I DISTURBI D'ANSIA

Giuseppe Sacco

già Docente di Psicologia
Università degli Studi di Siena
Presidente Libra Associazione Scientifica
www.librapsicologia.it

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI RICORRENTI NELLO SVILUPPO PSICOLOGICO DI INDIVIDUI CON SINTOMATOLOGIA DI TIPO FOBICO-ANSIOSA

Giuseppe Sacco

Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica

Università degli Studi di Siena

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

CARATTERISTICHE SCHEMI DI ATTACCAMENTO

- Limitazione comportamento esploratorio del bambino per mezzo di un atteggiamento parentale iperprotettivo
- Limitazione del comportamento esploratorio del bambino per mezzo di un comportamento parentale rifiutante

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

INFANZIA E FANCIULLEZZA

(Attaccamento ansioso e blocco dell'esplorazione)

- Il rapporto che si crea tra bambino/genitore è tale che spesso le naturali paure infantili, invece di essere utilizzate per modulare una vicinanza protettiva che favorisca l'integrazione degli schemi emotivi, continuano a costituire una prolungata ed eccessiva richiesta di aiuto e di protezione, **bloccando le attività esploratorie**.

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- In conseguenza di ciò, l'attaccamento e l'esplorazione/separazione vengono progressivamente ad assumere una correlazione **antitetica**
- Il genitore **iperprotettivo** ed ipercontrollante invece di accompagnare il bambino stando lui vicino nei luoghi naturalmente temuti, ne favorisce l'**evitamento** spesso per motivi personali (genitore a sua volta fobico-ansioso)

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI …. CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

<u>ADOLESCENZA</u> (difficoltà introspettive e controllo)

- Con l'emergere delle abilità cognitive superiori l'adolescente procede verso una **riequilibratura** più stabile ed articolata degli aspetti discrepanti e contraddittori del sé
- La percezione di sé come "**soggetto controllante**" elaborata durante gli anni della fanciullezza verrà gradualmente trasformata in quella di attivo protagonista della realtà con la riorganizzazione del proprio senso di **debolezza** e incapacità derivanti dal confronto con nuove situazioni

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- Diversamente da quanto accade nel corso dello sviluppo depressivo, la risoluzione adolescenziale fobica consiste nel decentrare il senso di limitazione personale dalla percezione immediata e concreta di una presunta fragilità fisica e/o emotiva tipica della fanciullezza, ricentrandolo su qualche aspetto negativo della **realtà esterna**

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- In altri termini, essi identificano la loro identità" con il bisogno di libertà ed aderiscono a un'immagine di sé da cui sono rigidamente esclusi tutti quegli aspetti (debolezza, sentimenti, paura della solitudine, ecc.) che li porterebbero inevitabilmente a percepirsi come fortemente dipendenti dalla presenza fisica delle altre persone significative, come avveniva in passato con i genitori

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- Ciò comporta inevitabilmente il progressivo strutturarsi di capacità cognitivo-comportamentali di **controllo** sempre più sofisticate che presentano tuttavia con un costo alto nei termini dell'esclusione di tutta una gamma di sensazioni ed emozioni che, qualora affiorassero, perturberebbero irreversibilmente l'immagine di sé selezionata
- L'impegno di sé come "soggetto controllante" influenzerà così in modo progressivo lo sviluppo di un senso definito di identità personale

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- I comportamenti emotivi ed espansivi, i sentimenti in genere, vengono equiparati al temuto senso di debolezza e fragilità e sono esclusi dalla gamma delle emozioni personali decodificabili
- Il senso di autostima e competenza personale si identifica pertanto con il controllo che si è in grado di esercitare sulla continua modulazione interna derivante dalla **paura** che permane come tonalità emotiva di base

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

IDENTITA' PERSONALE

Atteggiamento versò di sé (duplice)

- Potenzialmente positivo, vincente e di successo, ma a condizione che si abbiano sotto controllo le situazioni e le persone ***sicure*** e ***fidate*** , sia soddisfatto l'impellente desiderio di libertà, con sensazioni di insofferenza al momento di verificarne i limiti (attivazione schemi taciti costrittivi)

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- Sensazione intrinseca di ***debolezza fisica e/o mentale***, dovuta agli schemi elicitati al momento della separazione e distacco e alla lettura in chiave di malattia e/o debolezza personale attribuita dai genitori alle situazioni di tensione

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

Atteggiamento verso la realtà

- Desiderio di **esplorazione** unitamente al **timore dei pericoli** verso i quali si rivolge la propria attenzione selettiva
- Per prevenire tali pericoli è indispensabile conoscere bene le situazioni che si affrontano, anticipare o evitare gli eventuali imprevisti e stare attento alle possibili variabili
- E' implicito che per fare ciò è sempre necessario un **controllo** sulle proprie emozioni e ci si può permettere di lasciarsio andare solo con le rarissime persone fidate e a volte nemmeno del tutto

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- Le **emozioni** riconosciute sono quelle controllabili, la fiducia di sé è basata sulla conferma della propria abilità nell'accattivarsi persone fidate ed evitare l'invasività e le critiche di persone costrittive ed ostili

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

SITUAZIONI SCOMPENSANTI

Presentano come base comune il contrasto **autonomia/solitudine** e **protezione/costrizione**

1. Imminenza successivamente alla **perdita** di una persona significativa
2. Situazioni producenti un aumento di **autonomia** dalla propria famiglia di origine
3. **Cambiamento** abitudini di vita

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

Aspetti psicofisiologici

- La paura di **perdere il controllo** e il conseguente tentativo di esercitare un controllo diretto sulle emozioni possono trasformare la percezione di rilassamento in un pericolo a cui rispondere con la risposta paradossale dell'**aumento** della **vigilanza** e quindi della **tensione**
- Inoltre, all'abbassamento della tensione muscolare la reazione di allarme di questi pz., a volte, si evidenzia con l'aumento dei valori di **conduttanza cutanea** (Blanco, Reda, 1984)

SCHEMI E PROCESSI COGNITIVI .... CON SINTOMATOLOGIA FOBICO-ANSIOSA

- Altri studi (Sacco, Ruggieri, 1998; Sacco, 2002) hanno confermato questi rilievi, denominando questa modalità **pattern di turbolenza della risposta** e mostrando come soggetti fobici reagiscono con un incremento generalizzato di tensione muscolare che si acuisce nella fase di somministrazione dello stimolo, con difficoltà a ritornare ai valori iniziali

DISCIPLINE SCIENTIFICHE CHE HANNO CONTRIBUITO ALLO STUDIO DEI DISTURBI D'ANSIA

1. **Psicologia**: contributo fondamentale del Comportamentismo (Watson, Pavlov, Skinner, Wolpe)
2. **Etologia**: Harlow, Suomi, Bowlby
3. **Neurofisiologia**: Sperry, Eccles, Pribram, Changeux, Le Doux

STUDI COGNITIVI SUI DISTURBI D'ANSIA

3 Aree concettuali principali

1. **Cognitivo-comportamentale** (Beck, Ellis,Meichenbaum,Clark)
2. **Cognitivo-evoluzionista** (Bowlby)
3. **Cognitivo-costruttivista** (Mahoney, Neimeyer)

SINTOMI COGNITIVI NEI DISTURBI D'ANSIA

SINTOMI SENSORIALI-PERCETTIVI

- Mente: confusa, oscurata, nebbiosa, stordita
- Gli oggetti sembrano offuscati/distanti
- L'ambiente sembra diverso/irreale
- Senso di irrealtà
- Consapevolezza di sé
- Ipervigilanza

DIFFICOLTA' DI PENSIERO

- Non si riescono a ricordare cose importanti
- Confusione
- Incapacità a controllare il pensiero
- Difficoltà di concentrazione
- Distraibilità
- Difficoltà nel ragionamento
- Perdita di obiettività e prospettiva

SINTOMI COGNITIVI NEI DISTURBI D'ANSIA

SINTOMI CONCETTUALI

- Distorsione cognitiva
- Paura di perdere il controllo
- Paura di non saper fronteggiare le situazioni
- Paura di ferite fisiche/morte
- Paura di disturbi mentali
- Paura di valutazioni negative
- Immagini visive minacciose
- Ideazione spaventosa ripetitiva

AGGETTIVI TIPICI PER LA DESCRIZIONE DI STATI AFFETTIVI

- Irritabile
- Impaziente
- A disagio
- Nervoso
- Teso
- Suscettibile
- Ansioso
- Timoroso
- Spaventato
- Terrorizzato
- Allarmato
- Atterrito
- Agitato
- Eccitato

SINTOMI COMPORTAMENTALI DELL'ANSIA

- Inibizione
- Immobilità
- Fuga
- Evitamento
- Linguaggio difficoltoso
- Coordinazione difettosa
- Agitazione
- Collasso
- Iperventilazione

SINTOMI DEI SISTEMI FISIOLOGICI

Cardiovascolare

- Palpitazioni
- Aumento ritmo cardiaco
- Aumento pressione sanguigna

Cardiovascolare

- Debolezza (P)
- Svenimento (P)
- Calo pressione (P)
- Calo ritmo cardiaco (P)

SINTOMI DEI SISTEMI FISIOLOGICI

Respiratorio

- Respirazione rapida
- Difficoltà respiratoria
- Insufficienza respiratoria
- Pressione al torace

Respiratorio

- Respirazione superficiale
- Nodo alla gola
- Sensazione di soffocamento
- Spasmo ai bronchi (P)
- Respiro affannoso

SINTOMI DEI SISTEMI FISIOLOGICI

Neuromuscolare

- Incremento dei riflessi
- Reazione di allarme
- Palpebra contratta
- Insonnia
- Spasmo
- Tremore
- Rigidità

Neuromuscolare

- Agitazione
- Camminare nervosamente
- Espressione contratta
- Vacillare
- Debolezza generalizzata
- Gambe traballanti
- Movimenti goffi

SINTOMI DEI SISTEMI FISIOLOGICI

Gastrointestinale

- *Dolore addominale (P)*
- *Perdita di appetito*
- *Repulsione per il cibo*
- *Nausea (P)*

Gastrointestinale

- *Bruciore di stomaco (P)*
- *Fastidio addominale*
- *Vomito (P)*

SINTOMI DEI SISTEMI FISIOLOGICI

Tratto urinario

- Impulso a orinare (P)
- Frequenza nella minzione (P)

Pelle

- Rossore al volto
- Sudorazione generalizzata
- Volto pallido
- Caldo e freddo
- Sudorazione localizzata
- Prurito (regione palmare)

CONSEGUENZE TEMUTE DEI SINTOMI

Interpretazione dei sintomi

- Avere un attacco cardiaco, un colpo
- Svenire
- Perdere il controllo sul pensiero
- Perdere il controllo sulle emozioni (piangere,urlare)
- Perdere il controllo sugli impulsi
- Incapacità di riprendere fiato

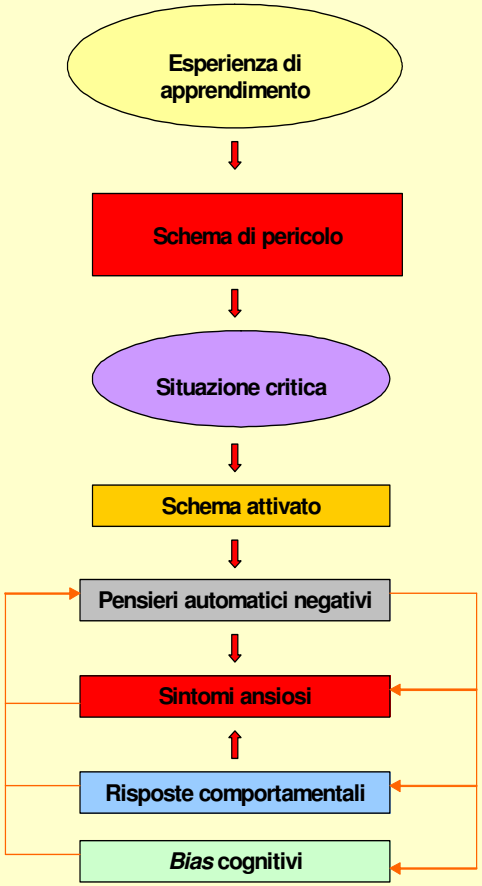
Conseguenze

- Morte
- Ricovero in ospedale
- Diventare pazzo
- Pubblico disonore
- Uccidere qualcuno / se stesso

