

Dipartimento di Salute Mentale Sud Novara – Galliate
Direttore : Dott. Domenico Nano

Centro di Salute Mentale - Novara v.le Roma n:° 7 Tel. 0321 – 374111 – 374386 – 374328 Fax. 0321 – 37435
Centro di Salute Mentale - Galliate via Varzi n:° 21 Tel. 0321 – 805220 – 805245 Fax. 0321 - 805247

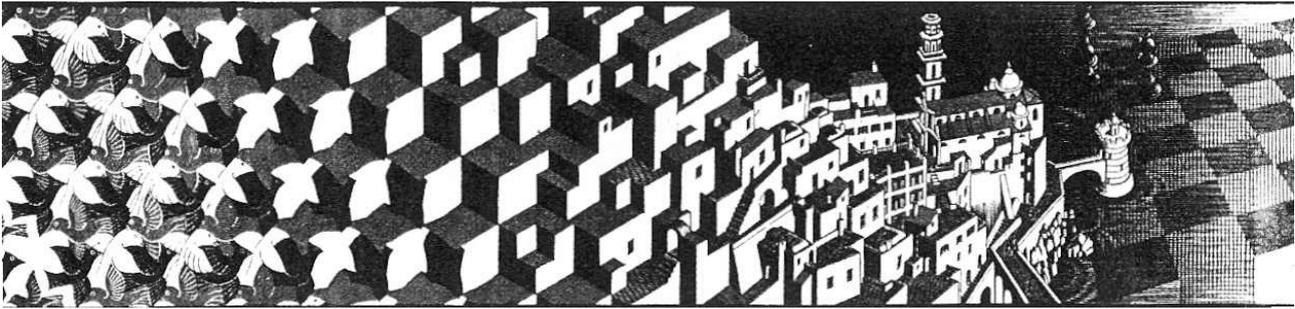


I DISTURBI D'ANSIA

32 domande per capirli, prevenirli, curarli

a cura di Domenico Nano*

***Direttore Dipartimento di Salute Mentale sud Novara, Psicoanalista SPI**



1) Che cos'è l'ansia?

L'ansia è uno stato d'animo complesso, avvertito dal soggetto come una sensazione di penosa aspettativa di pericolo imminente, vissuta in una condizione di impotenza, senza che necessariamente vi sia un oggetto reale a provocarla.

2) Si può differenziare l'ansia dalla paura?

Paura ed ansia sono segnali di allarme in quanto avvertono di un pericolo e consentono così alla persona di adottare misure idonee ad affrontarlo.

Anche se la distinzione può essere difficile, generalmente si dice che la paura si manifesta in risposta ad una minaccia che è conosciuta, esterna, definita o comunque non conflittuale in origine, mentre l'ansia nasce di fronte ad una minaccia che è sconosciuta, interna, vaga o conflittuale in origine.

3) L'ansia può avere dunque anche un'importanza particolare per la vita mentale dell'uomo?

Come nel caso della paura, la funzione di segnale di pericolo dell'ansia (si tratta in questo caso di un'ansia attenuata, ben diversa dal panico) non ha assolutamente nulla di patologico, ma al contrario è una parte indispensabile nella vita mentale e nella crescita dell'uomo: senza quest'ansia – che definiamo appunto segnale di pericolo – l'uomo sarebbe alla mercé di ogni impulso proveniente dalle parti più profonde, inconsce, della mente.

Tale ansia attenuata, tale segnale di pericolo, attiva in ciascuno di noi meccanismi psicologici di difesa che si manifestano come adattamenti sani e creativi cui si ricorre per evitare o comunque gestire sentimenti intensi e minacciosi, nello sforzo di mantenere l'autostima ed un senso di sé forte e coerente.



4) A volte però qualcosa non funziona?

A volte può accadere che il segnale d'ansia, il segnale di pericolo, non riesca ad attivare adeguatamente queste risorse difensive dell'lo: in questo caso l'ansia diventa più intensa e persistente, cosicché quella che inizialmente era una modesta ansia di segnalazione – con un preciso significato adattivo – si trasforma in un'opprimente sensazione di apprensione, manifestazione sintomatica di un conflitto nevrotico.

5) Quali sono i sintomi che caratterizzano l'ansia?

Schematicamente si possono distinguere:

- sintomi somatici
- sintomi psichici

6) Incominciamo dai somatici, cioè dai sintomi del corpo.

Generalmente sono proprio questi che il paziente mette in primo piano quando descrive l'ansia.

I più frequenti sono i disturbi cardiaci come tachicardia (= aumento della frequenza cardiaca oltre i valori normali), extrasistoli (= battiti irregolari del cuore) e dolore acuto in sede precordiale, in corrispondenza cioè della parete toracica posta anteriormente al cuore.

I disturbi respiratori sono caratterizzati invece dall'aumento della frequenza respiratoria e dalla sensazione di non immettere sufficiente aria nei polmoni, cioè da un respiro frequente che si arresta e che non si completa.

I sintomi gastro-intestinali sono: "bolo esofageo" (= sensazione di nodo alla gola con impressione di soffocamento), spasmi gastro-intestinali dolorosi, nausea, vomito, diarrea, secchezza della bocca, tenesmo (= contrazione involontaria dolorosa dello sfintere anale).

Altri sintomi somatici di frequente riscontro sono quelli a carico delle vie urinarie, come poliuria (= eccessiva eliminazione di urina), quelli che interessano l'apparato neuromuscolare, come tremore, spasmi, cefalea ed infine i sintomi a carico degli organi sensitivo sensoriali, come ronzii auricolari, mosche volanti, sensazione di puntura di spilli, visione offuscata.

Si possono riscontrare anche alterazioni del ritmo del sonno, soprattutto difficoltà ad addormentarsi con presenza di sogni angosciosi.

