

I Disturbi d'Ansia

- **Prevalenza più alta di tutti gli altri disturbi psichiatrici (15% circa nel corso della vita)**
- **Impatto marcatamente negativo sulla qualità della vita e sul funzionamento psicosociale, anche nelle forme sottosoglia**
- **Elevata comorbidità, sia al proprio interno che con i disturbi affettivi e da abuso di sostanze**
- **Tendenza a cronicizzare o recidivare**

I Disturbi d'Ansia

- **Elevata comorbidità con i Disturbi dell'Umore**
 - **Il rischio di depressione nei pazienti con**
 - **DP = 47%**
 - **FS con AP = 94%**
 - **2 o più disturbi d'ansia = rischio triplicato**
- **La comorbidità con la depressione aumenta la severità e la cronicità del disturbo d'ansia, e aumenta il rischio di abuso di sostanze e di suicidio**

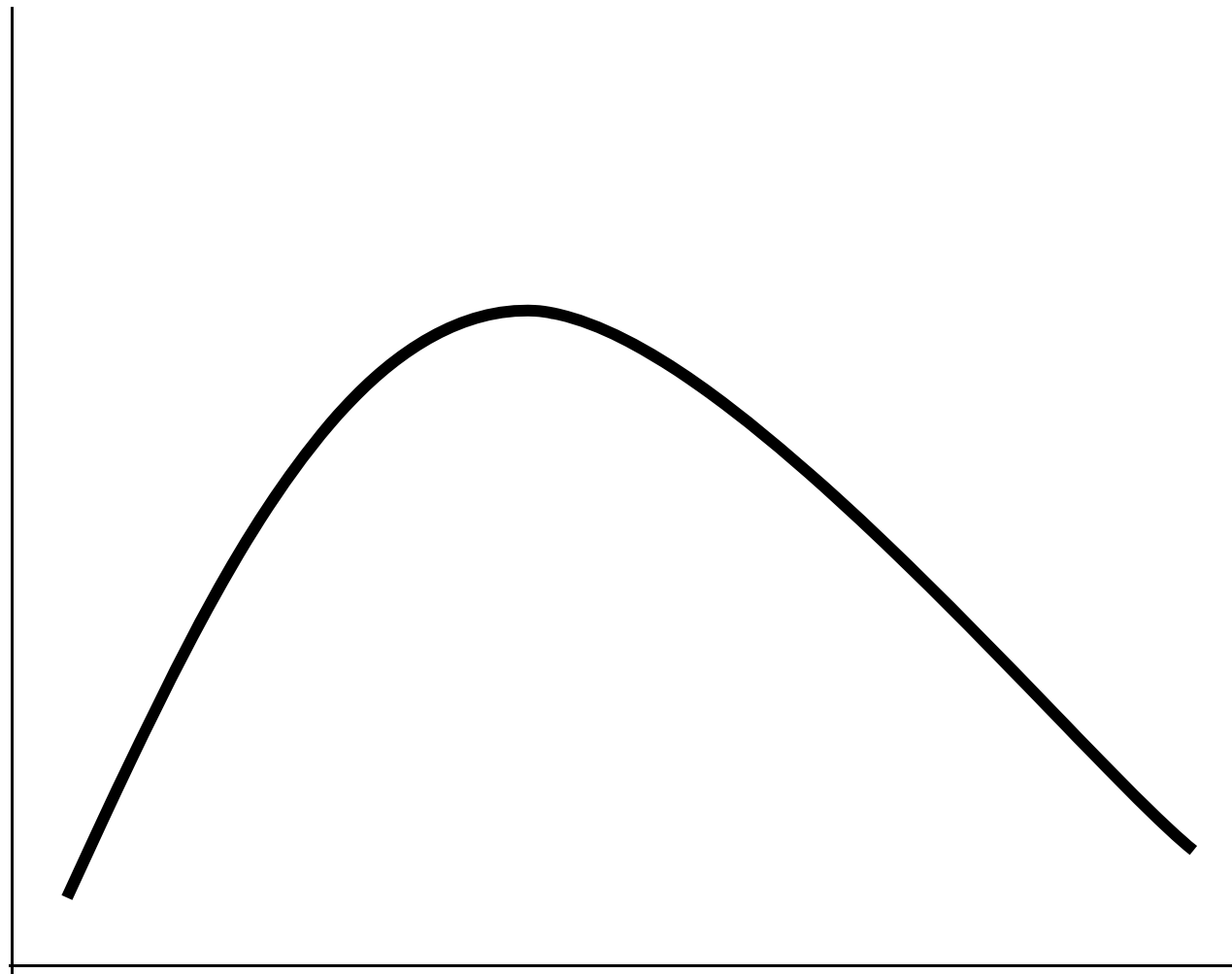
I Disturbi d'Ansia

- **Elevata comorbidità con i Disturbi dell'Umore**
- **Nei pazienti con Disturbo Bipolare la prevalenza lifetime di DP (20.8%) è 26 volte più elevata che nei controlli sani (0.8%) e nei pazienti con depressione maggiore (10%)**
- **La comorbidità con i disturbi d'ansia sembra avere un impatto negativo sul decorso e l'esito del disturbo bipolare**

L'ANSIA: DEFINIZIONE, CONFINI E CARATTERISTICHE

- **Stato emotivo spiacevole, caratterizzato da paura/apprensione, in assenza di un pericolo o minaccia chiaramente riconosciuto e tale da far ritenere appropriata la reazione**
- **Confini tra ansia e paura**
- **Ansia normale e patologica; relazione tra ansia e funzioni cognitive**
- **L'ansia nelle altre sindromi psichiatriche**

Prestazione
Cognitiva



Ansia

CARATTERISTICHE DELL'ANSIA

Aspetti psichici:

vissuto emotivo spiacevole (aspettativa di un danno); può avere un contenuto specifico e relativamente stabile, come nel caso delle fobie, oppure essere libera, “fluttuante”, nel senso che può di volta in volta legarsi ad un contenuto diverso.

