

L'ANSIA, TENSIONE DELLA PSICHE: UN'ESPERIENZA DIDATTICA

Premessa

E' del tutto impossibile, oggi, raggiungere un'intesa globale tra gli Studiosi, sulla definizione dell'ansia; ciascuno la descrive con parole proprie e concetti più o meno personalistici, anche se condivisibili, in quanto è avvertita e vissuta in *modo assolutamente soggettivo*. Ogni individuo è un *pezzo esclusivo ed irripetibile della natura*; è ovvio che un sintomo così diffuso (nessuno vi si sottrae) sia descritto con sfumature verbali sempre diverse e spiegato agli altri dopo averlo ri-letto all'interno del *sé totale*; l'obiettività è valutata dalla coscienza con vari passaggi sequenziali attraverso l'intelligenza, la personalità, le esperienze, la cultura, la capacità comunicativa, uso del linguaggio, stato di salute, epoca nella quale si vive ed altro ancora; e poi, subisce un ulteriore rimodellamento da parte delle strutture cerebrali preposte alla scrittura e ai processi di verbalizzazione. Superato questo ostacolo, diventa assai più agevole disquisire su: **Livelli, peso/gravità, conseguenze, comorbidità, terapia dell'ansia**. Il XX Congresso Nazionale della SIMP (Società Italiana di Medicina Psicosomatica), tra il 20 ed il 23 di Ottobre 2005 (1), vede riuniti in Verona una moltitudine di Esperti e, di certo, aggiungerà conoscenze, esperienze e nuove definizioni; poiché questa relazione sarà esposta in quel contesto, per la specifica bibliografia si rimanda agli Atti che verranno editati subito dopo l'Evento. Tuttavia, come testo di riferimento all'atto della stesura, si cita il DSM - IV -TR , paragrafi F40, F41, F42 ed F43 (2), per quanto concerne la descrizione nosografia dei **disturbi d'ansia** richiamando qui, brevemente, i concetti sottesi alla *sensazione soggettiva di insensibilità, distacco, assenza di reattività, riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante, amnesia dissociativa, difficoltà nel controllare la preoccupazione, irrequietezza, facile affaticabilità, irritabilità, tensione, alterazione del sonno*, tutti sintomi che compromettono in maniera significativa **la qualità di vita individuale**.

L'idea didattica

Il 12 Aprile 2003, nell'ultima parte di una lezione sulla Medicina Psicosomatica, presso la SPPIE (Scuola di Psicoterapia Psicosintetica ed Ipnosi Ericksoniana) "H. Bernheim" di Verona, tenuta per gli Allievi del I° Anno del Corso quadriennale di Specializzazione, presenti 11/14 iscritti, viene proposta una *esercitazione/lavoro di gruppo*, con il duplice scopo di comprendere il livello di cultura di base dei Corsisti, e di ricercare, se possibile, *orizzonti nuovi* durante la successiva discussione.

Gli allievi vengono invitati a dividersi in due gruppi e ad elaborare insieme, in 10 minuti circa, una definizione condivisa sull' "**ANSIA**"; quindi, i due Rappresentanti nominati da ciascun gruppo, in 5 minuti circa, dovranno raggiungere l'accordo su una definizione unica.

Testo proposto dal Gruppo A:

"L'ansia è uno stato psico-fisico caratterizzato da una preoccupazione persistente non necessariamente determinata da fatti sufficienti a creare tale stato o in assenza di motivi evidenti.

Si associa a manifestazioni fisiche quali tachicardia, sudorazione, tremore e può anche essere concausa di disturbi psicosomatici.

Lo stato mentale è focalizzato sulla propria condizione fisica ed emotiva con alterazione dell'attenzione verso l'ambiente circostante”.

Testo proposto dal Gruppo B:

“L’ansia è una reazione fisica e comportamentale che segue all’avvertimento di un pericolo non manifesto.

L’intensità con cui si manifesta può essere più o meno funzionale ad affrontare una data situazione: Parliamo infatti di ansia fisiologica, sana che permette di superare le difficoltà della quotidianità e, viceversa, un’ansia patologica quando, per l’intensità eccessiva oppure per una cronicizzazione vengono assorbite in questo processo quantità energetiche tali da compromettere il normale funzionamento dell’attività lavorativa e sociale”.