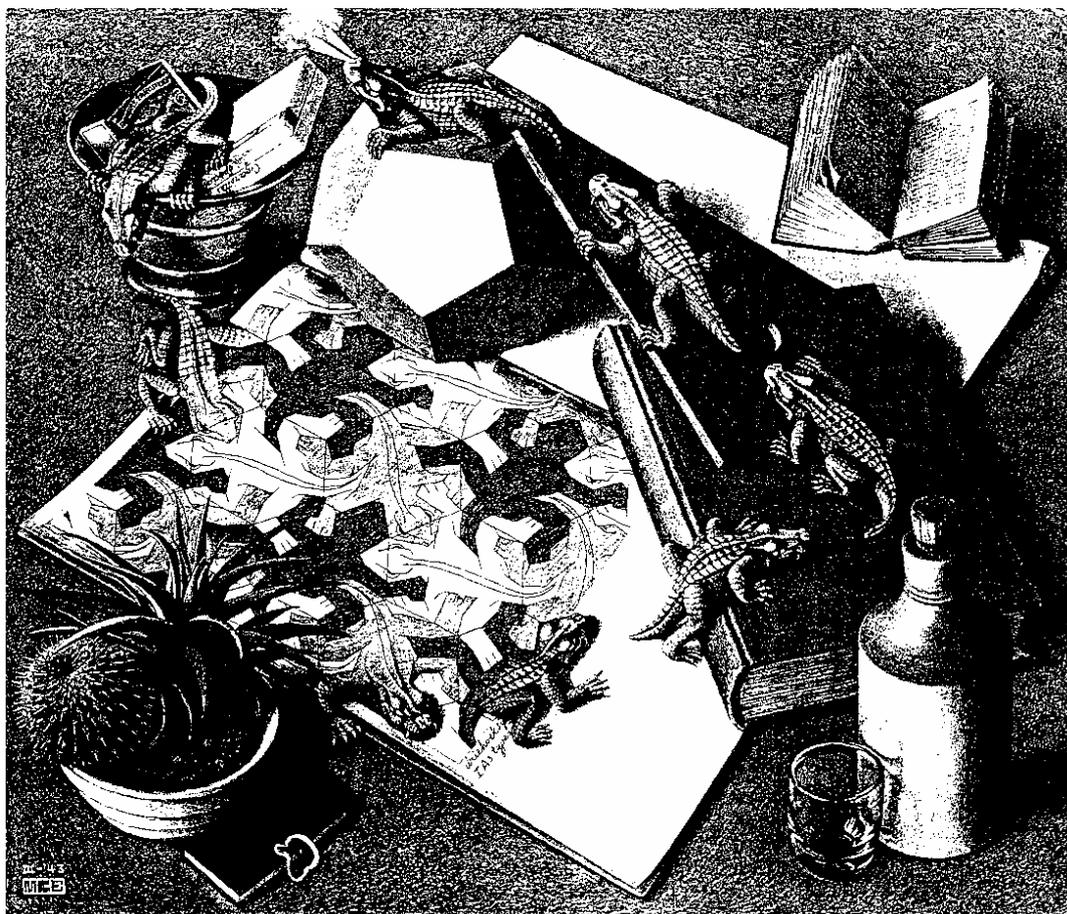
7) Strettamente correlati ai sintomi somatici si presentano i sintomi psichici. Quali sono i più frequenti?

I sintomi psichici più frequenti nei disturbi d'ansia sono: difficoltà a concentrarsi, sensazione di affaticamento, paura di impazzire, di morire, di perdere il controllo, insicurezza, dubbi, difficoltà a prendere decisioni.

8) Tra i disturbi d'ansia quali sono i quadri clinici che si osservano più frequentemente?

Si possono distinguere i seguenti quadri clinici:

- Disturbo d'ansia generalizzato
- Disturbo di panico
- Disturbi fobici
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbo post-traumatico da stress



9) Che cos'è il disturbo d'ansia generalizzato?

E' un disturbo caratterizzato da una forma eccessiva e non realistica di ansia e di preoccupazione (attesa apprensiva), relativa a circostanze della vita quotidiana come,

ad esempio, responsabilità lavorative, problemi economici, salute dei famigliari, senza che vi sia, di fatto, un vero motivo di preoccupazione.

L'intensità, la durata e la frequenza dell'ansia sono eccessive rispetto alla reale probabilità o all'impatto dell'evento temuto, ma nonostante ciò il soggetto è afflitto da queste preoccupazioni che non riesce a controllare e che gli causano un profondo disagio e un'alterazione del suo funzionamento sociale e lavorativo.

10) Cosa sono i disturbi fobici?

La fobia è un timore morboso di situazioni, oggetti o atti di per sé non pericolosi o solo potenzialmente o ipoteticamente tali. L'ansia è per tanto ingiustificata o del tutto sproporzionata al fattore reale che la causa. Il paziente, pur cosciente dell'assurdità della sua paura, non riesce a dominarla né a liberarsene e si sente costretto ad evitare quelle situazioni o quegli oggetti che evocano in lui un'ansia insopportabile.

11) Quali sono le fobie più frequenti?

I temi fobici sono infiniti e sono state proposte varie classificazioni delle fobie. E' possibile, ad esempio, distinguere:

- Fobie riferite alle qualità fisiche del mondo esterno (alto, basso, largo, stretto, luminoso). L'angoscia connessa con tali situazioni (agorafobia = paura degli spazi aperti e claustrofobia = paura degli spazi chiusi) si esprime come angoscia di morte, di vertigine, di soffocamento.
- Fobie legate al contatto interumano: ereutofobia (= paura di arrossire), rupofobia (= paura dello sporco), patofobia (= paura delle malattie). Tali fobie si esprimono essenzialmente con angosce di contaminazione e di repulsione.
- Fobie che rimandano ai timori della prima infanzia (fobie dei grossi animali) e della seconda infanzia (fobie dei piccoli animali).