DISTURBI D'ANSIA: DSM-IV

- 300.0 Disturbo di Panico senza Agorafobia
- 300.2 Disturbo di Panico con Agorafobia
- 300.2 Agorafobia senza anamnesi di DP
- 300.2 Fobia Specifica
- 300.2 Fobia Sociale
- 300.3 Disturbo Ossessivo-Compulsivo
- 309.9 Disturbo Post-traumatico da Stress
- 308.3 Disturbo Acuto da Stress
- 300.0 Disturbo d'Ansia Generalizzato
- 293.8 Disturbo d'Ansia Dovuto a….
- 300.0 Disturbo d'Ansia NAS

REAZIONE D'ANSIA



DISTURBO ATTACCO DI PANICO CON/SENZA AGORAFOBIA

Una persona con un **DP** presenta:

1. Improvvisi, inaspettati e ricorrenti **attacchi**
2. **Paura** di averne altri, con preoccupazione sulle possibili conseguenze
3. **Modificazioni comportamentali** in virtù di tali attacchi

Secondo il DSM-IV molti individui con DP presentano anche **Agorafobia** che è caratterizzata da:

DISTURBO ATTACCO DI PANICO CON/SENZA AGORAFOBIA

- Paura di spazi aperti
- Luoghi pubblici e/o affollati
- Viaggiare in auto, bus, treni, navi o aerei
- Trovarsi in situazioni in cui la fuga è bloccata o può essere difficile

Tali persone possono o **evitare** queste situazioni oppure sopportarle con **grande disagio**, o avere la necessità di affrontarle sempre con un **accompagnatore** ("persona di sicurezza")

DISTURBO ATTACCO DI PANICO CON/SENZA AGORAFOBIA

- Dopo il 1° attacco la persona focalizza la sua attenzione su ogni **sensazione fisica di ansia**, sviluppando così **un'ansia anticipatoria** per tutte le situazioni che potrebbero essere ansiogene
- Così, molti individui con DP possono presentare pochi AP recenti, ma avere un forte bisogno di **evitamento** di tutte quelle situazioni potenzialmente "pericolose" (con A) e presentare un **pensiero ruminativo-anticipatorio** su possibili ulteriori attacchi

DISTURBO ATTACCO DI PANICO CON/SENZA AGORAFOBIA

- Pertanto, situazioni come viaggiare, allontanarsi di casa, prendere un ascensore, trovarsi in luoghi affollati, sono frequentemente segnalate come **situazioni temute** per via della paura di un possibile AP che potrebbe mettere in pericolo la vita o imbarazzarli in pubblico
- Per via della **generalizzazione**, dell'**imprevedibilità** degli attacchi e la perdita di **controllo**, molte persone con DP con A restringono la loro vita nel bisogno di evitare i sintomi con la conseguenza per molti di loro dell'insorgenza della DEPRESSIONE

Sintomatologia DP con/senza Agorafobia

Attacchi di Panico (specificare frequenza)

- **Accelerazione frequenza cardiaca, palpitazioni**
- **Sudorazione**
- **Tremori**
- **Difficoltà respiratorie**
- **Dolore e/o pressione al torace**
- **Nausea**
- **Vertigini/Sensazione di svenimento**
- **Derealizzazione/Depersonalizzazione**
- **Sensazioni freddo/caldo**
- **Paura di perdere il controllo/morire/impazzire**
- **Paura di futuri attacchi**

Specificare ogni cambiamento comportamentale conseguente agli attacchi

Agorafobia

Esempi specifici di situazioni temute:

- **Paura di stare solo**
- **Paura di luoghi affollati**
- **Paura di stare in pubblico**
- **Paura mezzi di trasporto**
- **Paura di avere un attacco di panico**
- **Incapacità di muoversi senza "accompagnatore"**

Specificare quali situazioni temute sono evitate

Incidenza e Fattori Biogenetici

- La **prevalenza** nel corso della vita del DP con/senza A è 1.5 – 3.8 % con rapporto femmine/maschi 2:1
- **L'insorgenza media** del 1° attacco è intorno ai 20 anni con pochi casi sotto i 16 e oltre i 45
- Il DP con/senza A presenta una moderata **componente biogenetica**
- **I segnali biologici** comprendono alcalosi (conseguenza iperventilazione), elevata risposta all'infusione di lattato e all'inalazione di CO2, disregolazione sistemi noradreno/serotoninergici

Incidenza e Fattori Biogenetici

- Un **collegamento biologico** del DP risulta evidente dall'inibizione degli attacchi da parte di alcuni farmaci (imipramina, fluvoxamina)
- Importanza **evoluzionistica** dell'adattività della sensibilità ad alcune situazioni-stimolo

Condizioni coesistenti

- Depressione maggiore
- Disturbo distimico
- Fobia sociale
- Disturbo d'Ansia generalizzata
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo
- Fobia Specifica
- Ipocondria
- Dipendenza o Abuso di Sostanze

Diagnosi Differenziale con Problematiche Mediche

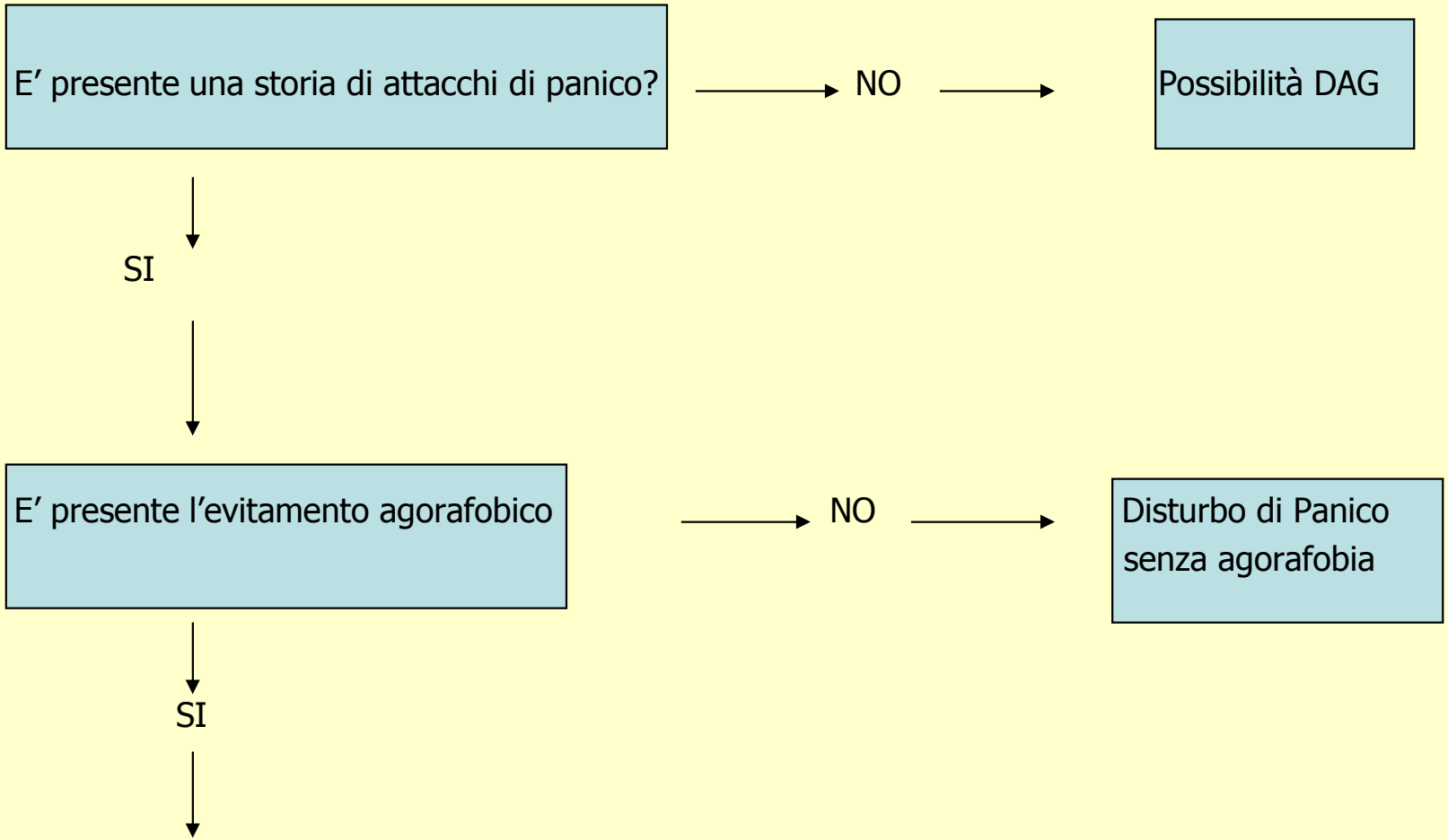
Poiché i **sintomi** dell'AP sono simili a quelli di serie condizioni mediche è necessario che il paziente abbia eseguito una **visita medica** di controllo prima dell'inizio della psicoterapia che dovrà valutare la possibile presenza di **patologie** ai seguenti livelli:

1. **Cardiovascolare**
2. **Respiratorio**
3. **Endocrinologico/Ormonale**

Diagnosi Differenziale con Problematiche Mediche

4. **Neurologico/Muscolare**
5. **Otorinolaringoiatrico**
6. **Ematologico**
7. **Farmacologico**

Percorso Diagnostico DP con/senza Agorafobia



- Il panico presenta cause mediche? → SI → L'ansia è dovuta a una condizione medica generale

