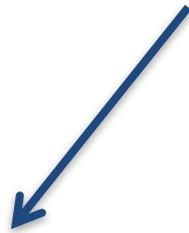


# Università degli Studi di Trieste

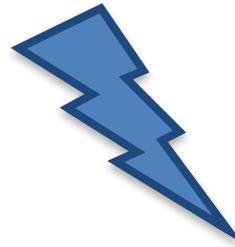
## Disturbi d'ansia e disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

Umberto Albert

# ANSIA



**FISIOLOGICA**



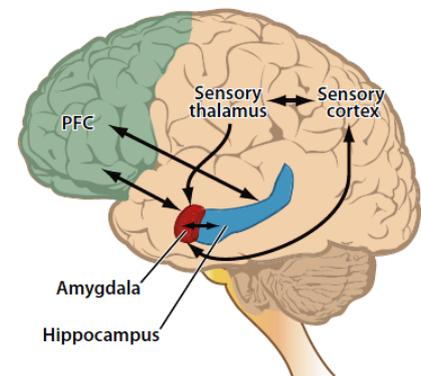
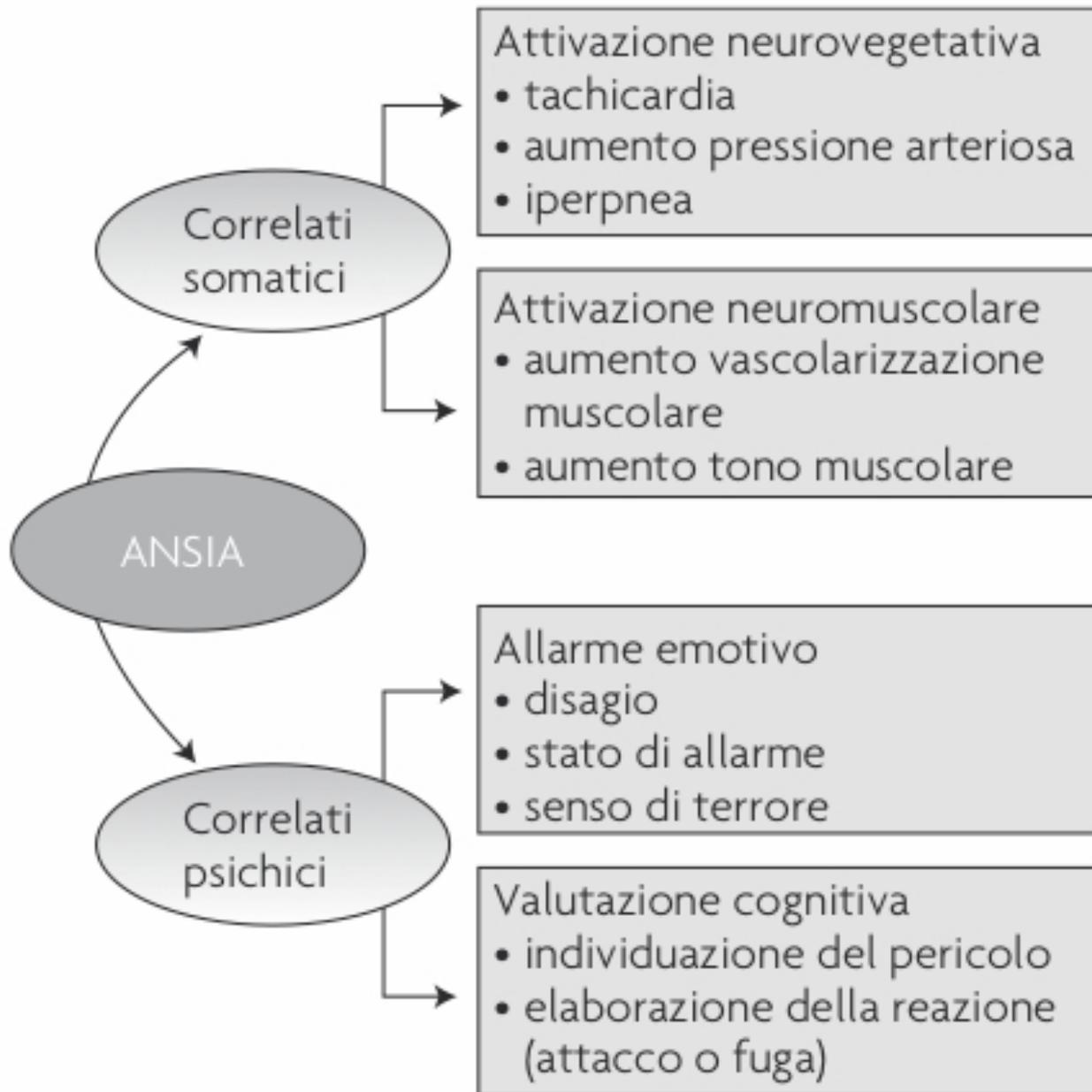
**PATOLOGICA**

...Sebbene nella società moderna gli esseri umani vivano nel lusso di non doversi preoccupare di sfuggire ai predatori, **l'emozione della paura e i comportamenti di difesa che da essa derivano contribuiscono a salvarci dai pericoli, sia in situazioni di vita quotidiana che in condizioni rare ma pericolose:** come doversi abbassare per nasconderci, gridare per chiedere aiuto, ecc..

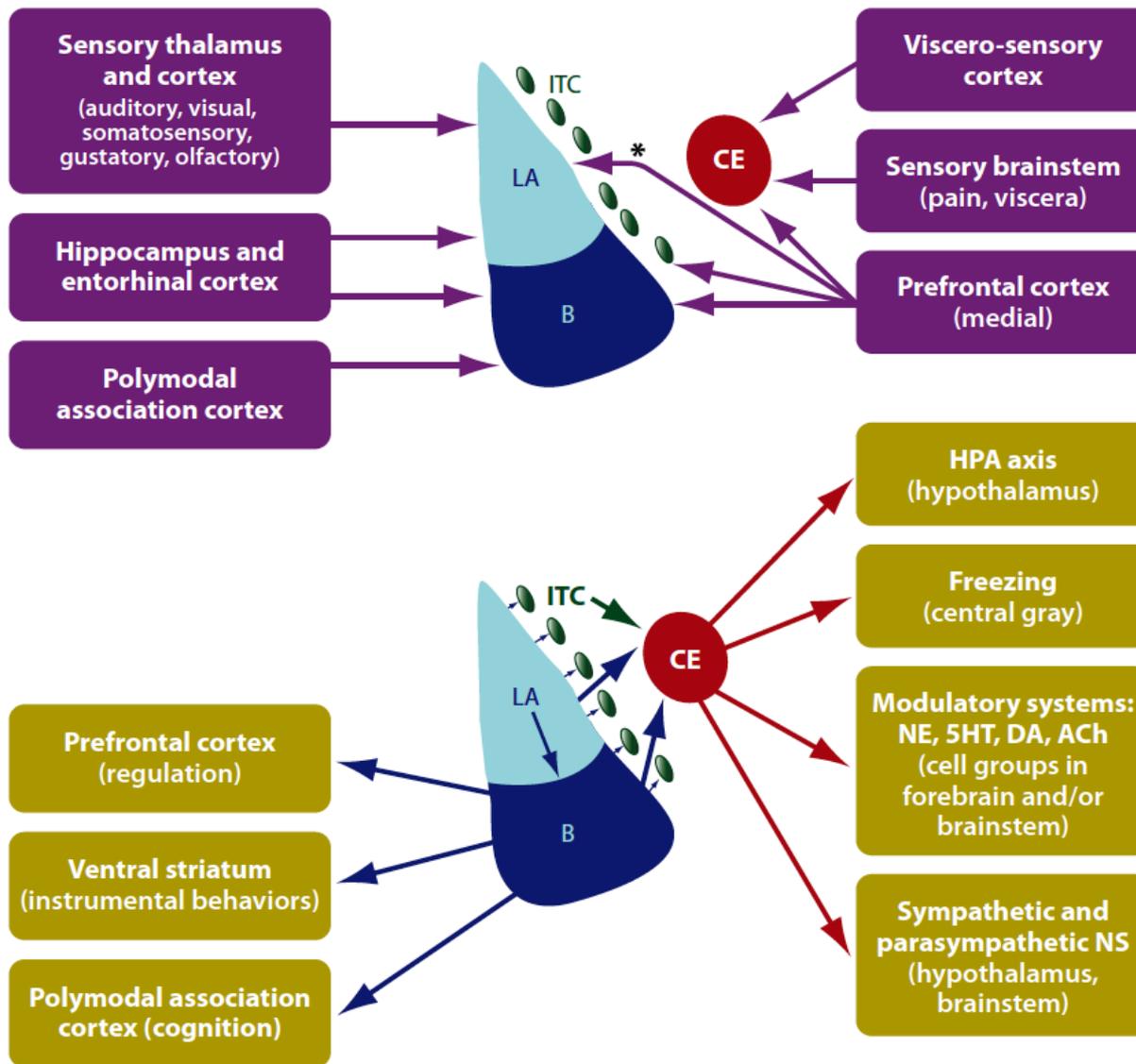
# ANSIA

definizione

Vissuto soggettivo che viene esperito contemporaneamente sul piano somatico e sul piano psichico

