

L'**ansia** è uno stato psichico, prevalentemente cosciente, di un individuo caratterizzato da una sensazione di preoccupazione o paura, più o meno intensa e duratura, che può essere connessa o meno a uno stimolo specifico immediatamente individuabile (interno o esterno) ovvero una mancata risposta di adattamento dell'organismo a una qualunque determinata e soggettiva fonte di stress per l'individuo stesso.

Indice

- 1 Caratteristiche
 - 1.1 Componenti
 - 1.2 Funzioni e disturbi
- 2 Diagnosi
 - 2.1 Diagnosi per mezzo degli esami del sangue
- 3 Disturbi d'ansia
 - 3.1 Disturbo di ansia generalizzato
 - 3.2 Disturbo di panico
 - 3.3 Fobia
 - 3.4 Disturbo ossessivo-compulsivo
- 4 Trattamento
 - 4.1 Terapia farmacologica
 - 4.2 Psicoterapia cognitivo-comportamentale
 - 4.3 Altre strategie
 - 4.4 Psicoterapia
 - 4.5 Interpretazione psicoanalitica classica
- 5 Ansia da esami
- 6 Note
- 7 Bibliografia
- 8 Altri progetti
- 9 Collegamenti esterni

Caratteristiche

L'ansia è una complessa combinazione di emozioni negative che includono paura, apprensione e preoccupazione, ed è spesso accompagnata da sensazioni fisiche come palpitazioni, dolori al petto e/o respiro corto, nausea, tremore interno. Può esistere come disturbo cerebrale primario oppure può essere associata ad altri problemi medici, inclusi altri disturbi psichiatrici. I segni somatici sono dunque un'iperattività del sistema nervoso autonomo e in generale della classica risposta del sistema simpatico di tipo "combatti o fuggi".

Si distingue dalla paura vera e propria per il fatto di essere aspecifica, vaga o derivata da un conflitto interiore.

La distinzione con il termine [angoscia](#) appartiene solo alle lingue di origine latina, infatti in [tedesco](#) il termine usato sia per ansia sia per angoscia è *Angst*.

Componenti

L'ansia sembra avere varie componenti di cui una *cognitiva*, una *somatica*, una *emotiva*, una *comportamentale* ^[1].

- La componente [cognitiva](#) comporta aspettative di un pericolo diffuso e incerto.
- Dal punto di vista somatico (o fisiologico), il corpo prepara l'organismo ad affrontare la minaccia (una reazione d'emergenza): la pressione del sangue e la frequenza cardiaca aumentano, la sudorazione aumenta, il flusso sanguigno verso i più importanti gruppi muscolari aumenta e le funzioni del sistema immunitario e quello digestivo diminuiscono. Esternamente i segni somatici dell'ansia possono includere pallore della pelle, sudore, tremore e dilatazione pupillare.
- Dal punto di vista [emotivo](#), l'ansia causa un senso di terrore o panico, nausea e brividi.
- Dal punto di vista [comportamentale](#), si possono presentare sia comportamenti volontari sia involontari, diretti alla fuga o all'evitare la fonte dell'ansia. Questi comportamenti sono frequenti e spesso non-adattivi, dal momento che sono i più estremi nei disturbi d'ansia. In ogni caso l'ansia non sempre è patologica o non-adattiva: è un'emozione comune come la paura, la [rabbia](#), la [tristezza](#) e la [felicità](#), ed è una funzione importante in relazione alla sopravvivenza.

Funzioni e disturbi

Si pensa che i circuiti neurali che coinvolgono l'[amigdala](#) e l'[ippocampo](#) soggiacciano all'ansia ^[2]. Quando i soggetti vengono sottoposti a stimoli spiacevoli e potenzialmente dannosi come odori o gusti ripugnanti, le scansioni [PET](#) eseguite su di loro mostrano flussi sanguigni aumentati nell'amigdala ^[3]. In questi studi, i partecipanti riportarono anche un'ansia moderata. Questo potrebbe indicare che l'ansia sia un meccanismo protettivo progettato per prevenire comportamenti potenzialmente dannosi per l'organismo come nutrirsi di cibo avariato.

Se invece l'ansia ricorre cronicamente e ha un forte impatto sulla vita di una persona si può allora diagnosticare un [disturbo d'ansia](#). I più comuni sono il disturbo d'ansia generalizzata (DAG), il [disturbo di panico](#) (DP), la [fobia sociale](#), le [fobie](#) specifiche, il [disturbo ossessivo-compulsivo](#) (DOC) e il [disturbo post traumatico da stress](#) (DPTS).

