

I DISTURBI D'ANSIA



Dott.ssa Elena Luisetti
Marzo 2012

I DISTURBI D'ANSIA

Comprendono una varietà di **disturbi** piuttosto **diversi** tra loro. Per molto tempo sono state considerate forme di nevrosi.



Negli ultimi **30 anni** c'è una classificazione più precisa.

Negli ultimi **10 anni** più di 25.000 articoli.

I DISTURBI D'ANSIA

DSM-IV diverse categorie nosografiche:

- ◉ **Disturbo di panico (con o senza agorafobia)**
- ◉ **Agorafobia (senza anamnesi di disturbo di panico)**
- ◉ **Fobia specifica**
- ◉ **Fobia sociale**
- ◉ **Disturbo d'ansia generalizzato**
- ◉ **Disturbo ossessivo compulsivo**
- ◉ **Disturbo post-traumatico da stress**
- ◉ **Disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica**
- ◉ **Disturbo indotto da sostanze**
- ◉ **Disturbo d'ansia non altrimenti specificato**

I DISTURBI D'ANSIA

Modello cognitivo comportamentale

Si basa su:

- ◉ Teorie dell'apprendimento



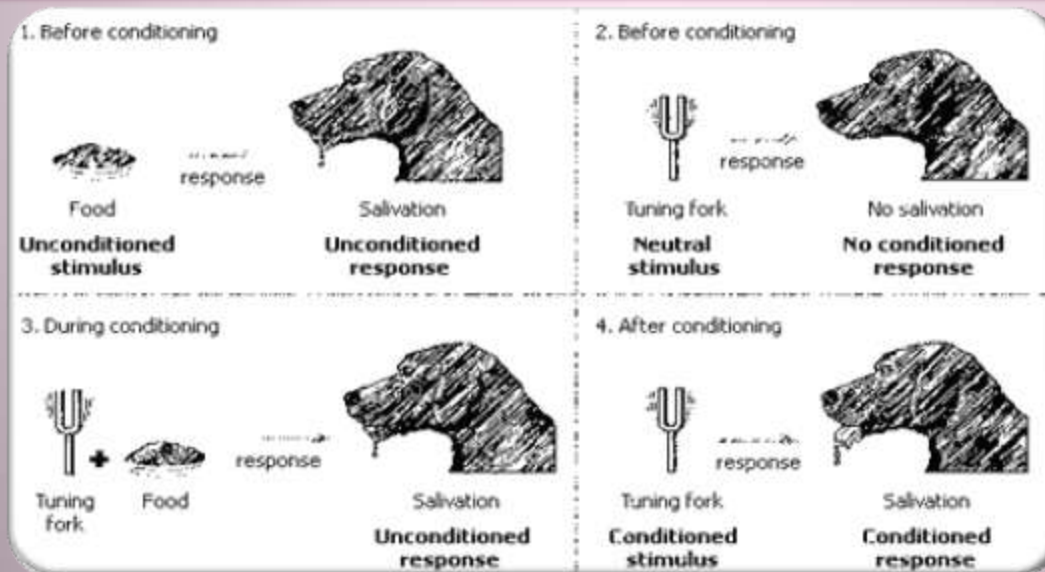
Teoria bifattoriale di Mower (1960)



I DISTURBI D'ANSIA

- Le paure vengono apprese per Condizionamento Classico

Associazione tra evento emotivo sgradevole ed una determinata situazione stimolo



I DISTURBI D'ANSIA

- E vengono mantenute ed alimentate per condizionamento operante con risposte di evitamento



Successivamente si sono aggiunti un gran numero di modelli cognitivi (cognizioni, aspettative, elaborazione dell'informazione)

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Aspetto centrale :

Ansie - preoccupazioni croniche - eccessive
“generalizzazione”



In un vasto numero di eventi e di attività che
vengono elaborati come
potenzialmente pericolosi



piuttosto che un numero limitato di situazioni specifiche...



