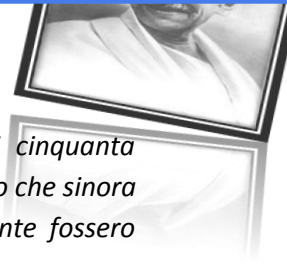


# L'ANSIA



Overweight Sick Tired Fear  
Dread Health No Time Headache Bills Payments  
Time Management Stress No Sleep Stress Debt  
Anxiety Fear Work  
Worry Job  
Anxiety





*'Uno degli uomini più in vista della città mi raccontava che aveva redatto una lista dei cinquanta avvenimenti che aveva più temuto accadessero negli ultimi 10 anni.....ebbene aveva concluso che sinora nessuno di questi si era verificato, ma il pensiero lo aveva fatto star male come se realmente fossero accaduti.....' (Shader, 1989)*

*"Nulla consuma il corpo quanto l'ansia e chi ha fede in Dio dovrebbe vergognarsi di essere preoccupato per qualsivoglia cosa" (Mohandas Karamchand "Mahatma Gandhi" (1869 - 1948)*

## ..MA COS'È L'ANSIA?

L'ansia è una tensione o apprensione data dal presentimento di un pericolo imminente, ma vago e d'origine sconosciuta; un'emozione molto simile alla paura, con la differenza che quest'ultima è la risposta a una minaccia o a un pericolo ben riconoscibili.

I circuiti neurali che soggiacciono all'ansia sono l'amigdala e l'ippocampo (Rosen & Schulkin, 1998). I segni somatici sono dunque una iperattività del sistema nervoso autonomo e in generale della classica risposta del sistema simpatico di tipo "combatti o fuggi".

## ETIMOLOGIA

*"Il termine "ANSIA" proviene dal latino ANXIA, femminile di ANXIUS: affannoso, inquieto; e questo dal latino ANGO – passato di ANXI - stringere, soffocare, affannare, senso di soffocazione irrequieta brama accompagnata da sospiro o respiro affannoso"*



## COMPONENTI

*"L'ansia sembra avere una componente cognitiva, una somatica una emotiva e una comportamentale (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001).*

- **La componente cognitiva** comporta aspettative di un pericolo diffuso e incerto.
- **Dal punto di vista somatico**, 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 che 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.

***Comunque l'ansia è una funzione importante in relazione alla sopravvivenza non sempre è patologica o non-adattiva: è un'emozione comune come la paura, la rabbia, la tristezza e la felicità. "***



## SIGNIFICATO

***“L'apprensione innescata da una minaccia a qualche valore che l'individuo ritiene essenziale alla sua esistenza.*** La minaccia può essere alla vita fisica (minaccia di morte) o all'esistenza psicologica (perdita di libertà, ecc.).

La minaccia può essere diretta, riferita anche a qualche altro valore che il soggetto identifica con la propria esistenza (il patriottismo, l'amore per un'altra persona, il successo, accettazione sociale, dignità morale, ricchezza). **Per minaccia si intende una possibile compromissione di scopi**". (Rollo May, 1979, p.180)

Tali minacce risultano sia indefinite che difficilmente evitabili per due motivi: **ambiguità degli eventi** (Il mondo, incluse le condizioni favorevoli e ostacolanti il raggiungimento degli scopi, è tutt'altro che chiaro e distinto. e quanto diviene più complesso e più rapido nei cambiamenti, tanto più le minacce risultano oscure e indefinite) e **Carattere astratto e simbolico degli scopi** (Es. vaghezza o oscurità di una minaccia all'autostima)

L'Ansia è un'emozione molto generale ed elementare, e quindi molto diffusa.

