

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

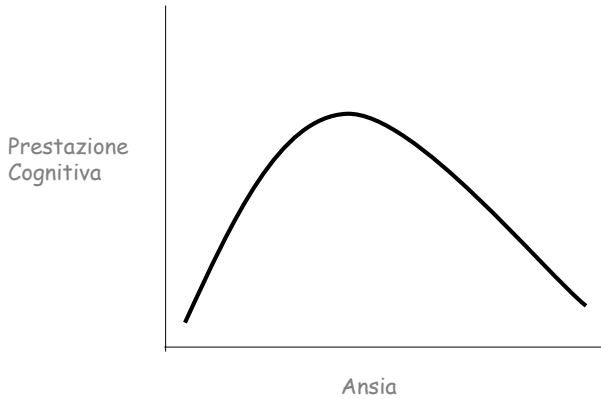
- **Elevata comorbidità con i Disturbi dell'Umore**
 - **Nei pazienti con Disturbo Bipolare la prevalenza lifetime di DP (20.8%) è 26 volte più elevata che nei controlli sani (0.8%) e nei pazienti con depressione maggiore (10%)**
 - **La comorbidità con i disturbi d'ansia sembra avere un impatto negativo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

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**

L'ANSIA: DEFINIZIONE, CONFINI E CARATTERISTICHE

- **Stato emotivo spiacevole, caratterizzato da paura/apprensione, in assenza di un pericolo o minaccia chiaramente riconosciuti e tali 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**



SINTOMI SOMATICI DELL'ANSIA

Sistema/apparato	Sintomi
Cardiopulmonare	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 frigidità; dismenorrea.
Sistema nervoso	Cefalea; instabilità nella marcia; vertigini; visione confusa; tremore.
Generali	Affaticabilità e debolezza; lipotimie.

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.

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

❖ 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-5

- Disturbo di panico (300.01)
- Disturbo d'ansia generalizzato (300.02)
- Disturbo d'ansia non altrimenti specificato (300.00)
- Disturbo d'ansia dovuto ad Altra Condizione Medica o ad uso di sostanze
- Disturbo d'ansia di separazione (309.21)
- Mutismo Selettivo (312.23)
- Altri disturbi d'ansia specificati (300.09)

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-5

- Agorafobia (300.22)
- Disturbo d'ansia sociale (Social anxiety disorder, 300.23)
- Fobia specifica (300.29)

L'inquadramento dell'agorafobia rappresenta una delle principali differenze. Per il DSM-5 essa può essere presente o meno in comorbidità con il 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 conìò 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

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.*



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 ▶

DISTURBO D'ANSIA SOCIALE



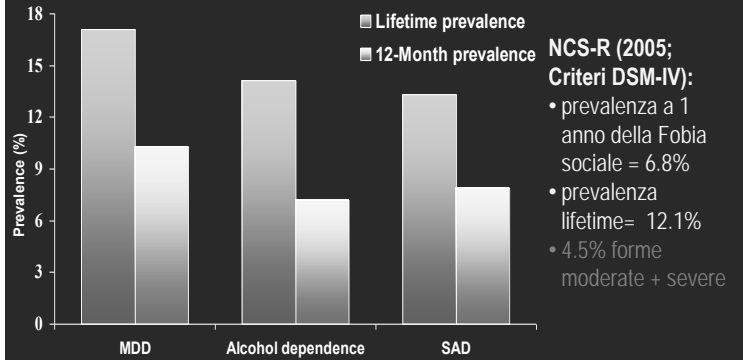
È un problema comune sentirsi nervosi quando si incontrano nuove persone, quando ci presentiamo o conosciamo una persona autorevole. Quest'ansia riflette il semplice dato che tutti gli incontri sociali, soprattutto quelli con persone non familiari o autorevoli, contengono dei rischi.

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



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%....