12) Che cos'è il disturbo ossessivo-compulsivo?

E' un disturbo caratterizzato dalla intrusione nella coscienza di pensieri o rappresentazioni mentali (ossessioni) o di spinte impellenti all'azione (compulsioni) che si impongono e permangono nonostante gli sforzi del paziente a liberarsene.

13) Quali sono le ossessioni e le compulsioni più frequenti?

Le ossessioni più frequenti sono pensieri ripetitivi di contaminazione (di essere, ad esempio, contaminati quando si stringe la mano a qualcuno) o di aggressione (nei confronti, ad esempio, di un figlio) e dubbi ripetitivi (quali, ad esempio, chiedersi se si è lasciata la porta di casa aperta o se ci si è comportati, guidando l'auto, in modo tale da causare lesioni a qualcuno).

Le compulsioni sono invece comportamenti ripetitivi, quali lavarsi le mani, controllare, contare, riordinare, pulire, ripetere azioni, chiedere continuamente rassicurazioni, il cui obiettivo è quello di prevenire o ridurre l'ansia (e non certo quello di fornire piacere o gratificazione). Nella maggior parte dei casi il paziente si sente spinto a mettere in atto la compulsione per ridurre il disagio che accompagna un'ossessione o per prevenire qualche situazione temuta. Per esempio: un soggetto con ossessioni di contaminazione può ridurre il proprio disagio mentale lavandosi ripetutamente, per ore, le mani o una persona affetta dall'ossessione di aver lasciato la porta di casa aperta può essere spinta continuamente, ad intervalli di pochi minuti, a controllare la chiusura della porta.

14) Che cosa è il disturbo post-traumatico da stress?

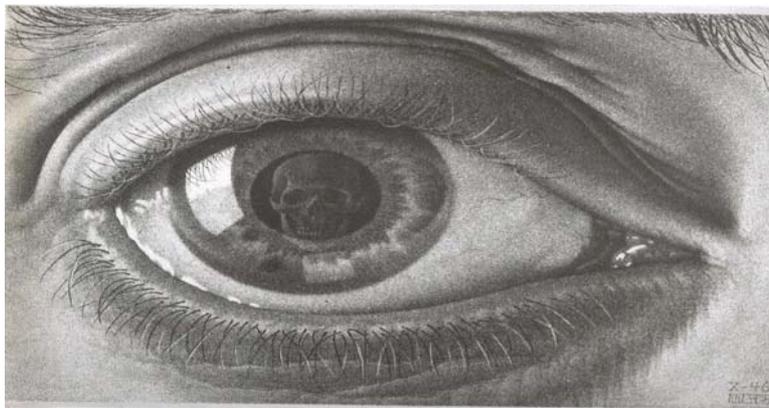
E' un disturbo che si manifesta in soggetti che hanno vissuto un terribile stress emozionale, al di fuori della consueta esperienza umana (aggressioni, gravissimi incidenti, stupri, combattimenti, catastrofi naturali) e consiste sia nel rivivere il trauma attraverso sogni o fantasie ad occhi aperti, sia nell'evitare accuratamente ciò che lo ricorda, manifestando un persistente aumento della vigilanza, in una condizione di base caratterizzata da depressione, ansia e difficoltà a concentrarsi.



15) Che cosa è il disturbo di panico?

E' un disturbo caratterizzato da inaspettati e ricorrenti attacchi di panico, cioè episodi acuti di ansia, in cui il paziente avverte, in modo imprevisto ed imprevedibile, un'ansia intollerabile, un nodo alla gola, un'angosciante "fame d'aria", il battito del cuore affrettato, sudorazione, vertigine ed infine (forse l'aspetto più angosciante) la paura di impazzire perdendo il controllo della propria mente, e di morire.

Si tratta per il paziente di un'esperienza di un'intensità tale da ricordarsi poi con precisione, anche a distanza di molto tempo, l'occasione nella quale si è verificato il primo attacco di panico, oltre a nutrire la percezione della imprevedibilità e della inevitabilità del suo riaccadere: "da quel momento la mia vita è come cambiata perché ho continuamente paura che possa ripresentarsi, improvvisamente, un nuovo attacco".



16) Come reagisce il paziente all'attacco di panico?

Spesso pensa di avere un problema di salute di ordine fisico, come ad esempio una malattia di cuore. Di conseguenza si rivolge al proprio medico, eseguendo indagini cliniche, elettrocardiogramma ed esami di laboratorio che non evidenziano però nulla di patologico. Per questo, almeno momentaneamente, il paziente si sente rassicurato. Nella maggior parte dei casi però, a distanza di qualche tempo, si ripresenta, con caratteri fondamentalmente analoghi, un secondo attacco di panico. Nuovo consulto medico, ulteriori e più approfondite ricerche di laboratorio, esami più sofisticati. Ma tutto va bene. Nonostante ciò (o forse proprio per questo), è possibile allora che nel paziente si presenti sempre più una elaborazione ipocondriaca, cioè la convinzione di essere affetto da una malattia fisica. Il timore è rafforzato dal fatto che non si individua una causa e non viene posta nessuna diagnosi di un quadro clinico che, da un lato, vede l'intensità e la drammaticità dei sintomi lamentati dal paziente e, dall'altro, la tendenza a minimizzare da parte del medico, data la scarsa importanza dei reperti obbiettivi.