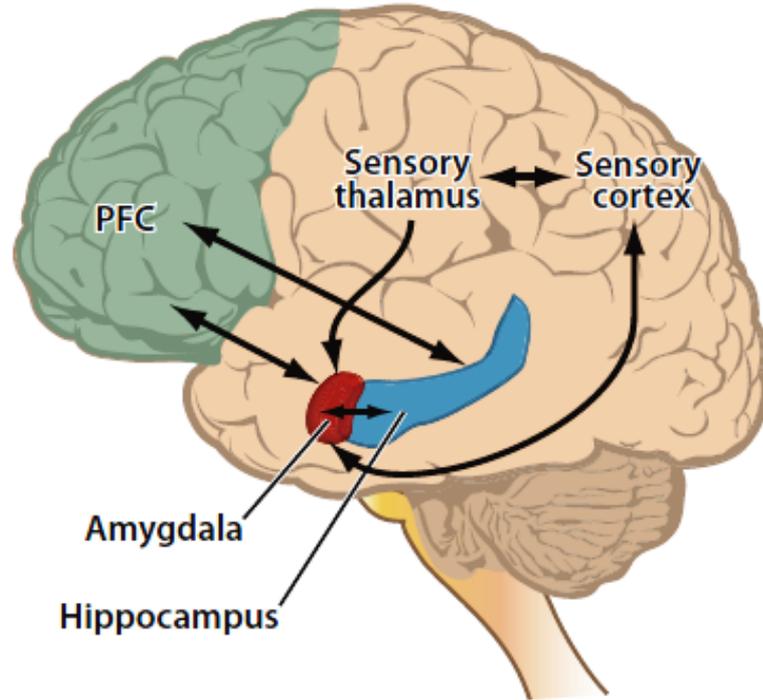
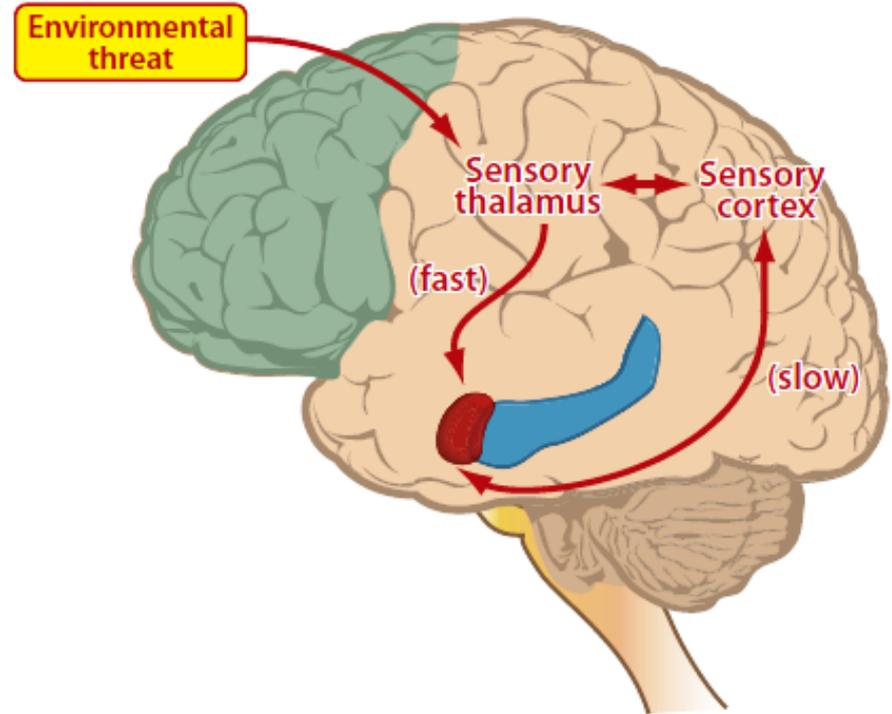


# Fear Circuitry

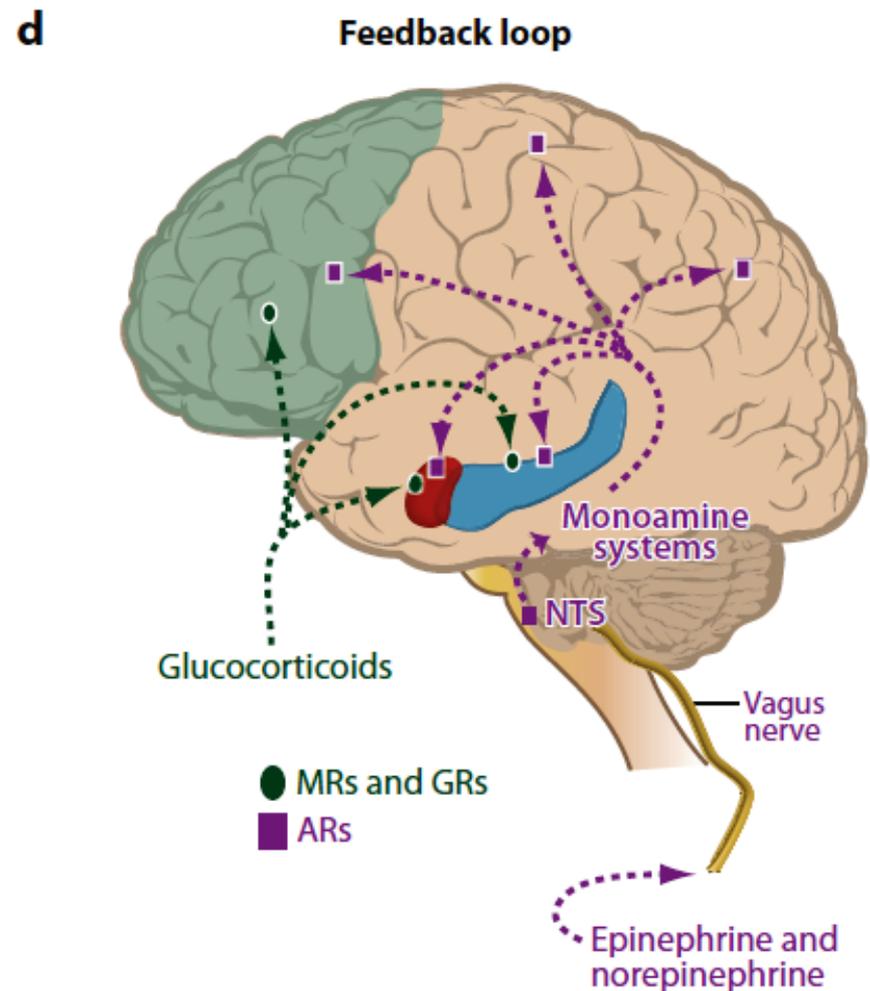
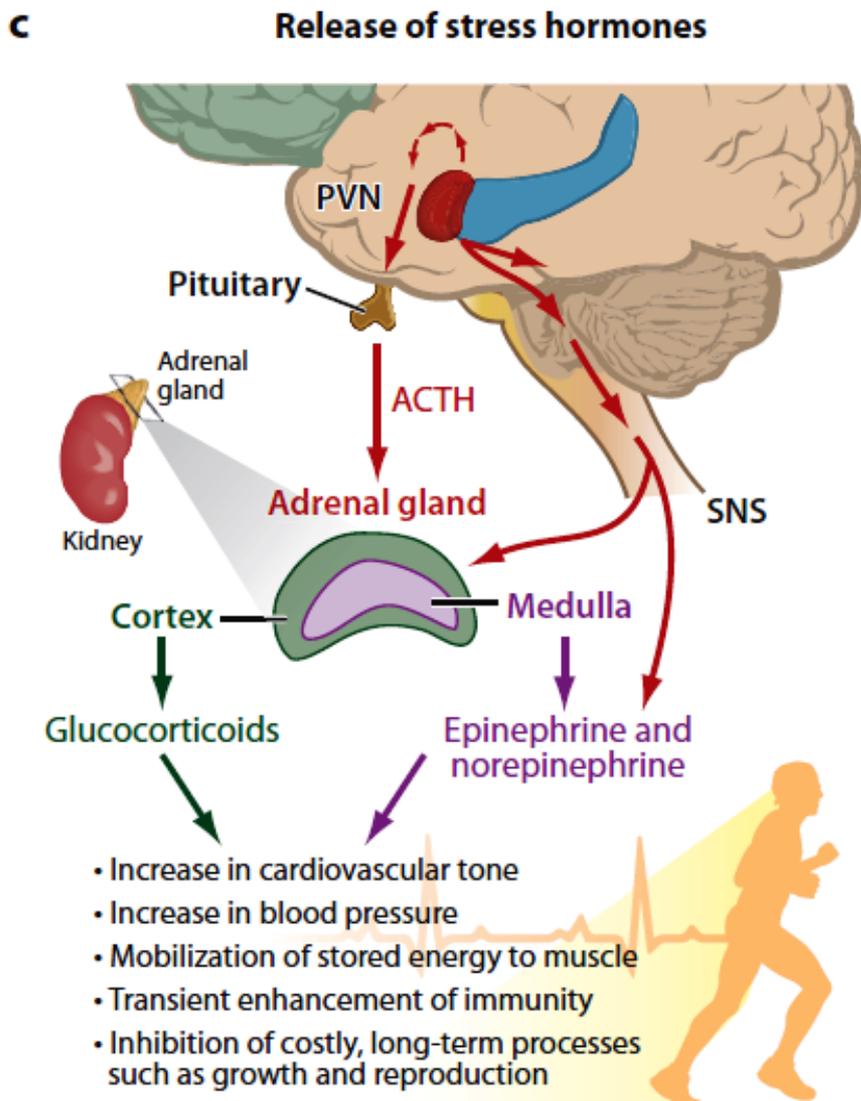


