

DISTURBI D'ANSIA

Comprendono dodici disturbi caratterizzati dall'ansia o dall'evitamento fobico come sintomi dominanti.

- **Fobia Specifica**
- **Fobia sociale**
- **Disturbo d'Ansia Generalizzato**
- **Disturbo Ossessivo-Compulsivo**
- **Disturbo di Panico con e senza agorafobia**
- **Agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico**
- **Disturbo Post-traumatico da Stress**
- **Disturbo acuto da Stress**
- **Disturbo d'Ansia dovuto a condizione medica generale**
- **Disturbo d'Ansia indotto da sostanze**
- **Disturbo d'Ansia non altrimenti specificato**

FOBIA SPECIFICA

Diagnosi DSM-IV

La fobia specifica si caratterizza per una marcata e persistente paura, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall'attesa di un oggetto o di una situazione specifici (per es. animali, sangue, volare, altezze) **[criterio A]**. L'esposizione allo stimolo fobico provoca un'immediata risposta ansiosa che può sfociare in un attacco di panico situazionale (nei bambini l'ansia può essere espressa tramite pianti, scoppi d'ira, irrigidimenti, o aggrappandosi) **[criterio B]**. La persona, non necessariamente i bambini, riconosce che le paure sono eccessive ed irragionevoli **[criterio C]**. Le situazioni fobiche vengono evitate o sopportate con intenso disagio **[criterio D]**, e l'evitamento o il disagio collegato alle situazioni temute deve significativamente interferire con il funzionamento lavorativo, sociale o deve essere presente marcato disagio per il fatto di soffrire di questo disturbo **[criterio E]**. La durata del disturbo nei minori deve essere di almeno 6 mesi **[criterio F]**; infine, il disturbo non deve essere meglio giustificato da altro disturbo mentale o da una condizione medica generale o dall'assunzione di sostanze **[criterio G]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 226-228].

Le fobie specifiche sono dunque comportamenti di evitamento di cose o situazioni specifiche che attivano un'ansia sproporzionata e irragionevole. Possono essere divise in sottotipi a seconda della fonte della paura, e il loro contenuto può variare nelle varie culture. Sono esperienze comuni e ubiquitarie che spesso non creano un problema tale da richiedere un trattamento. Importante per il discriminare fra normalità e patologia e quindi per considerare questi comportamenti come un disturbo psicologico è il criterio E.

La teoria psicoanalitica spiega la fobia specifica come conseguenza dello spostamento (meccanismo di difesa) dell'angoscia segnale su oggetti o situazioni che hanno una relazione simbolica con la situazione traumatica rimossa, in questo modo il pericolo viene fronteggiato con l'evitamento, e viene rafforzata la rimozione della situazione originaria fonte dell'ansia (vedi il caso del piccolo Hans descritto da Freud).

Le teorie comportamentali considerano le fobie specifiche come comportamenti appresi mediante condizionamento classico, operante e imitazione di modelli.

La teoria del condizionamento all'evitamento ritiene che la fobia si sviluppi attraverso due processi di apprendimento interconnessi, un iniziale condizionamento classico che porta ad associare un evento che produce dolore o paura ad uno stimolo neutro e un successivo condizionamento operante all'evitamento con rinforzo positivo determinato dalla conseguente riduzione dell'ansia. Gli studi clinici e sperimentali basati su questa teoria hanno prodotto dati molto contrastanti (vedi Davison e Neale, pag. 129-132) che suggeriscono il coinvolgimento anche di processi di diverso tipo.

La teoria dell'apprendimento vicario, considera all'origine delle fobie l'osservazione delle reazioni di paura degli altri o la descrizione di ciò che potrebbe accadere. Anche in questo caso non si tratta di un modello esplicativo valido per tutte le fobie, perché non tutti i fobici riferiscono di avere assistito ad esperienze spiacevoli di altre persone, e molte persone che vi hanno assistito non sviluppano fobie.

Le teorie cognitive sull'origine delle fobie danno rilievo al fatto che le persone che sviluppano fobie o altri disturbi d'ansia, a differenza di quelle che non le sviluppano avrebbero una spiccata tendenza a prestare attenzione agli stimoli negativi e una più alta aspettativa sul verificarsi di eventi negativi nel futuro.