Per raggiungere la soglia del disturbo (criteri diagnostici)



DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

INCIDENZA : 12 % di cui 2/3 femmine

COMORBILITA': Elevatissima

Vi è difficoltà a ricordare l'esordio del disturbo



IL RIMUGINIO - WORRY

Non è stimolato solo dagli stati mentali che lo precedono ma anche dalle funzioni positive che il soggetto vi attribuisce



l'attenuazione soggettiva dell'ansia



l'idea che contribuisca alla soluzione dei problemi



È una strategia perdente del soggetto per affrontare una molteplicità di problemi che lo assillano



DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

MODELLI EZIOPATOGENETICI

- Kendler e altri...(1992) in circa il 30% la componente ereditaria
- Andrews (stime più modeste)
- Borkovec (1991)

Campione di 1000 coppie di gemelli

Importanza di
eventi stressanti
nell'eziologia
del disturbo

Maggior rischio
di insorgenza
con uno stile
di
attaccamento
insicuro

Maggior rischio
di insorgenza
in soggetti che
hanno subito
traumi
psicosociali

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Tecniche di intervento e loro efficacia:

- ❖ Una maggior efficacia dei metodi cognitivi
- ❖ TCC superiore all'impiego del solo rilassamento (Borkovec e Castello) e Tecniche di gestione dell'ansia



ATTACCO DI PANICO

È una manifestazione d'ansia estremamente intensa, breve, transitoria, dove possono essere avvertiti almeno 4 dei seguenti stimoli:

1. Palpitazioni e tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori
4. Dispnea o sensazione di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore al petto
7. Nausea o dolori addominali
8. Sensazioni di sbandamento, instabilità o svenimento
9. Derealizzazione o depersonalizzazione
10. Paura di perdere il controllo o di impazzire
11. Paura di morire
12. Parestesie (formicolii, sensazioni di torpore)
13. Brividi o vampate di calore



ATTACCO DI PANICO



Attacchi paucisintomatici



Meno di 4 sintomi

ATTACCO DI PANICO

Convinzioni della natura “fisica” dei sintomi:

Nelle manifestazioni d'ansia sono in primo piano aspetti emozionali e cognitivi : apprensione, preoccupazione, tensione, incapacità di concentrazione



I sintomi fisici sono da sfondo (farfalle nello stomaco e nodo in gola)



Negli attacchi di panico i pazienti descrivono l'attacco in termini fisici.

ATTACCO DI PANICO

L'attacco ha un inizio improvviso e raggiunge rapidamente l'apice.

Durano alcuni minuti, a volte 10-20...

La sintomatologia regredisce in breve tempo.

Per una diagnosi differenziale i principali elementi da considerare sono:

- Obiettività elettrocardiografica negativa
- Rapida risoluzione



DISTURBO DI PANICO

Esperienze di attacchi di panico inaspettate e ricorrenti

a cui fanno seguito, per un periodo inferiore ad un mese,

persistenti preoccupazioni di poter avere nuovi attacchi e significative alterazioni del comportamento

2/3 volte superiore nel sesso femminile

Età d'esordio tra la tarda adolescenza e i 35 anni



DISTURBO DI PANICO

Desiderio impellente di fuggire dal luogo in cui si sta manifestando l'attacco e di raggiungere un posto **SICURO**.

Per un comunissimo processo di condizionamento classico è possibile che si diventi sensibili a luoghi e situazioni dove si è sperimentato l'attacco ... che si tenda a evitarli ... e che si provi ansia al solo pensiero di doverli affrontare...



DISTURBO DI PANICO

Tale processo può portare al disturbo di panico **con agorafobia**.



DISTURBO DI PANICO

Da un punto di vista psicofisiologico si riscontra una notevole analogia con la sindrome da iperventilazione.

Una procedura utile in assessment è la prova dell'iperventilazione.