**Figure 1**

(Top) Inputs to some specific amygdala nuclei. Asterisk (\*) denotes species difference in connectivity. (Bottom) Outputs of some specific amygdala nuclei. 5HT, serotonin; ACh, acetylcholine; B, basal nucleus; CE, central nucleus; DA, dopamine; ITC, intercalated cells; LA, lateral nucleus; NE, norepinephrine; NS, nervous system.

**a****Functional connectivity****b****Processing threat stimulus****Figure 2**

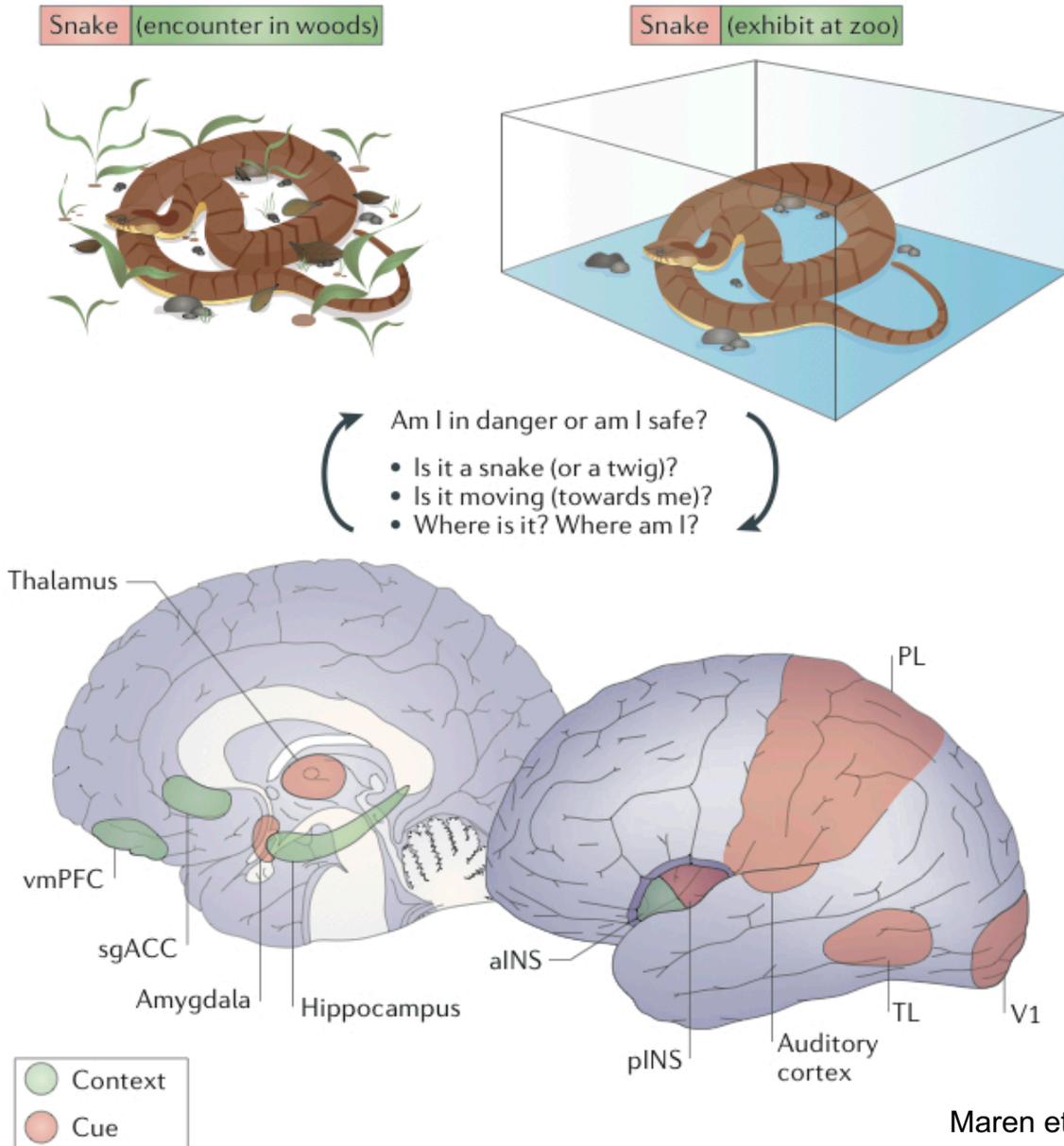
Overview of fear arousal and the stress response. *Upper left:* Black arrows indicate the functional connectivity of brain structures involved in fear conditioning. *Upper right:* Red arrows represent the activation of brain areas recruited during the processing of threatening stimuli. *Bottom Left:* The stress response leads to the release of stress hormones. *Bottom Right:* Dashed lines indicate feedback of the stress response to neural structures involved in fear conditioning. ACTH, adrenocorticotrophic hormone; CRH, corticotropin-releasing factor; GRs, glucocorticoid receptors; MRs, mineralocorticoid receptors; NTS: nucleus of the solitary tract; PVN, periventricular nucleus of the hypothalamus; SNS, sympathetic nervous system.