FOBIA SOCIALE

Diagnosi DSM-IV

La fobia sociale si contraddistingue per una paura marcata e persistente nei confronti di situazioni sociali o prestazioni che comportano l'esposizione a persone non familiari o il possibile giudizio di altri. In tali situazioni la persona teme di mostrare ansia o di agire in modo umiliante ed imbarazzante (nei bambini deve essere presente la capacità di stabilire rapporti appropriati all'età con persone familiari, e l'ansia deve manifestarsi nell'interazione con i coetanei e non solo con gli adulti) **[criterio A]**. L'esposizione alla situazione temuta causa ansia che può assumere le forme dell'attacco di panico causato o sensibile alla situazione (nei bambini l'ansia può essere espressa con pianti, scoppi d'ira o irrigidimento) **[criterio B]**. La persona adulta, non necessariamente i bambini, riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole **[criterio C]**. Le situazioni temute sono evitate o sopportate con intensa ansia o disagio **[criterio D]** e l'evitamento delle situazioni, l'ansia anticipatoria o il disagio provato nelle situazioni sociali o prestazionali interferiscono significativamente con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività e le relazioni sociali, oppure è presente marcato disagio per il fatto di avere la fobia **[criterio E]**. Il disturbo, nei minori, deve essere presente da almeno sei mesi **[criterio F]**. La fobia non deve essere giustificabile dall'assunzione di sostanze o da una condizione medica generale, o da un diverso disturbo mentale **[criterio G]**, e nel caso fossero presenti altri disturbi mentali (ad es. un disturbo della comunicazione) o una condizione medica generale compromessa (ad es. il tremore nella malattia di Parkinson) la paura non deve essere a loro correlata **[criterio H]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 228-230].

Così come per le fobie specifiche, anche un certo grado di ansia sociale può considerarsi come un'esperienza comune, per esempio quando si deve parlare in pubblico o si affronta un esame, o si partecipa a feste o riunioni senza conoscere nessuno. Il confine fra normalità e patologia lo troviamo negli aggettivi marcata e persistente che accompagnano il termine paura nel criterio A, e nel forte disagio e notevole compromissione della vita sociale e lavorativa che il disturbo produce nelle persone che ne soffrono, come specificato dal criterio E. Si tratta di un disturbo con un tasso di prevalenza superiore al 10%, con esordio spesso nell'adolescenza e che presenta un alto tasso di comorbidità con altri disturbi d'ansia e con il disturbo evitante di personalità. Può presentarsi in forma circoscritta a determinate situazioni o in forma generalizzata. Il criterio C stabilisce il confine fra la fobia sociale e l'evitamento sociale della schizofrenia o del disturbo schizotipico di personalità.

La teoria psicoanalitica spiega la fobia sociale come conseguenza dell'interiorizzazione nel Super Io e nell'Ideale dell'Io di rappresentazioni di genitori o agenti di cura o fratelli, idealizzati nelle loro capacità e prestazioni, e che inducono vergogna o imbarazzo, criticano, ridicolizzano, umiliano per le ovvie goffaggini dei primi tentativi di esibizione delle proprie capacità. La proiezione di questi introietti sugli estranei permette alla persona di gestire l'ansia con l'evitamento.

Le teorie comportamentali considerano la fobia sociale, similmente alle fobie specifiche, come un comportamento appreso mediante condizionamento classico, operante e imitazione di modelli.

Le teorie cognitive danno rilievo alla tendenza a prestare attenzione agli stimoli negativi e all'immagine di sé presentata agli altri, ad una più alta aspettativa sul verificarsi di eventi negativi nel futuro, e ad un deficit nell'apprendimento delle abilità sociali che faciliterebbe il non sentirsi a proprio agio con gli altri, e l'essere oggetto di critiche per gli errori commessi.

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Diagnosi DSM-IV

Il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da ansia e preoccupazione eccessive per vari eventi o attività, che si manifestano per la maggior parte dei giorni e per almeno sei mesi **[criterio A]**. L'ansia e la preoccupazione sono difficilmente controllabili **[criterio B]**, e sono associate ad almeno tre sintomi tra i seguenti: irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno **[criterio C]**. L'oggetto dell'ansia non deve limitarsi a preoccupazioni specifiche di altri disturbi dell'asse I, come per es. l'ansia di avere un attacco di panico (disturbo di panico), di rimanere imbarazzati in pubblico (fobia sociale), di essere contaminati (disturbo ossessivo-compulsivo), di prendere peso (anoressia nervosa), di avere diversi disturbi fisici (disturbo di somatizzazione) ecc., e l'ansia e la preoccupazione non devono manifestarsi esclusivamente durante un disturbo post-traumatico da stress **[criterio D]**. I sintomi devono causare disagio significativo nella sfera personale, lavorativa, sociale od in altre aree importanti dell'esistenza **[criterio E]**. Il disturbo, infine, non è dovuto all'uso di sostanze, ad una condizione medica generale e non si manifesta durante un disturbo dell'umore, un disturbo psicotico o un disturbo pervasivo dello sviluppo **[criterio F]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 237-238].