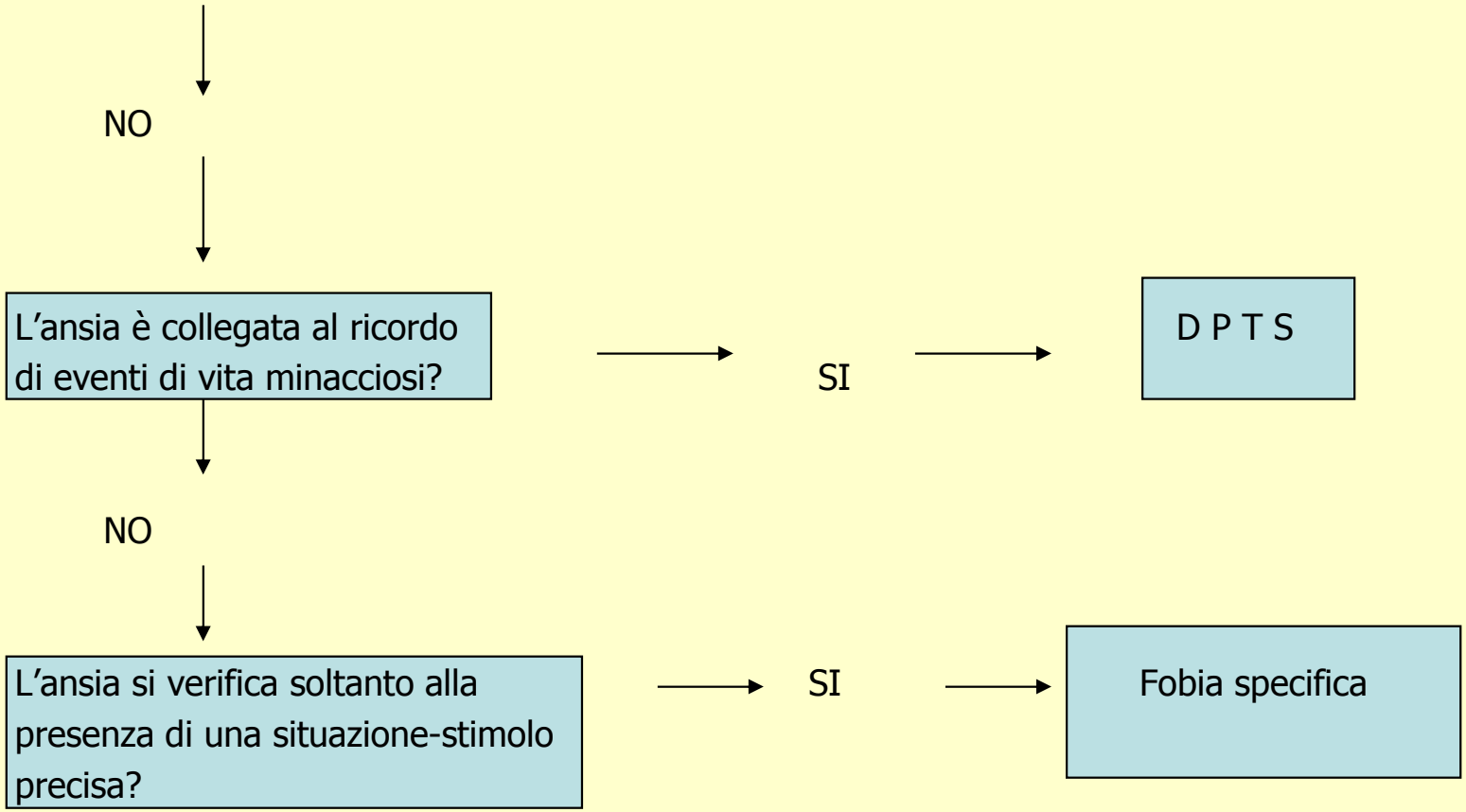
↓ NO

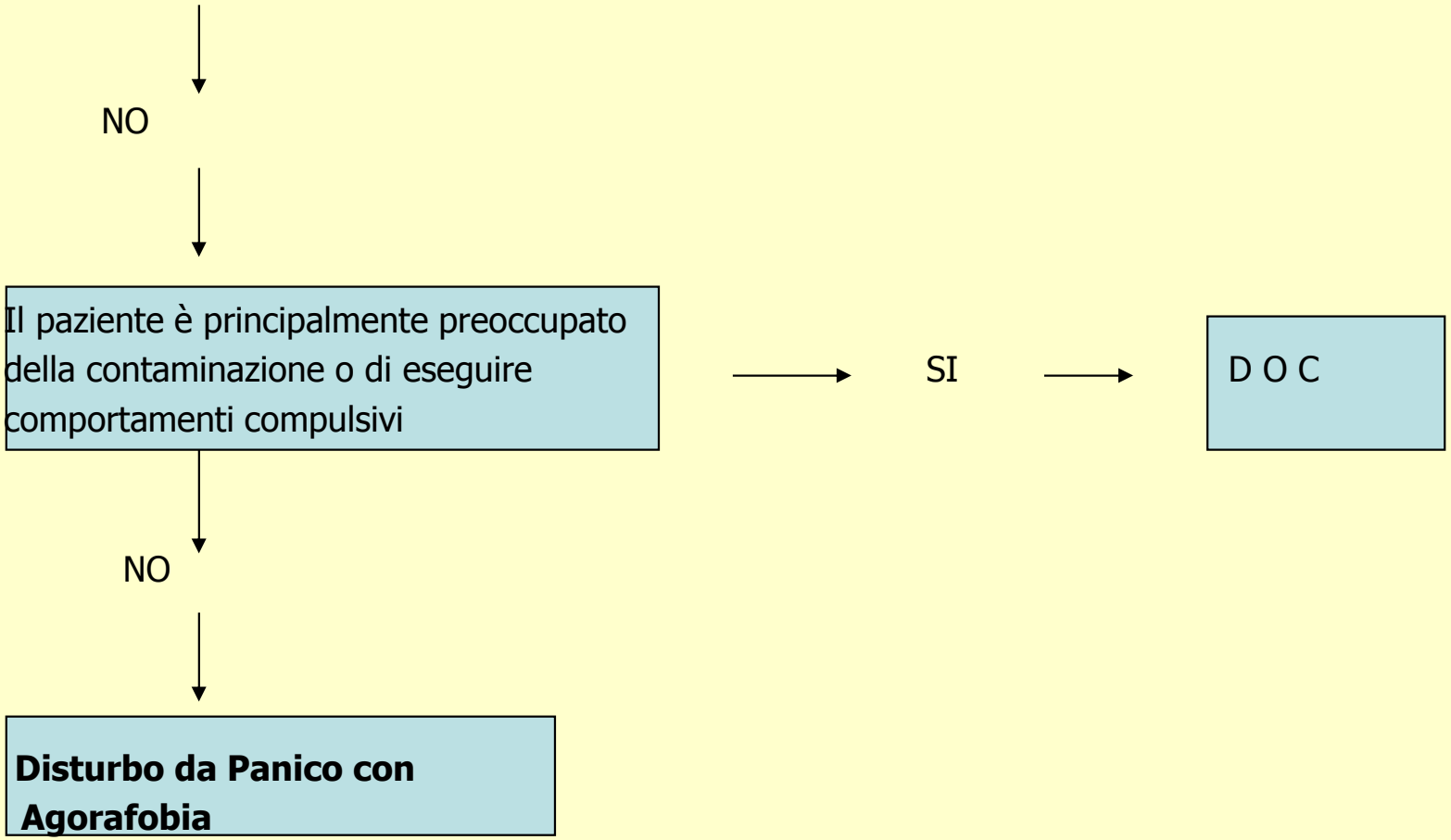
↓

L'ansia è causata dall'uso di sostanze, farmaci o tossine? → SI → Disturbo d'ansia indotto da sostanze

↓ NO

Il paziente è principalmente preoccupato degli effetti dell'ansia e dall'imbarazzo → SI → Fobia sociale


NO
L'ansia è collegata al ricordo di eventi di vita minacciosi?
SI
D P T S
NO
L'ansia si verifica soltanto alla presenza di una situazione-stimolo precisa?
SI
Fobia specifica


NO
Il paziente è principalmente preoccupato della contaminazione o di eseguire comportamenti compulsivi
SI
D O C
NO
Disturbo da Panico con Agorafobia