DISTURBO DI PANICO

Tecniche di trattamento di seconda generazione:

Intervento psicoeducativo

Intervento di ristrutturazione cognitiva

Strategie di esposizione enterocettiva e situazionale

Altri interventi: tecniche di respirazione, training di rilassamento, prevenzione alle ricadute



DISTURBO DI PANICO

Tecniche di trattamento di seconda generazione:

PROTOCOLLO DI OXFORD

10-12 sedute settimanali

3 sedute di follow up

Ampio uso di esposizione enterocettiva e situazionale con lo scopo di confutare l'idea che quel dato sintomo produrrà attacco di panico.

STUDI SULL'EFFICACIA:

6 studi esaminati

85% dei clienti non soffriva più di attacchi di panico dopo il trattamento

Maggior efficacia dei trattamenti di esposizione in vivo rispetto alle tecniche di gestione del panico



DISTURBO DI PANICO

STUDI SULL'EFFICACIA:



Modello di Oxford:

6 studi esaminati

85% dei clienti non soffriva più di attacchi di panico dopo il trattamento

Maggior efficacia dei trattamenti di esposizione in vivo rispetto alle tecniche di gestione del panico

Barlow:

85% TCC

87% Terapia cognitiva e rilassamento

Beck:

87% (al follow up di un anno) terapia cognitiva di 12 settimane

AGORAFOBIA

Ansia relativa al trovarsi in luoghi o situazioni da dove sia difficile allontanarsi o impossibile ricevere aiuto nel caso in cui si verificano sintomi di un attacco di panico:

1. Viaggio in treno



2. Viaggio autostradale



3. Chiesa affollata



4. Pranzo importante

AGORAFOBIA

Queste situazioni vengono **EVITATE** o affrontate con la presenza di un accompagnatore.

Due comportamenti:

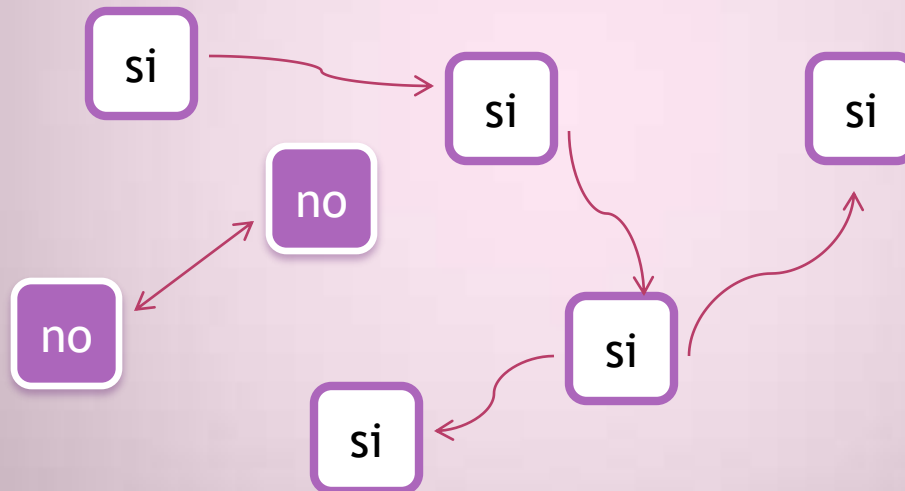
- a) Ansia che viene esperita
- b) Condotta da evitamento



AGORAFOBIA

Aspetto cruciale è la fase della costruzione della MAPPA DELLE AUTONOMIE della persona ben dettagliata.

Dove è in grado di muoversi da solo e senza necessità di “SAFETY BEHAVIOR” (comportamenti protettivi)



INSORGENZA: fascia dei 30 anni
ne soffre il 2/3% della popolazione

AGORAFOBIA

MODELLI EZIOPATOGENETICI:

Nelle terapie del comportamento l'agorafobia è trattata con DS, esposizione in vivo, flooding.