Anche in questo caso è importante distinguere il disturbo dalle preoccupazioni cosiddette normali e da quelle transitorie, il carattere distintivo di questo disturbo è, infatti, la cronicità e pervasività della preoccupazione ansiosa con i suoi correlati somatici, e la mancanza di controllo della preoccupazione, che non permette alla persona di gestire efficacemente i problemi che di volta in volta assillano la sua mente. Vi sono evidenze di eventi di vita stressanti nell'insorgenza del disturbo. La comorbilità con altri disturbi d'ansia e dell'umore è alta, ed è maggiore la frequenza nelle donne.

La teoria psicoanalitica spiega il disturbo d'ansia generalizzato come la conseguenza dell'attivazione persistente dell'angoscia segnale a seguito di eventi di vita collegati associativamente con conflitti intrapsichici o traumi rimossi della storia della persona. La persistenza del segnale d'ansia e la variabilità dei contenuti a cui si appoggia viene spiegata con l'inefficienza dei vari meccanismi di difesa messi in atto, o a causa di un Io fragile o a causa di una persistente sollecitazione di situazioni ambientali collegate con conflitti intrapsichici e traumi rimossi.

Il modello esplicativo comportamentale è del tutto simile quello proposto per le fobie.

Il modello esplicativo delle teorie cognitive si basa sui concetti di controllo e impotenza. Le persone che soffrono di questo disturbo percepirebbero gli eventi potenzialmente minacciosi come completamente fuori del loro controllo. A ciò si aggiungerebbe una tendenza ad interpretare gli stimoli ambigui come minacciosi, un'attenzione privilegiata per gli stimoli minacciosi, anche quando non sono percepibili a livello conscio, e una più alta aspettativa sul verificarsi di eventi negativi nel futuro.

Le ricerche biologiche ipotizzano in questi pazienti la presenza di un difetto del sistema GABA che inibisce l'ansia.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Diagnosi DSM-IV

Il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e di compulsioni così definite:

Ossessioni: pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che la persona vive come intrusivi o inappropriati, che causano ansia e disagio marcati, e che la persona tenta di ignorare o sopprimere attraverso altri pensieri o azioni. Questi pensieri, impulsi o immagini non sono semplici preoccupazioni per avvenimenti della vita reale e la persona riconosce che sono prodotti della propria mente e non imposti dall'esterno.

Compulsioni: comportamenti ripetitivi (es. lavarsi, riordinare, controllare) o azioni mentali (es. pregare, contare mentalmente) che la persona sente di dover mettere in atto in risposta ad un'ossessione e secondo regole rigide, per prevenire o ridurre il disagio, o per prevenire, in modi non realistici o eccessivi, eventi temuti. **[criterio A]**

Nel corso del disturbo le persone, ma non sempre i bambini, riconoscono, almeno in qualche momento, che le ossessioni e le compulsioni sono eccessive o irragionevoli **[criterio B]**. Le ossessioni o le compulsioni devono, inoltre, causare marcato disagio, far consumare tempo (più di un'ora al giorno), o interferire significativamente con le abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo o con le attività relazionali e sociali usuali **[criterio C]**.

In caso di concomitanza di un altro disturbo, le ossessioni e le compulsioni non devono essere riferite al contenuto specifico di quel disturbo, ad esempio l'ossessione per il cibo nei disturbi dell'alimentazione, o per il proprio aspetto nel disturbo di dismorfismo corporeo, lo strapparsi i capelli nella tricotillomania o la ruminazione di colpa in presenza di un disturbo depressivo maggiore **[criterio D]**. Il disturbo, infine, non deve essere causato dall'uso di sostanze o da una condizione medica generale **[criterio E]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 230-232].