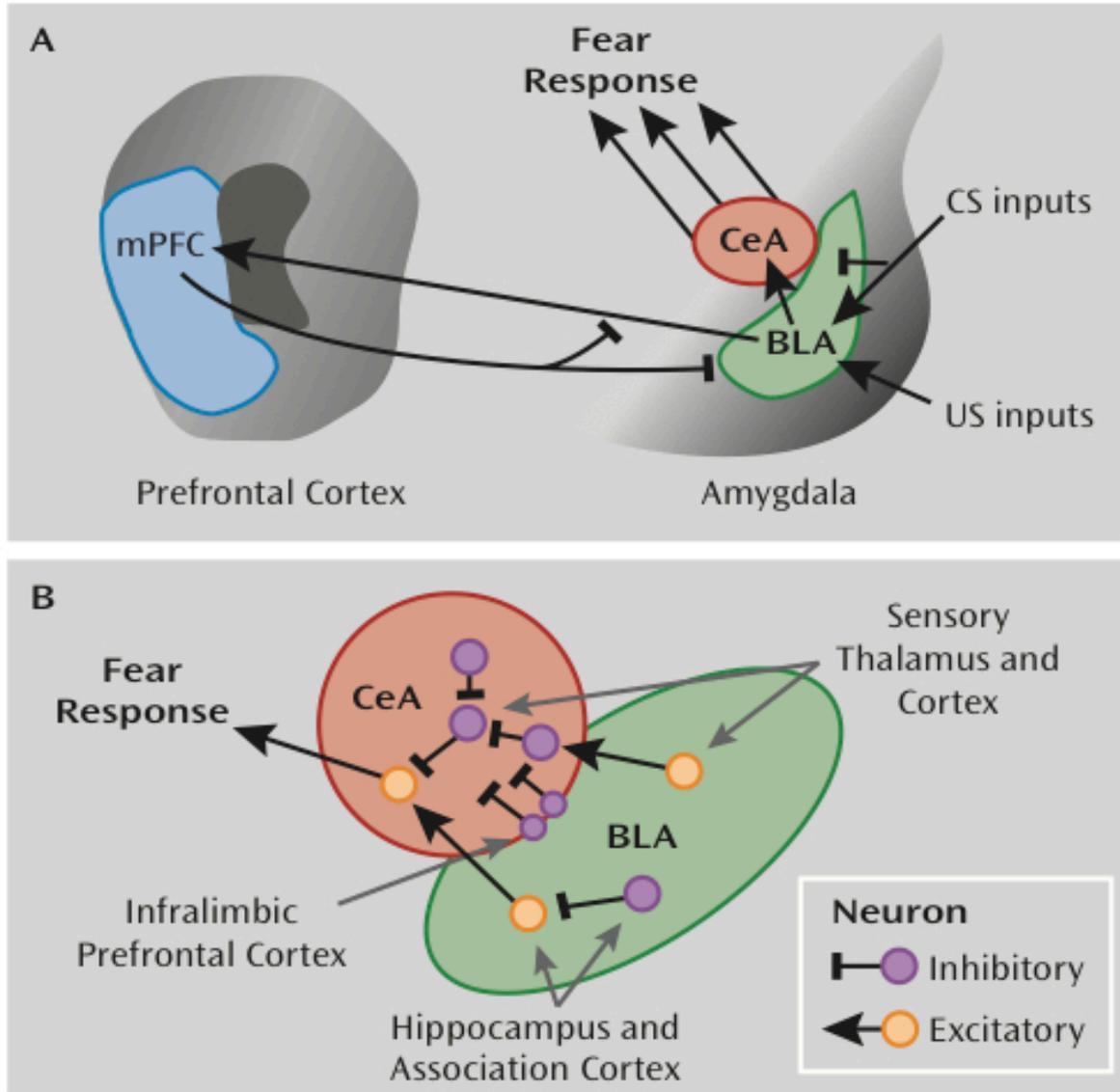
**Figure 2**

Overview of fear arousal and the stress response. *Upper left:* Black arrows indicate the functional connectivity of brain structures involved in fear conditioning. *Upper right:* Red arrows represent the activation of brain areas recruited during the processing of threatening stimuli. *Bottom Left:* The stress response leads to the release of stress hormones. *Bottom Right:* Dashed lines indicate feedback of the stress response to neural structures involved in fear conditioning. ACTH, adrenocorticotropic hormone; CRH, corticotropin-releasing factor; GRs, glucocorticoid receptors; MRs, mineralocorticoid receptors; NTS: nucleus of the solitary tract; PVN, paraventricular nucleus of the hypothalamus; SNS, sympathetic nervous system.

# Brain circuits involved in cue and context processing in the human brain.



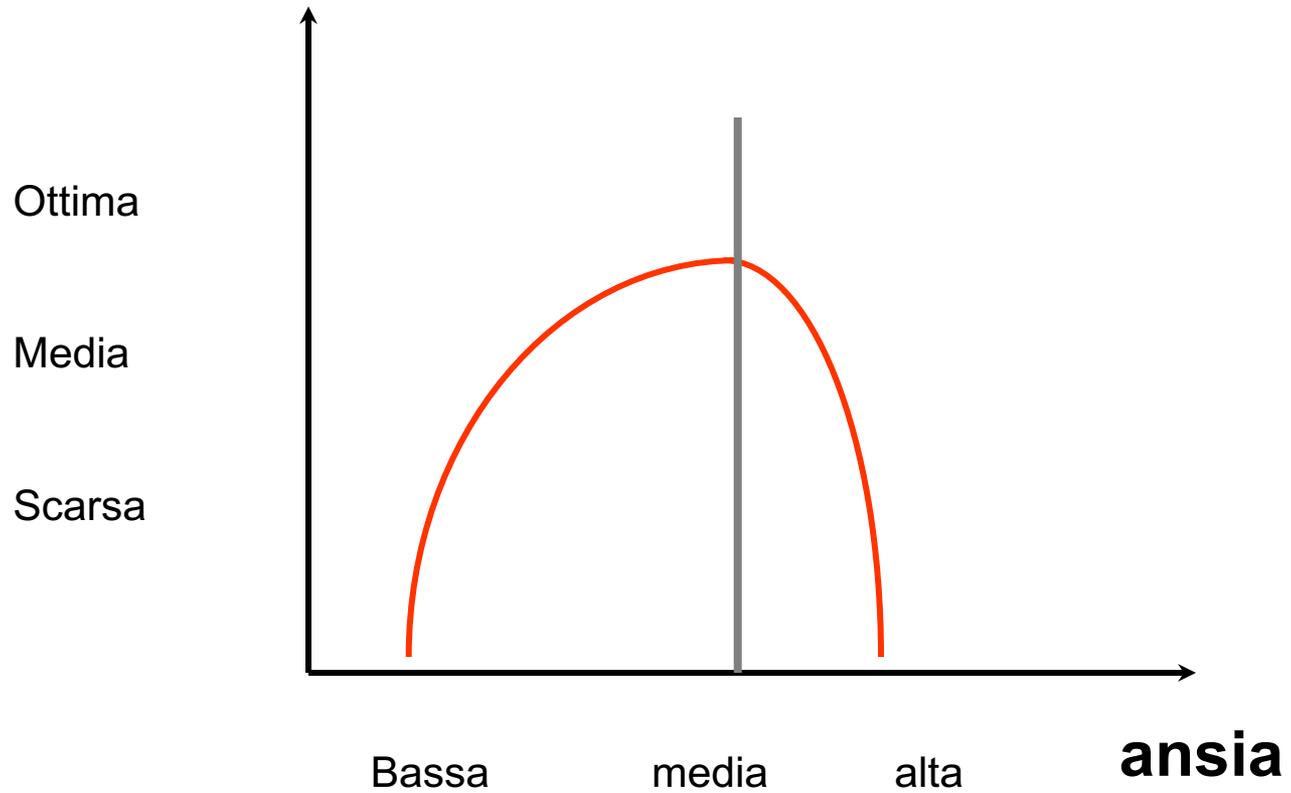
**FIGURE 3. Inhibitory Control of Amygdala Regulation of Fear**



<sup>a</sup> Panel A is a schematic diagram illustrating the interaction of the basolateral nucleus (BLA) and central nucleus (CeA) of the amygdala with modulatory regions such as the medial prefrontal cortex (mPFC). The basolateral nucleus is thought to compare conditioned stimulus (CS) inputs and unconditioned stimulus (US) inputs regulating central nucleus activation of the hardwired fear and stress circuitry, leading to inhibition or activation of the fear response. Panel B illustrates recent research that has begun to determine the role of inhibitory neural circuitry in modulating the fear response at the cellular level (49, 50, 53, 54). Sensory inputs as well as associative inputs from the hippocampus and cortex project directly and indirectly to the central nucleus. “On” and “off” inhibitory circuits within the central nucleus are thought to differentially modulate fear output and extinction of fear. Additionally, direct projections from the infralimbic region of the medial prefrontal cortex activate inhibitory neurons in the intercalated region between the basolateral and central nuclei, serving to inhibit, in a top-down manner, the fear output of the central nucleus.

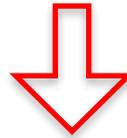
# Ansia: normale versus patologica

**performance**



# ANSIA / PAURA / FOBIA

**STESSO VISSUTO SOMATICO**  
**DIVERSO CONTENUTO DI PENSIERO**



*Paura, fobia e ansia: differenze di contenuto di pensiero.*

PAURA	FOBIA	ANSIA
Determinata da oggetto e/o situazione nota	Determinata da oggetto e/o situazione nota	Non determinata da oggetto e/o situazione nota
Reazione scatenata nella maggior parte della popolazione generale	Reazione non scatenata nella maggior parte della popolazione generale	–
L'individuo che ha paura sa di che cosa e perché	Il soggetto sa di che cosa ha timore ed è consapevole che il timore è esagerato	Il soggetto è spaventato e teso ma non sa perché

# Patologia: i disturbi

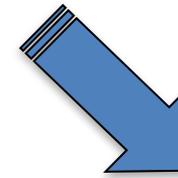
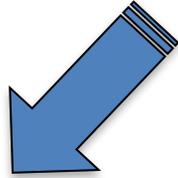
		Prevalenza <i>Lifetime</i>
<b>Paura</b> →	Disturbo da stress acuto	-
	Disturbo da stress post-traumatico	5.7%
<b>Fobia</b> →	Fobia specifica	15.6%
	Fobia sociale	10.7%
	Agorafobia	
<b>Ansia</b> →	Disturbo d'ansia generalizzata	4.3%
	Disturbo di panico	3.8%

Prevalenza *lifetime* per qualsiasi D. Ansia nella popolazione USA >13 anni (n= 12175): **31.6%**

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5



## **Disturbi d'Ansia**

- Disturbi Fobici
  - Fobia Specifica
  - Fobia Sociale
  - Agorafobia
- Disturbo di Panico
- Disturbo d'Ansia Generalizzata

## **Disturbi Correlati a eventi traumatici e stressanti**

- Disturbo da Stress Acuto
- Disturbo da Stress Post-Traumatico

# Fobia specifica



# Fobia specifica

## Definizione:

timore abnorme per oggetto o situazione (stimolo fobogeno) che non ha valenza o significato di allarme secondo il “buon senso comune”

## Epidemiologia

Prevalenza nel corso della vita: 6-10% nella popolazione generale

## Fobia specifica

---

### Criteria diagnostici

A. Paura o ansia marcate verso un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue).

**Nota:** Nei bambini, la paura o l'ansia possono essere espresse da pianto, scoppi di collera, immobilizzazione (*freezing*) o aggrappamento (*clinging*).