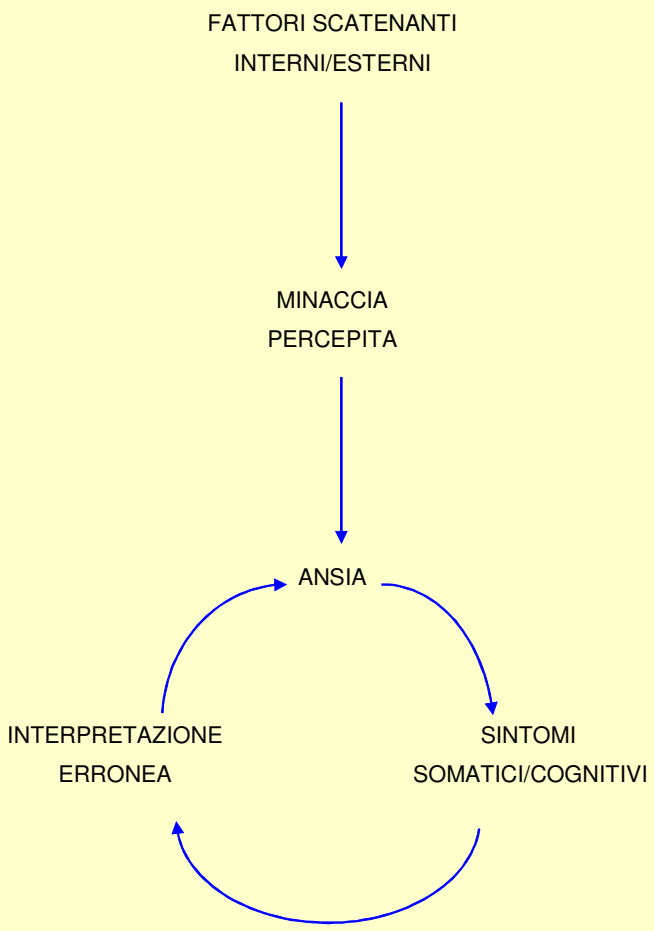
MODELLI

COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

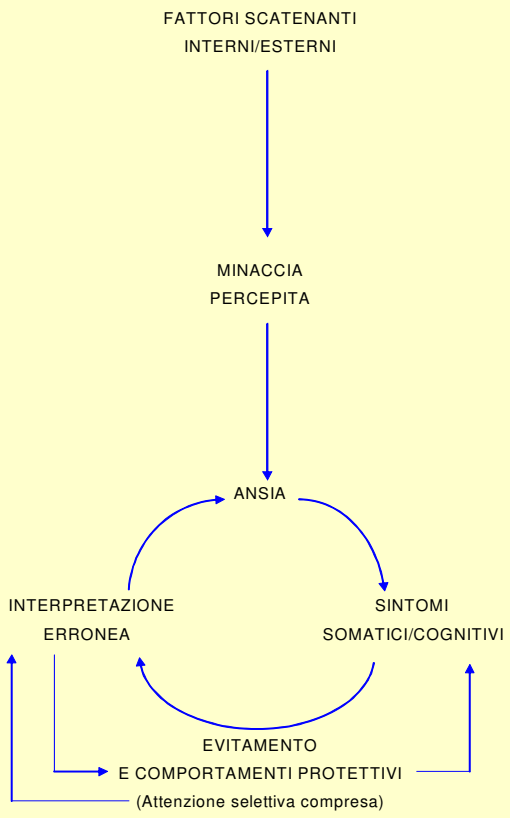
del DISTURBO da PANICO con

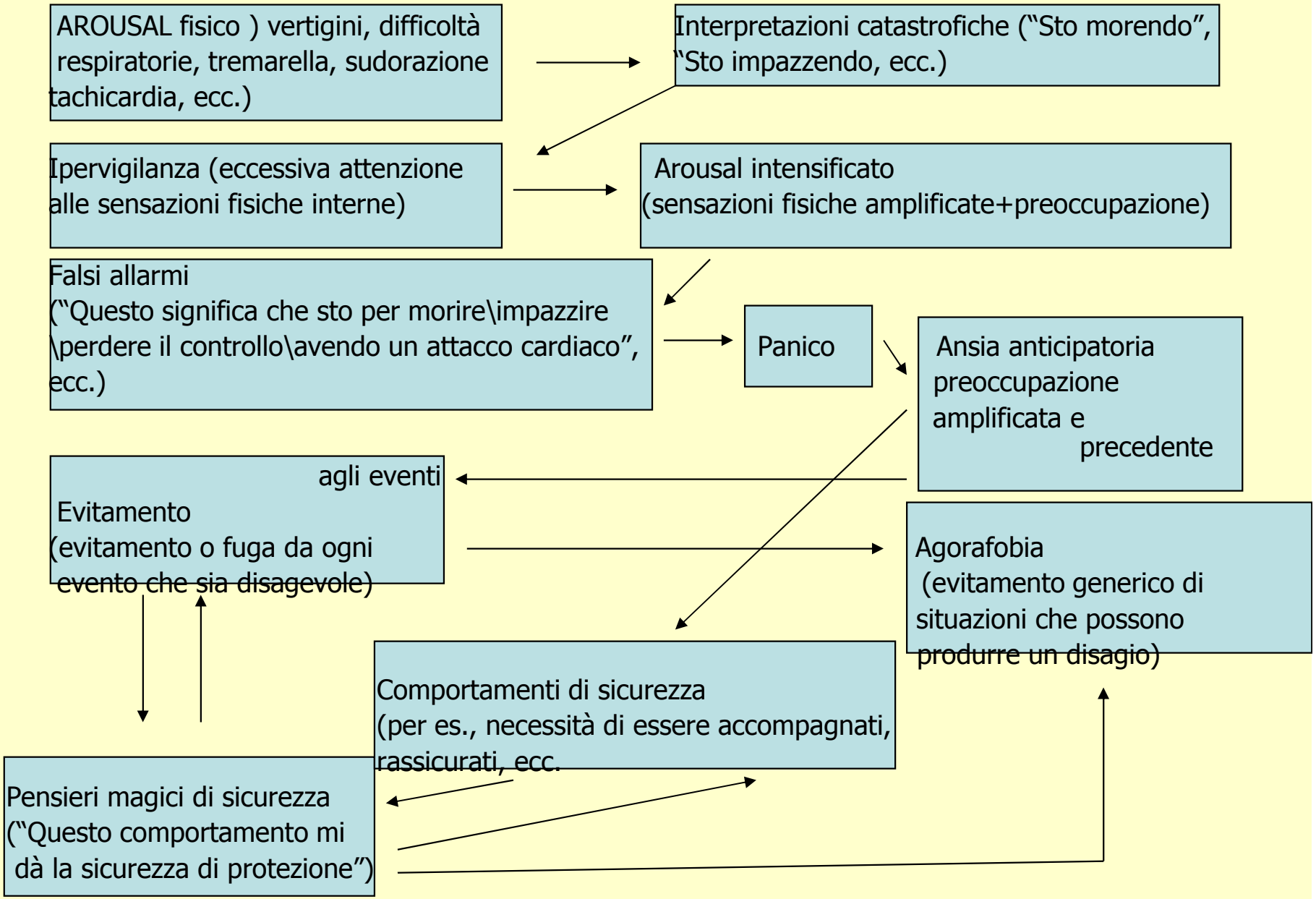
AGORAFOBIA

MODELLO DEL DISTURBO DA PANICO

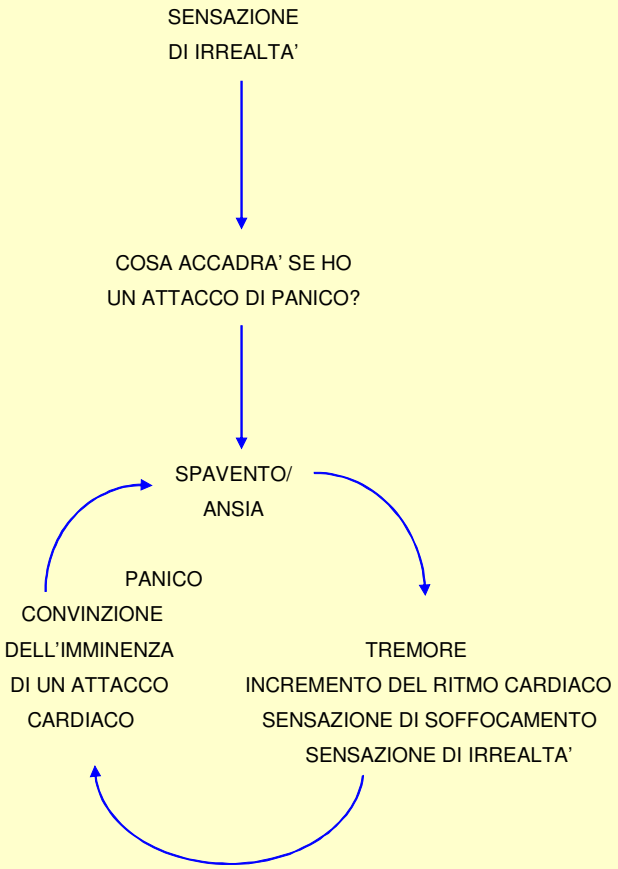


MODELLO COGNITIVO DEL DISTURBO DI PANICO COL CICLO DEL MANTENIMENTO




AROUSAL fisico) vertigini, difficoltà respiratorie, tremarella, sudorazione tachicardia, ecc.)
Interpretazioni catastrofiche ("Sto morendo", "Sto impazzendo, ecc.)
Ipervigilanza (eccessiva attenzione alle sensazioni fisiche interne)
Arousal intensificato (sensazioni fisiche amplificate+preoccupazione)
Falsi allarmi ("Questo significa che sto per morire\impazzire \perdere il controllo\avendo un attacco cardiaco", ecc.)
Panico
Ansia anticipatoria preoccupazione amplificata e precedente
agli eventi
Evitamento (evitamento o fuga da ogni evento che sia disagevole)
Agorafobia (evitamento generico di situazioni che possono produrre un disagio)
Comportamenti di sicurezza (per es., necessità di essere accompagnati, rassicurati, ecc.
Pensieri magici di sicurezza ("Questo comportamento mi dà la sicurezza di protezione")

CIRCOLO VIZIOSO SPECIFICO DEL DISTURBO DI PANICO



DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA: Sintomi e principali caratteristiche

1. Preoccupazione apprensiva generalizzata
2. Sintomi fisici come:

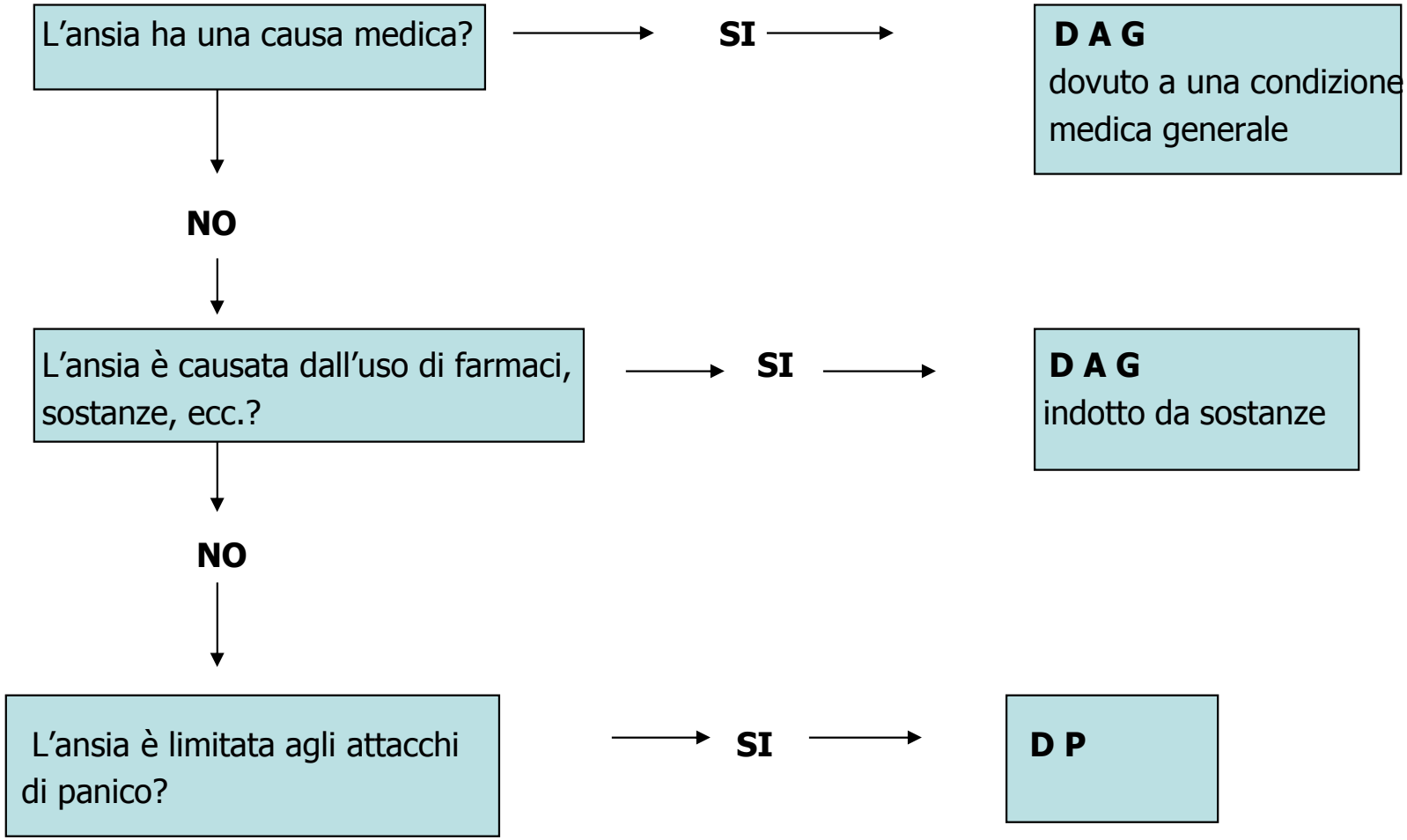
- Irrequietezza-inquietudine
- Affaticabilità
- Problemi di concentrazione, irritabilità, tensione muscolare e/o insonnia

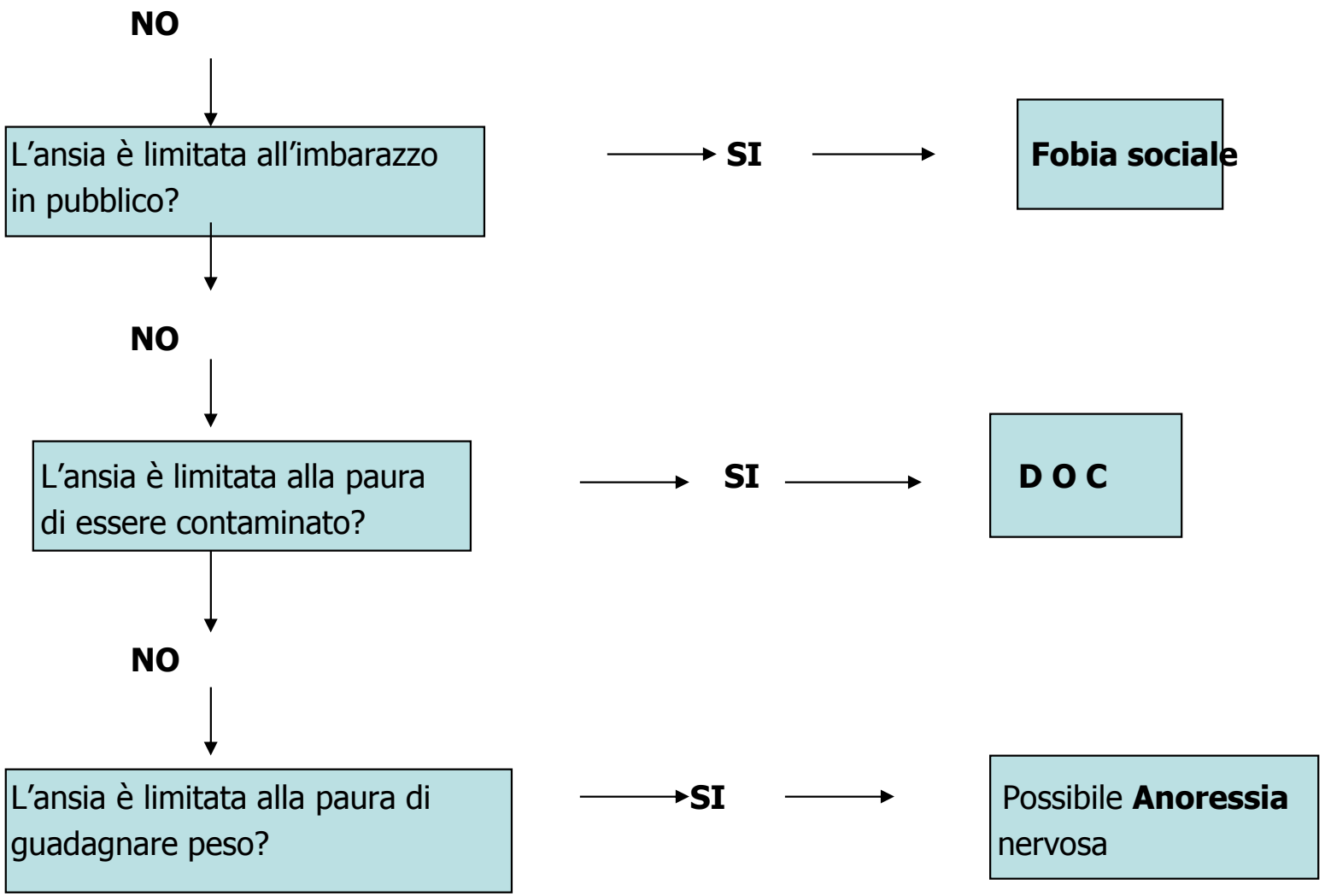
Il DAG si distingue dagli altri DA per il fatto che l'individuo è preoccupato per tutta una varietà di eventi