**Molte emozioni specifiche comprendono una componente ansiosa.**

- ansia rispetto alla punizione che si ritiene di meritare
- Invidia: ansia da confronto sociale
- ansia per il disgusto
- Se coinvolte immagine o autoimmagine: ansia relativa alla minaccia di ricevere una valutazione o un'autovalutazione negativa

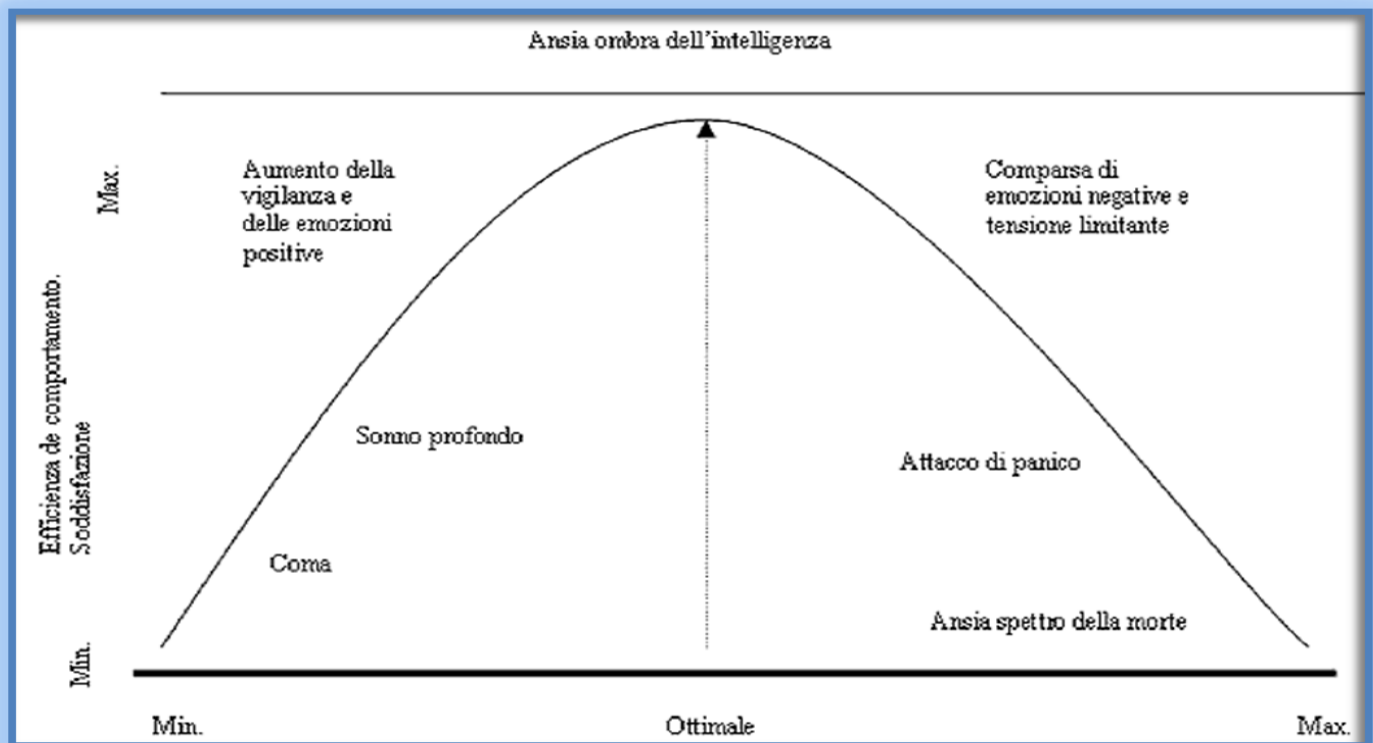


## ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONE COMBATTI/FUGGI



McNaughte Callander; Fisiologia Illustrata 1963

L'ansia risulta quindi adattiva nella misura in cui ci prepara ad affrontare la minaccia. L'ansia può andare da un livello minimo in cui la minaccia viene sottovalutata e non vissuta a livello somatico, ad uno massimo nel quale l'individuo viene depauperato, consumato dalla minaccia attivandosi a livello somatico in modo così intenso da esplodere in attacchi di panico; ad un livello ottimale nel quale l'attivazione somatica e la componente cognitiva rendono l'individuo capace di far fronte alla minaccia percepita.