Goldstein e Chambless (1978) distinsero tra:

- a) Agorafobia semplice
- b) Agorafobia complessa



1. “paura della paura” come elemento fobico fondamentale
2. Bassi livelli di autosufficienza (dovuti ad ansia o a mancanza di abilità)
3. Tendenza a non riconoscere gli antecedenti causali (l'ansia causata da conflitti interpersonali viene interpretata come paura di uscire da soli)
4. La prima comparsa dei sintomi avviene in un clima stressante e di conflitto interpersonale

AGORAFOBIA

Modello di Liotti (1981)

Analisi delle precondizioni allo sviluppo preadolescente e alla storia dell'attaccamento.

Il comportamento e le convinzioni di inadeguatezza/debolezza dell'agorafobia si riducono a frustrazioni precoci del comportamento esplorativo e ad una organizzazione disfunzionale dell'attaccamento da cui si avvia la formazione di schemi cognitivi nei quali il mondo extrafamigliare costituisce un pericolo.

AGORAFOBIA

Tecniche di trattamento:

1. L'esposizione in vivo è la procedura più diffusa ed efficace
2. Il cambiamento che cresce nella direzione di autonomia e autosufficienza determina ripercussioni sulla vita coniugale

Qualità della relazione coniugale e ruolo del coniuge nell'esito della terapia sono stati indagati in ricerche sistematiche.

La partecipazione del partner al trattamento riduce drasticamente il tasso di drop out.



AGORAFOBIA

Efficacia del trattamento:

Una rassegna delle ricerche ha prodotto come metodo di base:
Procedure di esposizione (in vivo o in immaginazione)

+

Tecniche cognitive



- Self instructional training di Meicheunbaum
- Disputa dei pensieri irrazionali di Ellis
- Ricerca di schemi disadattivi e pensieri automatici secondo Beck

AGORAFOBIA

È un disturbo ostico:

- 15% abbandono il trattamento
- 30% non beneficia del trattamento
- 60/70% di coloro che traggono beneficio dal trattamento hanno ancora sintomi alla fine del trattamento
- 70% dei pazienti consolida il trattamento e presenta notevoli miglioramenti



FOBIA SPECIFICA

È rappresentata da una paura **marcata persistente**, **irragionevole** o sproporzionata **per stimoli precisi** o situazioni circoscritte e chiaramente discernibili:

- ◉ Animali
- ◉ Ricevere iniezioni
- ◉ Entrare in ascensore
- ◉ Viaggiare in aereo



FOBIA SPECIFICA

La fobia clinicamente significativa ha questi requisiti:

- Consapevolezza della irragionevolezza della paura
- Non essere in grado di controllare tale fobia in modi accettabili
- Significativa compromissione nella vita sociale o lavorativa



FOBIA SPECIFICA

La procedura di **assessment** principale è:

BAT (Behavioural avoidance test) prova di evitamento comportamentale

La distanza fisica dalla stimolo è utilizzata per quantificare l'evitamento

SUD valutazione del grado d'ansia da 0 a 100



FOBIA SPECIFICA

MODELLI EZIOPATOGENETICI:

Rachman → condizionamento classico

1. Le fobie sono risposte apprese
2. Qualsiasi stimolo sviluppa proprietà fobiche per contiguità spazio-temporale con situazioni di paura
3. Stimoli neutri che hanno particolare impatto sul soggetto hanno più probabilità di sviluppare proprietà fobiche
4. Si verificherà la generalizzazione dello stimolo fobico
5. Risposte come quelle di evitamento possono essere rinforzate dalla riduzione dell'ansia

FOBIA SPECIFICA

MODELLI EZIOPATOGENETICI:



Seligman afferma che:

la nostra specie sarebbe **preprogrammata** per acquisire con facilità **reazioni di paura** in riferimento a situazioni di importanza fondamentale per la nostra **sopravvivenza**.