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

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

Sintomi nelle situazioni temute

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

LA FOBIA SOCIALE

Criteri diagnostici (DSM-5)

- ✓ Persistente paura di una o più situazioni sociali, nelle quali l'individuo è esposto al possibile giudizio degli altri. L'individuo teme di agire in modo imbarazzante o umiliante (o di mostrare sintomi d'ansia)
- ✓ Le situazioni sociali temute provocano quasi sempre paura o ansia
- ✓ Le situazioni sociali temute vengono evitate o sopportate con intensa ansia
- ✓ La paura o l'ansia non è proporzionale al pericolo insito nella situazione sociale o al contesto socio-culturale

LA FOBIA SOCIALE
Criteri diagnostici (DSM-5)

- ✓ La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente almeno 6 mesi
- ✓ La paura, l'ansia o l'evitamento causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree.
- ✓ La paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuibili agli effetti di una sostanza (ad esempio, una droga d'abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica e non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale

LA FOBIA SOCIALE
Criteri diagnostici

DSM-IV

- Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi
- La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole

DSM-5

- La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente almeno 6 mesi

LA FOBIA SOCIALE
Criteri diagnostici

DSM-IV

- Specificare se:
 1. **Generalizzata (le situazioni temute includono la maggior parte delle situazioni sociali)**
 2. **Non Generalizzata (la situazione temuta riguarda una o poche situazioni sociali)**

DSM-5

- Specificare se:
Situazionale (la paura è limitata al fornire prestazioni in pubblico)

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



DeWit et al., 1999

FOBIA SPECIFICA

- ✓ Marcata paura o ansia provocata da situazioni o oggetti specifici
- ✓ L'esposizione allo stimolo fobico provoca quasi invariabilmente una risposta ansiosa immediata e sproporzionata rispetto al reale pericolo e al contesto socio-culturale
- ✓ Paura, ansia o evitamento devono avere una durata di almeno 6 mesi

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

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

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-5 essa può essere presente o meno in comorbidità con il disturbo di panico
- Per l'ICD-10 l'attacco di panico è solo espressione di una maggiore gravità della fobia

AGORAFOBIA



- Marcata paura o ansia relativa a due o più delle seguenti situazioni:

1. Usare i trasporti pubblici (es.: automobili, autobus, treni, navi, aerei)
2. Stare in spazi aperti (es.: parcheggi, mercati, ponti)
3. Stare in luoghi chiusi (es.: negozi, teatri, cinema)
4. Essere in mezzo alla folla o in coda
5. Essere fuori casa da soli

- Il soggetto teme o evita tali situazioni per paura che sarebbe difficile scappare o che potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di sintomi tipo panico

AGORAFOBIA

- Le situazioni agorafobiche provocano paura o ansia e vengono evitate o tollerate con molto disagio o è richiesta la presenza di un compagno
- La paura o l'ansia non è proporzionale al pericolo insito nella situazione sociale o al contesto socio-culturale
- La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente almeno 6 mesi
- La paura, l'ansia o l'evitamento causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree
- La paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuibili agli effetti di una sostanza (ad esempio, una droga d'abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica e non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale

L'AGORAFOBIA

- ➔ Come risultato di tale paura il soggetto spesso riduce gli spostamenti oppure esce solo in compagnia di qualcuno.
- ➔ La mancanza di una via di uscita immediatamente disponibile è una delle caratteristiche essenziali in molte delle situazioni agorafobiche.
- ➔ Può avere un decorso ingravescente ed alcuni individui possono essere completamente costretti a casa.

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

Il Condizionamento Operante

Modelli Patogenetici delle Fobie:
Modello del condizionamento operante

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

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)

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.)

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).**
- ➡ **Le fobie derivano da paure istintive frutto di un processo di selezione naturale finalizzato all'adattamento all'ambiente ancestrale. In quanto prodotto dell'evoluzione, i meccanismi che controllano la paura sono apparentemente irrazionali, non solo perché rispondono tuttora con incontrollabile intensità a stimoli ancestrali ma anche perché ignorano situazioni certamente dannose ma evolutivamente nuove, che cioè non erano presenti nell'ambiente naturale.**