## RELAZIONE TRA ANSIA E BISOGNO DI CONTROLLO

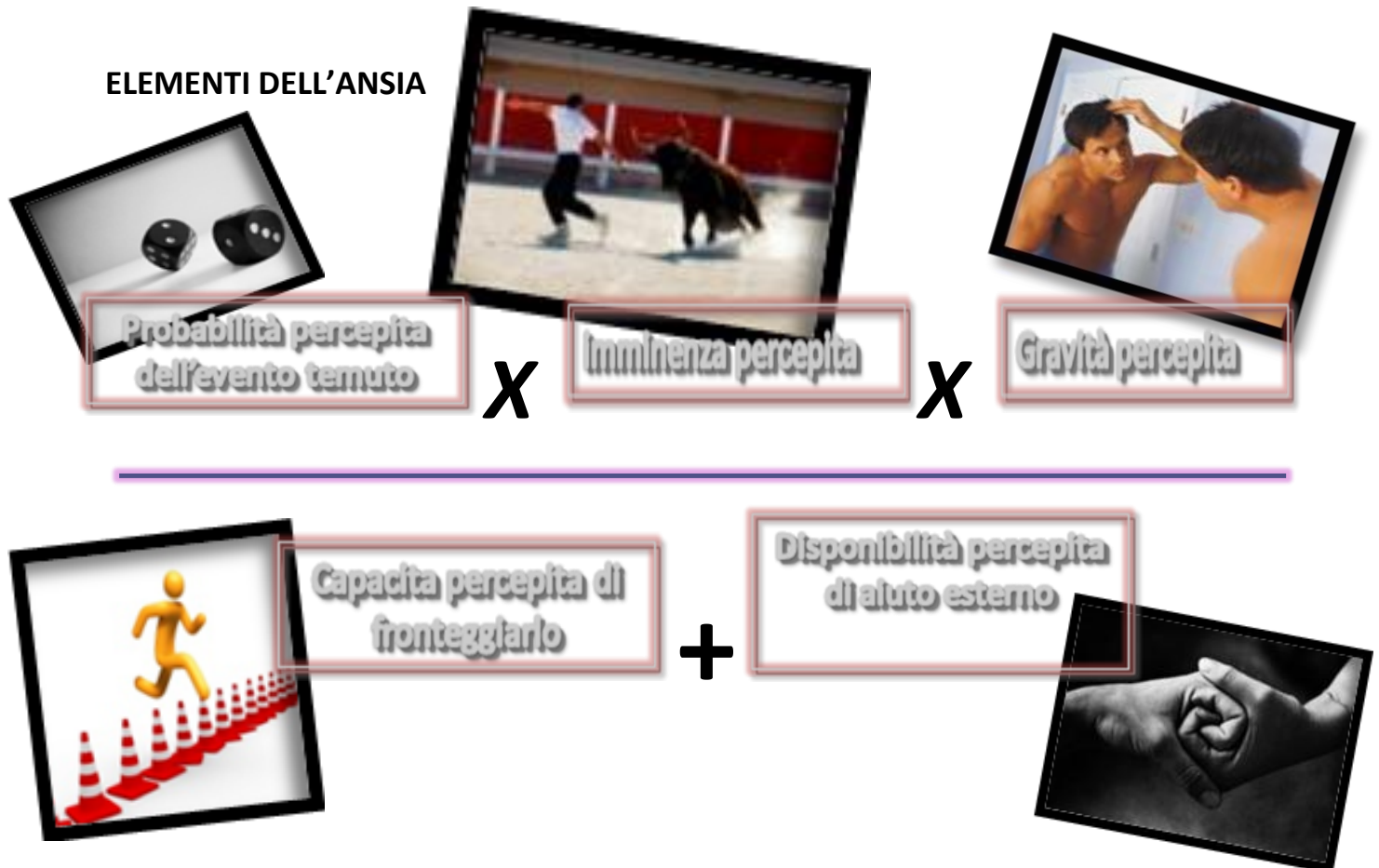
Il controllo, il bisogno di controllo è uno stato, uno scopo importantissimo per l'essere umano; solo quando l'individuo possiede la percezione di potersi muovere in un ambiente sicuro può essere libero di esprimere pienamente se stesso. L'ansia è appunto generata da una minaccia a tale scopo, a tale bisogno di controllo