I pazienti passano allora da un medico all'altro, rivolgendosi spesso anche ai servizi di pronto soccorso, vivendo in uno stato di continua apprensione e di allarme, con la crescente paura che l'attacco di panico possa inaspettatamente ripetersi.

17) E' la "paura della paura"?

Questo fenomeno viene definito ansia anticipatoria. Quando raggiunge elevati livelli di intensità, diviene più invalidante e può causare al paziente un disagio maggiore degli stessi attacchi di panico.

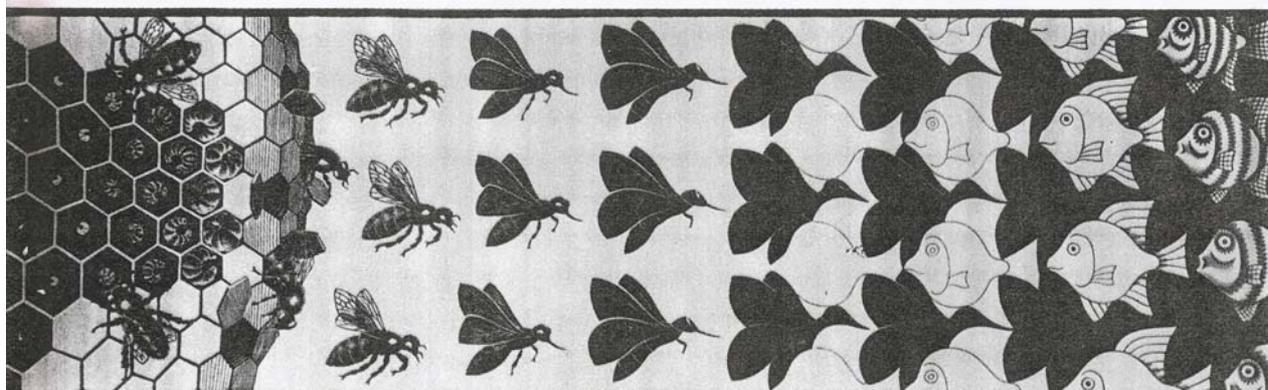
Si struttura poi una condotta di evitamento fobico, di cui l'agorafobia è l'espressione più complessa.

18) Che cosa è l'evitamento fobico ed in particolare l' agorafobia?

Consiste nell'evitare qualsiasi situazione reale o immaginaria, in cui si percepisce il pericolo di non poter essere immediatamente assistito o in cui non è possibile esercitare un continuo e completo controllo: ad esempio andare in posti non conosciuti o trovarsi in una strada con molto traffico o in uno spazio aperto (agorafobia).

19) Ma in questa situazione, con attacchi di panico, ansia anticipatoria ed evitamento fobico, una persona non si sente forse depressa?

In effetti chi soffre di disturbo di panico va spesso incontro a sintomatologia depressiva, in quanto si sente profondamente sfiduciato per l'impossibilità di condurre una vita normale e per la difficoltà di realizzare i propri obiettivi.



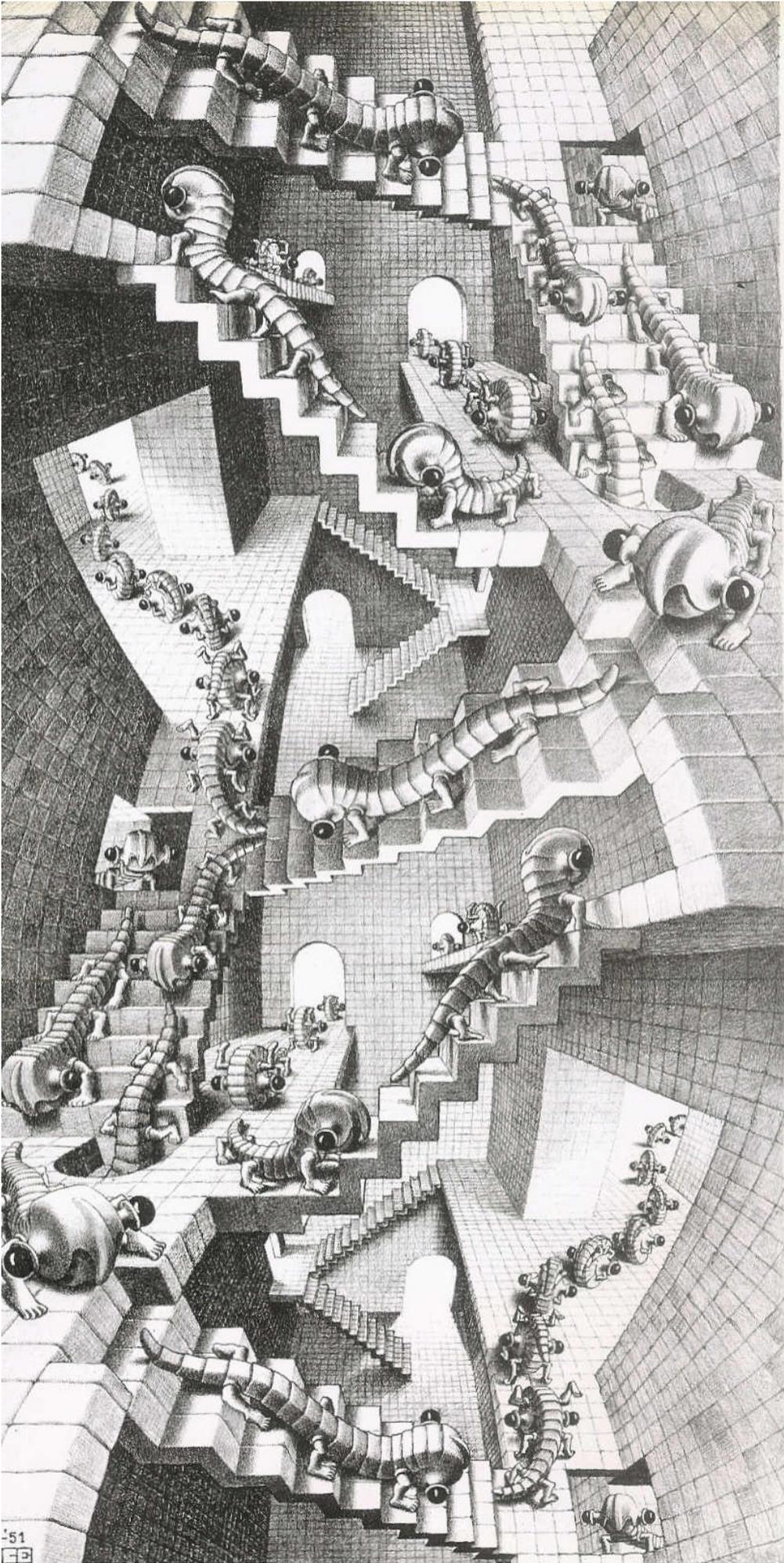
20) Che vita conduce chi è affetto da disturbo di panico?