FOBIA SPECIFICA

MODELLI EZIOPATOGENETICI:



Bandura → modeling

le paure possono essere acquisite attraverso l'osservazione e la trasmissione di informazioni e istruzioni

FOBIA SPECIFICA

Trattamento:



Wolpe → desensibilizzazione sistematica

Esposizione in vivo più o meno graduata

FOBIA SPECIFICA

Un discorso a parte si fa per la **fobia del sangue**

Trattamento di elezione:

KOZAK → trattamento multimodale



Prevede l'esecuzione di un controcondizionamento
Condizionare una risposta di tensione

FOBIA SPECIFICA

Studi sull'EFFICACIA:

Risultati equiparabili con esposizione o con desensibilizzazione sistematica con il

90% pazienti migliorati

60%-70% di miglioramenti con la fobia del sangue



FOBIA SOCIALE

PAURA marcata e persistente relativa ad una o più **situazioni sociali o prestazionali** (dove è richiesta una prestazione che possa implicare una valutazione o una critica da parte altrui)

La persona teme:

- Di agire e comportarsi in modo inadeguato
- Di mostrare manifestazioni di ansia
- Di provare imbarazzo, vergogna e umiliazione
- Di essere critica e giudicata negativamente



FOBIA SOCIALE

Di conseguenza le persone **EVITANO**



Le situazioni sociali e prestazionali:
Mangiare, bere, scrivere ... in pubblico
per la paura che gli altri notino



le mani tremare

Reazioni a carico del sistema nervoso autonomo:
Rossore, sudorazioni, malessere gastrointestinale, diarrea