Il bisogno di controllo ha una doppia valenza: **Bisogno Conoscitivo** ("acquisire padronanza cognitiva della struttura causale dell'ambiente", Kelly). **Bisogno di Credere di avere potere** (Avere il potere sugli eventi di piegare la realtà ai propri scopi.)

Bandura nella Self-Efficacy distingue, infatti, tra: **Predictability** (**Bisogno di previsione**) Sapere se si è in grado di raggiungere i propri scopi e **Controllability** (**Bisogno di avere potere sugli eventi**) Sapere che si è in grado di raggiungere i propri scopi (si cercano solo conferme)

L'ansia può essere distinta in "ANSIA DI STATO" (Chi rappresenta l'esperienza di un dato momento, in reazione a circostanze contingenti) ed "ANSIA DI TRATTO" (Tendenza costante ad affrontare ogni situazione di vita con ansia eccessiva)



**ELEMENTI DELL'ANSIA**

Quindi l'ansia aumenta quando gli elementi al numeratore salgono (probabilità dell'evento temuto, imminenza percepita, gravità percepita); gli elementi al denominatore fungono da attenuanti (capacità di fronteggiamento, disponibilità percepita di aiuto esterno)

*L'ansia aumenta quando una persona avverte il danno potenziale al suo bilancio scopistico come imminente, molto probabile e ad elevato potere di compromissione*

***Nell'ansia il danno non è definito, nella paura sì; nel panico l'evento è in corso..***

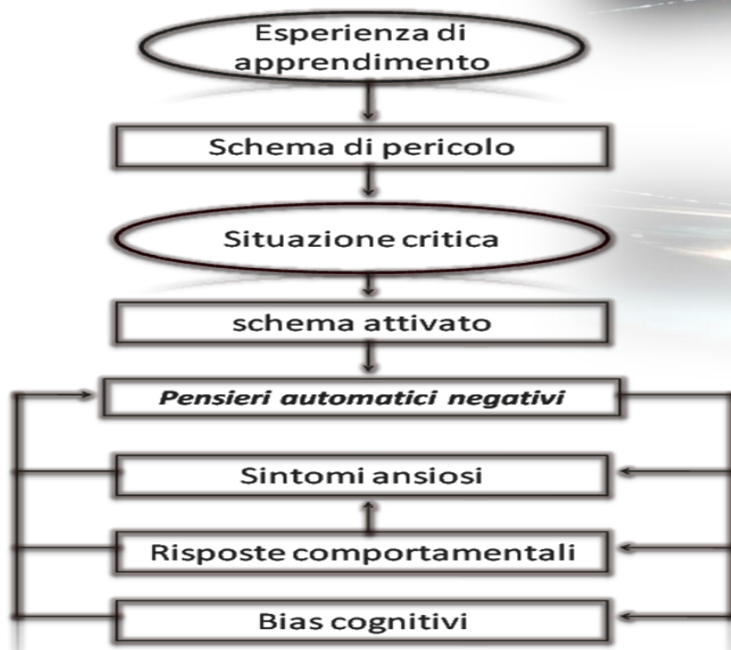
..