Saltuarie ossessioni (per es. sotto forma di pensieri, immagini o melodie che si presentano improvvisamente nella mente senza apparente motivo, creando fastidio per il loro contenuto o per la difficoltà a metterli da parte) o compulsioni (per es. sotto forma di rituali propiziatori prima di qualche evento importante, o che si trasformano in abitudini) fanno parte, in qualche momento della vita, dell'esperienza comune delle persone, senza tuttavia interferire in modo significativo con le normali attività. Ben diversa è la situazione delle persone che soffrono del disturbo ossessivo-compulsivo per le quali la quotidiana presenza dei sintomi ossessivi e/o compulsivi, persistenti e incontrollabili, diventa fonte di notevole disagio e di significativa compromissione della vita affettiva, sociale e lavorativa. Frequente è inoltre l'associazione con altri disturbi d'ansia, con disturbi dell'umore e con vari disturbi di personalità.

La teoria psicoanalitica spiega il disturbo ossessivo-compulsivo come la conseguenza dell'attivazione di meccanismi di difesa quali, la formazione reattiva, l'annullamento e l'isolamento per controllare l'angoscia segnale attivata da eventi di vita collegati associativamente con conflitti psichici rimossi. Questi ultimi vengono ricondotti fondamentalmente al timore di perdere il controllo su desideri e impulsi di natura aggressiva e/o sessuale ritenuti come riprovevoli e vergognosi da un Super Io rigido, frutto dell'interiorizzazione delle aspettative e dei divieti dei genitori durante il periodo dell'apprendimento del controllo comportamentale e degli sfinteri.

Le teorie cognitive comportamentali considerano le compulsioni come comportamenti appresi rinforzati dalla conseguente riduzione dell'ansia. Per le ossessioni viene ipotizzato che in questi pazienti, a causa di esperienze infantili da cui hanno appreso che alcuni pensieri sono pericolosi o riprovevoli, non tollerano pensieri spiacevoli che si affacciano casualmente alla mente per cui cercano di sopprimerli creando un effetto paradosso di una forte concentrazione su di essi.

La prospettiva biologica ipotizza una possibile diatesi genetica e un ruolo della dopamina e dell'acetilcolina.

DISTURBO DI PANICO SENZA AGORAFOBIA E DISTURBO DI PANICO CON AGORAFOBIA

Diagnosi DSM-IV

Si caratterizzano per la presenza di attacchi di panico (vedi definizione) ricorrenti ed inaspettati, di cui almeno uno è seguito per almeno un mese da uno o più dei seguenti sintomi: 1) preoccupazione persistente di avere altri attacchi; 2) preoccupazione a proposito delle implicazioni dell'attacco o delle sue conseguenze (per es. perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, impazzire); 3) significativa alterazione del comportamento correlata agli attacchi **[criterio A]**. La presenza o l'assenza di agorafobia (vedi definizione) è l'elemento per una diagnosi differenziale tra i due disturbi **[criterio B]**. Gli attacchi di panico non devono essere meglio giustificati, da una generale condizione medica o da uso di sostanze **[criterio C]**, o da un diverso disturbo mentale come una fobia specifica o sociale un disturbo d'ansia di separazione, un disturbo ossessivo-compulsivo o post-traumatico da stress **[criterio D]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 223-225].

ATTACCO DI PANICO

L'attacco di panico si manifesta come un preciso periodo di paura o disagio intensi, durante il quale si sviluppano improvvisamente, raggiungendo un picco in circa dieci minuti, almeno quattro dei seguenti sintomi: 1) palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia; 2) sudorazione; 3) tremori fini o a grandi scosse; 4) dispnea o sensazione di soffocamento; 5) sensazione d'asfissia; 6) dolore o fastidio al petto; 7) nausea o disturbi addominali; 8) sensazione di sbandamento, d'instabilità, di testa leggera o di svenimento; 9) derealizzazione (senso d'irrealtà del mondo) o di depersonalizzazione (sensazione di essere distaccati da se stessi); 10) paura di perdere il controllo o di impazzire; 11) paura di morire; 12) parestesie (sensazione di torpore o di formicolio); 13) brividi o vampate di calore.