Diagnosi[[modifica](#) | [modifica sorgente](#)]

Una buona [anamnesi](#) e una visita medica sono essenziali per la diagnosi iniziale di qualunque disturbo d'ansia per poter escludere qualunque condizione medica trattabile che potrebbe provocare gli stessi sintomi dell'ansia. Una storia familiare di disturbi d'ansia o altre malattie psichiatriche rafforza la probabilità di un disturbo d'ansia. Siccome vi è una forte associazione dell'ansia con altri [problemi psichiatrici](#), compresi l'abuso di sostanze e la [depressione](#), la visita medica dovrebbe comprendere il controllo della presenza di uso di [droghe](#) iniettate intravena e precedenti episodi di [diautolesionismo](#).

Diagnosi per mezzo degli esami del sangue

Nel 2005 un'équipe di ricercatori dell'Hebrew University di [Gerusalemme](#) sviluppò un metodo per valutare i disturbi d'ansia con un esame del sangue. Il gruppo, guidato dal professor Hermona Soreg, decano della facoltà di Scienze alla Hebrew University, creò un indice che calcolava i livelli ottimali di [AChE](#), [BChE](#) e [PON](#) in rapporto all'età, alla [BMI](#) e altri fattori rilevanti ^[senza fonte].

Disturbi d'ansia[[modifica](#) | [modifica sorgente](#)]

Disturbo di ansia generalizzato

Il [disturbo d'ansia generalizzato](#) è un disturbo cronico comune che interessa due donne per ogni uomo colpito e può portare a una menomazione considerevole ^[4]. Come implica il nome, il disturbo di ansia generalizzato è caratterizzato da una ansia durevole che non è concentrata su un particolare oggetto o situazione. In altre parole è aspecifica o fluttuante. Le persone che hanno questo disturbo si sentono di temere qualcosa ma sono incapaci di esprimere specificatamente di che paura si tratti. Temono costantemente e trovano molto difficile controllare le loro preoccupazioni. A causa della tensione muscolare persistente e le reazioni autonome alla paura, possono sviluppare emicrania, palpitazioni, vertigini e insonnia. Questi disturbi fisici, combinati alla intensa ansia di lunga durata, rendono difficile il compito di affrontare le normali attività quotidiane.

Disturbo di panico



Per approfondire, vedi [Attacchi di panico](#).

Con il disturbo di panico, una persona soffre di brevi attacchi di terrore e apprensione intensi che causano tremore e scosse, vertigini e difficoltà respiratorie. Chi è spesso colpito da improvvisi accessi di ansia intensa potrebbe essere afflitto da questo disturbo. L'APA, cioè [American Psychiatric Association](#) (2000), definisce l'attacco di panico come una paura o disagio che incomincia bruscamente e ha il suo picco in 10 minuti o meno.

Sebbene gli attacchi di panico qualche volta sembrano emergere dal nulla, generalmente capitano dopo esperienze spaventose, stress prolungato o perfino dopo esercizio fisico. Molte persone che hanno attacchi di panico (specialmente il primo) pensano di avere avuto un attacco di cuore e spesso finiscono dal loro medico o al pronto soccorso. Perfino se tutti gli esami risultano nella norma, le persone si preoccupano ancora, con le manifestazioni fisiche dell'ansia che da sole rinforzano il loro timore che ci sia qualcosa che non vada per il verso giusto nel corpo. La consapevolezza estrema di qualunque piccola cosa che capita o che cambia nel corpo può produrre dei momenti stressanti.

I normali cambiamenti nella frequenza cardiaca, come quando si sale una rampa di scale verrà notata da un paziente di disturbo di panico e lo porterà a pensare che qualcosa non va con il cuore o che sta per avere un altro attacco di panico. Qualcuno comincia a preoccuparsi eccessivamente e lascia perfino il lavoro o si rifiuta di uscire di casa. Il disturbo di panico può essere diagnosticato quando diversi attacchi apparentemente spontanei portano l'individuo a essere preoccupato sui futuri attacchi. Una complicazione comune del disturbo di panico è l'[agorafobia](#), ansia riguardo l'essere in una situazione da cui la via d'uscita è difficile o imbarazzante ^[5]. Altre fobie di larga diffusione sono la [claustrofobia](#), ossia la paura dei luoghi e delle situazioni chiuse, e l'[ipocondria](#), la paura di ammalarsi e/o di morire.