Cerca in ogni modo di evitare le situazioni che, a suo avviso, potrebbero causare un nuovo attacco. Evitare così emozioni, viaggi di lavoro o di vacanza, scegliendo un'attività sedentaria senza l'obbligo di grandi spostamenti. Oltre a vivere nel timore costante di una malattia fisica non diagnosticata, consultando ripetutamente numerosi medici da cui riceve sempre la stessa risposta: "Lei sta bene, si riposi, tutti gli esami di controllo ci rassicurano". Risposta per altro niente affatto rassicurante per il paziente, per il quale diventa una vera e propria prova di coraggio riuscire a dormire da solo una notte fuori casa o spostarsi senza la certezza di avere un ospedale a portata di mano o anche soltanto stare in coda al supermercato o trovarsi in altre situazioni in cui sarebbe imbarazzante allontanarsi e dove nessuno potrebbe dare una mano.

Tutto questo, ovviamente, limita la libertà e, nei casi più gravi, porta il paziente ad uscire di casa solo se accompagnato da qualcuno.

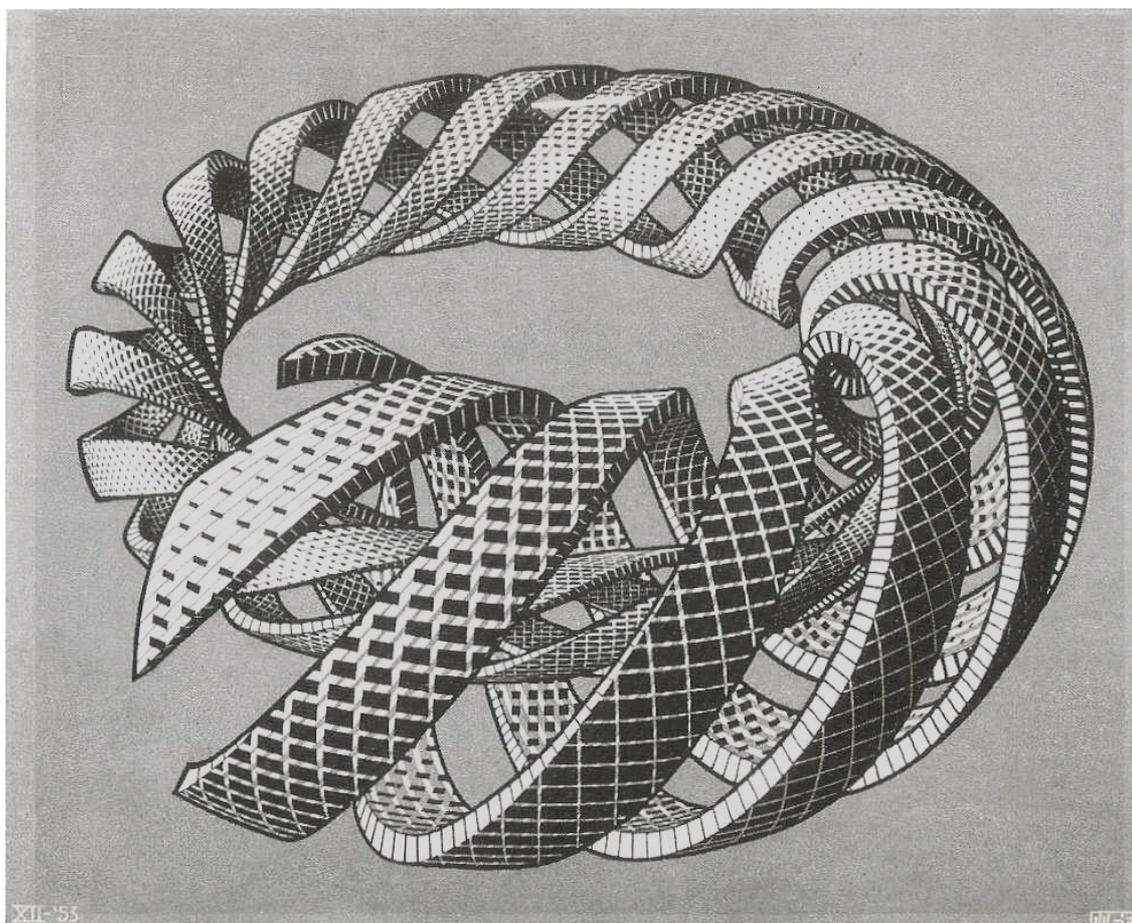
21) Cos'è consigliabile che parenti ed amici facciano ed evitino nei confronti di chi soffre d'ansia e di attacchi di panico in particolare?