Gli attacchi di panico sono definiti come causati dalla situazione quando sono fortemente associati a fattori scatenanti ben individuabili, come sensibili alla situazione quando l'associazione è meno forte, e inaspettati quando appaiono in situazioni che non li giustificano. Per fare diagnosi di disturbo di panico devono essere presenti attacchi inaspettati e ricorrenti, mentre l'esclusiva presenza di attacchi causati dalla situazione riflette la presenza di una fobia.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 221-222].

AGORAFOBIA

Con agorafobia si intende l'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 attacco di panico inaspettato o sensibile alla situazione o di sintomi tipo panico. Il timore agorafobico riguarda situazioni caratteristiche che includono l'essere fuori casa da soli, l'essere in mezzo alla folla o in coda, l'essere su un ponte, il viaggiare in autobus, in treno od in automobile **[criterio A]**. Tali situazioni vengono attivamente evitate oppure sopportate con grande disagio e con l'aspettativa di incorrere in un attacco di panico, oppure viene richiesta la presenza di un accompagnatore **[criterio B]**. L'ansia e l'evitamento non sono giustificati da un altro disturbo come la fobia specifica (evitamento limitato ad una specifica situazione), la fobia sociale (evitamento limitato a situazioni sociali che possono causare imbarazzo), disturbo ossessivo-compulsivo (evitamento delle situazioni specificatamente legate alla ossessione), disturbo post-traumatico da stress (evitamento limitato a situazioni associate con il trauma subito), disturbo d'Ansia da separazione (evitamento specifico della separazione dalla casa o dai familiari) **[criterio C]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 222-223].

AGORAFOBIA SENZA ANAMNESI DI DISTURBO DI PANICO

Diagnosi DSM-IV

Si caratterizza per la presenza di agorafobia correlata alla paura della comparsa di sintomi di tipo panico, come vertigini o diarrea [**criterio A**]. Nell'anamnesi non devono risultare soddisfatti i criteri per il disturbo di panico [**criterio B**], ed il disturbo non è dovuto all'assunzione di sostanze o da altra condizione medica generale [**criterio C**]. Nel caso sia presente una condizione medica generale la paura di cui al criterio A deve essere chiaramente in eccesso rispetto a quella abitualmente legata a quella condizione [**criterio D**].

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 225-226].

Il disturbo di panico è caratterizzato al suo esordio dalla comparsa improvvisa e inaspettata di uno o più episodi di ansia estrema, apparentemente priva di contenuti psicologici, accompagnata da una vasta gamma di correlati fisiologici di questa emozione (tachicardia, sudorazione, dispnea, ecc.), e dagli effetti fisiologici dell'iperventilazione (testa leggera, parestesie, tetania muscolare ecc.) che alimentano l'ansia, in un continuo crescendo, a causa del significato di possibile morte imminente che la persona attribuisce alla sintomatologia fisica. Il tentativo, inoltre, di prendere una distanza emotiva dall'evento e attenuare l'ansia dissociandosi dall'evento, può inoltre dare luogo ai fenomeni della depersonalizzazione e derealizzazione, che alimentano ulteriormente l'ansia per la paura che siano segno di una imminente perdita delle facoltà mentali. A questo esordio acuto, specialmente se il disturbo non viene subito riconosciuto e trattato, fa seguito una cronicizzazione del disagio psicologico causata dalla paura del ripetersi di un attacco di panico. Questa paura provoca, infatti, una focalizzazione dell'attenzione della persona sul proprio corpo, con la tendenza ad interpretare come prodromi dell'attacco ogni segnale di attivazione fisiologica anche di lieve entità, cosa che a sua volta tende a generare un nuovo attacco di panico. Un'ulteriore complicazione del quadro clinico deriva dall'attivarsi di comportamenti d'evitamento (agorafobia) di tutti quei luoghi o situazioni che la persona teme possano attivare un attacco di panico, senza la possibilità di allontanarsi o ricevere aiuto. Questi comportamenti di evitamento predispongono, infatti, alla comparsa di attacchi di panico situazionali o sensibili alla situazione, e progressivamente riducono gli spazi vitali della persona, fino a giungere nelle forme più gravi a situazioni in cui la persona si allontana da casa solo in perimetri limitati considerati sicuri e con un accompagnatore di fiducia, o si rinchioda in casa con la richiesta della presenza continua di un'altra persona, pena la ricomparsa del panico.

Il disturbo insorge tipicamente nell'adolescenza, ma può presentarsi anche in età adulta, associato ad eventi di vita stressanti, ed è comune la comorbilità con il disturbo depressivo maggiore e con i disturbi di personalità.