Aspetti fisici:

le manifestazioni somatiche dell'ansia sono spesso legate ad un'iperattività della sezione simpatica del sistema nervoso autonomo.

SINTOMI SOMATICI DELL'ANSIA

Sistema/apparato	Sintomi
Cardiopolmonare	Palpitazioni; difficoltà a respirare; sensazione di soffocamento; dolore toracico.
Gastrointestinale	Sensazione di peso, ripienezza, dolori o bruciori allo stomaco; nausea; difficoltà di deglutizione; anoressia; bulimia; diarrea; costipazione.
Genitourinario	Minzione frequente; ritenzione urinaria; impotenza o frigidity; dismenorrea.
Sistema nervoso	Cefalea; instabilità nella marcia; vertigini; visione confusa; tremore.
Generali	Affaticabilità e debolezza; lipotimie.

MODELLI SOCIALI E DISTURBI D'ANSIA

- ✓ **Carenza di valori e figure di riferimento**
- ✓ **Massimalità**
- ✓ **Accento sui risultati**
- ✓ **Competitività**
- ✓ **Precarietà**
- ✓ **Analfabetismo emotivo**

FATTORI DI RISCHIO PER LA COMPARSA DI SINDROMI ANSIOSE

- ✓ **Sesso femminile**
- ✓ **Separazione, divorzio, lutto (disturbo di panico, fobie, sindrome ansiosa generalizzata)**
- ✓ **Morte o divorzio dei genitori nell'infanzia (disturbo di panico, fobie)**
- ✓ **Tratti nevrotici in epoca premorbosa**
- ✓ **Familiarità**

Classificazione dei Disturbi d'Ansia

ICD-10

❖ FOBIE

- Agorafobia
 - senza attacchi di panico (F40.0)
 - con attacchi di panico (F40.01)
- Fobie sociali (F40.1)
- Fobie specifiche (isolate) (F40.2)

DSM-IV

- Agorafobia senza storia di attacchi di panico (300.22)
- Disturbo di panico con agorafobia (300.21)
- Fobia sociale (300.23)
- Fobia specifica (300.29)

Classificazione dei Disturbi d'Ansia

ICD-10

ALTRE SINDROMI ANSIOSE (F41)

- **Sindrome da attacchi di panico (ansia episodica parossistica) (F41.0)**
- **Sindrome ansiosa generalizzata (F41.1)**
- **Sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2)**
- **Altre sindromi ansiose miste (F41.3)**
- **Altre sindromi ansiose (F41.8, F41.9)**

DSM-IV

- **Disturbo di panico senza agorafobia (300.01)**
- **Disturbo d'ansia generalizzato (300.02)**
Disturbo d'ansia non altrimenti specificato (300.00)
Disturbo d'ansia dovuto ad una CMG o ad uso di sostanze

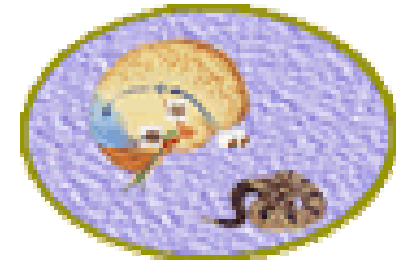
L'inquadramento dell'agorafobia rappresenta una delle principali differenze. Per il DSM-IV essa è più spesso una complicanza del disturbo di panico, mentre per l'ICD-10 l'attacco di panico è solo espressione di una maggiore gravità della fobia.

LE FOBIE



- Il termine fobia deriva dalla parola greca “phobeio” (ho paura).
- Il termine fu usato per la prima volta da Celso che nel I secolo coniò il termine *idrofobia*.
- Benché già menzionate nel Corpus Ippocratico (XVIII secolo), le fobie non furono ritenute di interesse medico fino alla metà del secolo XIX quando alcuni clinici cominciarono a descrivere una serie di casi giunti alla loro osservazione.

LE FOBIE



- Nel 1871 Westphal introdusse il termine *agorafobia*
- Nel 1895 Freud separò le fobie comuni (malattie, serpenti etc) dalle fobie di cose o situazioni che non inducono paura nella maggior parte delle persone
- Nel 1913 Kraepelin fornì una breve descrizione di paure irresistibili, senza però separare le fobie dalle ossessioni
- Nel 1947 l'ICD considerò le fobie come entità nosologica a sé stante
- Nel 1960 Marks et al osservarono che le varie fobie presentavano differenti età di esordio e diversa prevalenza nei due sessi



LE FOBIE

Con il termine *agorafobia* Westphal indicava la paura delle strade larghe, degli spazi aperti e delle piazze, presentando tre casi clinici di pazienti agorafobici. Descrisse la reazione agorafobica come *paura psicologicamente immotivata, cioè un'idea di pericolo che appare strana ed irrazionale per l'individuo, ma che domina il suo comportamento quando si avvicina all'area temuta.*



DISTURBO D'ANSIA SOCIALE



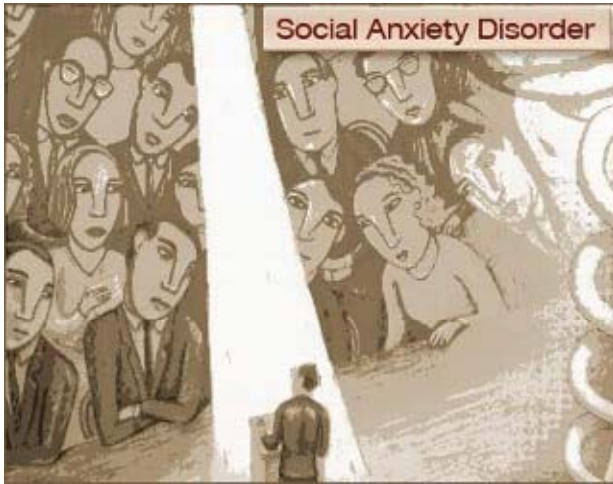
È un problema comune sentirsi nervosi quando si incontrano nuove persone, quando ci presentiamo o conosciamo una persona autorevole. Quest'ansia riflette il semplice dato che tutti gli incontri sociali, soprattutto quelli con persone non familiari o autorevoli, contengono dei rischi.