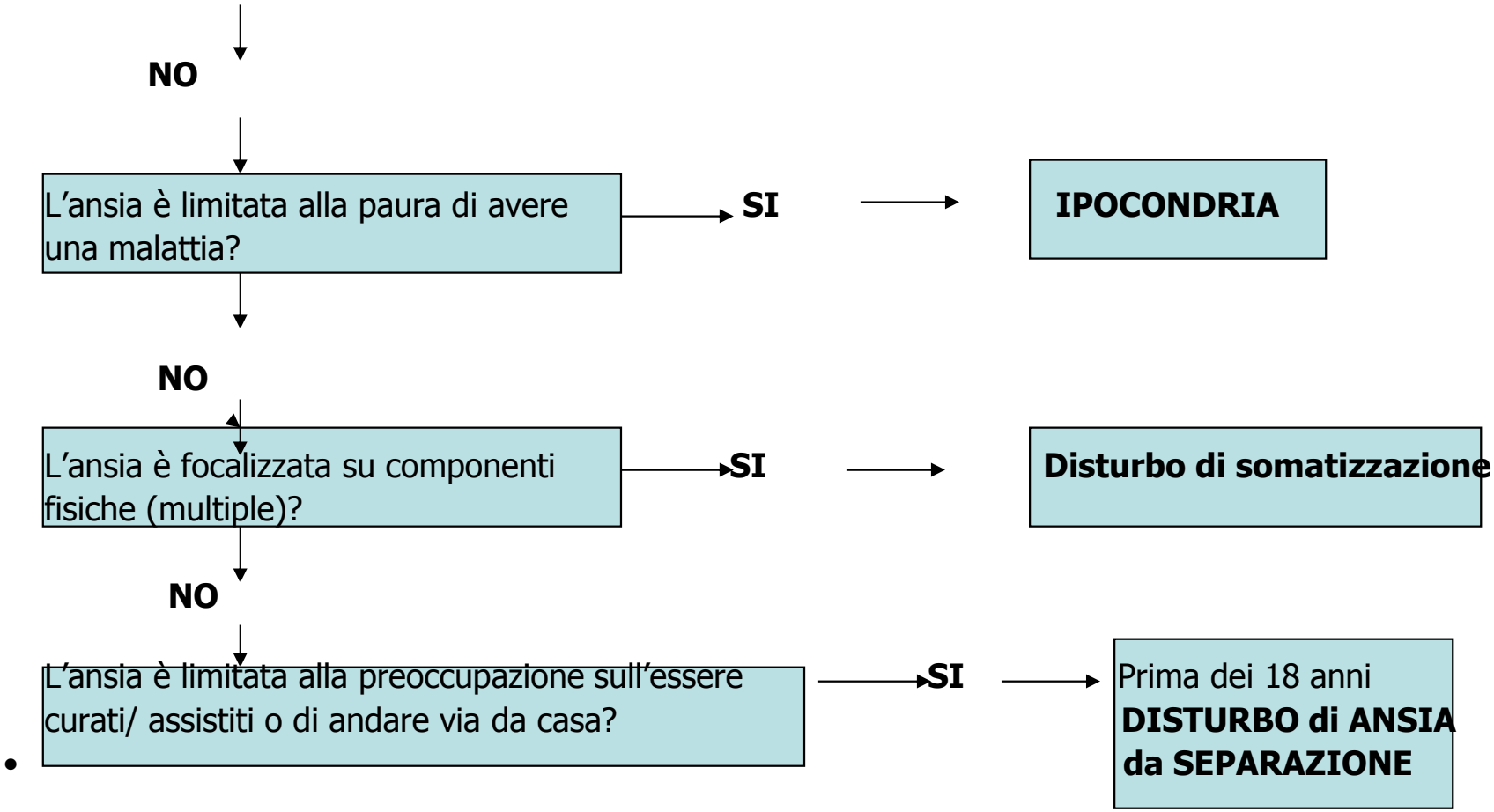
Incidenza e Fattori genetico-biologici del DAG

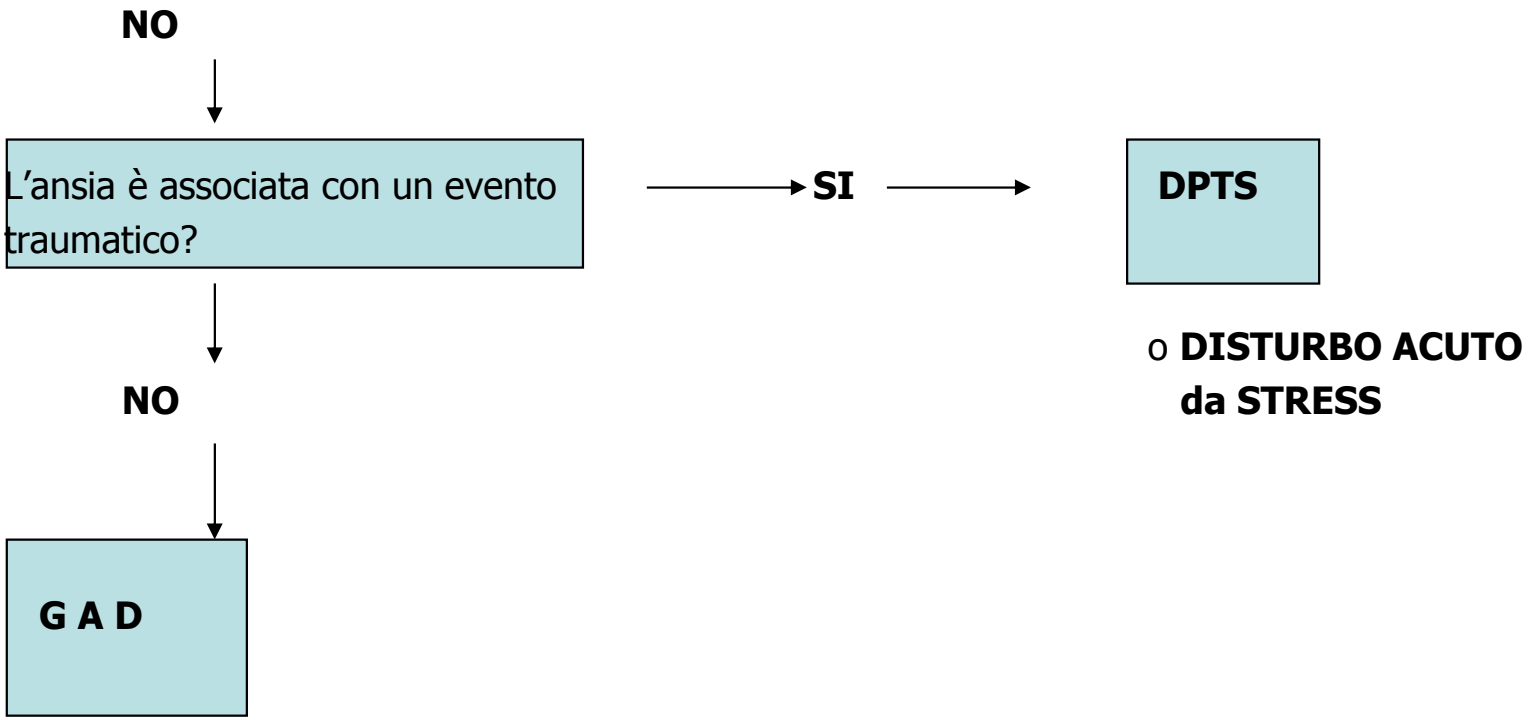
- Incidenza DAG 5.8-9%
- Rapporto Femmine-Maschi 2.5-1
- Rischio elevato per giovani e neri
- Media insorgenza 25 anni
- Per la sua tendenza alla cronicizzazione viene considerata come una malattia che può durare tutta la vita
- Alcuni studi parlano di un' ereditabilità del 30%, ma non esiste un accordo ampio su questo dato
- Il DAG è associato con specifici tratti di personalità come il nervosismo, la tendenza alla tristezza-depressione, bassa tolleranza alla frustrazione e inibizione emotiva.

Percorso Diagnostico DAG




NO
L'ansia è limitata all'imbarazzo in pubblico?
SI
Fobia sociale
NO
L'ansia è limitata alla paura di essere contaminato?
SI
D O C
NO
L'ansia è limitata alla paura di guadagnare peso?
SI
Possibile Anoressia nervosa

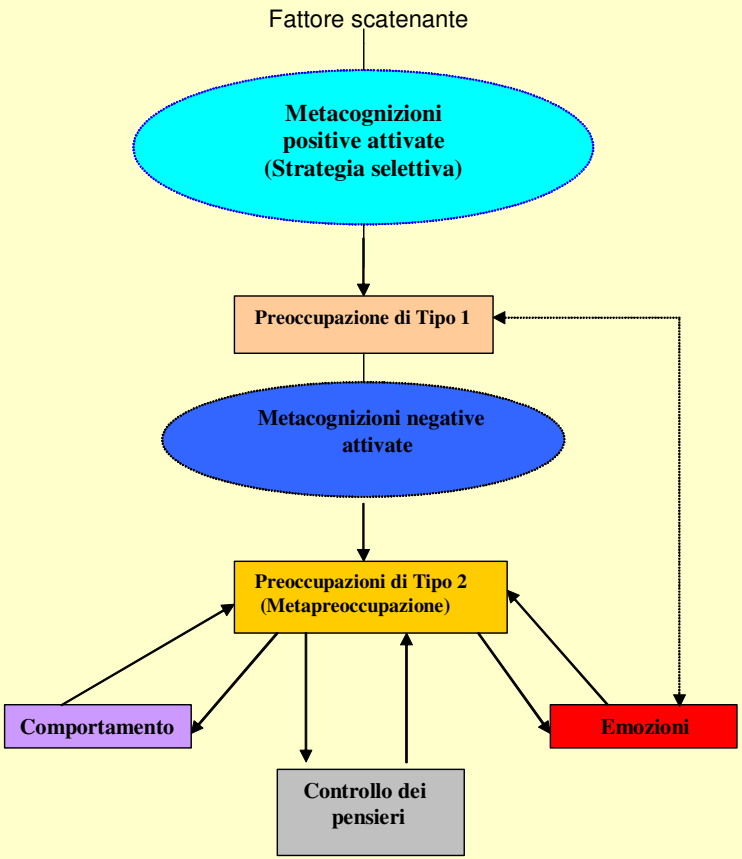

NO
L'ansia è limitata alla paura di avere una malattia?
SI
IPOCONDRIA
NO
L'ansia è focalizzata su componenti fisiche (multiple)?
SI
Disturbo di somatizzazione
NO
L'ansia è limitata alla preoccupazione sull'essere curati/ assistiti o di andare via da casa?
SI
Prima dei 18 anni
DISTURBO di ANSIA da SEPARAZIONE