*“La sovrastima del pericolo e la sottostima delle capacità di fronteggiarlo, riflettono nei disturbi d'ansia l'attivazione dei cosiddetti **“schemi di pericolo”**. Una volta attivata la valutazione di pericolo, si crea una sorta di circolo vizioso che rinforza le manifestazioni d'ansia; i sintomi ansiosi sono essi stessi una minaccia (possono condizionare il comportamento dell'individuo ed essere interpretati come segnali dell'esistenza di un grave disturbo fisico o psicologico. “Better safe than sorry”). Questi effetti accrescono il senso di vulnerabilità dell'individuo e di conseguenza rinforzano l'iniziale reazione ansiosa inducendo una serie di risposte sfavorevoli, le quali a loro volta non fanno altro che esasperare la valutazione di pericolo”*

*(A. Wells).*

Una volta attivati, gli “schemi di pericolo” inducono distorsioni nel processo di elaborazione delle informazioni, vale a dire dei preconcetti o dei pregiudizi che contaminano negativamente l’interpretazione degli eventi, in accordo al contenuto di tali schemi disfunzionali. In questo modo, convinzioni e giudizi negativi vengono mantenuti attivi, Beck e coll. (1975, 1985) e Burns (1989) hanno denominato questi errori cognitivi “**distorsioni cognitive**” (bias).

DISTORSIONI COGNITIVE	
<b>Inferenza arbitraria</b>	trarre conclusioni in mancanza di evidenze sufficienti
<b>Astrazione selettiva</b>	concentrare l’attenzione su aspetti particolari della situazione in esame, tralasciandone altri più importanti
<b>Eccessiva generalizzazione</b>	adattare conclusioni derivate da eventi isolati a svariate situazioni
<b>Ingigantire/minimizzare</b>	esaltare o ridurre l’importanza di eventi e situazioni
<b>Personalizzazione</b>	interpretare eventi esterni in relazione alla propria persona, in mancanza di evidenze plausibili
<b>Catastrofizzazione</b>	soffermarsi sulle conseguenze peggiori in una situazione e sovrastimare la possibilità che queste si verifichino
<b>Lettura del pensiero</b>	essere convinti che le persone nutrano sentimenti negativi nei nostri confronti in assenza della benché minima prova di ciò



Schema riassuntivo sui fattori di mantenimento del disturbo ansioso; caratteristiche generali della teoria degli schemi



L'individuo può mettere in atto varie strategie al fine di mantenere l'ansia entro livelli accettabili, tuttavia se attuate indiscriminatamente e con rigidità tali modalità possono avere effetti negativi sia dal punto di vista fisico/somatico che dal punto di vista socio-cognitivo. Inoltre tali difese talvolta possono diventare vere e proprie fissazioni alimentanti circoli viziosi ansiosi.

STRATEGIE/DIFESE	
<b>NON PENSARE</b>	fuggire dall'oggetto o dall'evento minaccioso o da ogni sua possibile implicazione (si desidera sfuggire alla sensazione o si considera l'ansia come minacciosa in sé e ci si considera incapaci di fronteggiarla). I metodi per attuare questa strategia possono essere: Concentrarsi su un compito impegnativo, lo stancarsi, lo stordirsi/svagarsi
<b>OTTIMISMO</b>	ridurre l'entità della minaccia, fino alla completa negazione  ES. <i>Non c'è problema...perchè non succederà mai .. Perché è tutto sotto controllo ..parchè non ci sono alternative. E se anche fosse? (Autorassicurazione su un'altra propria capacità, quella di sopportare anche l'eventualità peggiore)</i>
<b>PESSIMISMO</b>	Attiva ricerca del danno pur di non provare ansia . Ricerca di certezza, la cosa peggiore è l'attesa, lo stato di tensione generato dall'indefinitezza della minaccia.
<b>PRIMA È MEGLIO È..</b>	Non si fanno pronostici fausti o infausti (come nel pessimismo o nell'ottimismo); non vi è ricerca del danno. La cosa peggiore è l'attesa; lo scopo è ridurla accelerando il processo che conduce all'esito.
<b>SPOSTAMENTO</b> <i>(dall'ansia alla paura)</i>	Trovare un oggetto definito di paura. Lo scopo è ridurre l'ambiguità dell'oggetto fonte di ansia
<b>VIGILANZA</b>	Aumentare gli "scrupoli", i livelli di vigilanza al fine di ridurre il carattere vago ed indefinito della minaccia (ridurre l'incertezza) individuando quindi le misure da adottare ed al fine di proteggere l'autostima morale dalla colpa impegnandosi a fare tutto ciò che è in suo potere per non avere poi nulla da rimproverarsi.
<b>DISIMPEGNO</b> <i>(opposto della vigilanza)</i>	Ridurre la sensazione di " minaccia percepita" al fine di difendere l'autostima da un possibile fallimento minimizzando l'importanza dello scopo, gli ostacoli, non facendo tutto ciò che si può
<b>LEGATI AL COMPORTAMENTO</b>	Evitamenti; comportamenti di ricerca di sicurezza