LA FOBIA SOCIALE

E' un disturbo piuttosto frequente, secondo tra le fobie solo all'agorafobia. Diversamente da quest'ultima che è più frequente nel sesso femminile, mostra una frequenza sovrapponibile tra maschi e femmine.

Il pattern di evitamento si stabilizza più rapidamente che negli agorafobici; l'evitamento è spesso marcato e può condurre ad un isolamento sociale pressoché completo.

L'ANSIA SOCIALE E' UN DISTURBO MOLTO DIFFUSO



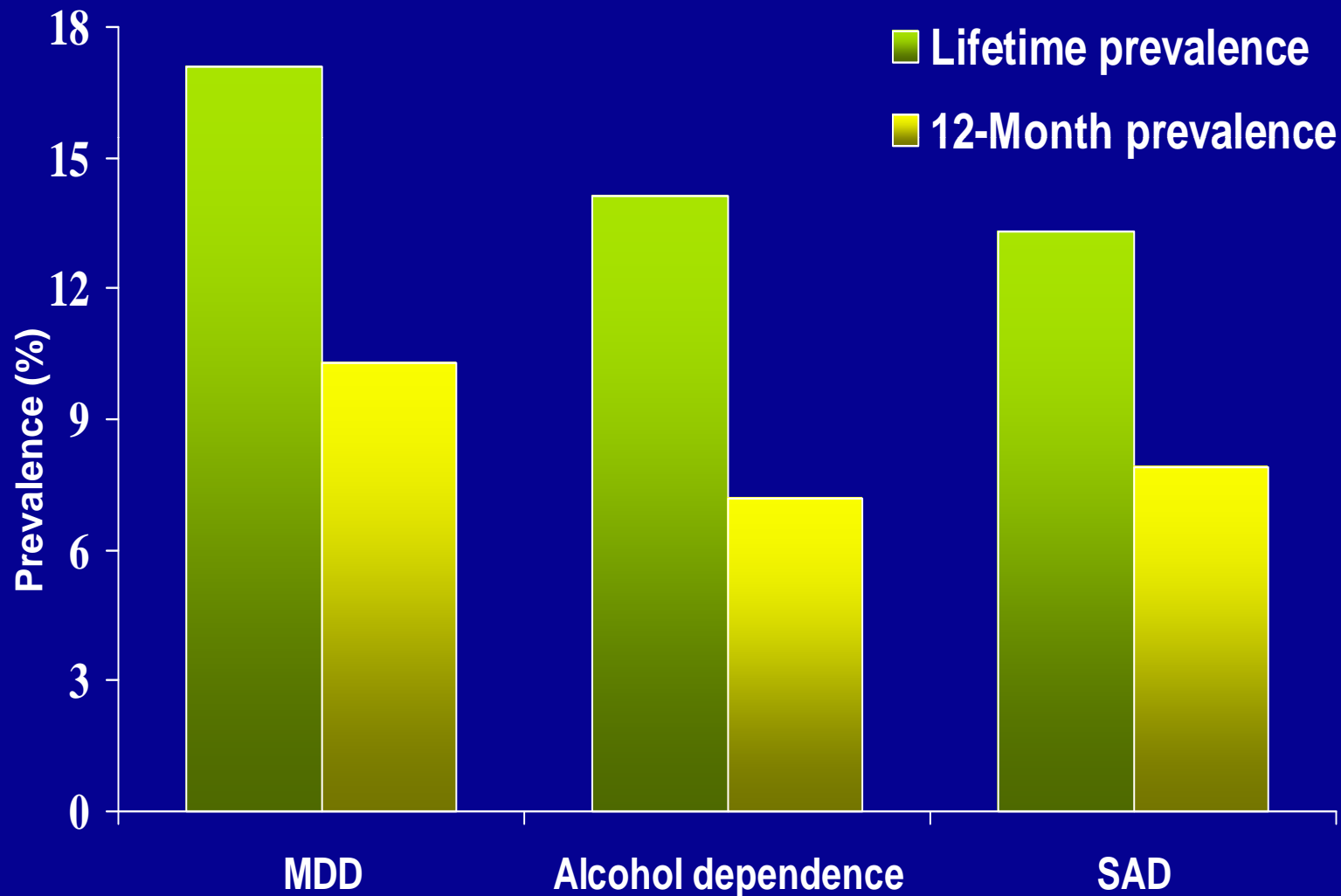
Kessler et al, 2005; Cornwell et al, 2011

Secondo uno studio condotto in Canada (Stein et al, 2000) la paura di parlare in pubblico riguarda il 15% della popolazione...



...la paura di partecipare ad un incontro con più persone il 14%, parlare a persone con cui non c'è molta familiarità o entrare in una stanza dove ci sono già delle persone il 13%....

L'ANSIA SOCIALE E' UN DISTURBO MOLTO DIFFUSO



NCS (1994; Criteri DSM-III-R):
prevalenza a 1 anno della Fobia Sociale=7.9%;
prevalenza lifetime=13.3%.