Testo conclusivo:

“L’ansia è uno stato psicofisico caratterizzato da una preoccupazione persistente e dall’avvertimento di un pericolo non necessariamente determinato da fatti sufficienti a creare tale stato. Si manifesta con alterazioni fisiche quali tachicardia, sudorazione, tremore, alterazione del sonno.

Lo stato mentale è focalizzato sulla propria condizione fisica ed emotiva con alterazione dell’attenzione verso l’ambiente circostante.

Quando l’ansia non è più funzionale a superare le difficoltà della quotidianità per un livello troppo elevato o per la cronicizzazione, viene ad assorbire quantità energetiche tali, da compromettere il normale funzionamento delle attività lavorative e sociali dell’individuo”.

Il punto di vista del docente

Anzitutto, si complimenta con gli allievi e richiama una definizione presa dal vecchio trattato di Psichiatria di Romolo Rossini – Cappelli Editore 1969 – pag. 142 **“L’ansietà è priva di contenuto, anideica, libera e fluttuante, come nella nevrosi d’ansia; oppure a contenuto immaginario come nelle psicosi, nella ipocondria, nelle fobie (V. Porta)”**; mentre **“L’angoscia (che spesso va di pari passo con un sentimento di colpa) esprime sempre il timore dell’annientamento del proprio corpo o della propria personalità, della disintegrazione dell’unità dell’io, della dissoluzione di sé (May; Cazzullo)”**.

Espone quindi il suo punto di vista personale, paragonando l’ansia alla pressione arteriosa; il pz è come **in attesa preoccupata di un evento sfavorevole, che forse mai si verificherà**; quella non patologica è assimilabile al valore pressorio intorno a 120/80; mentre la più grave, **l’attacco di panico**, è assimilabile a valori superiori ai 200/120, con in mezzo un notevole numero di forme intermedie, tutte degne della massima considerazione. Al di sotto dell’*ansia fisiologica*, esistono quegli stati di apatia – abulia più o meno accentuati. Attenzione ancora all’**ansia ipocondriaca** in quanto il pz avverte il timore di una grave infermità, ripiegato su sé stesso, e chiuso ad ogni prospettiva; il corpo viene vissuto come minacciato, in toto o in parte. Restringe il suo orizzonte esistenziale esclusivamente al soma, distaccandosi dall’ambiente circostante; non sembra interessato ad altro che ad ogni minima variazione dei suoi parametri vitali più noti, temperatura, battito cardiaco, ritmo del respiro, durata del sonno e della veglia, etc.

A conclusione della lezione, la centratura delle definizioni elaborate, collegialmente dal Gruppo, sollecita una riflessione su almeno i seguenti tre punti:

- I) l'ottima preparazione di base degli allievi;
- II) la percezione dell'ansia nell'intimo di ogni persona;
- III) il comportamento dell'ansia in ambito psichico, simile alla P.A. e/o alla temperatura corporea, quale manifestazione singola o in comorbidità di altre patologie della mente.

Libere considerazioni degli allievi (sulla metodica "Attività di gruppo")

- E' un lavoro faticoso;
- L'elaborazione del passato assume talvolta *il colore* della scarsa importanza e comunque è suscettibile di essere facilmente dimenticata;
- Il lavoro di gruppo, a volte è impegnativo ed a volte anche *fastidioso*;
- Si registra spesso una certa *difficoltà di concentrazione* sull'argomento/oggetto del lavoro; emergono conflittualità tra i Colleghi, più o meno latenti, con qualche episodio tipo *mobbing*; la gestione complessiva risulta difficile;
- E' una bella esperienza poter esprimere una propria idea in risposta ad uno stimolo e liberare così anche *emozioni aggressive*;
- Può avere il difetto di evocare un certo *sapore scolastico*;
- Nei gruppi si ricompongono le *figure di riferimento*: Padre – madre – fratelli – consiglieri;
- L'esperienza più difficile: *come concentrarsi sul bisogno reale dell'ipotetico pz*;
- Parole-chiave: *Volontà/tenacia/motivazioni/solo/anche...*