B. La situazione o l'oggetto fobici provocano quasi sempre immediata paura o ansia.

C. La situazione o l'oggetto fobici vengono attivamente evitati, oppure sopportati con paura o ansia intense.

D. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto o dalla situazione specifici e al contesto socioculturale.

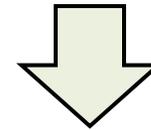
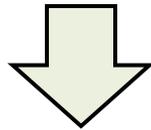
E. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente per 6 mesi o più.

F. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

# Fobia specifica

Diviene disturbo solo se interferisce in modo significativo sul funzionamento sociale e lavorativo del soggetto

Manifestazioni essenziali



## **CRISI FOBICHE**

Manifestazioni di allarme ansioso quando il soggetto è esposto allo stimolo fobogeno (anche in via immaginativa)

## **CONDOTTE DI EVITAMENTO/FUGA**

Comportamenti strutturati allo scopo di diminuire il rischio di esposizione allo stimolo fobogeno

# Fobia specifica

## Esordio

- età infantile (con differenze a seconda del tipo di fobia)
- frequentemente si associa un evento scatenante (circa 50% dei casi)

## Decorso

- Transitorio
- Fluttuante
- Cronico stabile

## Complicanze

- Aumentato rischio di dipendenza da alcol o BDZ

# Fobia specifica

- **animali** (aracnofobia, cinofobia), esordio in età infantile, M:F=1:4
- **eventi ambientali o elementi naturali** (acqua, temporali, altezza), esordio in età infantile
- **sangue-iniezioni-ferite**, frequente familiarità, M:F=1:1
- **situazionali** (luoghi chiusi, aereo, gallerie), esordio bimodale (infantile e intorno ai 25 anni)
- **altre fobie** (patofobia, rupofobia)

# Fobia specifica

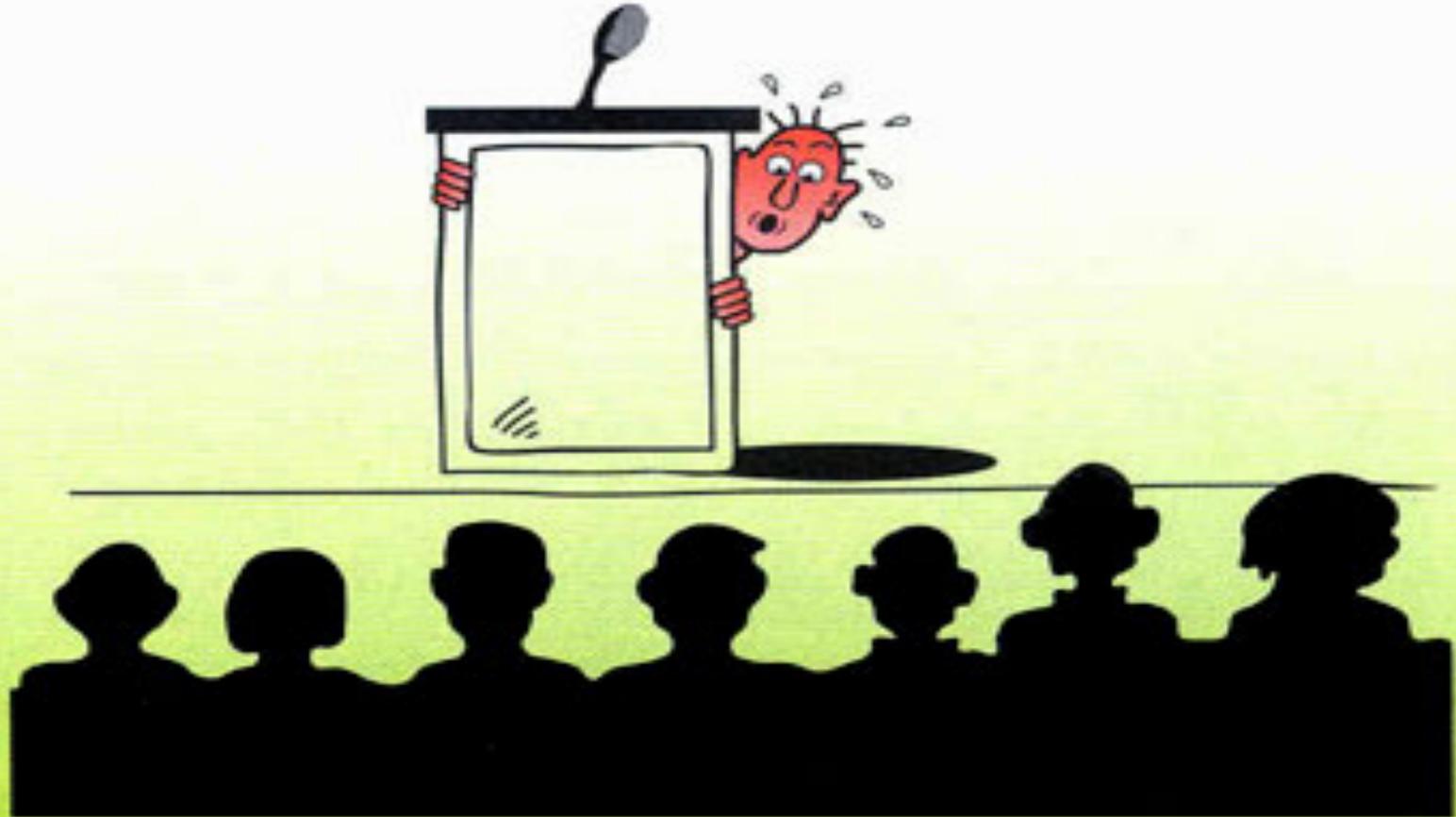
## Terapia

Psicoterapia: TCC

- esposizione “in vivo” o “per immagine”
- desensibilizzazione sistematica
- flooding (immersione)

Farmacoterapia: SSRI (ex. paroxetina, escitalopram)

# Disturbo d'Ansia Sociale (Fobia sociale)



# Fobia sociale

## Definizione

Timore fobico e conseguente evitamento di tutte le condizioni in cui il soggetto anticipa di trovarsi potenzialmente esposto allo sguardo e al giudizio (potenzialmente negativo) altrui

## Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)

300.23

### Criteria diagnostici

A. Paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso).

**Nota:** Nei bambini, l'ansia deve manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solo nell'interazione con gli adulti.

B. L'individuo teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umilianti o imbarazzanti; porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri).

C. Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia.

**Nota:** Nei bambini, la paura o l'ansia possono essere espresse piangendo, con scoppi di collera, con immobilizzazione (*freezing*), aggrappamento (*clinging*), ritiro (*shrinking*), oppure non riuscendo a parlare durante le interazioni sociali.

D. Le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense.

E. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale e al contesto socioculturale.

### Tabella 3.III

*Situazioni prestazionali e di interazione sociale che più comunemente inducono disagio nei soggetti con disturbo d'ansia sociale.*

SITUAZIONI PRESTAZIONALI	SITUAZIONI DI INTERAZIONE SOCIALE
Parlare o esibirsi in pubblico	Essere presentati
Usare il telefono in pubblico	Essere al centro dell'attenzione
Mangiare o bere in locali pubblici	Restituire merce ad un negozio
Mangiare in presenza di familiari	Guardare negli occhi persone poco conosciute
Scrivere in pubblico	Incontrare persone autorevoli
Essere osservati nello svolgimento di un'attività	Andare ad una festa
Utilizzare bagni pubblici	Ricevere ospiti
Entrare in una stanza dove tutti sono seduti	Parlare con sconosciuti
Partecipare ad incontri di piccoli gruppi	Avvicinare persone dell'altro sesso
Tentare di conoscere qualcuno	Dare un ricevimento
Esprimere disaccordo a persone poco conosciute	Resistere alle pressioni di un venditore

# Fobia sociale

## Quadro clinico

<b>Sintomi somatici</b>	<b>Sintomi cognitivi</b>	<b>Sintomi comportamentali</b>
<p>rossore del volto</p> <p>sudorazione</p> <p>tremore</p> <p>malessere gastro-intestinale</p> <p>tachicardia</p> <p>palpitazioni</p> <p>tensione muscolare</p>	<p>autosvalutazione</p> <p>ipervalutazione del giudizio altrui</p> <p>aspettativa di essere criticati dagli altri</p> <p>timore di apparire goffi, ridicoli</p> <p>timore di comportarsi in maniera inadeguata</p>	<p>evitamento di situazioni sociali critiche</p> <p>scarsa partecipazione durante situazioni sociali</p> <p>aumento del consumo di alcool in situazioni sociali</p> <p>tendenza a relazionarsi mantenendo notevole distanza interpersonale</p>

# Fobia sociale

## Epidemiologia

- Prevalenza lifetime: 2%
- Negli ambulatori della medicina di base la prevalenza può arrivare a circa il 5%
- Lieve predilezione per il sesso femminile (1,5-2:1)