Nella concezione psicoanalitica l'attacco di panico è conseguente all'attivazione dell'angoscia segnale a seguito di eventi di vita che implicano l'aspettativa di un qualche cambiamento di vita, a causa della perdita o del timore della perdita di figure d'attaccamento significative, e/o di spinte verso l'indipendenza e l'autonomia. Si tratterebbe, di frequente, di persone che hanno difficoltà a modulare l'oscillazione fra i bisogni di autonomia e dipendenza, e che fino ad allora hanno condotto la loro vita mostrando agli altri e a se stessi autonomia e indipendenza, ma in situazioni di fatto protette. Questi eventi di vita riattiverebbero situazioni traumatiche infantili che avevano fatto vivere con ansia la socializzazione primaria, la separazione come una minaccia, e l'attaccamento come una trappola senza uscita. Esempi di questi traumi sono una separazione prematura dai genitori che anima un profondo

senso di solitudine e angoscia depressiva a causa di una costanza dell'oggetto non sufficientemente consolidata (immagine interna del genitore che protegge e tranquillizza), o un conflitto intrapsichico che prende le mosse da una tendenza temperamentale, innata o facilitata dall'ambiente, a vivere il nuovo e l'estraneo alla famiglia come una minaccia, e che porta il piccolo bambino a rivolgersi alla protezione di genitori vissuti però come critici, controllanti ed esigenti, o comunque non supportivi per le fragilità psicologiche, ma solo per la malattia fisica. Il conseguente animarsi di sentimenti di rabbia verso i genitori provocherebbe un circolo vizioso di colpa e paura di abbandono, un'accentuazione della dipendenza e quindi dell'ostilità (Gabbard, 2002). Lo spostamento del segnale d'angoscia da una situazione psicologica, vissuta senza via d'uscita e che mette in crisi il senso d'identità, ai sintomi somatici, nell'immediato accentua l'angoscia, ma subito dopo ne facilita l'attenuazione perché per la malattia fisica o per ciò che è incomprensibile si può chiedere e ricevere aiuto senza avvertire l'umiliazione della dipendenza. Ulteriori difese a consolidamento della rimozione possono complicare il quadro clinico. Si tratta di difese basate sullo spostamento dell'ansia sui fenomeni fisici, sulla proiezione dei bisogni di dipendenza e delle difficoltà di separazione su persone implicate nel conflitto attuale, e sull'evitamento fobico di luoghi o situazioni che la persona teme possano attivare il panico, specie in presenza di estranei, cosa che l'esporebbe alla vergogna del mostrare la propria paura, senza la possibilità di allontanarsi o di ricevere aiuto immediato (agorafobia).

I clinici di orientamento cognitivo enfatizzano il ruolo di schemi cognitivi che portano a vivere con eccessiva preoccupazione le sensazioni fisiologiche anche lievi, che verrebbero, quando inesplicabili, amplificate e considerate, segno di una malattia fisica grave e incombente. Si genererebbe così una spirale d'ansia che scatena l'attacco di panico. L'agorafobia viene ricondotta alla "paura della paura", cioè alla paura di perdere il controllo di sé, in caso di un attacco di panico in un luogo pubblico (Davison e Neal, 2000). Per i clinici di orientamento cognitivo costruttivista un fattore predisponente al disturbo di panico è uno stile di attaccamento di tipo preoccupato.

La ricerca di tipo biologico ha richiamato l'attenzione sulla familiarità del disturbo, e sul ruolo scatenante l'attacco di panico dell'iperventilazione e dell'accumulo di acido lattico prodotto dallo sforzo muscolare. Per questi ultimi fattori le ricerche evidenziano, tuttavia, che non è lo stimolo biologico a scatenare l'attacco, ma la reazione psicologica dei soggetti che già soffrono del disturbo.

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

Diagnosi DSM-IV

Per la diagnosi del disturbo post-traumatico da stress è innanzi tutto necessario che la persona abbia vissuto, assistito o si sia confrontata con un evento traumatico che ha implicato la morte o la minaccia di morte o gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o altrui, e che la persona abbia reagito all'evento con intensa paura, sentimenti d'impotenza o di orrore (nei bambini questi ultimi sintomi possono essere espressi con comportamento disorganizzato) **[criterio A]**.