- ❖ Convincere il paziente a consultare lo specialista, lo psichiatra: i disturbi d'ansia possono guarire se curati.
- ❖ Credere ai sintomi che il paziente accusa, con comprensione e disponibilità all'ascolto.
- ❖ Imparare a riconoscere i piccoli miglioramenti e aiutarlo a rinforzare la stima nei propri confronti, senza spingerlo prematuramente in situazioni che potrebbero spaventarlo.
- ❖ Ripetere di avere pazienza, in quanto la terapia può determinare miglioramenti solo dopo qualche tempo.
- ❖ Evitare critiche e apprezzamenti sul comportamento del paziente.
- ❖ Non prenderlo in giro se non riesce ad intraprendere un viaggio o a entrare in un grande magazzino.
- ❖ Non mettergli fretta e non colpevolizzarlo se i sintomi persistono o addirittura aumentano.



22) Chi soffre di ansia teme spesso, a torto, di avere una malattia fisica. Ma in qualche caso non è possibile che realmente una malattia fisica provochi dei sintomi simili a quelli che si osservano nei disturbi d'ansia?

Sì, questo è possibile ed occorre perciò considerare sempre da parte del medico di potersi trovare di fronte ad una malattia fisica che presenta anche una sintomatologia ansiosa, come l'ipertiroidismo o l'ipotiroidismo (= rispettivamente un aumento o una diminuzione di secrezione ormonale da parte della tiroide). Per questo è sempre consigliabile una visita medica con un'attenta anamnesi, un accurato esame obiettivo ed eventuali indagini di laboratorio, al fine di escludere appunto che la sintomatologia ansiosa presentata dal paziente sia dovuta ad una malattia fisica o all'ingestione di droghe o di farmaci.



23) Ma, esclusa una malattia fisica, quali sono le cause dei disturbi d'ansia?

La comprensione delle cause è tuttora difficile e non univoca.

Alcuni studiosi sottolineano il punto di vista biologico, per cui nel determinare i disturbi d'ansia entrerebbero in gioco alcuni gruppi di cellule del nostro cervello (neuroni) con una conseguente alterazione dell'attività dei loro neurotrasmettitori (quali ad esempio la serotonina e la noradrenalina), delle sostanze cioè che permettono ai neuroni di comunicare tra di loro, passandosi informazioni.

Altri studiosi sottolineano invece maggiormente, tra le cause dei disturbi d'ansia, gli aspetti psicologici riferibili a desideri inconsci (cioè non conosciuti e non presenti al soggetto) sessuali ed aggressivi e alle corrispondenti minacce di punizione e disapprovazione o a desideri di separazione, indipendenza o, al contrario, di simbiosi e fusione con le figure genitoriali.

24) Abbiamo considerato le cause e, prima di parlare della terapia dei disturbi d'ansia, può essere utile dedicare qualche parola ad uno dei sintomi più comuni, cui si è già accennato in precedenza: l'insonnia. Come si può definirla? Quali le cause? E quali i possibili rimedi?

L'insonnia è un'insufficiente continuità o qualità del sonno. Non è una malattia, ma un sintomo di svariate condizioni patologiche.

Per una corretta impostazione terapeutica è necessaria dunque un'adeguata valutazione dei fattori che la determinano, in modo da intervenire, se possibile, direttamente sulle cause del disturbo.

Così, se uno scompenso cardiaco con la dispnea (= respirazione difficile) che ne consegue è la causa dell'insonnia, una adeguata terapia cardiologica può risolvere il problema del sonno.

Analogamente, se responsabile dell'insonnia è la somministrazione di un farmaco, la sua sostituzione o la modificazione del dosaggio possono risolvere il disturbo senza attaccare direttamente il sintomo insonnia.

Ma quando non è possibile eliminare direttamente la causa oppure quando i disturbi del sonno si realizzano esclusivamente con meccanismi psicologici o in relazione a malattie psichiatriche (come nei disturbi d'ansia che stiamo considerando) è necessario ricorrere a interventi specificatamente rivolti al sintomo insonnia o al disturbo psichico di cui essa fa parte.

In questi casi la terapia può avvalersi di trattamenti non farmacologici e/o farmacologici.

25) Quali sono gli interventi non farmacologici nei confronti dell'insonnia?

Si tratta di misure generali di igiene del sonno che possono essere riassunte nei seguenti punti:

1. Se generalmente dormi solo poche ore per notte scegli abitudini di vita che ti permettano sette – otto ore di sonno. Il voler dormire per un tempo più lungo può essere una delle cause della tua insonnia.
2. Vai a letto solo quando hai sonno; se hai sonno, vai a letto e non addormentarti sul divano; se sei a letto e non riesci a dormire, alzati, vai in un'altra stanza e fai qualcosa di poco impegnativo.
3. Usa il letto solo per dormire e non, ad esempio, per guardare la TV o per leggere.
4. Anche se hai dormito male durante la notte, alzati al mattino sempre alla stessa ora e non fare sonnellini durante la giornata.
5. Non svolgere attività mentali impegnative nelle ore serali e neppure esercizio fisico perché questo migliora il sonno soltanto di chi vi è abituato, mentre lo disturba in chi lo compie occasionalmente, specie in prossimità del momento di coricarsi.
6. Ricordati che lo stomaco vuoto o troppo pieno possono essere causa d'insonnia, mentre un pasto leggero a tarda ora può favorire il sonno.
7. Anche il caffè nelle ore serali può provocare insonnia. Piccole quantità di alcool possono facilitare l'addormentamento, ma non migliorano la continuità e la qualità del sonno.
8. Sistema la tua camera da letto in modo che non sia troppo rumorosa e, soprattutto, troppo calda.