NCS-R (2005; Criteri DSM-IV): prevalenza a 1 anno della Fobia Sociale=6.8%;
prevalenza lifetime=12.1%.

4.5% forme moderate+severe

Kessler RC, et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.

Kessler RC, et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-1060.

An Epidemiologic Perspective on Social Anxiety Disorder

Murray B. Stein, M.D., M.P.H.

J Clin Psychiatry 2006, 67 (Suppl 12): 3-8

On being asked whether she would travel to Stockholm to collect her prize in person, she answered: “I am not mentally able to withstand that. I have a social phobia and cannot stand these large crowds of people. But I will certainly write a speech.”

Elfriede Jelinek, 2004 Nobel Prize winner in literature

LA FOBIA SOCIALE

Situazioni sociali e prestazionali più frequentemente temute

- ✓ **Conversazione**
- ✓ **Parlare in pubblico**
- ✓ **Partecipare a piccoli gruppi**
- ✓ **Mangiare, bere o scrivere in pubblico**
- ✓ **Parlare con persone che rivestono un ruolo di autorità**
- ✓ **Partecipare ad una festa**



LA FOBIA SOCIALE

Sintomi nelle situazioni temute

- ✓ **Palpitazioni**
- ✓ **Tremore**
- ✓ **Sudorazione**
- ✓ **Rossore al volto**
- ✓ **Malessere gastrointestinale**
- ✓ **Diarrea**
- ✓ **Tensione muscolare**

LA FOBIA SOCIALE

Manifestazioni associate

- ✓ **Ipersensibilità alla critica, alla valutazione negativa o al rifiuto**
- ✓ **Difficoltà ad essere assertivi**
- ✓ **Bassa autostima e sentimenti di inferiorità**
- ✓ **Scarse capacità sociali e segni osservabili di ansia**
- ✓ **Difficoltà scolastiche o lavorative**

LA FOBIA SOCIALE

Criteria diagnostici (DSM-IV)

- ✓ **Persistente paura di una o più situazioni sociali, nelle quali l'individuo è esposto a persone poco familiari o al loro giudizio, ed ha paura di agire in modo imbarazzante od umiliante;**
- ✓ **L'esposizione alle situazioni sociali temute quasi sempre provoca ansia, che può assumere la forma di un attacco di panico legato o favorito dalla situazione;**
- ✓ **L'individuo riconosce che la sua paura è eccessiva o irrazionale;**

LA FOBIA SOCIALE

Criteri diagnostici (DSM-IV)

- ✓ **Le situazioni temute vengono evitate o sopportate con intensa ansia;**
- ✓ **Il comportamento di evitamento interferisce con il funzionamento lavorativo, o con le attività sociali abituali, o con i rapporti interpersonali, oppure vi è un marcato disagio riguardante l'aver paura.**

LA FOBIA SOCIALE

Criteri diagnostici (DSM-IV-TR)

Due forme distinte o Spettro di gravità?

Generalizzata

= la situazione fobica include la maggior parte delle situazioni sociali

- E' la forma più frequente tra i pazienti che richiedono un intervento medico
- Si associa più frequentemente ad altri disturbi psichiatrici, a marcata compromissione funzionale e a una scadente qualità della vita

Non Generalizzata

= la situazione temuta riguarda una o poche situazioni sociali

LA FOBIA SOCIALE

Disturbi associati

- ✓ Altri disturbi d'ansia
- ✓ Disturbi dell'umore
- ✓ Disturbi correlati a sostanze
- ✓ Disturbi del comportamento alimentare

La fobia sociale di solito precede la comparsa di questi disturbi



ABUSO DI SOSTANZE E FOBIA SOCIALE

- **Relazione con:**
 - Dipendenza da marijuana
 - Dipendenza da alcool
- **Tra i fobico-sociali**
 - 36% - uno o più sintomi di dipendenza da alcool
 - 18% - uno o più sintomi di dipendenza da droghe illecite
- **La fobia sociale inizia prima dell'abuso di sostanze**



I pazienti con Fobia Sociale raramente chiedono aiuto per il loro problema

Le Barriere

- I luoghi delle cure
- Il giudizio degli altri
- I problemi economici
- Il disagio percepito

Solo il **5.4%** dei pazienti con fobia sociale pura consultano i servizi psichiatrici ambulatoriali per problemi emotivi

Il **38%** dei pazienti con fobia sociale associata ad un'altra diagnosi richiede un trattamento ambulatoriale psichiatrico

FOBIA SPECIFICA

- ✓ **Pauro marcata e persistente provocata da situazioni o oggetti specifici**
- ✓ **L'esposizione allo stimolo fobico provoca quasi invariabilmente una risposta ansiosa immediata che può prendere la forma di un attacco di panico**

LE FOBIE SPECIFICHE

Includono diverse condizioni caratterizzate dalla paura irrazionale di oggetti o situazioni specifiche. Le più comuni comprendono animali, altezze, sangue, temporali, buio e specifiche malattie (es. AIDS) .




La paura che l'individuo prova quando è esposto allo stimolo fobico è al tempo stesso mista a sentimenti di repulsione e disgusto ed è giudicata sproporzionata ed irrazionale.

LE FOBIE SPECIFICHE

Le condotte di evitamento saranno più o meno invalidanti, in rapporto con la diffusione degli oggetti e delle situazioni temute.

Per alcune di queste fobie sono state spesso osservate remissioni spontanee (buio, sangue, temporali), altre presentano un decorso più cronico, senza remissioni spontanee. Il decorso cronico è più frequente nelle donne e può rendere ragione della maggiore frequenza riportata nelle casistiche per il sesso femminile.