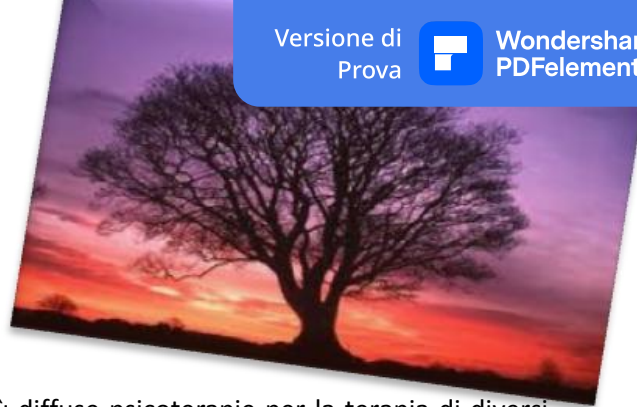


L'ansia quando disadattava può sfociare nei seguenti disturbi

<b>DISTURBI D'ANSIA</b>	
<b><u>ATTACCO DI PANICO</u></b>	corrisponde a un periodo durante il quale vi è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore, spesso associati con una sensazione di catastrofe imminente. Durante questi attacchi sono presenti sintomi come dispnea, palpitazioni, dolore o fastidio al petto, sensazione di asfissia o di soffocamento e paura di impazzire
<b><u>AGORAFOBIA</u></b>	è l'ansia o l'evitamento verso luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto in caso di un attacco di panico o di sintomi tipo panico
<b><u>IL DISTURBO DI PANICO SENZA AGORAFOBIA</u></b>	È caratterizzato da ricorrenti Attacchi di Panico inaspettati, riguardo ai quali vi è una preoccupazione persistente. <u>Il Disturbo di Panico con Agorafobia è caratterizzato sì a da ricorrenti Attacchi di Panico inaspettati che da Agorafobia</u>
<b><u>L'AGORAFOBIA SENZA ANAMNESI DI DISTURBO DI PANICO</u></b>	è caratterizzata dalla presenza di Agorafobia e di sintomi tipo panico senza anamnesi di Attacchi di Panico inaspettati
<b><u>FOBIA SPECIFICA</u></b>	<i>è caratterizzata da un'ansia clinicamente significativa provocata dall'esposizione a un oggetto o a una situazione temuti, che spesso determina condotte di evitamento</i>
<b><u>FOBIA SOCIALE</u></b>	<i>È caratterizzata da un ansia clinicamente significativa provocata dall'esposizione a certi tipi di situazioni o di prestazioni sociali, che spesso determina condotte di evitamento</i>
<b><u>DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO</u></b>	<i>è caratterizzato da ossessioni (che causano ansia e disagio marcati) e/o compulsioni (che servono a neutralizzare l'ansia)</i>
<b><u>DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS</u></b>	<i>è caratterizzato dal rivivere un evento estremamente traumatico accompagnato da sintomi di aumento dell'arousal e da evitamento di stimoli associati al trauma</i>
<b><u>DISTURBO ACUTO DA STRESS</u></b>	<i>è caratterizzato da sintomi simili a quelli del Disturbi Post-Traumatico da Stress che si verificano immediatamente a seguito di un evento estremamente traumatico</i>
<b><u>DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO</u></b>	<i>è caratterizzato da almeno 6 mesi di ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive</i>