Fobia[[modifica](#) | [modifica sorgente](#)]

 Per approfondire, vedi [Fobia](#).

Questa categoria riguarda una forte e irrazionale paura ed evitamento di un oggetto o situazione. La persona sa che la paura è irrazionale tuttavia l'ansia rimane. Il disturbo fobico differisce dal disturbo di ansia generalizzata e dal disturbo da panico perché vi è uno stimolo o situazione specifici che elicitano una forte risposta di paura. Si immagina come ci si sentirebbe a essere talmente spaventati da un ragno da tentare di saltare fuori da un'auto in corsa per fuggire via da esso. Questo mostra cosa potrebbe sentire una persona che soffre di una fobia.

Le persone che hanno una fobia, hanno anche un'immaginazione particolarmente potente, tanto che anticipano vividamente conseguenze terrificanti nel caso in cui incontrassero oggetti come coltelli, ponti, sangue, posti chiusi o certi animali. Questi individui riconoscono che le loro paure sono eccessive e irragionevoli ma sono generalmente incapaci di controllare la loro ansia. Oltre alle fobie specifiche, come la paura dei coltelli, ratti o ragni, vi è un altro tipo di fobia, conosciuta con il nome di fobia sociale. Gli individui con questo disturbo sperimentano una paura intensa di essere valutati negativamente dagli altri o di essere imbarazzati in pubblico a causa di atti impulsivi.

Quasi tutti sperimentano la "paura del palcoscenico" quando parlano o si esibiscono di fronte a un gruppo. Ma le persone che soffrono di fobia sociale diventano così ansiosi che la performance è fuori questione. Di fatto, la loro paura del giudizio pubblico e la potenziale umiliazione diventa così pervasiva che la vita normale è impossibile ^[6]. Un'altra forma di [fobia sociale](#) è la "[timidezza d'amore](#)" o "ansia da prestazione" che colpisce alcuni uomini. Le persone colpite si trovano incapaci di cominciare una relazione intima adulta ^[7].

Disturbo ossessivo-compulsivo

Per approfondire, vedi [Disturbo ossessivo-compulsivo](#).

Il disturbo ossessivo-compulsivo è un disturbo d'ansia caratterizzato da ossessioni e/o compulsioni. Le ossessioni sono pensieri o immagini angoscianti e ripetitivi che l'individuo spesso considera essere senza senso. Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi che la persona si sente costretta a compiere per alleviare l'ansia. Un esempio sarebbe l'ossessione di pulizia estrema e la paura di contaminazione che può portare alla compulsione di lavarsi le mani centinaia di volte al giorno. Un altro esempio può essere l'ossessione che la propria porta sia non chiusa a chiave, che può portare al costante controllare e ricontrollare le porte.

Trattamento[[modifica](#) | [modifica sorgente](#)]

La terapia d'elezione per l'ansia consiste nella prescrizione di farmaci ansiolitici e/o [psicoterapia](#) breve basata su tecniche cognitive e comportamentali. Una combinazione delle due può essere più efficace di una delle due presa da sola. Nondimeno, essendo l'ansia la manifestazione emergente di conflitti psicologici più o meno consapevoli, la psicoterapia d'elezione può essere una psicoterapia che indagherà tali conflitti e li metterà sotto il controllo della coscienza. In questo senso si mostrano particolarmente adeguate le [psicoterapie psicodinamiche](#).

Terapia farmacologica

I sintomi acuti dell'ansia sono spesso controllati con farmaci [ansiolitici](#) come le [benzodiazepine](#). Il [diazepam](#) (valium) era uno dei primi farmaci di questo tipo. Oggi vediamo una vasta serie di farmaci anti-ansia che sono basati su [benzodiazepine](#), sebbene solo due sono state approvate per gli attacchi di panico, Klonopin e Xanax. Tutte le benzodiazepine provocano assuefazione e l'uso prolungato dovrebbe essere attentamente monitorato da un medico. È molto importante che una volta messo a regime l'uso regolare di benzodiazepine, l'utente non interrompa la cura bruscamente.

Alcuni dei [SSRI](#) (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) sono stati usati con vari gradi di successo per curare pazienti che hanno ansia cronica, i migliori risultati si sono visti con quelli che esibiscono sintomi di depressione clinica e contemporaneamente un disturbo di ansia generalizzata. I [beta-bloccanti](#) vengono anche usati per curare i sintomi somatici associati con l'ansia, specialmente l'insicurezza della "paura del palcoscenico".