Successivamente l'evento traumatico viene rivissuto persistentemente attraverso una o più dei seguenti modi: 1) ricordi ricorrenti ed intrusivi dell'evento (nei bambini posso presentarsi giochi ripetitivi che presentano aspetti legati al trauma); 2) sogni spiacevoli ricorrenti legati al trauma; 3) sensazione di rivivere l'evento traumatico tramite allucinazioni, illusioni, o episodi dissociativi di flashback; 4) intenso disagio all'esposizione di stimoli che ricordano anche simbolicamente l'evento traumatico; 5) aumentata reattività fisiologica all'esposizione a stimoli che possono essere associati anche solo simbolicamente all'evento traumatico **[criterio B]**.

Il disturbo è caratterizzato inoltre dall'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale **[criterio C]**, e dalla presenza persistente di sintomi di aumentato arousal **[criterio D]**. Il criterio C è soddisfatto se sono presenti tre o più dei seguenti elementi: 1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni, conversazioni, associate al trauma; 2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone associate al trauma; 3) incapacità di ricordare aspetti del trauma; 4) marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività significative; 5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri; 6) ridotta affettività; 7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future. Il criterio D è soddisfatto se sono presenti in modo persistente almeno due dei seguenti sintomi: difficoltà a addormentarsi od a mantenere il sonno; irritabilità; difficoltà a concentrarsi; ipervigilanza; esagerate risposte d'allarme.

La durata del disturbo deve essere superiore ad un mese **[criterio E]**, ed infine il disturbo deve causare un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti dell'esistenza **[criterio F]**.

Il disturbo post-traumatico da stress viene classificato come *acuto* se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi, *cronico* se la durata dei sintomi è di 3 o più mesi, *ad esordio ritardato* se i sintomi compaiono dopo almeno 6 mesi dall'evento stressante.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 237-238].

Descritto già all'inizio del secolo scorso durante la prima guerra mondiale, il disturbo post-traumatico da stress è stato introdotto come categoria diagnostica a seguito dell'evidenza dei gravi postumi psicologici riscontrati in molti reduci della guerra del Vietnam. La definizione diagnostica del disturbo richiama subito l'attenzione sulla sua causa, un evento traumatico di notevole intensità (morte, minaccia di morte, gravi lesioni, minaccia fisica), che ha coinvolto direttamente la persona come vittima o come osservatore; evento di fronte al quale la persona si è sentita impotente e che ha comportato una immediata reazione emotiva di paura ed orrore, e a cui segue, per un tempo superiore al mese, un corredo sintomatologico caratterizzato dall'oscillazione fra il rivivere con persistenza l'evento tramite ricordi, incubi e flashback, il persistente mantenimento di uno stato d'allerta, e all'opposto il tentativo di dimenticare l'evento o almeno attenuare la percezione delle proprie emozioni. Questa definizione dà particolare rilievo alla gravità dello stress, ma tiene conto solo in parte dei fattori soggettivi quando parla della reazione immediata di intensa paura e di orrore e senso d'impotenza, non considerando a sufficienza altri fattori individuali, che dovrebbero spiegare il fatto che non tutte le

persone che hanno subito o assistito ad un evento traumatico del tipo considerato dalla diagnosi sviluppano il disturbo. Si tratta di una scelta fatta ad evitare che nelle cause di risarcimento la responsabilità del disagio psicologico venisse attribuita a difetti di carattere della persona e non al trauma subito. Varie ricerche hanno comunque indagato sui fattori individuali predisponenti o facilitanti e sull'importanza del significato soggettivo con cui si vive l'evento, fermo restando che al crescere della gravità dell'evento traumatico, del tempo di esposizione, e dell'intensità della reazione psicologica immediata, aumenta la probabilità di comparsa del disturbo. Fra i fattori individuali predisponenti e facilitanti è stata richiamata l'attenzione sull'appartenenza al sesso femminile, sulla familiarità o la presenza di qualche disturbo psicologico, su esperienze negative o traumatiche nell'infanzia, sulla compromissione del sistema di supporto sociale, sulla tendenza ad assumersi la responsabilità per gli eventi negativi, sulla tendenza a percepire il locus of control come esterno e a adottare strategie di coping centrate sul controllo delle emozioni.