# Esordio:

Intorno a 15 anni

spesso i pazienti giungono tardivamente all'osservazione del medico dopo molti anni di malattia (10-15 in media)

la richiesta di intervento specialistico avviene spesso per l'insorgere di complicanze

# Decorso:

cronico, talora invalidante

Durata di malattia: dai 10 ai 25 anni

# Fobia sociale

## Complicanze

- abuso di alcol
  - abuso di sostanze (BDZ)
  - depressione maggiore/demoralizzazione secondaria
- 

## Disturbi associati

- DOC
- dismorfofobia
- fobia semplice
- agorafobia

# Terapia della fobia sociale

**Table 21 Recommendations for pharmacotherapy for SAD**

<b>First-line</b>	Escitalopram, fluvoxamine, fluvoxamine CR, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam, bromazepam, citalopram, clonazepam, gabapentin, phenelzine
<b>Third-line</b>	Atomoxetine, bupropion SR, clomipramine, divalproex, duloxetine, fluoxetine, mirtazapine, moclobemide, olanzapine, selegiline, tiagabine, topiramate
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Third-line:</b> aripiprazole, buspirone, paroxetine, risperidone <b>Not recommended:</b> clonazepam, pindolol
<b>Not recommended</b>	Atenolol*, buspirone, imipramine, levetiracetam, propranolol*, quetiapine

- Trattamento farmacologico: SSRI, VENLAFAXINA, PREGABALIN
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale  
(tecniche di esposizione + rielaborazione cognitiva)

# Disturbo d'ansia generalizzata



## Disturbo d'ansia generalizzata

300.02 (F41.1)

### Criteria diagnostici

- A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).
- B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.
- C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).

**Nota:** Nei bambini è richiesto solo un item.

1. Irrequietezza, o sentirsi tesi, "con i nervi a fior di pelle"
2. Facile affaticabilità
3. Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
4. Irritabilità
5. Tensione muscolare
6. Alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente)

# Disturbo d'ansia generalizzata

- Ansia e preoccupazioni eccessive a riguardo di una molteplicità di eventi o attività:
  - responsabilità lavorative,
  - problemi economici,
  - salute dei familiari,
  - disgrazie per i propri figli,
  - faccende domestiche,
  - riparazioni dell'automobile,
  - far tardi agli appuntamenti
- Durata di alcuni mesi (almeno 6 per il DSM-5)

# Proposed criteria (first draft) for GAD NOT accepted in DSM-5

Table 1. Comparison of the proposed DSM-5 criteria for Generalized Worry Disorder and the DSM-IV Generalized Anxiety Disorder criteria

## DSM-5 proposed criteria –Generalized Worry Disorder

- A: The person experiences excessive anxiety and worry (apprehensive expectation)**
- a) about two (or more) domains of activities or events (for example, domains like family, health, finances, and school/work difficulties)
  - b) which occurs on more days than not
  - c) for three months (or more)
- B: The anxiety and worry are associated with one (or more) of the following symptoms**
- a) restlessness, or feeling keyed up or on edge
  - b) muscle tension

## DSM-IV criteria –Generalized Anxiety Disorder

- A. Excessive anxiety and worry (apprehensive expectation), occurring more days than not and for at least 6 months, about a number of events or activities (such as work or school performance)
- B. The person finds it difficult to control the worry
- C. The anxiety and worry are associated with three (or more) of the following six symptoms (with at least some symptoms present for more days than not for the past 6 months). Note: only one item is required in children.
  - (1) restlessness or feeling keyed up or on edge

*Generalized worry disorder* proposto perché poteva chiarire meglio il nucleo costitutivo del disturbo: preoccupazioni (*worry*) clinicamente significative (=che causano *impairment* funzionale, cioè compromettono la vita del paziente) generalizzate ad aspetti molteplici della vita dei pazienti

# Disturbo d'ansia generalizzata

**Epidemiologia:** Prevalenza nel corso della vita 5%  
spesso in comorbidità con altri disturbi  
(i.e. disturbo di panico, DOC, depressione maggiore...)

## **Manifestazioni:**

- Ansia senza contenuto specifico
- Facile faticabilità, difficoltà a concentrarsi
- Irritabilità
- Insonnia iniziale
- Sintomi somatici (i.e. cefalea, tachicardia..)

**Esordio:** progressivo, generalmente precoce

**Decorso:** cronico con oscillazioni

# TERAPIA

## Farmacoterapia

- Benzodiazepine
- SSRI/SNRI/PREGABALIN

## Psicoterapia

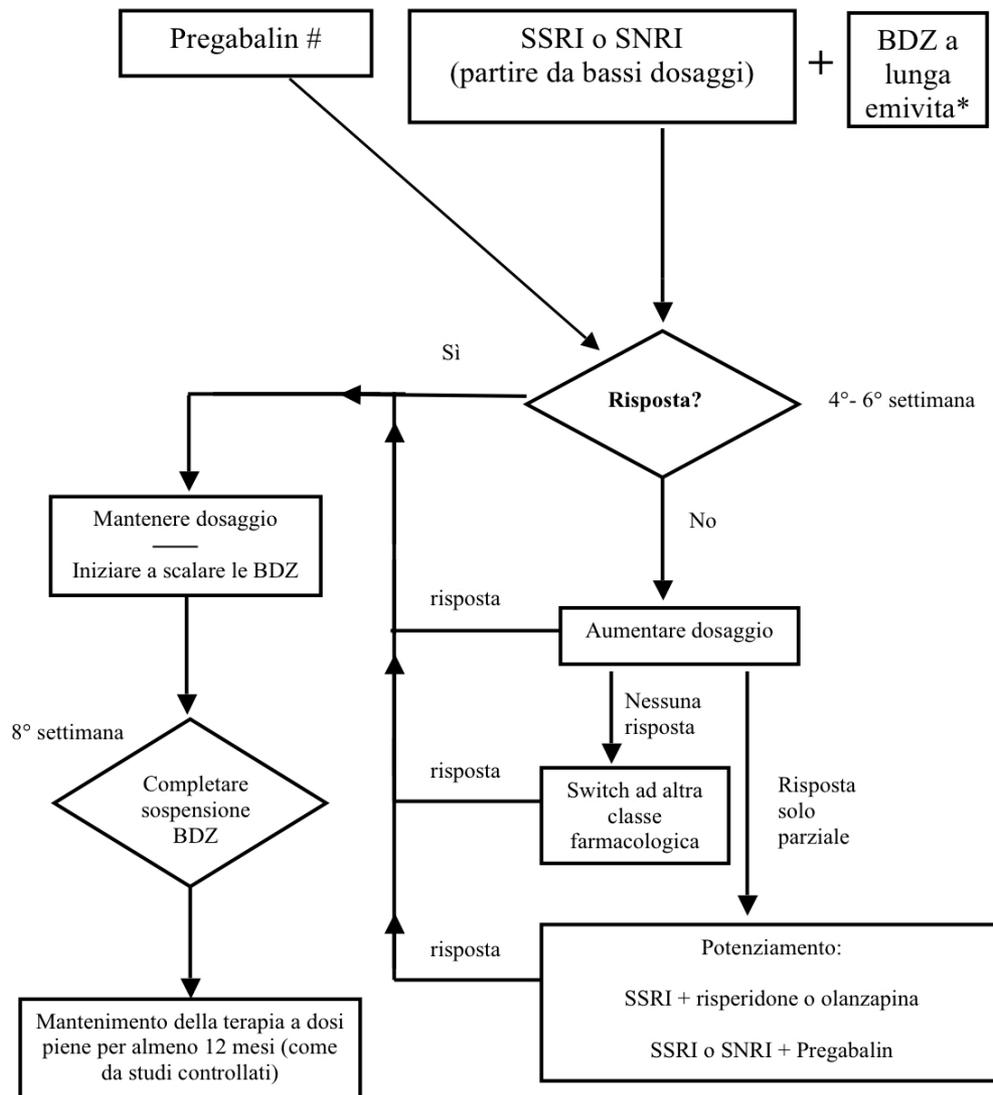
- Tecniche di rilassamento (training autogeno, Yoga)
- Psicoterapia cognitiva
- Psicoterapia ad orientamento psicomodinamico

# Terapia del disturbo d'ansia generalizzata

**Table 24 Recommendations for pharmacotherapy for GAD**

<b>First-line</b>	Agomelatine, duloxetine, escitalopram, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam*, bromazepam*, bupropion XL*, buspirone, diazepam*, hydroxyzine, imipramine, lorazepam*, quetiapine XR*, vortioxetine
<b>Third-line</b>	Citalopram, divalproex chrono, fluoxetine, mirtazapine, trazodone
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Second-line:</b> pregabalin <b>Third-line:</b> aripiprazole, olanzapine, quetiapine, quetiapine XR, risperidone <b>Not recommended:</b> ziprasidone
<b>Not recommended</b>	Beta blockers (propranolol), pexacerfont, tiagabine