NO
L'ansia è associata con un evento traumatico?
SI
DPTS
o DISTURBO ACUTO da STRESS
NO
G A D

Modelli C-C del GAD

1. **Modelli Comportamentali**: accento posto sul meccanismo dell'ansia condizionata (per es.Wolpe, 1958)
2. **Modelli cognitivi**: accento posto sull'elaborazione inadeguata dell'informazione e sulla valutazione cognitiva dello stress (per es.Beck et al., 1985; Marks, 1987, Lazarus, 1991)
3. **Modelli combinati**: visione cognitivo-comportamentale integrata (per es. Barlow, 1988; Borkovec et al., 1990; Wells & Butler, 1997)

MODELLO COGNITIVO DAG



FOBIA SOCIALE: Generalità

E' la **paura** di trovarsi in una o più situazioni sociali come:

- Parlare in pubblico
- Eseguire una "prestazione" in pubblico
- Partecipare a riunioni
- Incontrare nuove persone
- Mangiare in pubblico
- Usare bagni pubblici
- Esprimere il dissenso
- Interagire con autorità

FOBIA SOCIALE: Generalità

- In queste situazioni tali persone **temono** di dire qualcosa di **sbagliato** che li ridicolizzerà, umilierà o procurerà imbarazzo, oppure che la loro **ansia** sarà notata dagli altri che li **giudicheranno negativamente**
- Gli individui con FS o mettono in atto strategie comportamentali di evitamento di tutte le situazioni temute, o quando riescono a non evitarle le affrontano con grosso disagio

FOBIA SOCIALE: Generalità

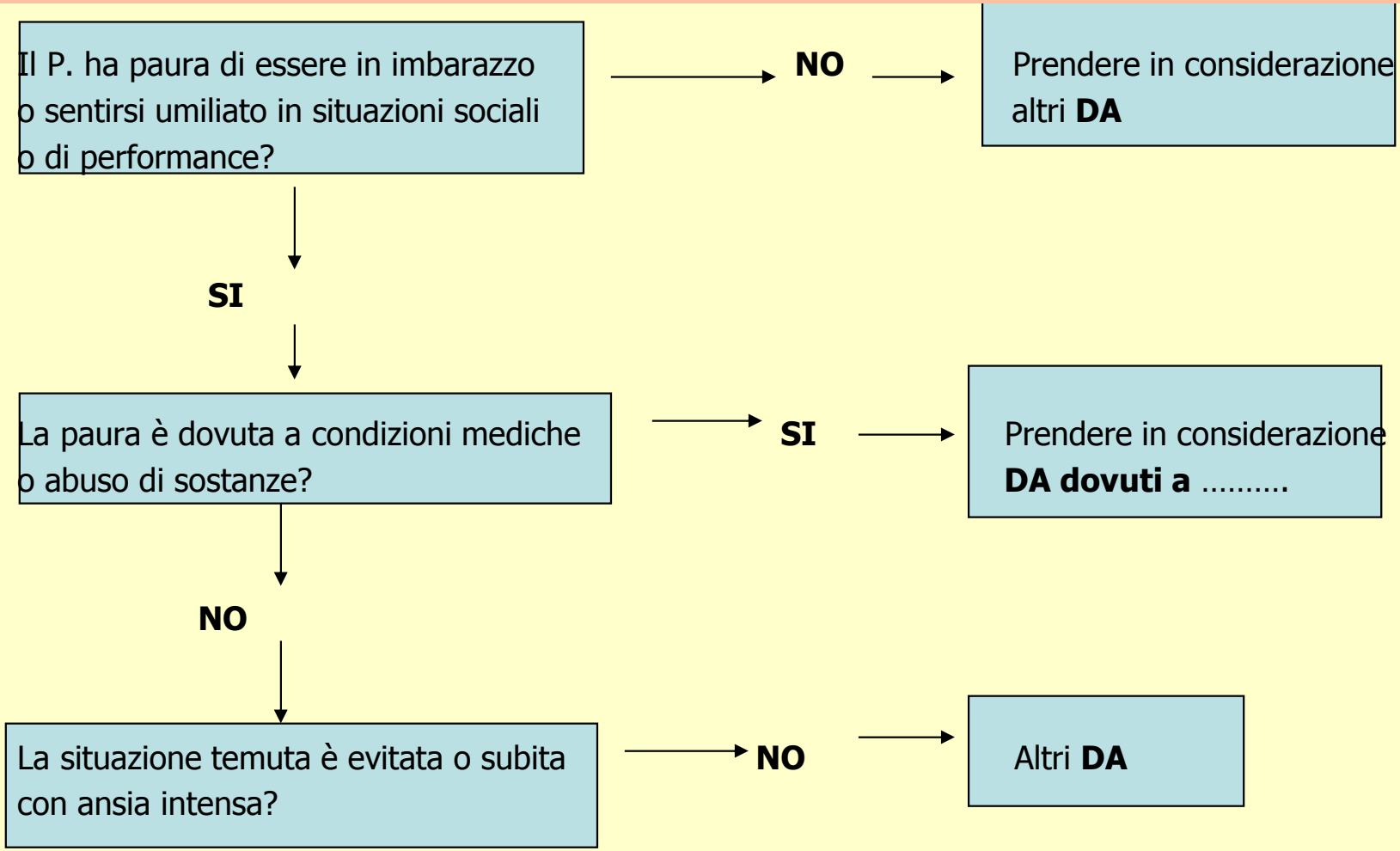
In tali casi essi riportano i seguenti sintomi:

- Palpitazioni
- Tremore
- Sudorazione
- Tensione muscolare
- Dolori allo stomaco o all'intestino
- Secchezza delle fauci
- Sensazioni caldo/freddo
- Mal di testa
- Ecc.

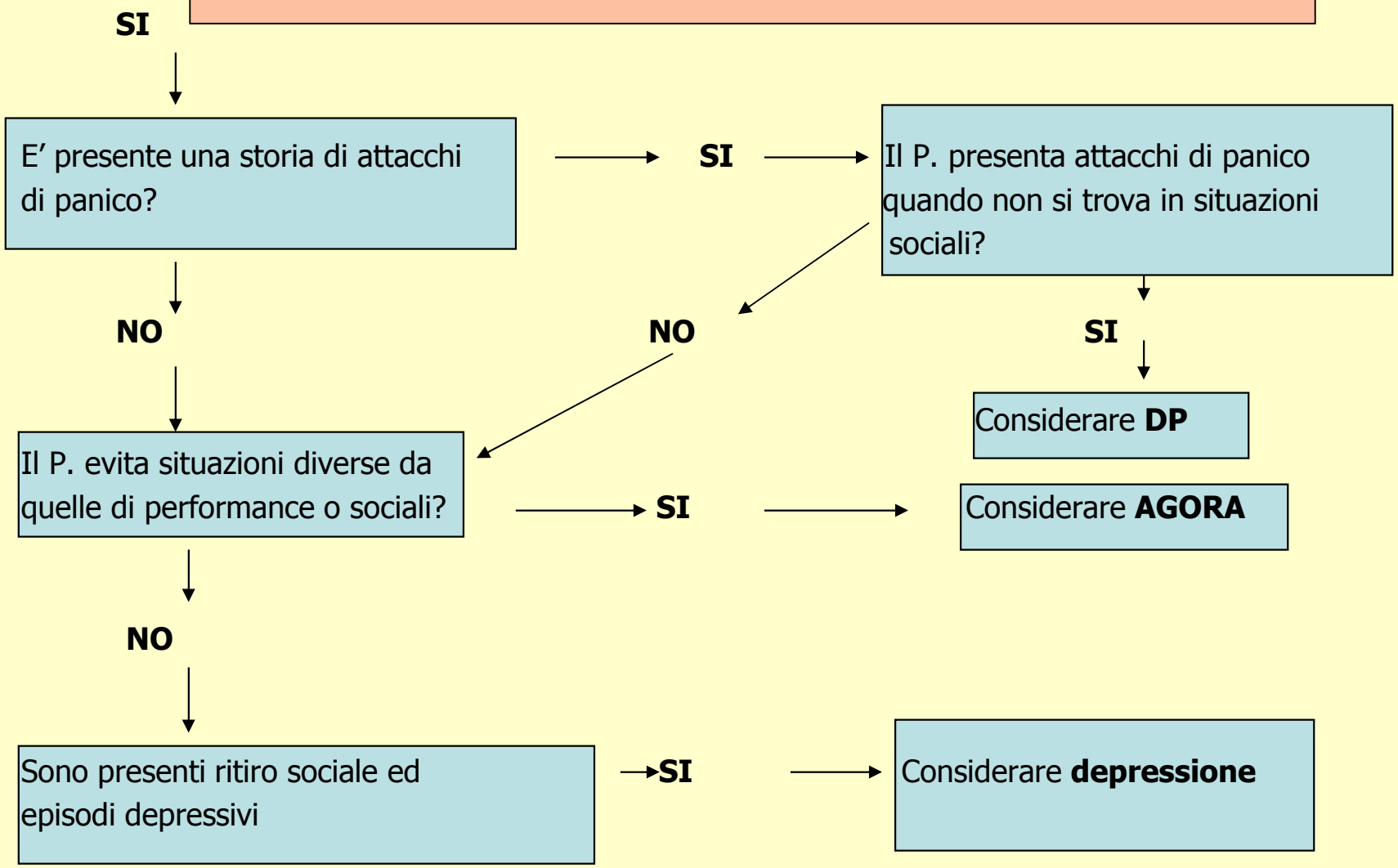
FOBIA SOCIALE: Incidenza e Fattori Bio-Genetici