Molti studiosi credono che le benzodiazepine e altri farmaci anti-ansia siano eccessivamente prescritti e portino potenzialmente assuefazione. Il fatto che la classe delle benzodiazepine porti dipendenza diventò chiaro nella metà degli [anni sessanta](#), quando il [Valium](#) (diazepam, la prima benzodiazepina approvata dalla [Food and Drug Administration](#)), portò rapidamente migliaia di persone a sviluppare i sintomi classici della dipendenza quando veniva usato costantemente per più di una settimana o due.

Psicoterapia cognitivo-comportamentale

La [psicoterapia cognitivo-comportamentale](#) è una delle più diffuse psicoterapie fra le psicoterapie brevi per la cura dell'ansia. L'obiettivo del terapeuta cognitivo-comportamentale è di ridurre il comportamento di evitamento e aiutare il paziente a sviluppare abilità di coping (fronteggiare le situazioni). Questo può comportare:

- Sfidare credenze false o auto-lesionistiche
- Sviluppare la sostituzione di pensieri negativi
- Desensibilizzazione sistematica (usata principalmente per l'agorafobia e le fobie specifiche)
- Fornire conoscenza al paziente che lo aiuterà a fronteggiare le situazioni (per esempio se qualcuno soffre di attacchi di panico, gioverà l'informazione che le palpitazioni in sé stesse, anche se rapide e prolungate sono del tutto innocue).

Bisognerebbe notare che, al contrario delle prescrizioni mediche, l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale dipende da vari fattori soggettivi come la competenza del terapeuta. Oltre alla terapia convenzionale, vi sono dei programmi cognitivo-comportamentali che i pazienti possono svolgere a casa come parte della loro cura.

Altre strategie

Una varietà di integratori e farmaci senza ricetta sono anche usati per le loro presunte proprietà ansiolitiche, anche se vi sono poche prove che sostengono queste affermazioni. Alcuni ritengono che certe erbe abbiano principi attivi che svolgono funzione ansiolitica, quali la radice di [valeriana](#) o la [camomilla](#).

Alcune attenzioni a sé stessi e le tecniche di rilassamento giocano un ruolo importante nell'alleviare i sintomi dell'ansia. Per esempio:

- Una [dieta](#) appropriata – Questo comprende la riduzione del consumo di caffeina, zucchero e, in generale, un miglioramento delle abitudini alimentari. La riduzione della caffeina dovrebbe essere graduale. Alcuni che soffrono di ansia riferiscono riduzioni

considerevoli nella loro ansia semplicemente prendendo queste misure.

- Consapevolezza corporea - Riuscire a cogliere, interpretare e gestire le modifiche fisiologiche dell'organismo, attraverso un training appropriato e migliorando la relazione mente-corpo-emozioni con la [Terapia Bioenergetica](#).
- Esercizio fisico – Si pensa che un po' di esercizio allevi lo stress. Chi soffre d'ansia dovrebbe notare che le palpitazioni di cuore durante l'esercizio fisico possono scatenare un attacco di panico quindi, probabilmente, è meglio sviluppare gradualmente un esercizio di routine all'interno di un programma cognitivo-comportamentale.
- Ridere
- Tecniche di respirazione.
- Sonno appropriato.
- Tecniche di rilassamento – Uno stato di rilassamento può essere raggiunto con l'aiuto di registrazioni di auto-ipnosi, training autogeno, yoga, meditazione. Ci sono una serie di libri specializzati nella gestione dello stress.
- Gestione dello stress – Questo può comportare cambiamenti nello stile di vita e nella gestione del tempo. Ci sono un numero di libri specializzati nello stress management.
- Strategie per affrontare gli attacchi di panico. Strategie specifiche per trattare con gli attacchi di panico, come una tecnica di respirazione adatta.
- Gruppi di auto-mutuo aiuto (AMA): si basano sul modello dei gruppi alcolisti anonimi di matrice americana, con l'incontro di persone sofferenti lo stesso disagio in un luogo neutro con cadenza settimanale. Studi scientifici dimostrano che la dinamica di gruppo può sviluppare, grazie al confronto tra soggetti che si riconoscono nella identica situazione di sofferenza, un miglioramento dei sintomi e dei malesseri. Anche in Italia vi sono associazioni che hanno sviluppato le tecniche terapeutiche dell'auto mutuo aiuto (AMA) nel settore dell'ansia e dei disagi psichici correlati come agorafobia, attacchi di panico, ecc.
- La ricerca del significato e dello scopo – L'ansia generalizzata residua può essere il risultato di una specie di noia dell'esistenza. Alcuni studi raccomandano di cercare un'occupazione che il paziente trovi significativa.