26) Quali, invece, gli interventi farmacologici nei confronti dell'insonnia?

Si usano farmaci cosiddetti ipnoinduttori che favoriscono il sonno diminuendo la veglia. Ma se sono efficaci nell'aumentare il sonno e nel ridurre la veglia durante la notte, possono potenzialmente essere in grado di diminuire la vigilanza e l'attenzione anche durante il giorno. Inoltre possono avere effetti collaterali sulla memoria ed interagire con l'alcool.

Gli ipnoinduttori oggi più largamente usati sono le benzodiazepine, farmaci fondamentali anche nella terapia dei disturbi d'ansia, ai quali possiamo ora ritornare dopo questa breve e specifica parentesi sul sintomo insonnia.

27) Come si curano i disturbi d'ansia?

Esistono due tipi di trattamenti che possono essere efficacemente associati: la psicoterapia e la terapia farmacologica.



28) Iniziamo dalla psicoterapia.

A tale proposito possiamo prendere in considerazione la terapia cognitiva e le psicoterapie psicodinamiche.

❖ La terapia cognitiva è una tecnica terapeutica in cui i pazienti sono incoraggiati innanzi tutto a scoprire le proprie distorsioni cognitive della realtà (cioè le distorsioni del pensiero che sono divenute modi abituali di interpretare la realtà e che producono il disturbo psichico) e in un secondo momento ad apprendere nuovi e più realistici modi alternativi di concettualizzare le proprie esperienze. Lo scopo di tale terapia è dunque quello di portare a una risoluzione dei sintomi, aiutando il paziente nella identificazione e nella correzione dei modelli cognitivi disfunzionali, che costituiscono il suo modo di interpretare gli eventi della vita. Si tratta di punti di vista

errati che egli ha riguardo a sé e al mondo e che impara a correggere assoggettandoli ad un esame di realtà ed individuando i significati soggettivi ed arbitrari che attribuisce a specifici eventi.

- ❖ Le psicoterapie psicodinamiche sono invece le terapie derivanti dalla applicazione della psicoanalisi che si basa su principi diversi da quelli della terapia cognitiva. In molti casi, i pazienti che presentano ansia non hanno alcuna idea riguardo a ciò che li rende ansiosi. In altri casi, l'ansia può essere collegata ad una paura cosciente, accettabile – la paura, ad esempio, di uno spazio aperto – che maschera però una preoccupazione più profonda, non cosciente, meno accettabile. Le psicoterapie psicodinamiche cercano di comprendere le origini inconscie di tale ansia e il processo terapeutico si basa sul riconoscimento e sulla presa di coscienza del materiale non cosciente, attraverso l'interpretazione di ciò che il paziente comunica e l'analisi della relazione che si instaura tra paziente ed analista. Le psicoterapie psicodinamiche si propongono dunque di ampliare la conoscenza del paziente nei confronti dei suoi problemi e dei conflitti intrapsichici che ne sono alla base, con una conseguente modificazione della struttura psichica.

29) Accanto alla psicoterapia l'altro tipo di trattamento per i disturbi d'ansia è quello farmacologico. Quali sono gli psicofarmaci più frequentemente utilizzati?

Un tempo soprattutto gli ansiolitici, oggi anche gli antidepressivi tra cui in particolare quelli attivi sulla serotonina (che è un neurotrasmettitore, cioè una sostanza che permette alle cellule cerebrali di comunicare tra di loro).

Tali farmaci possono essere molto utili nel trattamento dei disturbi d'ansia, ma sono necessarie alcune precauzioni ed avvertenze circa il loro impiego.

30) A tale proposito, quali sono gli effetti collaterali più frequenti degli ansiolitici (benzodiazepine)?

Nonostante le benzodiazepine siano i più maneggevoli tra gli psicofarmaci, possono avere alcuni effetti collaterali che molto spesso non sono altro che un'accentuazione delle loro proprietà farmacologiche: eccessiva sedazione, astenia, diminuzione delle prestazioni psicomotorie e cognitive. Quando tali effetti collaterali si manifestano, sono percepiti, a volte, solo parzialmente dal soggetto che assume il farmaco: è necessario perciò sottolineare adeguatamente tale rischio al paziente che, ad esempio, guida l'auto o svolge un'attività lavorativa che richiede una buona prontezza di riflessi. Al fine poi di evitare la possibilità di dipendenza da benzodiazepine è consigliabile limitare nel tempo la durata del trattamento ed impiegare sempre la dose minima efficace per il controllo dell'ansia.



31) E gli antidepressivi?

Soprattutto i nuovi antidepressivi sono efficaci nella terapia dei disturbi d'ansia e sono anche ben tollerati.

E' opportuno però che il paziente sia a conoscenza del fatto che spesso occorrono alcune settimane prima che si manifestino gli effetti terapeutici, cioè un miglioramento.

In alcuni casi poi gli effetti collaterali (nausea, insonnia, sonnolenza, riduzione della libido) si presentano qualche tempo prima del miglioramento e allora il paziente, se non è stato correttamente informato, può avere la tentazione di sospendere la terapia perché deluso e insoddisfatto. E' importante dunque che il medico lo informi che tali effetti collaterali (che in un secondo tempo diminuiranno e diventeranno più tollerabili) stanno ad indicare che il farmaco, sia pure lentamente, sta iniziando la sua attività terapeutica e che la sospensione della cura sarebbe dunque un errore.