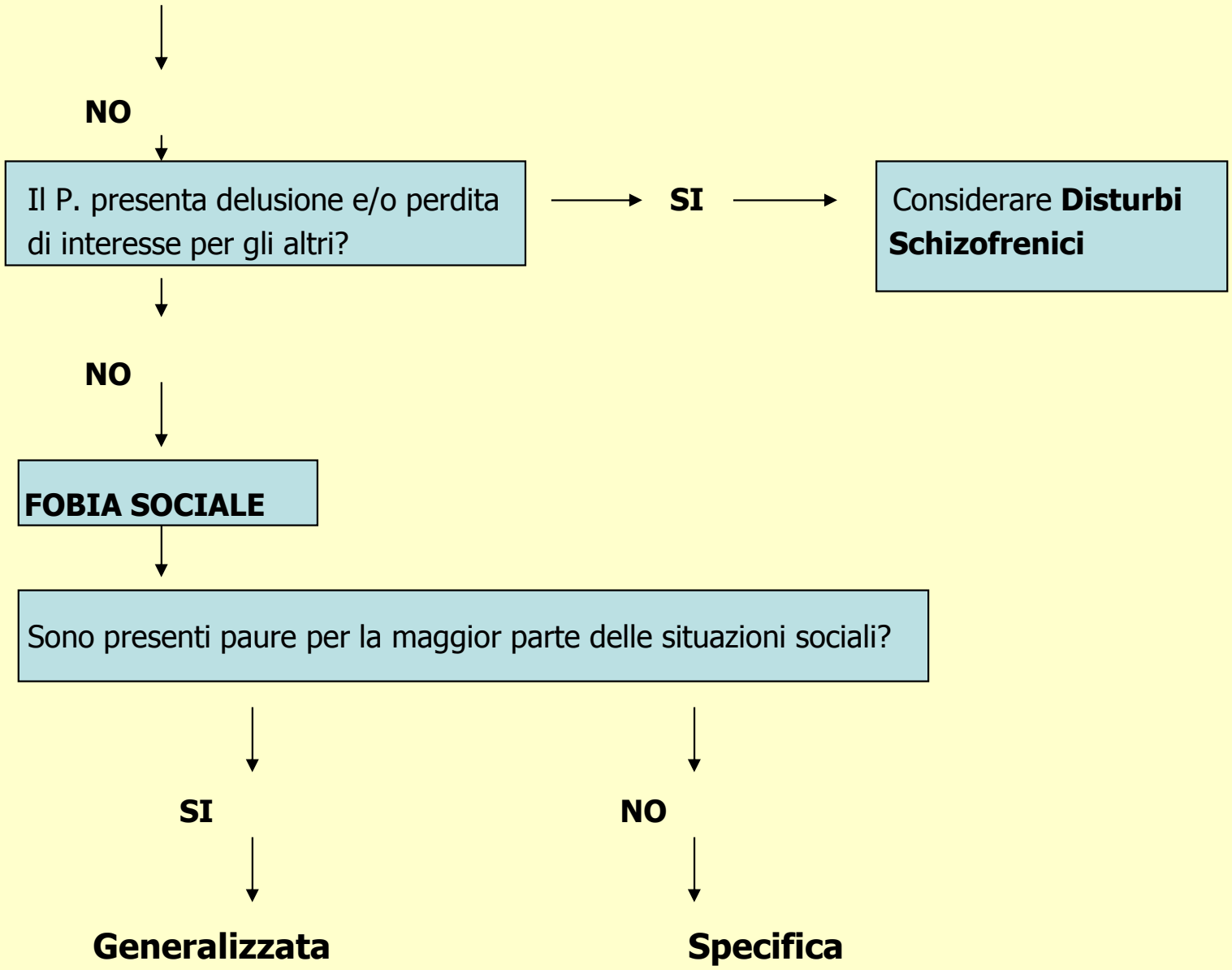
- Il tasso di incidenza è del 13.3% (3° disturbo psichiatrico più diffuso negli USA)
- Il rapporto femmina/maschio non è ben chiaro: per alcuni studi è di circa 2:1, mentre per altri risulterebbe addirittura quasi capovolto
- L'età media di insorgenza è tra gli 11-15 anni
- Alcuni studi tratteggiano una componente biogenetica ("peso" ipotizzato del 30%, vedi studi gemelli omo/eterozigoti)

PERCORSO DIAGNOSI FOBIA SOCIALE



PERCORSO DIAGNOSI FOBIA SOCIALE




NO
Il P. presenta delusione e/o perdita di interesse per gli altri?
SI
Considerare **Disturbi Schizofrenici**
NO
FOBIA SOCIALE
Sono presenti paure per la maggior parte delle situazioni sociali?
SI
NO
Generalizzata
Specifica

Modelli comportamentali

1. **Teoria bi-fattoriale di Mower** (1960): si basa sul ruolo del condizionamento nell'acquisizione e mantenimento. L'esperienza di uno o più episodi di relazioni sociali traumatici (50%) o di imbarazzo può condizionare una risposta di ansia, imbarazzo e umiliazione che può essere evocata in futuro da situazioni simili e ampliata dalla generalizzazione. Tale risposta può essere appresa anche per mezzo dell'apprendimento vicario (13%).

Modelli comportamentali

2. **Il concetto di *preparazione*** *(preparedness)* ***di Seligman*** (1971): le specie sono predisposte geneticamente all'apprendimento di stimoli con valenza evoluzionistica (buio, serpenti, grossi animali, ecc.) Tale "preparazione" alle paure è caratterizzata da una rapida acquisizione, alta resistenza all'estinzione e apparente irrazionalità.

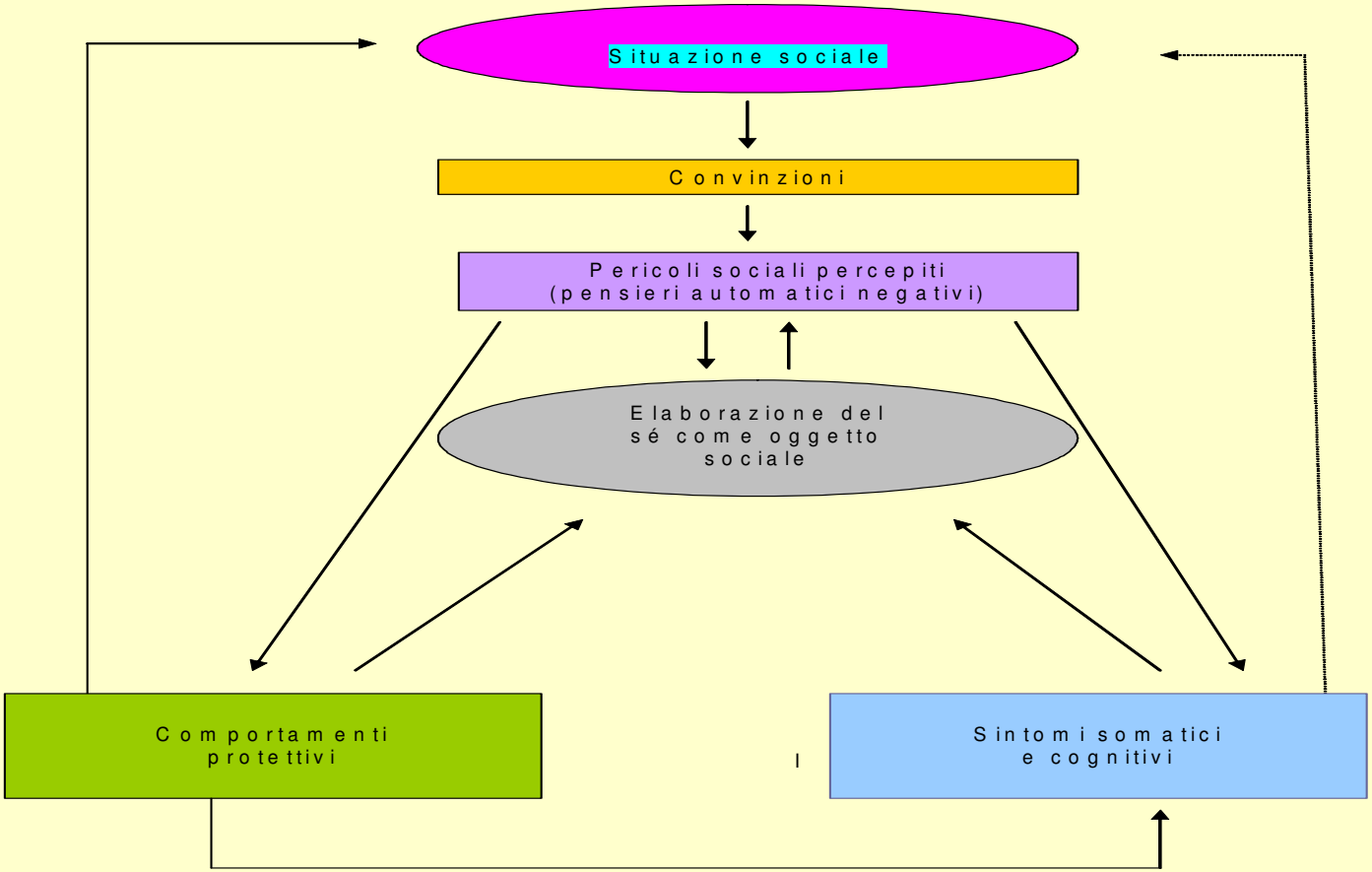
Modelli comportamentali

2. Riguardo la FS, il suo fondamento adattivo consisterebbe nell'inibizione di comportamenti che potrebbero condurre all'esclusione sociale oppure all'esposizione di attacchi da parte di altri individui. Di importanza centrale è l'evitamento: infatti esso conduce all'abbassamento del livello d'ansia che a sua volta rinforza il comportamento di evitamento e non consente al soggetto di vivere le conseguenze negative della situazione bloccando l'estinzione

Modello del deficit delle abilità sociali

- Secondo questi modello gli individui che sviluppano un disturbo di FS presentano deficit nella conoscenza di abilità sociali
- Esistono tuttavia delle controversie in letteratura riguardo a se il soggetto con FS ha una effettiva carenza di abilità sociali oppure se queste vengono inibite dall'ansia.
- Marks (1985) osserva a riguardo che sebbene non tutti i soggetti con FS presentano una carenza di abilità sociali, quelli con disturbi gravi sicuramente si.

MODELLO COGNITIVO DI FOBIA SOCIALE



Modello cognitivo

- Il ruolo centrale dei processi cognitivi anche nel caso della FS è stato posto in risalto da numerosi autori
- In particolare, secondo la teoria cognitiva di Beck, le distorsioni cognitive dei pazienti con FS possono essere concettualizzate su 3 livelli:

I) Pensieri automatici distorti

II) Convinzioni disadattive sottese (o assunzioni disadattive)

III) Schemi disfunzionali

Modello cognitivo

- Prima, durante e dopo una prestazione sociale questi pazienti riportano pensieri consapevoli di fallimento, che la loro ansia sarà notata dagli altri e che gli altri li giudicheranno negativamente
- Sottese a questi pensieri automatici ci sono convinzioni (assunzioni) che implicano degli standard elevati e perfezionistici e un eccessivo bisogno di approvazione.
- Gli schemi di sé dei pazienti con FS spesso sono di inaccettabilità, non-amabilità o incompetenza

Esempi di Pensieri automatici distorti

- *Non sono in grado di pensare quello che dico*
- *Dirò qualcosa di stupido*
- *Mi bloccherò*
- *Perderò il controllo*
- *Tutti mi stanno osservando e si accorgeranno della mia incapacità*
- *Penseranno che sono stupido*
- *Sarà terribile*
- *Non piaccio a nessuno*

Esempi di Convinzioni (assunzioni) disadattive

- *Se starò calmo penseranno che sono noioso*
- *Devo dire assolutamente qualcosa di intelligente*
- *Se non sarò perfetto sarò rifiutato*
- *Se non piaccio a qualcuno vuol dire che c'è qualcosa di sbagliato in me*
- *Se mi faccio vedere ansioso penseranno che sono incompetente*
- *Devo fare una buona impressione*
- *Devo essere approvato da tutti*
- *Non devo mostrare segni di debolezza*
- *Se sono in disaccordo con qualcuno mi crederanno matto o stupido*

Esempi di Schemi Disfunzionali

- Inadeguatezza
- Debolezza
- Valore

Modello Cognitivo: Mantenimento

- Come vengono mantenuti i modelli cognitivi disfunzionali malgrado la loro contraddittoria evidenza?

- Sono stati segnalati diversi fattori di mantenimento:

1. Spostamento di attenzione, durante l'ansia, dagli stimoli esterni a quelli interni (per es. variazioni psicofisiologiche)
2. Evitamento interazioni sociali

Modello Cognitivo

3. Uso di “comportamenti di sicurezza”
4. Profezia che si autodetermina
5. Elaborazione schematica dell’informazione

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS). Generalità

- Il **DPTS** è una reazione a un evento estremamente traumatico (minaccia di morte, ferite fisiche gravi, minaccia all'integrità fisica)
- Rientrano tipicamente nella categoria di eventi traumatici esperienze come incidenti aerei, stradali, terremoti, abusi sessuali, aggressioni, torture, ecc.

Il **DPTS** presenta 3 aree sintomatologiche:

1. Il rivissuto del trauma con ricordi, incubi, flashback
2. Evitamento stimoli interni/esterni associati al trauma (intorpidimento, distacco)
3. Incremento *arousal* (ipervigilanza, insonnia, irritabilità, problemi di concentrazione, ecc.)