FOBIA SOCIALE

Può esserci ansia anticipatoria prima di eventi difficilmente evitabili

Diagnosi appropriata quando

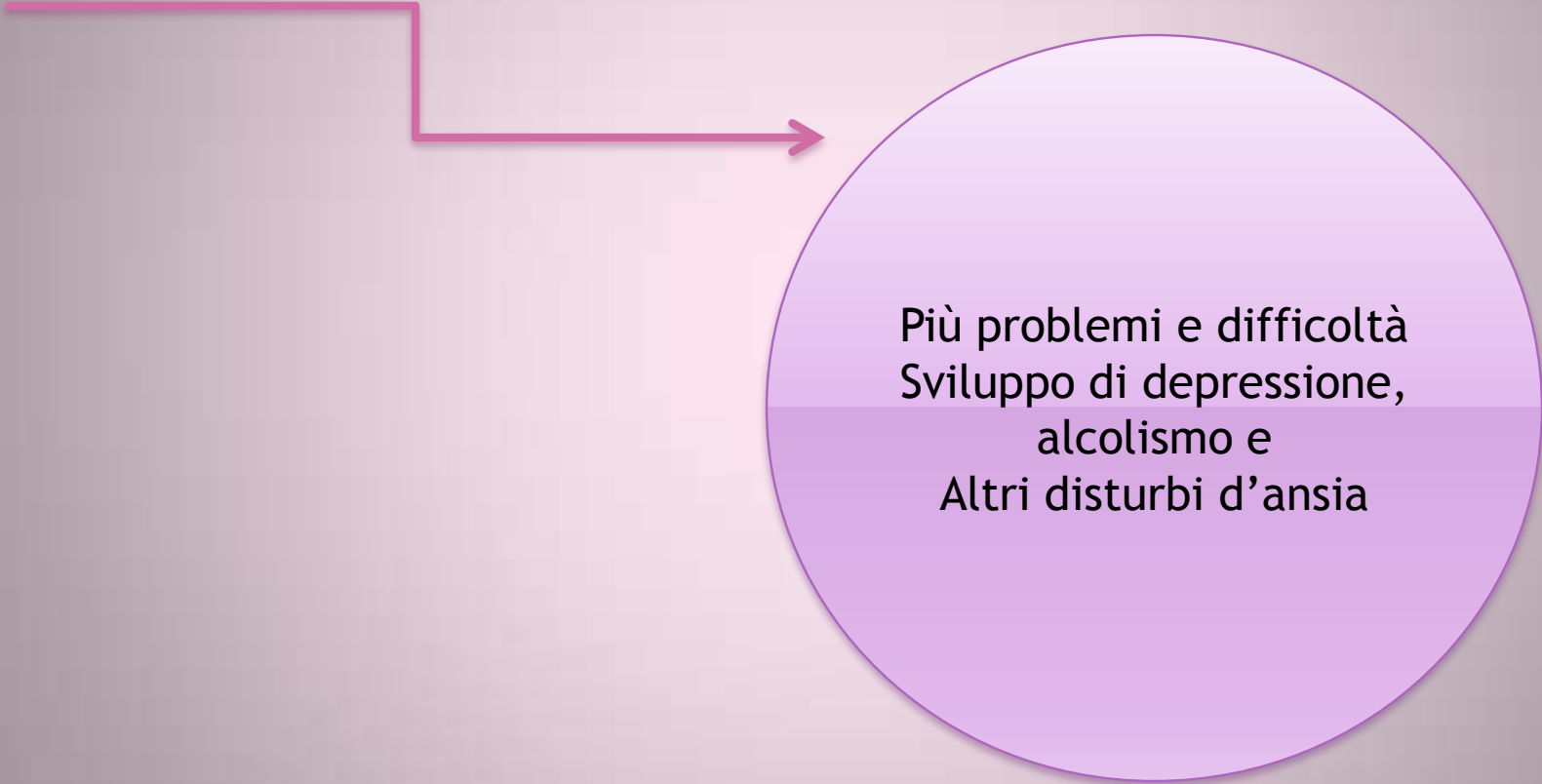


- a) C'è consapevolezza del carattere irragionevole della paura
- b) Si va incontro a limitazioni gravi per la vita quotidiana

FOBIA SOCIALE

Sottotipo:

Fobia sociale “generalizzata”



Più problemi e difficoltà
Sviluppo di depressione,
alcolismo e
Altri disturbi d'ansia

FOBIA SOCIALE

ASSESSMENT

Il grado in cui affronta situazioni temute, il livello soggettivo di ansia e le cognizioni associate, la presenza di comportamenti protettivi e di evitamento.

Inventario Paure Forma Ridotta (CBA 2.0)

Un assessment di maggior respiro per le abilità sociali (assertività)

- Rathus Assertiveness Schedule (30 item)

LIMITI →

- Formulazione item anni 60/70
- Mancata copertura espressione dei sentimenti ed espressione positiva
- Incerta struttura fattoriale
- Difficoltà a discriminare il comportamento assertivo e aggressivo

FOBIA SOCIALE

ASSESSMENT

Assertion Inventory di Gambrill (40 item)



•Originalità: doppio sistema di risposta , grado di disagio e probabilità di emettere il comportamento



•Non ha un serio studio a carattere psicometrico

FOBIA SOCIALE

ASSESSMENT

SIB (Scale for Interpersonal Behaviour)

Doppia valutazione indipendente di **disagio** e **performance** su 5 aree:

- Manifestazione di sentimenti negativi
- Espressione e gestione limiti personali
- Assertività di iniziativa
- Assertività positiva
- Assertività generale (somma dei punteggi ai 50 item)

•Proprietà psicometriche hanno un ottimo livello per la cultura italiana

FOBIA SOCIALE

MODELLI EZIOPATOGENETICI:

3 differenti ipotesi:

1. Ipotesi del deficit primario
2. Ipotesi dell'inibizione
3. Ipotesi della distorsione cognitiva



FOBIA SOCIALE

MODELLI EZIOPATOGENETICI

Ipotesi 1

Deficit primario delle abilità sociali (mancanza di adeguati modelli e di esperienze di socializzazione)

Ipotesi 2

Ipotesi delle'inibizione (Wolpe)

Presenza di livelli elevati di ansia che impediscono la messa in pratica delle abilità

Ipotesi 3

Ansia è prodotta da distorsioni cognitive come aspettative eccessive e irrealistiche, svalutazione di sé e delle proprie capacità, percezione distorta del proprio comportamento nelle situazioni sociali

FOBIA SOCIALE

MODELLI EZIOPATOGENETICI

Interessante il modello di Clark e Wells

Dove la paura del giudizio altrui
è fondamentale nell'eziologia e
mantenimento della fobia

FOBIA SOCIALE

Dare una buona impressione di sé accompagnata da grosse incertezze sulla riuscita