Le [bevande alcoliche](#) sono probabilmente le sostanze più usate per i tentativi di autoalleviamento dell'ansia, ma con importanti conseguenze negative. Coloro i quali soffrono d'ansia devono infatti essere messi in guardia sul fatto che l'alcol è anche un potente depressivo, e crea una pletera di effetti collaterali gravi e pericolosi, oltre a provocare assuefazione e dipendenza.

Psicoterapia

È stato dimostrato che la [psicoterapia](#) è più efficace di ogni altro tipo di terapia da sola nell'alleviare i disturbi dell'ansia e ridurre le sue conseguenze sull'organismo.

Le psicoterapie possibili sono diverse, per esempio:

1. [Psicoterapia della Gestalt](#)
2. Psicoterapia Corporea e Analisi Bioenergetica
3. [Psicoterapia ericksoniana](#)
4. [Psicoterapia cognitivo-comportamentale](#)
5. [Psicoanalisi](#) o altri tipi di terapia psicodinamica
6. Psicoterapia sistemico-relazionale
7. Psicoterapia Umanistica e Transpersonale

Interpretazione psicoanalitica classica

Secondo l'interpretazione [psicoanalitica](#) classica di stampo pulsionalista, l'ansia viene definita un "sintomo-segnale", intorno al quale si struttura il conflitto nevrotico caratterizzato dalla presenza di [pulsioni](#) e [affetti](#) che vorrebbero essere soddisfatti, ma che sono contrastati dai meccanismi di difesa dell'[Io](#). Le pulsioni sono vissute come proibite e quindi ritenute pericolose. L'ansia è il segnale di pericolo avvertito dall'[Io](#), e i sintomi equivalgono sia al tentativo di rinnegamento del desiderio proibito sia a un suo mascherato progetto di realizzazione. Il soggetto spesso ignora il contenuto delle pulsioni rimosse, ed è quindi indotto a trasferire fuori dal suo [Sé](#) psichico, e quindi nel mondo esterno o nel corpo fisico, ciò che invece investe il suo mondo psichico.

Ansia da esami

L'ansia da esami è l'inquietudine, l'apprensione o il nervosismo sentito dagli studenti che hanno paura di fallire un [esame](#). Gli studenti che soffrono ansia da esami possono provare: l'associazione tra i voti e il valore personale, essere imbarazzati da un insegnante, frequentare una classe che supera le proprie possibilità, la paura dell'alienazione da parenti o amici, la pressione del tempo o la sensazione di perdita di controllo. Nell'ansia possono essere presenti componenti emotive, cognitive, comportamentali e fisiche. Sono comuni sudorazione, vertigini, emicrania, tachicardia, nausea, giocherellare nervosamente e tamburellare su un piano. Un livello di attivazione ottimale è necessario per completare al meglio un compito come un esame; comunque, quando l'ansia o il livello di attivazione eccede quello ottimale, il risultato è un declino della performance.

Note

1. [^](#) Seligman, Walker & Rosenhan, 2001
2. [^](#) Rosen & Schulkin, 1998

3. [^](#) Zald & Pardo, 1997; Zald, Hagen & Pardo, 2002
 4. [^](#) Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996, 1997
 5. [^](#) Craske, 2000; Gorman, 2000
 6. [^](#) den Boer 2000; Margolis & Swartz, 2001
 7. [^](#) Gilmartin 1987
-

- Borgna, E. "Le figure dell'ansia", Feltrinelli, Milano 1997.
- Bourne, E. J. *Anxiety and phobia workbook*
- Rosen, J.B. & Schulkin, J. (1998): *From normal fear to pathological anxiety* - Psychological Review. 1998: 105(2); 325-350.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F. & Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal psychology*, (4th ed.) New York: W.W. Norton & Company, Inc. 2001.
- Zald, D.H., Hagen, M.C. & Pardo, J.V. (2002). *Neural correlates of tasting concentrated quinine and sugar solutions* - J. Neurophysiol. 87(2), 1068-75.
- Zald, D.H. & Pardo, J.V. (1997). *Emotion, olfaction, and the human amygdala: amygdala activation during aversive olfactory stimulation* - Proc Nat'l Acad Sci USA. 94(8), 4119-24.