L'Agorafobia

- Prevalenza lifetime 6.7% nella popolazione generale
- Più frequente nelle  , con un rapporto  /  pari a 1/2
- In circa il 90-95% dei pazienti con agorafobia è possibile individuare attacchi di panico

Classificazione dei Disturbi d'Ansia

**L'inquadramento dell'agorafobia
rappresenta una delle principali differenze**

- **Per il DSM-IV essa è più spesso una complicanza del disturbo di panico**
- **Per l'ICD-10 l'attacco di panico è solo espressione di una maggiore gravità della fobia**

L'AGORAFOBIA



- La maggior parte degli studi suggerisce che l'evitamento agorafobico di solito si sviluppa a seguito degli attacchi di panico (Barlow, Brown, & Craske, 1994; Goisman et al., 1994)
- Tuttavia, alcuni studi retrospettivi hanno suggerito che i sintomi agorafobici precedono gli attacchi di panico in alcuni pazienti (Fava & Mangelli, 1999)

AGORAFOBIA



- Ansia relativa al trovarsi in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di un AP
- Le situazioni vengono evitate o tollerate con molto disagio o è richiesta la presenza di un compagno
- L'ansia e l'evitamento non sono giustificati da un disturbo mentale di altro tipo (fobia sociale per es.)

Agoraphobia in adults incidence and longitudinal relationship with panic

Bienvenu et al , 2006

**... baseline agoraphobia without spontaneous panic attacks also predicted first incidence of panic disorder ...
The implied one-way causal relationship between spontaneous panic attacks and agoraphobia in DSM-IV appears incorrect.**

L'agorafobia è presente prima dell'esordio del disturbo di panico in circa un terzo degli individui affetti dal disturbo, suggerendo che non necessariamente l'agorafobia è una conseguenza del panico

Confronto tra soggetti con Disturbo di Panico con Agorafobia (PDA) e Disturbo di Panico senza Agorafobia (PDWA)

Criteria/Impairment	PAN		PDA		PDWA		p Value ^a
	%	SE	%	SE	%	SE	
Panic attack symptoms							
Palpitations/pounding heart/accelerated heart rate	94.6	0.55	95.7	0.90	94.5	0.67	.7621
Sweating	73.7	1.15	77.1	2.41	72.8	1.29	.3254
Trembling/shaking	70.5	1.28	77.3	2.67	68.7	1.46	.0066
Sensation of shortness of breath/ smothering	83.9	0.93	86.5	2.02	83.2	1.06	.6927
Feelings of choking	37.7	1.25	47.4	2.72	35.1	1.43	.0002
Chest pain/discomfort	57.3	1.34	58.0	2.77	57.1	1.51	.8724
Nausea/abdominal distress	51.6	1.27	57.8	2.75	50.0	1.49	.0173
Feeling dizzy/unsteady/light-headed/faint	71.4	1.31	79.4	2.27	69.2	1.52	.0003
Derealization/depersonalization	60.6	1.39	71.3	2.60	57.7	1.55	.0001
Fear of losing control/going crazy	58.7	1.25	71.6	2.45	55.2	1.41	.0001
Fear of dying	54.5	1.28	58.7	2.54	53.4	1.49	.0781
Paresthesias	46.5	1.42	49.8	2.90	45.6	1.56	.4021
Chills/hot flashes	64.0	1.38	73.3	2.73	61.6	1.51	.0002
Other panic disorder criteria							
Worry for at least 1 month of having another panic attack	75.0	1.20	84.6	1.99	72.5	1.38	.0001
Worry for at least 1 month about complications/consequences of having another panic attack	64.6	1.38	81.8	2.17	59.9	1.54	.0001
Significant change in behavior related to attacks for at least 1 month	59.9	1.54	75.8	2.45	60.1	1.52	.0001
Distress/impairment							
Were uncomfortable or upset by panic disorder symptoms	79.3	1.08	91.5	1.43	76.1	1.32	.0001
Serious problems getting along with other people	21.1	1.14	37.9	2.73	16.6	1.09	.0001
Serious problems in social/occupational functioning	32.3	1.28	55.5	2.79	26.1	1.29	.0001
Restricted daily activities	44.3	1.44	71.7	2.35	37.0	1.52	.0001
Unable to carry out daily activities	37.8	1.31	63.7	2.52	30.8	1.35	.0001

^aAll statistical comparisons between PDA and PDWA.

Abbreviations: PAN = panic disorder (with and without agoraphobia), PDA = panic disorder with agoraphobia, PDWA = panic disorder without agoraphobia.