Riflessioni

Un'allieva, più degli altri, ha contribuito ad anticipare il *punto di vista del docente*, testimoniando su sé stessa alcuni vissuti di abulia, apatia, stanchezza, ipersonnia, facile esauribilità, svogliatezza anche nell'alimentarsi; quando è riuscita a superare le difficoltà di quei momenti, le è ricomparso il *piacere di vivere* e con esso un po' di ansia; è stata proprio lei a patrocinare nel Gruppo B) la sottolineatura sull'"ansia fisiologica". In altre parole, accettando questa tesi, tre potrebbero essere i gruppi di suddivisione nosografica:

- **Totale mancanza di ansia**
 - **Ansia "fisiologica"**
- **Stato franco di ansia (acuta, cronica, riacutizzata)**

La prima e la terza evidenziano una situazione di sofferenza reale, con caratteristiche sintomatologiche molto diverse tra loro. All'interno dei tre livelli è assai difficile ipotizzare una *linea netta di confine*. La difficoltà sta nel saper **cogliere**, il più precocemente possibile, gli **elementi clinici** alla base di uno stato patologico vero e saper **escludere** tutta quella parte di ansia, che fa quasi da *motore* o, più semplicemente, da *volano* al vivere quotidiano e, mai, dovrebbe essere trattata dagli Operatori Sanitari, se non si vuol correre il rischio di trasformare un individuo sano in uno malato.

Conclusioni

Se dalla Comunità Scientifica viene accettato per l'**ansia** l'appellativo di **tensione della psiche**, analogamente alla pressione arteriosa, intesa come misura della forza vitale impressa dal cuore alla massa sanguigna all'interno dell'albero circolatorio in funzione delle resistenze periferiche, ne deriva di conseguenza una diversa modalità di approccio da tenere nei confronti del pz.

Lo stato di normalità della pressione arteriosa, come tutti sanno, oscilla all'interno di un range ricompreso tra i 105/65 e i 140-150/90-95 mm di Hg, a seconda del soggetto, sesso, abitudini di vita, comorbidità, attività ed età. L'attenzione clinica si incentra principalmente in prossimità delle due linee di demarcazione, sia superiore che inferiore. Qualsiasi interventismo in *zona di normalità* risulterebbe dannoso.

Analogamente, anche sul versante della psiche, dovrebbe valere lo stesso orientamento clinico. Per raggiungere lo scopo, occorre saper utilizzare protocolli efficaci ed efficienti miranti ad una diagnosi di certezza, specie nei pressi delle *linee di confine* tra un livello e l'altro dei tre stati di ansia appena sopra ipotizzati; per restare nel paragone, è un vero peccato che non sia stato ancora inventato, per la psiche, uno strumento semplice e preciso come lo sfigmomanometro di Riva – Rocci!

Si impone, infine, una riflessione sull'uso così diffuso di ansiolitici nei Paesi maggiormente sviluppati; l'obbligo di esibire in Farmacia la ricetta è già un buon deterrente contro la faciloneria del "*metodo fai da te*" o delle *richieste indotte*; ma la Classe Medica sta realmente facendo tutto quanto è in suo potere e dovere per ripensare il proprio comportamento prescrittivo, al fine di limitare il rilascio di ricette per farmaci ansiolitici solo nei casi di effettivo bisogno? Per concludere, se si è di fronte ad una situazione di "*totale mancanza di ansia*", vi è una chiara contro-indicazione al loro utilizzo; se l'ansia è *fisiologica* e se ne ha la certezza diagnostica, un buon rapporto interpersonale tra Medico e pz. raggiungerebbe ugualmente il risultato atteso evitando, al tempo stesso, la sempre incauta esposizione agli effetti collaterali del farmaco.

Bibliografia

- 1) Atti del XX Congresso Simp di Verona 21 – 23 ottobre 2005
- 2) DSM – IV – TR - Ed. Masson – dicembre 2003
- 3) Romolo Rossini, Trattato di Psichiatria, 1969, Ed. Cappelli, pag. 142