(DSM IV - TR)

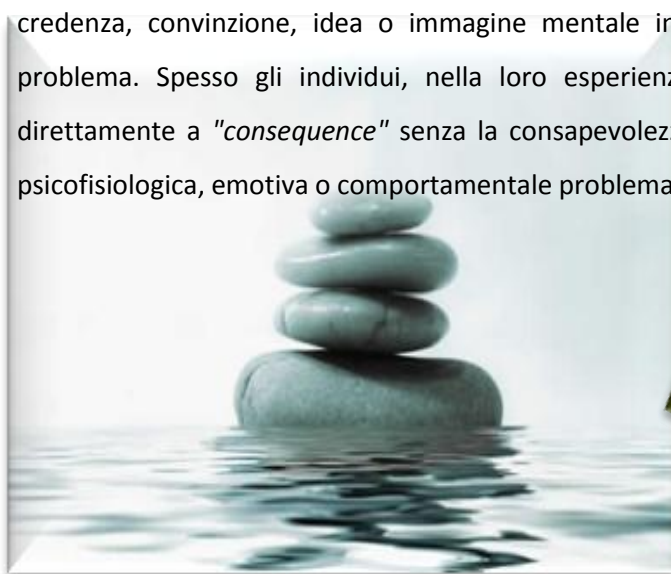
## STRATEGIE TERAPEUTICHE



La **psicoterapia cognitivo - comportamentale** è una delle più diffuse psicoterapie per la terapia di diversi disturbi psicopatologici, in particolare dei disturbi dell'ansia e dell'umore. Per meglio comprendere il significato del termine cognitivo - comportamentale vediamo di decostruire il concetto. 1. Il termine cognitivo si riferisce a tutto ciò che accade nella mente, a tutti i processi mentali, come i sogni, l'attenzione, la memoria etc. 2. Il termine comportamentale si riferisce a tutto ciò che facciamo. Il comportamento può comprendere azioni (guidare) o anche non azioni (pensare). Terapia si riferisce a insiemi di approcci per combattere problemi fisici o mentali. (*Rhena Branch, Rob Willson, "Cognitive-behavioral therapy for dummies"*).

Rappresenta lo sviluppo e l'integrazione delle terapie comportamentali e di quelle cognitive, e si pone in una posizione di sintesi degli approcci neocomportamentisti, della REBT (Rational-Emotive Behavior Therapy) di Albert Ellis e della terapia cognitiva classica di Aaron Beck, di cui cerca di integrare i principali aspetti funzionali.

Tale psicoterapia si basa sul cosiddetto "Modello A-B-C", (*Antecedence-Belief-Consequence*). In questo modello "*Antecedence*" rappresenta la condizione in cui il soggetto percipiente si trova antecedentemente all'insorgere del comportamento problema "*consequence*" (es. attacco di panico). "*Belief*" rappresenta la credenza, convinzione, idea o immagine mentale in seguito alla quale si produce il comportamento problema. Spesso gli individui, nella loro esperienza quotidiana, passano dallo stato "*antecedence*" direttamente a "*consequence*" senza la consapevolezza dei loro "*beliefs*" i quali scatenano una reazione psicofisiologica, emotiva o comportamentale problematica, spesso incomprensibile e inaspettata.