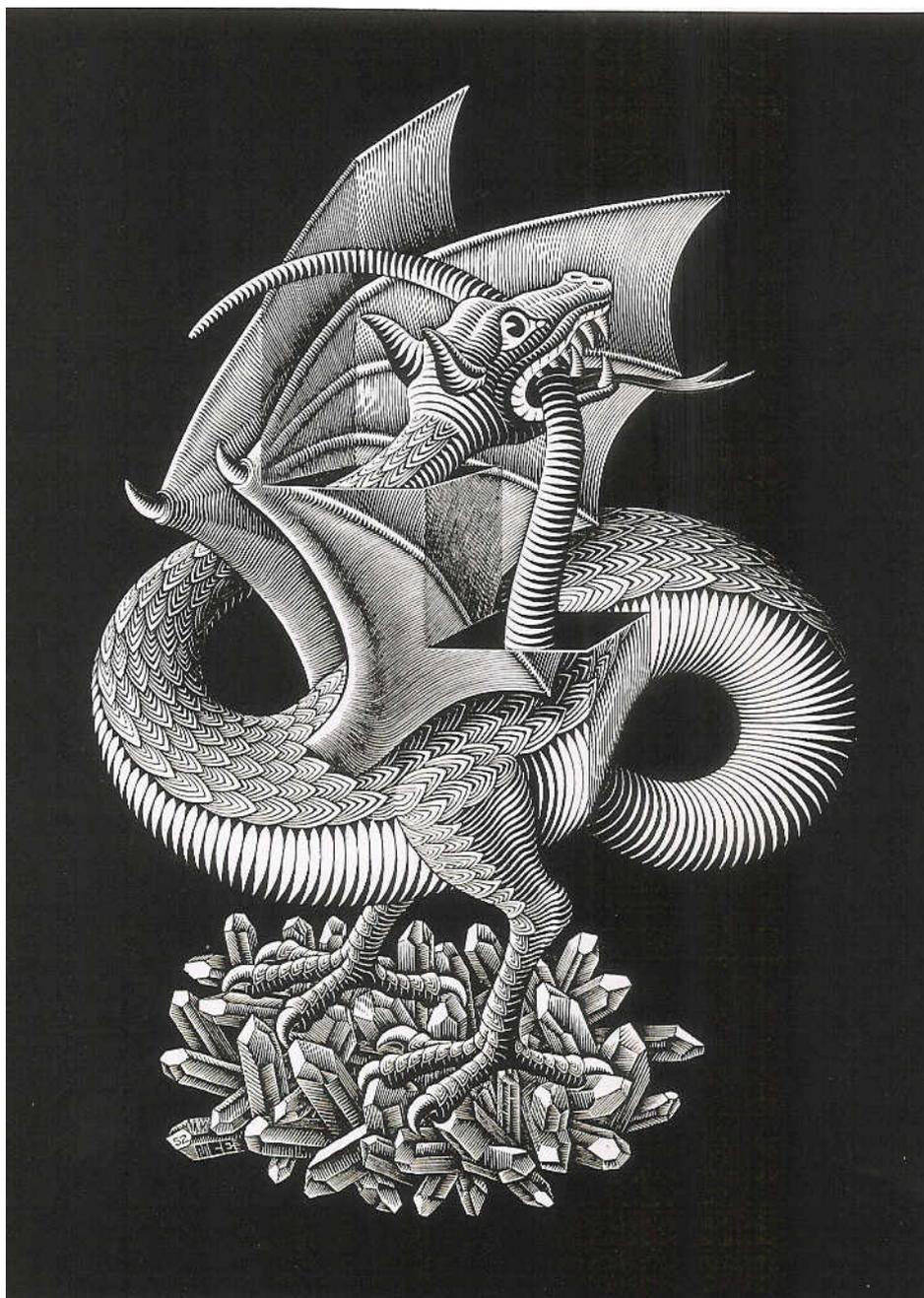
32) Per concludere: come affrontare i disturbi d'ansia nella loro complessità?

Attraverso un'attenta valutazione dei significati e delle motivazioni che all'ansia si legano. E ciò può avvenire solo nel contesto di una salda relazione umana prima ancora che medica.

Il Servizio Sanitario Nazionale risponde a questa esigenza attraverso differenti livelli d'intervento.

Il primo aiuto, nel caso si presenti un disturbo d'ansia, rimane il medico di base. Questi, in qualità di medico di famiglia, ha il più delle volte il privilegio di lavorare all'interno di una relazione con il paziente e con il suo ambiente già consolidata ed approfondita,

dove i problemi somatici e quelli di ordine psicologico (i significati e le motivazioni dell'ansia) possono trovare una immediata interrelazione. Qualora il curante ravvisi nel quadro clinico aspetti diagnostici o terapeutici complessi che esulano dalla sua competenza, può rimandare il paziente alla consulenza specialistica. E nel caso il paziente intenda continuare ad avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale potrà rivolgersi al Dipartimento di Salute Mentale, dove un intervento terapeutico, articolandosi su più figure professionali, può proporsi integrato nei suoi aspetti psicologici, farmacologici e sociali.



BIBLIOGRAFIA:

BELLANTUONO C., BALESTRIERI M., RUGGERI M., TANSELLA M.,
I disturbi psichici nella medicina generale, Il Pensiero Scientifico, Roma.

BRESSA G., MASSI C., *I disturbi da attacchi di panico*, Nis, Roma.

DSM IV –*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

GABBARD G., *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano.

GIBERTI F., ROSSI R., *Manuale di psichiatria*, Vallardi, Milano.

KAPLAN M., SADOCK B., GREBB J., *Psichiatria*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.

SARTESCHI P., MAGGINI C., *Psichiatria*, Goliardica, Pavia.

SMIRNE S., *La terapia dell'insonnia su base nevrotica*, *Medicine Illustrated*, vol. 2, n° 4, 1986.

VELLA G., SIRACUSANO A., *Questioni d'ansia in medicina generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Le illustrazioni sono tratte dalle opere di MAURITS CORNELIS ESCHER (1898-1972)