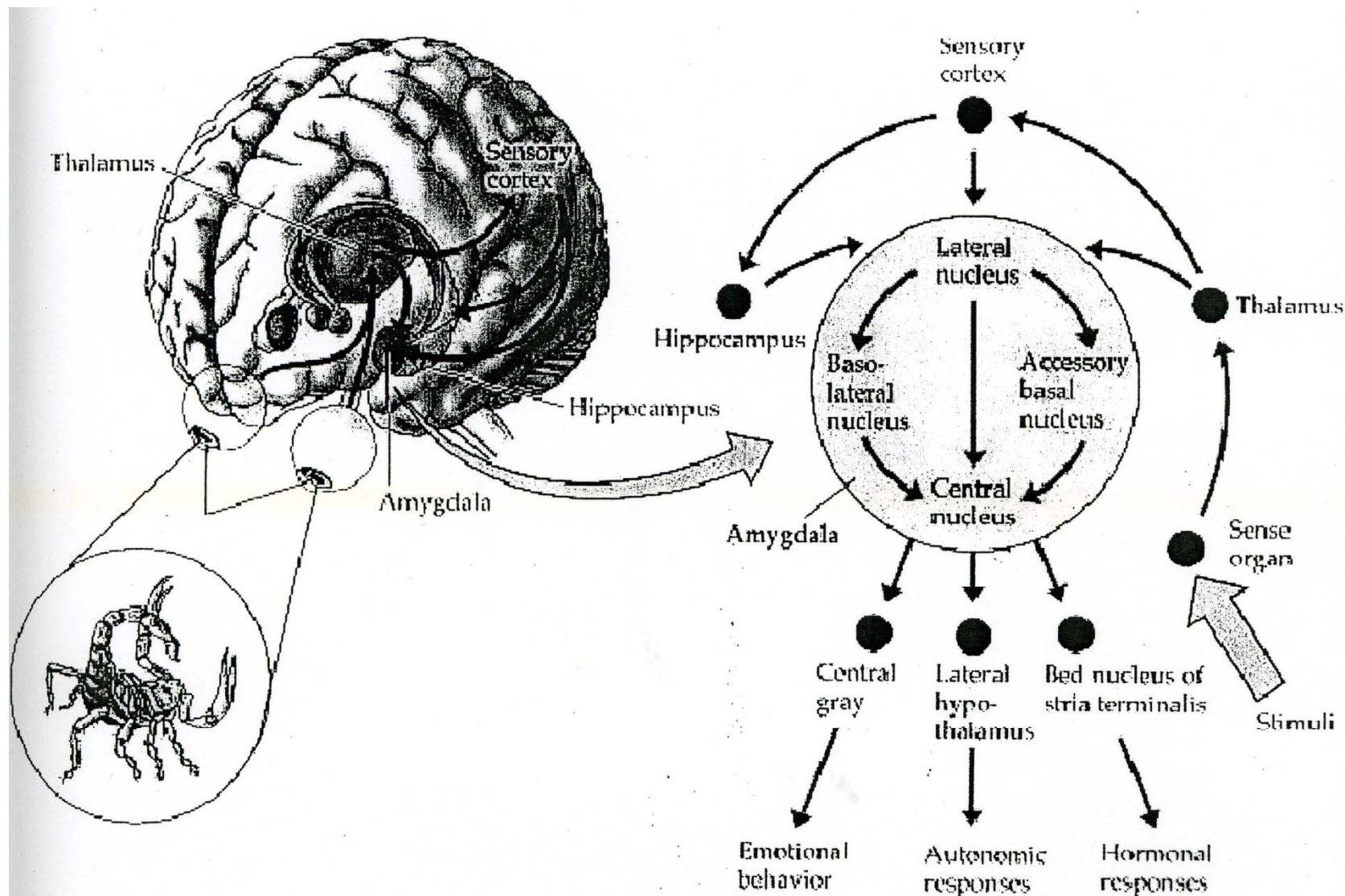
L'AGORAFOBIA

Come risultato di tale paura il soggetto spesso riduce gli spostamenti oppure esce solo in compagnia di qualcuno.

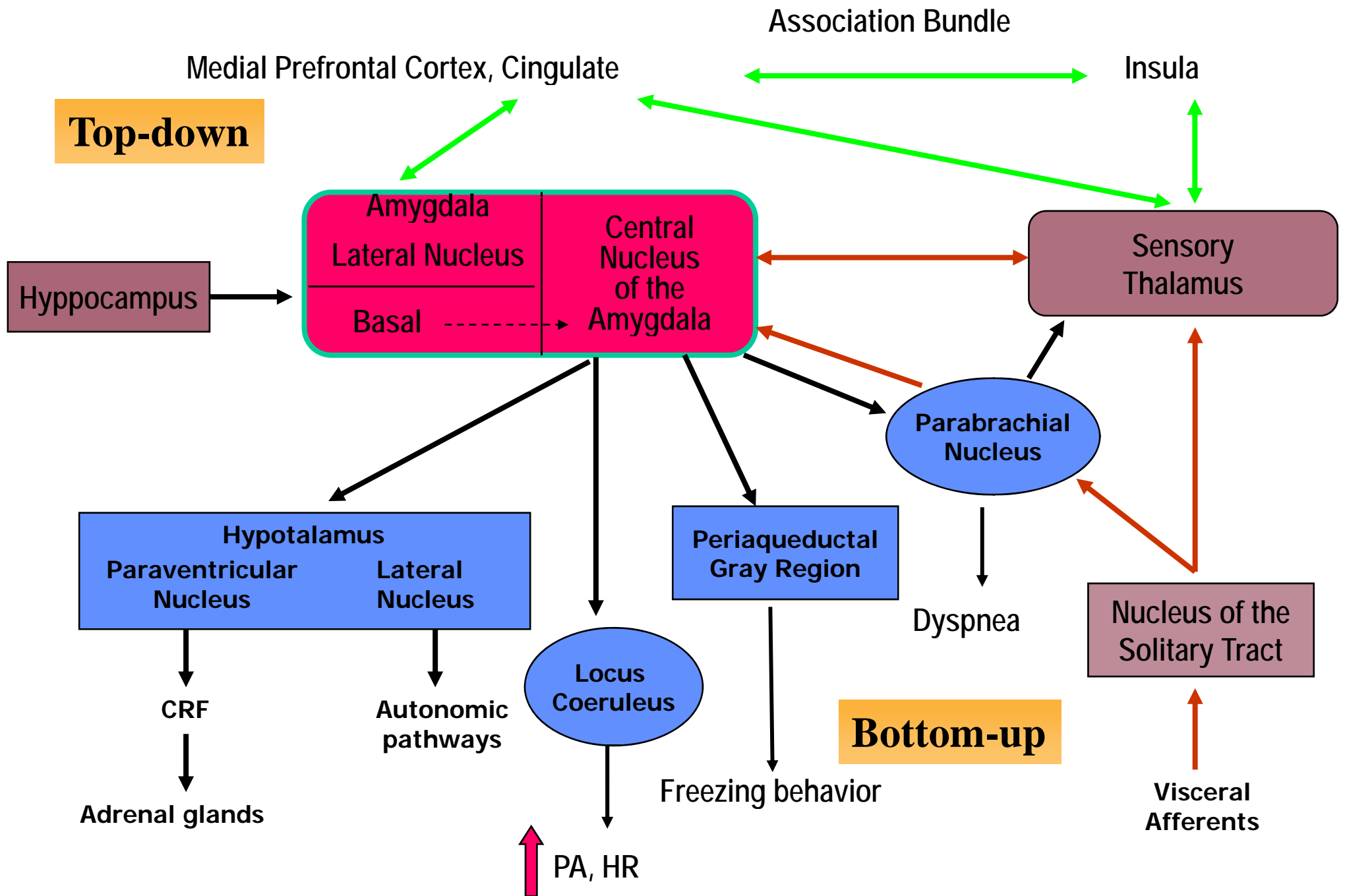
Le più comuni situazioni agorafobiche includono il trovarsi soli fuori da casa, l'essere in una folla, fare una coda, essere su un ponte, viaggiare in aereo, in treno, in autobus o in automobile. La mancanza di una via di uscita immediatamente disponibile è una delle caratteristiche essenziali in molte di queste situazioni agorafobiche.