## TECNICHE

### Ridimensionamento del valore

*De-catastrofizzazione (dialogo socratico)*

### Messa a fuoco

*Ridurre l'indefinitezza dell'evento temuto. Informare, chiarificare, educare*

### La tecnica della probabilità cumulata (Hoekstra, 1989; Van Oppen e Arntz, 1994) (butterfly effect)

*La procedura di questa tecnica cognitiva consiste nel valutare la stima della probabilità dell'evento negativo, basandosi sull'analisi delle sequenze di eventi necessari affinché esso possa avere luogo. Inizialmente il soggetto assegna una stima per ciascun evento e successivamente valuta le probabilità cumulate degli eventi combinati tra loro.*

### Overstate (ingrandire/allargare)

*Allargare il campo, lo spazio di vita; "non sei solo questo..!" (dialogo socratico)*

### Una cosa alla volta

*Focalizzarsi su un evento alla volta (dialogo socratico)*

### self/talk positivo

*Sviluppare l'abilità di parlare a sé stessi in modo positivo*

### Desensibilizzazione sistematica (usata principalmente per l'agorafobia e le fobie specifiche)

### Sviluppare le capacità di *problem solving*

*Sviluppare capacità che aiuteranno a fronteggiare l'evento, le situazioni oggetto d'ansia*

### Accettazione

*Determinazione di non sottrarsi ulteriormente alla minaccia (dialogo socratico)*

### Tecniche di rilassamento

*Riuscire a gestire le sensazioni fisiche, recuperare energie, incrementare il benessere*

## BIBLIOGRAFIA

- A. Wells, *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw-Hill, 1997
- Asilioglu K, Celik SS; *The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Educ Couns.* 2004
- Azar N. Maward L; *Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period.*, Rech Soins Infirm. 2004
- Bilfone G., Romano S.; *Ansia e fabbisogno informativo nella fase preoperatoria*, Nursing Oggi, n° 4, 2005, pag 40 - 44
- DSM IV – TR (APA)

## SITOGRAFIA

- [www.nienteansia.it](http://www.nienteansia.it)
- [www.saluteeuropa.it](http://www.saluteeuropa.it)
- [www.ansiasintomi.it](http://www.ansiasintomi.it)
- [it.wikipedia.org/wiki/Ansia](http://it.wikipedia.org/wiki/Ansia)
- [www.ansia.it](http://www.ansia.it)
- [www.aosp.bo.it/reparti\\_servizi/evidencebasednursing/revisioni/lavoriCS/06\\_Interventi\\_riduzione\\_ansia\\_preoperatoria.pdf](http://www.aosp.bo.it/reparti_servizi/evidencebasednursing/revisioni/lavoriCS/06_Interventi_riduzione_ansia_preoperatoria.pdf)
- [www.ceripa.it/documents/Pubblicazioni/Mondo%20Sanitario-Malattie%20rare/Ansia%20e%20fabbisogno%20di%20informazione%20nella%20fase%20preoperatoria.pdf](http://www.ceripa.it/documents/Pubblicazioni/Mondo%20Sanitario-Malattie%20rare/Ansia%20e%20fabbisogno%20di%20informazione%20nella%20fase%20preoperatoria.pdf)



Il dott. Dario Calossi si è laureato in Psicologia Clinica e della Salute presso l'Università degli Studi di Firenze.

Per la Tesi di Laurea ha condotto uno studio clinico - sperimentale sulle differenze di genere e le relative modalità di risposta ai traumi.

Ha svolto il tirocinio presso l'Azienda USL9 di Grosseto - Unità Funzionale Salute Mentale Adulti.

E' iscritto all'albo dell'ordine degli psicologi con il n. 5696

Frequenta la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo – Comportamentale

Ha frequentato corsi in tecniche meditative e di rilassamento

Ha insegnato materie attinenti alla sfera psicologica in istituti privati medi e superiori;

ha svolto attività di formazione e conduzione di gruppi in ambito aziendale ed associazionistico