Figura 1 - Flow-chart riassuntivo sul trattamento farmacologico del DAG

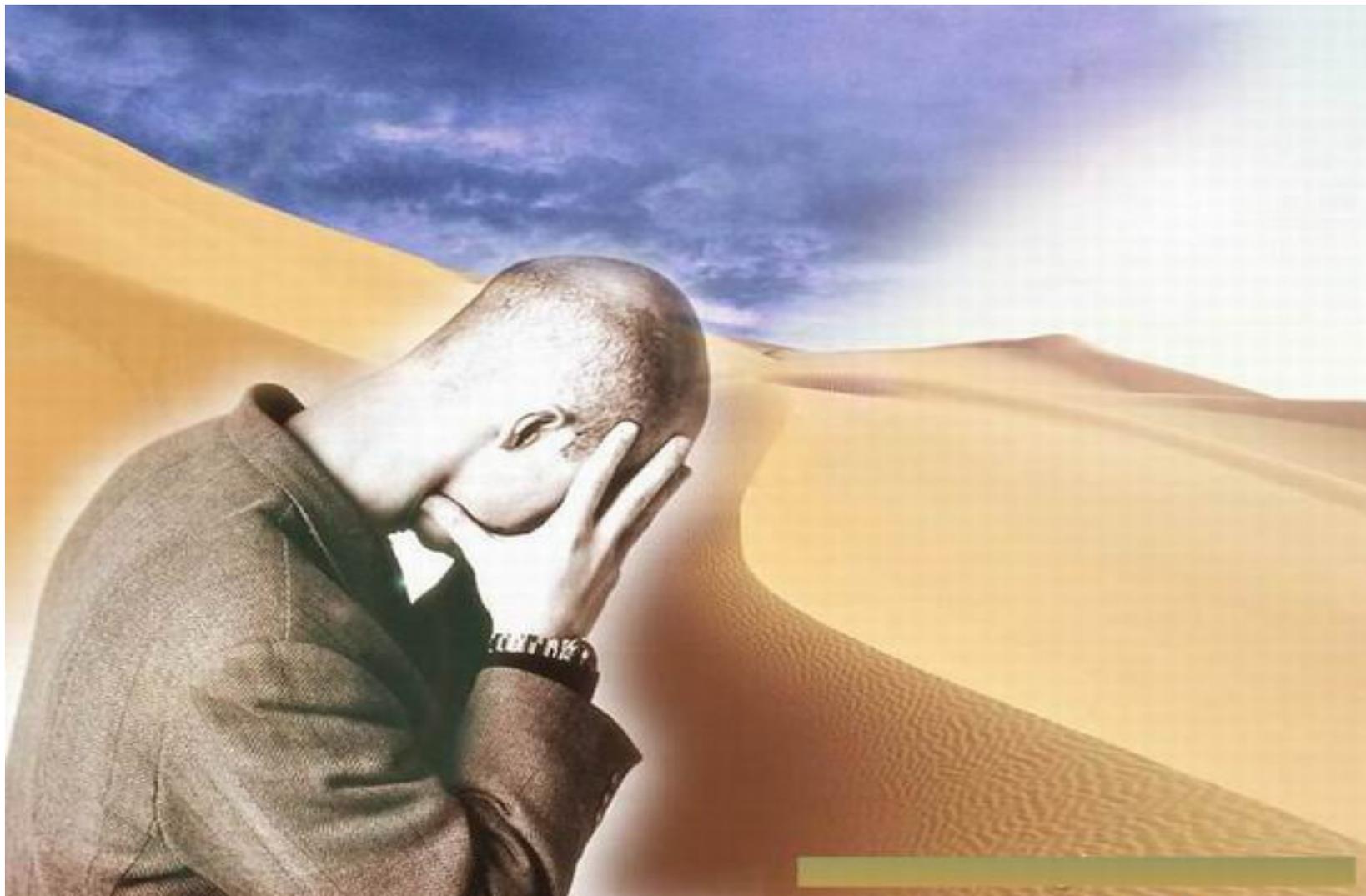


# per chi non tollera SSRI o SNRI

\* Se necessario ottenere un rapido sollievo dai sintomi somatici o autonomici, o se presente insonnia, o attacchi di panico

Adattato da:  
U Albert, D De Cori, F Bogetto.  
Il trattamento psicofarmacologico  
del disturbo d'ansia generalizzato.  
Psicofarmacoterapia clinica V  
edizione

# Disturbo di panico



# Attacco di panico

- Episodio critico di ansia molto intensa
- Esordio improvviso e inatteso (a ciel sereno)
- Durata breve (10-20 minuti)
- Sintomi somatici
- Sintomi cognitivi

# Attacco di Panico

Sintomi somatici

Sintomi psichici

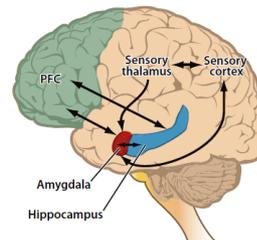
## Attivazione neurovegetativa e neuromuscolare:

- cardiopalmo/tachicardia
- tachipnea/senso di soffocamento
- ipersudorazione
- vampate di calore
- brividi
- parestesie
- nausea
- tremore



## Correlati cognitivi:

- paura di morire
- paura di impazzire
- paura di perdere il controllo



## Manifestazioni percettive:

- derealizzazione
- depersonalizzazione

Una comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

**Nota:** La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

- 
1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
  2. Sudorazione.
  3. Tremori fini o a grandi scosse.
  4. Dispnea o sensazione di soffocamento.
  5. Sensazione di asfissia.
  6. Dolore o fastidio al petto.
  7. Nausea o disturbi addominali.
  8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento.
  9. Brividi o vampate di calore.
  10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
  11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).
  12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
  13. Paura di morire.

**Nota:** Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

# Tipi di Attacco di Panico

- Attacco di panico “unexpected”  
improvvisi, inaspettati
- Attacco di panico “expected”  
situazionale, atteso

# Disturbo di panico

Ricorrenti inaspettati attacchi di panico, seguiti dalla presenza per un periodo di almeno un mese di uno o più dei seguenti sintomi:

- a) preoccupazione persistente di avere altri attacchi
- b) preoccupazione per le implicazioni/conseguenze dell'attacco (perdere il controllo, impazzire, avere attacco ischemico cardiaco)
- c) alterazione significativa del comportamento (per es. comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari)

## Disturbo di panico

300.01

### Criteria diagnostici

A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

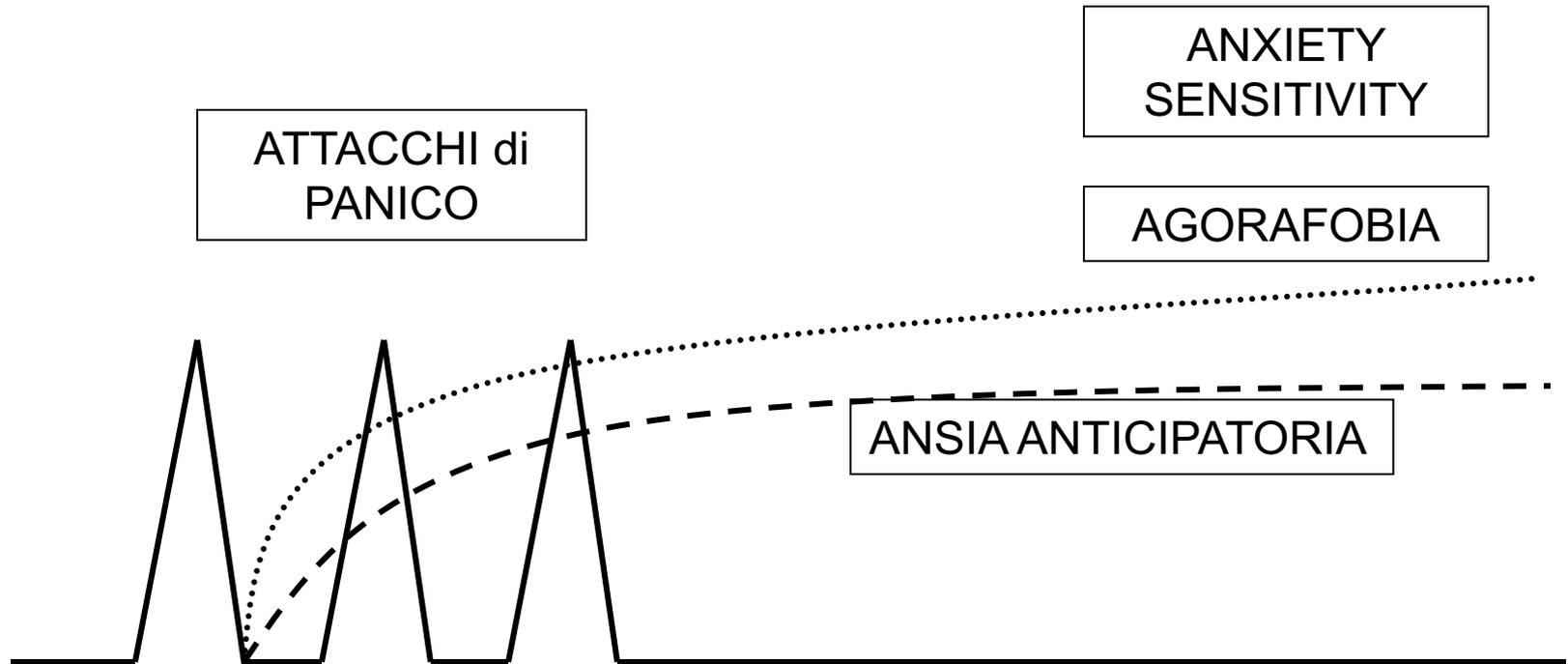
**Nota:** La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

1. Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia.
2. Sudorazione.
3. Tremori fini o a grandi scosse.
4. Dispnea o sensazione di soffocamento.
5. Sensazione di asfissia.
6. Dolore o fastidio al petto.
7. Nausea o disturbi addominali.
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento.
9. Brividi o vampate di calore.
10. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
11. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi).
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
13. Paura di morire.