Può avere un decorso ingravescente ed alcuni individui possono essere completamente costretti a casa.

FOBIE E CIRCUITI NEURONALI



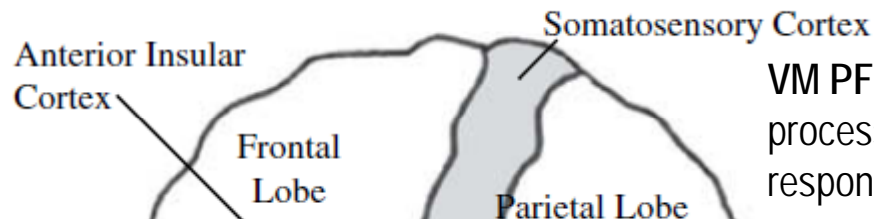
“Central Fear Network” (Gorman et al., 2000)



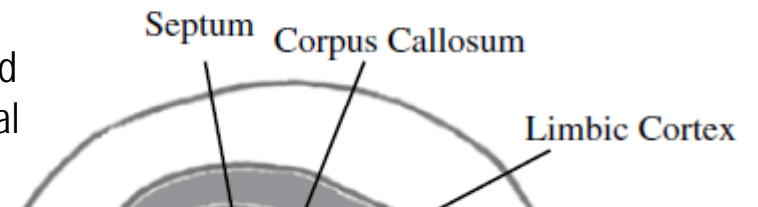
I circuiti neurali coinvolti nell'Ansia

PFC: planning, decision making, predicting consequences for potential behaviors, and understanding and moderating social behavior

In the healthy brain, these frontal cortical regions regulate impulses, emotions, and behavior via inhibitory top-down control of emotional-processing structures

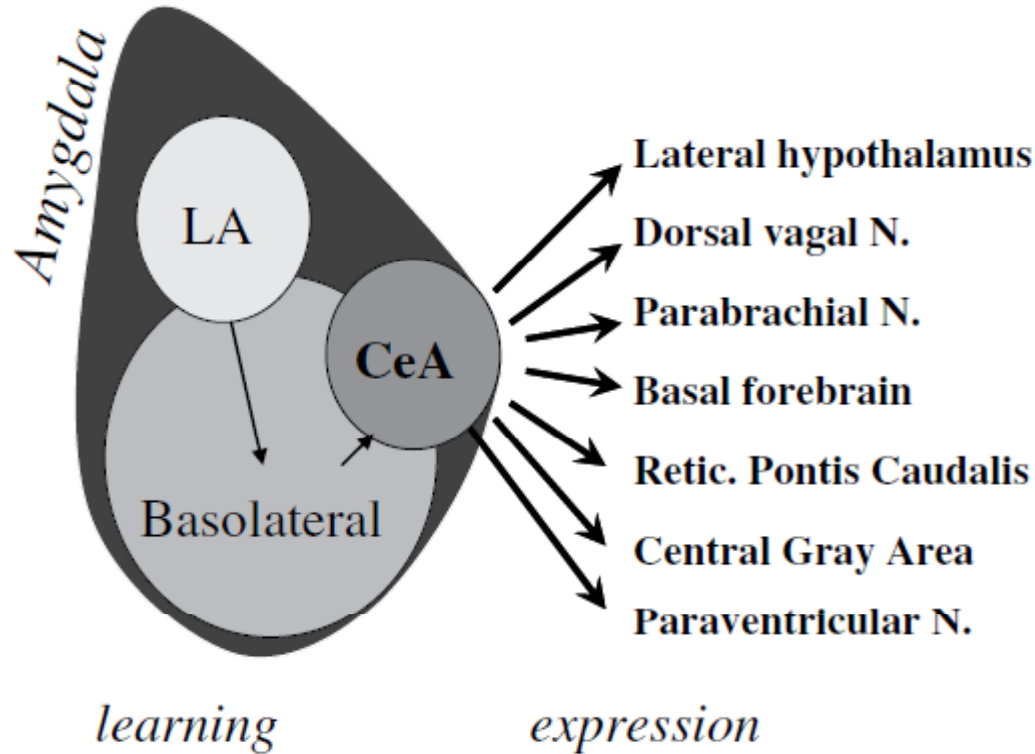
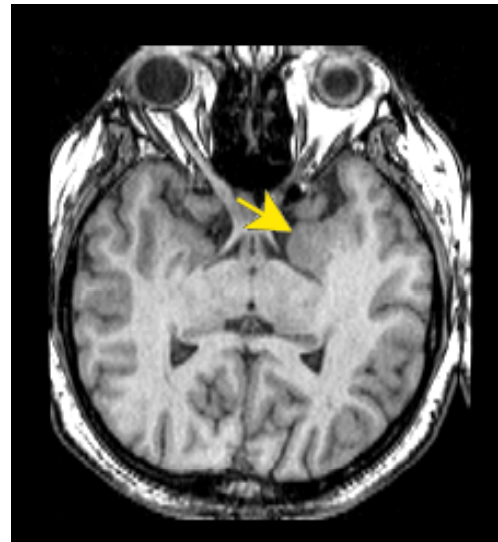
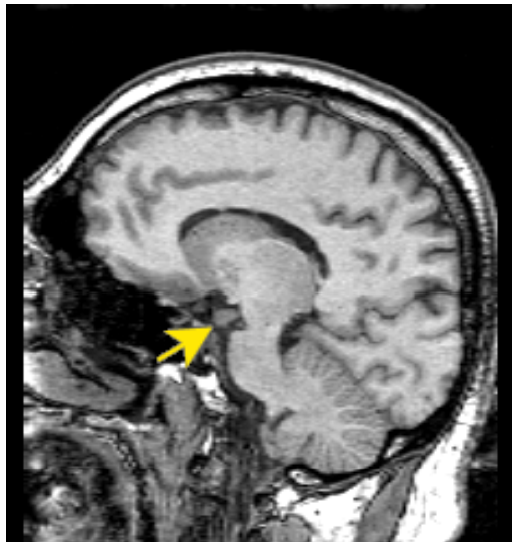