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS). Incidenza

- Negli studi sull'incidenza del **DPTS** si stima una forbice statistica 1% - 14%
- Tale percentuale sale notevolmente nel caso della popolazione esposta a un evento traumatico: per esempio il 30% nel caso dei veterani di guerra (Viet-nam),31% - 57% in persone abusate
- Il **DPTS** si può presentare ad ogni età e generalmente compare a breve distanza di tempo da un trauma subìto, ma in alcuni casi può comparire mesi o perfino anni dopo

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS). Incidenza

- In oltre la metà dei casi si presenta una remissione sintomatologica entro i 3 mesi dal trauma
- Tuttavia, in alcuni casi, i sintomi persistono anche per anni, causando anche gravi limitazioni nella vita quotidiana
- Anche se non sono ancora del tutto chiari i motivi per cui alcune persone esposte a traumi sviluppano DPTS e altre no, si conoscono alcuni fattori predittivi rispetto al trauma e rispetto alle caratteristiche personali

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS). Incidenza

Rispetto alle caratteristiche del trauma abbiamo i seguenti fattori predittivi che incremento le probabilità di sviluppare un DPTS:

1. Esposizione diretta agli all'evento
2. Maggiore intensità
3. Più lunga esposizione
4. Percepita minaccia di morte

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS). Incidenza

Rispetto alle caratteristiche della persona abbiamo i seguenti fattori predittivi che incremento le probabilità di sviluppare un DPTS:

1. Storia familiare di disturbi psicopatologici
2. Precedenti disturbi psicopatologici
3. Alto nevroticismo e scarsa fiducia in sé
4. Separazione precoce da figure parentali
5. Basso livello socio-culturale
6. Abusi subìti
7. Storia di precedenti traumi

Comorbidità e Diagnosi Differenziale

1. Depressione maggiore
2. Abuso sostanze
3. Attacchi panico
4. Agorafobia
5. Disturbo Ossessivo Compulsivo
6. Fobia sociale

Sono frequentemente associati al DPTS:

Colpa, vergogna, ansia, ostilità, disturbi psicosomatici, ecc.

PERCORSO DIAGNOSI DPTS

I sintomi sono seguiti da uno *stressor* Identificabile? → **NO** → Considerare altri **DA o dell'umore**

↓

SI

↓

Si tratta di uno stressor estremo che minaccia la vita? → **NO** → Considerare **Disturbo Adattamento**

↓

SI

↓

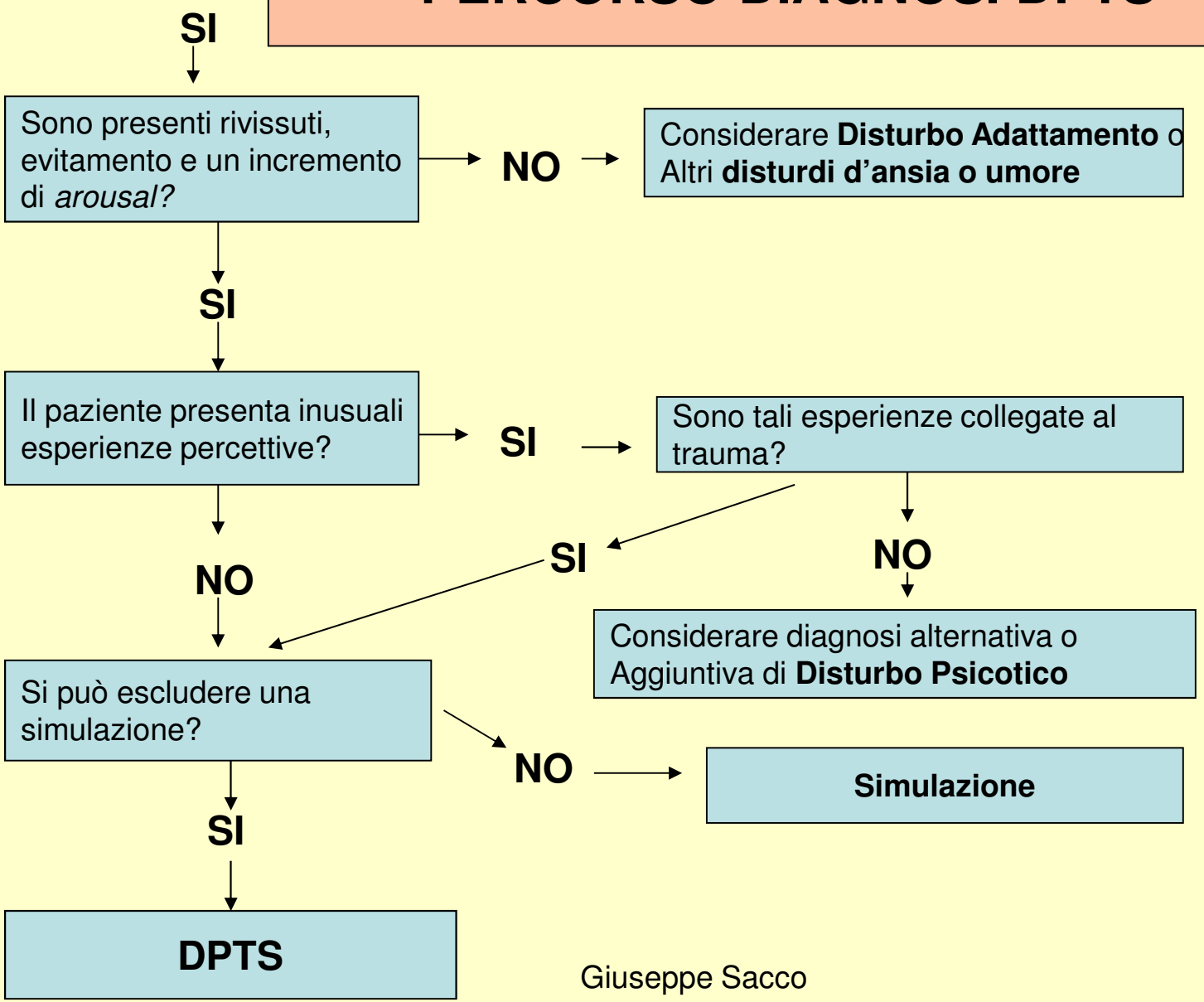
I sintomi durano da più di 1 mese? → **NO** → Considerare **Disturbo Acuto da Stress o dell'Adattamento**

↓

SI

↓

PERCORSO DIAGNOSI DPTS



Modelli Comportamentali

Il **modello bifattoriale** di Mower (1960) prevede che:

1. L'ansia e le altre emozioni che si provano durante un evento traumatico sono **collegate** nella mente del paziente a immagini, suoni ed altre sensazioni che si verificano durante l'evento secondo il modello del **condizionamento classico**

- Tali sensazioni diventano stimoli che evocano l'ansia quando verranno riprovati successivamente

2. Come conseguenza, il ricordo di questi stimoli ansiogeni produrrà l'**evitamento** che,a sua volta, ridurrà l'ansia . Tale riduzione dell'ansia costituirà una ricompensa che aumenterà le probabilità di un ulteriore evitamento futuro

Modelli Comportamentali

La gamma di stimoli in grado di incrementare l'ansia nel tempo dipende da due processi:

1. La **generalizzazione**, secondo la quale stimoli simili all'originale possono evocare l'ansia
2. **Condizionamento** di ordine superiore, per cui uno stimolo che era originariamente neutrale inizia a evocare ansia in quanto associato con altri stimoli evocanti ansia

Modelli Cognitivi

- Sebbene i modelli comportamentali forniscano spiegazioni convincenti per i rivissuti e l'evitamento, essi sono inefficaci nella spiegazione del processo di alternanza tra i rivissuti e l'evitamento/intorpidimento e l'iper-arousal
- Per compensare tale carenza sono stati proposti dei modelli cognitivi alcuni dei quali integrati col modello comportamentale (Foa et al., 1989; 1994; 1995)

Modelli Cognitivi

Tali studi suggeriscono che quando una persona vive un'esperienza traumatica si forma in memoria una "struttura della paura" costituita da tre elementi:

1. Stimoli: immagini, suoni e altre sensazioni associate all'evento
2. Risposte: reazioni psicofisiologiche all'evento
3. I significati associati agli stimoli e alle risposte

- La "struttura della paura" forma una sorta di programma per fuggire dal pericolo

Modelli Cognitivi

- In accordo col modello comportamentale il modello di Foa propone che gli stimoli associati al trauma attivano la “struttura della paura” provocando il riemergere dei ricordi traumatici e delle risposte e conducendo all’evitamento degli stimoli stessi
- Tuttavia, viene sottolineata l’importanza degli aspetti cognitivi della “struttura della paura” (i significati)
- Infatti, gli eventi traumatici spesso violano diverse convinzioni e schemi comuni (“Il mondo è sicuro”; “Gli eventi sono prevedibili e controllabili”, ecc.) insieme a quelli individuali(PA, convinzioni, schemi)

Esempi di Pensieri automatici distorti

- *Quello che è successo è colpa mia*
- *Avrei dovuto prevenirlo*
- *Avrei dovuto controllare ciò che è successo*
- *Sono un debole*
- *Queste sensazioni non devono durare*
- *Sono sempre in pericolo*
- *Non sono in grado di difendermi*
- *Nessuno può aiutarmi*

Esempi di Convinzioni (assunzioni) disadattive

- *Visto che non ho potuto controllare ciò che è successo non sono in grado di controllare nulla*
- *Visto che c'è pericolo dappertutto devo controllare ogni cosa*
- *Devo stare sempre in allarme*
- *Se ripenso a quello che è successo ne resterò schiacciato*
- *Per non correre rischi è meglio evitare ogni situazione potenzialmente pericolosa*
- *Non sono in grado di affrontare nessuna perdita*

Esempi di Schemi Disfunzionali

- Pericolo
- Fiducia in sé
- Autoefficacia

Studi Efficacia

- La maggior parte dei trattamenti cognitivo – comportamentali del DPTS sono basati su qualche forma di esposizione
- In tal senso, diversi studi recenti hanno dimostrato una maggior efficacia dell'esposizione in *vivo* rispetto a quella in immagine (Foa et al., 1995), e risultati ancora più favorevole con l'integrazione prolungata delle due modalità

Studi Efficacia

- In altri studi si è studiata e confrontata l'efficacia di alcune tecniche specifiche come lo *stress inoculation* (SI),*l'anxiety management training* (AMT)*,* la ristrutturazione cognitiva (RC), l'esposizione prolungata (EP), il counseling supportivo, una combinazione di stress inoculation ed esposizione prolungata, gruppi di controllo (Foa et al., 1991, Foa et al., 1995)
- Tutti i trattamenti **c-c** si sono rivelati più efficaci rispetto ai gruppi di controllo e di *counseling*
- I pazienti sottoposti alla combinazione tra **SI** ed **EP** hanno ottenuto i migliori risultati al *follow-up* mentre un trattamento combinato di **AMT**, **RC** e **EP** ha ottenuto la maggior efficacia

Bibliografia essenziale

1. **Beck, A.T. & Emery, G**. (1985). *L'Ansia e le Fobie.* (trad.it.) Astrolabio: Roma, 1988
2. **Reda, M. & Sacco, G.** (2001). La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi d'ansia. In P. Pancheri (Ed.). *Il Punto su: ansia e non ansia.Diagnosi e terapia di un continuum psicopatologico in evoluzione.* Scientific Press: Firenze
3. **Rovetto, F.** (2003). *Panico.* McGraw-Hill: Milano
4. **Sacco G.** (2003). *Psicoterapia e sistemi dinamici.* McGraw-Hill: Milano
5. **Sacco G., Testa D.** (2009). *Psicosomatica integrata complessa.* FrancoAngeli: Milano
5. **Wells, A.** (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia.* McGraw-Hill: Milano