I clinici di orientamento psicoanalitico spiegano la sintomatologia del disturbo con l'oscillazione fra il tentativo di rimuovere il trauma o attenuarne l'impatto emotivo con i meccanismi di difesa della dissociazione e dell'evitamento, che però impediscono l'elaborazione dell'evento, e la coazione a ripetere, intesa come tentativo di integrare l'evento e le emozioni da esso prodotte nelle preesistenti convinzioni su di sé e sul mondo.

La teoria dell'apprendimento spiega il disturbo con un processo di condizionamento classico della paura conseguente all'associazione fra l'evento traumatico e stimoli neutri e con un successivo condizionamento operante all'evitamento con rinforzo positivo determinato dalla riduzione dell'ansia.

I clinici di orientamento cognitivista danno rilievo alle conseguenze del senso di perdita di controllo e di ineluttabilità provocate dall'evento traumatico.

DISTURBO ACUTO DA STRESS

Diagnosi DSM-IV

Per la diagnosi del disturbo acuto da stress è innanzitutto necessario che la persona abbia vissuto, assistito o si sia confrontata con un evento traumatico che ha implicato la morte o la minaccia di morte o gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o altrui, e che la persona abbia reagito all'evento con intensa paura, sentimenti di impotenza o di orrore **[criterio A]**. Inoltre durante o dopo l'evento, la persona deve presentare almeno tre dei seguenti sintomi dissociativi: sensazione soggettiva d'insensibilità, distacco, o assenza di reattività emozionale; riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi); derealizzazione; depersonalizzazione; amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma) **[criterio B]**.

Ulteriori criteri per la diagnosi sono: il rivivere persistentemente l'evento traumatico attraverso immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback, oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico **[criterio C]**; un marcato evitamento degli stimoli associati al trauma (pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone) **[criterio D]**; la presenza di sintomi di ansia o di aumentata reattività emozionale (difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria) **[criterio E]**. Il disturbo, inoltre, deve causare disagio clinicamente significativo o disfunzione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti, oppure compromettere la capacità di svolgere compiti fondamentali e di chiedere aiuto ai familiari **[criterio F]**, deve durare almeno due giorni e fino ad un massimo di quattro settimane, manifestarsi entro quattro settimane dal trauma, e deve concludersi nell'arco di sei mesi **[criterio G]**, e, infine non deve essere causato dall'assunzione di sostanze o da una condizione medica generale, non

deve essere meglio giustificabile da un Disturbo Psicotico Breve, o rappresentare l'esacerbazione di un altro disturbo preesistente **[criterio H]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 237-238].

Si tratta di una nuova e controversa categoria diagnostica introdotta nel DSM-IV. I criteri diagnostici sono simili a quelli del disturbo post-traumatico da stress, da cui si differenzia per l'inclusione dei sintomi dissociativi e per la minore durata. Nel 40% dei casi il disturbo acuto evolve nel disturbo post-traumatico. Il criterio F è importante per differenziare questo disturbo dalle reazioni sintomatologiche allo stress estremo considerate come prevedibili e normali.

[Da alcuni clinici è stato proposto di includere questo disturbo fra i disturbi dissociativi, o di creare una sezione separata basata sull'eziologia correlata allo stress che comprendesse il disturbo acuto e post-traumatico da stress e il disturbo dell'adattamento.]

DISTURBO D'ANSIA DOVUTO A CONDIZIONE MEDICA GENERALE

Quadri clinici in cui predominano ansia rilevante, o attacchi di panico, o ossessioni e compulsioni, e vi è evidenza dall'anamnesi, dall'esame fisico o dai dati di laboratorio che il disturbo è la conseguenza diretta di una condizione medica generale (per es. iper e ipotiroidismo, ipoglicemia, aritmia, iperventilazione, deficit di vitamina B, encefaliti, tumori cerebrali ecc.). Il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo.

DISTURBO D'ANSIA INDOTTO DA SOSTANZE

Quadri clinici in cui predominano ansia rilevante, o attacchi di panico, o ossessioni e compulsioni, e vi è evidenza dall'anamnesi, dall'esame fisico o dai dati di laboratorio che i sintomi sono comparsi entro un mese dall'intossicazione o dall'astinenza da sostanze eziologicamente correlate al disturbo. Il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo.

DISTURBO D'ANSIA NON ALTRIMENTI SPECIFICATO

Quadri clinici in cui predominano ansia o evitamento fobico e che non soddisfano i criteri di alcuno degli altri disturbi d'ansia o del disturbo dell'adattamento.