partecipazione emotiva ed ansia. La condizione di ansia legata al trauma subito non si esaurisce in poche settimane, come avviene fisiologicamente, ma si cronicizza ed è accompagnato da ansia cronica ed ottundimento delle reazioni di allarme. La condizione deve durare almeno un mese. Il **Disturbo acuto da stress** è di più breve durata, comparso entro 4 settimane dal trauma e durando da un minimo di 2 giorni ad un massimo di 4 settimane.

Inoltre è da ricordare come l'ansia compaia in svariate manifestazioni internistiche: ricordiamo gli stati di ipertiroidismo, il feocromocitoma, le condizioni di ipoglicemia. L'ansia accompagna invariabilmente gravi patologie come l'infarto miocardico e l'embolia polmonare. Infine, non si deve dimenticare né sottovalutare l'effetto ansiogeno di molti farmaci e sostanze: tra questi la caffeina e i simpaticomimetici (contenuti anche in molti prodotti da banco). Ansia viene altresì prodotta dalla non congrua sospensione di farmaci ad effetto sedativo od ipnotico e negli stati di privazione alcolica.

### ***La terapia farmacologica dell'ansia***

L'uso delle benzodiazepine nella terapia ansiolitica è stato introdotto attorno agli anni 70; il loro utilizzo è rimasto costante nell'arco degli ultimi 30 anni. Queste molecole si legano al complesso recettoriale del GABA e favorendo la capacità del neurotrasmettitore endogeno di aumentare la conduttanza dei canali del Cl e quindi iperpolarizzare le cellule nervose. In commercio esistono alcune decine di principi attivi e numerosissimi preparati farmaceutici. In generale, a seconda della loro farmacocinetica, le benzodiazepine possono essere distinte in farmaci ad azione breve (Midazolam, Triazolam), ad azione intermedia (Lorazepam, Alprazolam, Halazepam) e ad azione prolungata (Flurazepam, Diazepam). Quelle ad azione intermedia sono le più utilizzate a scopo ansiolitico. Il trattamento con benzodiazepina evoca, in genere, in un miglioramento rapido dei sintomi dell'ansia. Tuttavia, il loro uso non è



scevro da effetti indesiderati. All'assunzione di benzodiazepina possono seguire stati marcata riduzione della vigilanza e del coordinamento motorio. In alcuni casi sono stati descritti veri e propri casi di amnesia. Queste azioni indesiderate delle benzodiazepine possono avere grossa rilevanza, soprattutto in soggetti anziani (sono fra i piu' grossi consumatori di farmaci ansiolitici) nei quali possono essere causa di aumentato rischio di cadute e di incidenti domestici, perdita della capacità di guida, riduzione della performance e delle capacità cognitive. Le benzodiazepine a dosi da basse a moderate, sono spesso efficaci, sebbene un uso prolungato possa causare dipendenza fisica. Di conseguenza e se occorre, la benzodiazepina va quindi ridotta lentamente e non sospesa bruscamente.

Il trattamento con benzodiazepina può essere causa dell'insorgenza di stati depressivi anche gravi. Alla luce di queste considerazioni si evince che l'impiego di questi farmaci non è innocuo e in alcuni casi la loro efficacia è sovrastimata. Alcune forme di ansia legate a disturbi da stress post traumatico, patologie ossessivo compulsive e attacchi di panico in molti casi rispondono molto bene (anche meglio che alle benzodiazepine) al trattamento con farmaci antidepressivi inibitori della ricaptazione di serotonina (per es. sertralina e paroxetina, fluvoxamina).