Si teme di agire in modo inadeguato e inaccettabile e si pensa che tale comportamento avrà conseguenze drammatiche in termini di rifiuto sociale e autostima

Tali cognizioni attivano sul piano fisiologico, cognitivo, emotivo e comportamentale

SINTOMI DI ANSIA

FOBIA SOCIALE

SINTOMI DI ANSIA



CHE DIVENTANO OGGETTO DELLA PREOCCUPAZIONE PER
UN GIUDIZIO ALTRUI NEGATIVO SULLE MANIFESTAZIONI
ANSIOSE



FOBIA SOCIALE

Eccessiva attenzione alle proprie reazioni e ai propri pensieri:

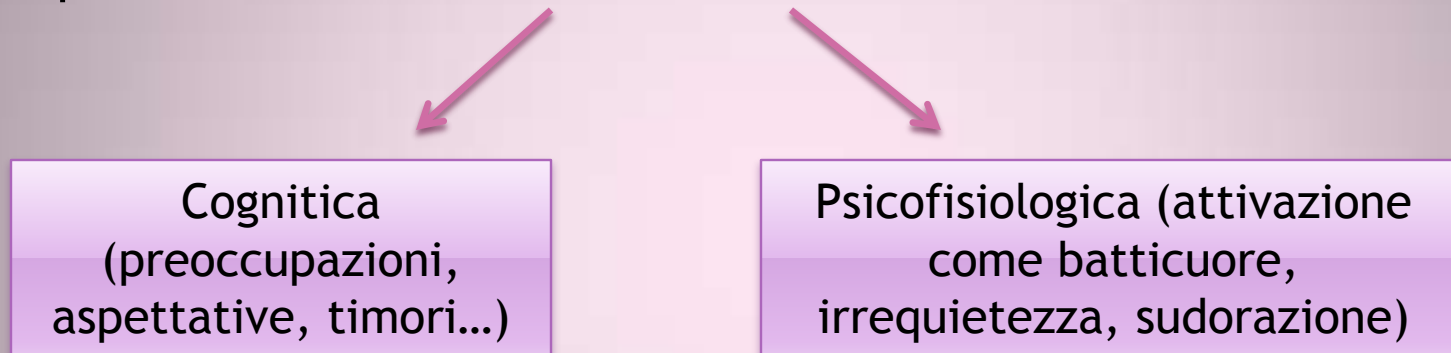
1. La persona non presta attenzione all'ambiente esterno e non coglie sottili segnali che rendono efficiente la prestazione
2. Diventa sempre più sensibile all'ansia e mette in atto comportamenti protettivi che portano a prestazioni goffe



FOBIA SOCIALE

Pauro da esame:

All'inizio è monodimensionale successivamente è data da due componenti



Non è tanto caratterizzata da un'eccessiva emozionalità, ma da un vero e proprio processo di **WORRY**

WORRY

- 1) Abitudine insufficiente nella focalizzazione dell'attenzione
- 2) Impiego di processi di coping (come la rimuginazione che interferisce con la prestazione)



FOBIA SOCIALE

Tecniche di trattamento

- Deficit primario: acquisizione di abilità sociali - training assertivo
- Inibizione: DS o esposizione graduata o Flooding
- Distorsioni cognitive: terapia cognitiva
- Modello di Wells - intervento complesso:
 - Procedure di esposizione in vivo ed eliminazione dei comportamenti protetti e /o di evitamento
 - Modificazione del focus attentivo e tecniche cognitive finalizzate a modificare il contenuto delle elaborazioni

Verificare se è fobia sociale o disturbo di personalità (disturbo di evitamento, disturbo dipendente)

FOBIA SOCIALE

STUDI SULL'EFFICACIA:

➤ L'approccio di tecniche cognitive e comportamentali



più efficace e i progressi sono mantenuti fino a 5 anni

➤ Esito del trattamento per il sottotipo “fobia sociale generalizzata”



meno positivo

➤ Psicoterapia di gruppo



più favorevole di quella individuale