VM PFC is involved in reward processing and in the visceral response to emotions



OF info imp reg
The limbic cortex integrates the sensory, affective, and cognitive components of pain and processes information regarding the internal bodily state. The hippocampus is another limbic system structure; it has tonic inhibitory control over the hypothalamic stress-response system ... Hippocampal volume and neurogenesis (growth of new cells) in this structure have been implicated in stress sensitivity and resiliency in relationship to mood and anxiety disorders

NAc, nucleus accumbens; OFC, orbital frontal cortex; PAG, periaqueductal gray, VTA, ventral tegmental area.



Fear / Panic Symptoms:

- heart rate, blood pressure
- bradycardia, ulcers
- panting, respiratory distress
- arousal, vigilance, attention
- *increased startle response*
- *freezing, social interaction*
- corticosteroid release

The central nucleus of the amygdala (CeA) is heavily interconnected with cortical regions including the limbic cortex. It also receives input from the hippocampus, thalamus, and hypothalamus.

Modelli Patogenetici delle Fobie

Modello Comportamentale

- ✓ Modello del condizionamento classico, che fa capo alla teoria di Pavlov dei riflessi condizionati
- ✓ Modello del condizionamento operante, che prende origine dalle formulazioni di Skinner

Per entrambi i modelli, le fobie rappresentano comportamenti appresi in risposta a stimoli ambientali. I due modelli differiscono per le ipotesi sul come i comportamenti vengono appresi.

Modelli Patogenetici delle Fobie: Modello del condizionamento classico

- ✓ La presentazione contemporanea di uno stimolo *a* che elicitava una risposta (paura, disagio) e di uno stimolo *b* che è neutro comporta l'associazione dello stimolo neutro con la stessa risposta (il caso del piccolo Albert).

Secondo tale modello, l'associazione tra una situazione (o un oggetto) ed un'esperienza emozionale spiacevole sarebbe alla base della fobia

Modelli Patogenetici delle Fobie: Modello del condizionamento operante

- ✓ I comportamenti liberamente espressi dall'individuo aumentano o si riducono in ragione delle loro conseguenze.

Il Condizionamento Operante

Skinner e i suoi collaboratori, misero a punto una serie di procedure finalizzate a promuovere l'apprendimento, partendo dal presupposto che **le conseguenze ambientali dell'azione determinano quali comportamenti saranno appresi e consolidati all'interno del repertorio individuale.**

Il Rinforzo Positivo: Si riferisce al processo attraverso cui talune conseguenze del comportamento aumentano la probabilità che quel comportamento si verifichi di nuovo. I rinforzi positivi sono quelli che hanno un effetto piacevole (apprezzamento, soldi, cibo, attenzione ecc.). E' importante tuttavia notare che taluni eventi, visti come negativi da alcuni, sono considerati positivi da altri.

Molti farmaci possono essere considerati rinforzi positivi (oppiacei, barbiturici, cocaina ecc.)

Il Condizionamento Operante

Il Rinforzo Negativo: Descrive il processo attraverso cui viene rafforzato il comportamento che consente l'evitamento di un evento spiacevole.

Il rinforzo è un ingrediente fondamentale della maggior parte delle terapie, spesso fornito come attenzione o apprezzamento per taluni comportamenti.

Esempio del paziente mutacico (un gettone per ogni due minuti di dialogo con gli infermieri, nel corso di tre sessioni al giorno di incontro)

Modelli Patogenetici delle Fobie:

Il Modello Evoluzionista

Alcune fobie, per l'elevato valore adattativo che hanno rivestito nel corso dell'evoluzione della specie, persistono come schemi automatici nella nostra memoria, che possono riattivarsi in determinate condizioni (esempio, la fobia dei serpenti).