**Nota:** Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

- B. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:
1. Preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, "impazzire").
  2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).
- C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).
- D. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia di separazione).
-

# Fasi del Disturbo di Panico



# Agorafobia

Ansia in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile/impossibile allontanarsi, o imbarazzante allontanarsi, o nei quali non sarebbe disponibile aiuto nel caso di un attacco di panico

---

## Paura e/o evitamento di:

- Andare in giro a piedi
- Uscire di casa
- Muoversi nel quartiere
- Prendere l'autobus
- Spostarsi fuori città
- Prendere il treno
- Prendere l'aereo
- Viaggi: senza/con pernottamento

## Luoghi evitati:

- Teatri
- Supermercati
- Scuole
- Ristoranti
- Musei
- Ascensori
- Stadi
- Garage
- Luoghi elevati
- Uffici pubblici

## Criteria diagnostici

- A. Paura o ansia marcate relative a due (o più) delle seguenti cinque situazioni:
1. Utilizzo dei trasporti pubblici (per es., automobili, bus, treni, navi, aerei).
  2. Trovarsi in spazi aperti (per es., parcheggi, mercati, ponti).
  3. Trovarsi in spazi chiusi (per es., negozi, teatri, cinema).
  4. Stare in fila oppure tra la folla.
  5. Essere fuori casa da soli.
- B. L'individuo teme o evita queste situazioni a causa di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile fuggire oppure che potrebbe non essere disponibile soccorso nell'eventualità che si sviluppino sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti (per es., negli anziani paura di cadere, paura dell'incontinenza).
- C. La situazione agorafobica provoca quasi sempre paura o ansia.
- D. Le situazioni agorafobiche vengono attivamente evitate, o richiedono la presenza di un accompagnatore, o vengono sopportate con paura o ansia intense.
- E. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al reale pericolo posto dalla situazione agorafobica e al contesto socioculturale.
- F. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, e durano tipicamente 6 mesi o più.
- G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

# Diagnosi differenziale per il Disturbo di Panico – altri disturbi psichiatrici

---

Fobia sociale, fobie specifiche

Disturbo da stress post-traumatico

Disturbi dell'umore

# Diagnosi differenziale per il Disturbo di Panico – CMG

---

## ***Cardiovascolari***

anemia, angina, ipertensione, prolasso mitralico, infarto miocardico

## ***Polmonari***

asma, embolia polmonare

## ***Endocrine***

ipertiroidismo, ipoglicemia, ipoparatiroidismo, feocromocitoma

## ***Neurologiche***

epilessia temporale, malattie cerebrovascolari, TIA, sindrome di Ménière, tumori

# Disturbo di panico

---

- Prevalenza lifetime: 2-3%
- Rapporto F:M: 2:1
- Esordio: 15 – 35 anni

*N.B.: circa il 20% della popolazione generale esperisce un attacco di panico nel corso della vita.*

# Disturbo di panico

## Complicanze

---

- Agorafobia 70% entro il primo anno
- Fobia Sociale 20%
- Ipocondria/polarizzazione ipocondriaca
- Abuso di sostanze automedicazione (BDZ, alcool)
- Demoralizzazione o depressione maggiore

# Disturbo di panico

## Obiettivi del trattamento

- blocco degli Attacchi di Panico
- controllo dell'ansia anticipatoria
- controllo del comportamento di evitamento
- ripresa di un buon funzionamento

# Disturbo di Panico

## Trattamento

- SSRI (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina)
  - Triciclici (imipramina, clomipramina)
  - Benzodiazepine (alprazolam)
  - IMAO
- 
- Psicoterapia (cognitivo-comportamentale)

# Terapia del disturbo di panico

**Table 15 Recommendations for pharmacotherapy for panic disorder**

<b>First-line</b>	Citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, paroxetine CR, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Alprazolam, clomipramine, clonazepam, diazepam, imipramine, lorazepam, mirtazapine, reboxetine
<b>Third-line</b>	Bupropion SR, divalproex, duloxetine, gabapentin, levetiracetam, milnacipran, moclobemide, olanzapine, phenelzine, quetiapine, risperidone, tranylcypromine
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Second-line:</b> alprazolam ODT, clonazepam <b>Third-line:</b> aripiprazole, divalproex, olanzapine, pindolol, risperidone
<b>Not recommended</b>	Bupirone, propranolol, tiagabine, trazodone

CR = controlled release; ODT = orally disintegrating tablets; SR = sustained release; XR = extended release.

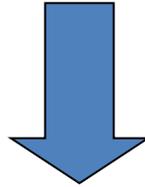
# Accorgimenti

---

FARMACOFOBIA



dosaggi iniziali degli SSRI molto bassi



FORMULAZIONI IN GOCCE



associare BDZ all'inizio del trattamento

## Lungo termine:

Linea Guida	Durata dopo la remissione dei sintomi
NICE 2004	Almeno 6 mesi
BAP 2005	Almeno 6 mesi
APA 2009	Almeno 1 anno

# Disturbo da stress acuto



# Disturbo da stress acuto

## Definizione

Reazione patologica acuta ad un fatto gravemente traumatico sul piano emotivo.

Si stabilisce immediatamente in seguito all'evento ed è transitoria

(per definizione dura da 3 giorni a 1 mese dall'esposizione al trauma).

# Evento traumatico

## Definizione

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:
1. fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i
  2. assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri
  3. venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale
  4. fare esperienza di una ripetuta ed estrema esposizione a dettagli aversivi dell'evento/i traumatico/i (per es. i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

# Disturbo da stress acuto

## Quadro clinico

**Sintomi di intrusione:** ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi, sogni, flashback

**Umore negativo:** incapacità a provare emozioni positive

**Sintomi dissociativi:** alterato senso di realtà del proprio ambiente o se stesso, incapacità a ricordare aspetti importanti del trauma

**Sintomi di evitamento:** tentativi di evitare ricordi spiacevoli o fattori esterni associati all'evento

**Sintomi di arousal:** difficoltà del sonno, irritabilità o scoppi di ira/rabbia, ipervigilanza, problemi di concentrazione, esagerate risposte di allarme

# Disturbo da stress acuto

## Terapia

- psicoterapia (*di sostegno*: aiutare la rielaborazione del grave evento traumatico)
- farmacoterapia (*benzodiazepine*: contenere lo stato di allarme psichico e neurovegetativo)

### ***Proposta terapeutica:***

*betabloccanti + BDZ immediatamente dopo il trauma  
(possibile prevenzione del post-traumatico da stress)*





### Figura 3.2

*Disturbo da stress post-traumatico: è la reazione patologica ad un grave evento traumatico ed in genere rappresenta l'evoluzione di un disturbo da stress acuto*



# Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)



# Disturbo da stress post-traumatico

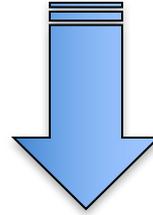
## Definizione

Reazione patologica protratta ad un fatto gravemente traumatico sul piano emotivo

esordisce dopo una latenza di qualche settimana o mese dall'evento

generalmente costituisce l'evoluzione del disturbo acuto da stress

# Disturbo da stress post-traumatico



incapacità del cervello ad imparare che stimoli precedentemente associati ad un pericolo (elementi contestuali all'evento traumatico – ad esempio il rumore di una frenata per chi ha avuto un grave incidente d'auto o ancora la vista di un'autovettura) non rappresentano più una fonte attuale di minaccia.

# Disturbo da stress post-traumatico

## Quadro clinico



### **Segni e sintomi:**

- Crisi acute di angoscia a seguito del ricordo dell'evento
- Ricorrente ripresentarsi dell'evento (*flashback*, incubi notturni)
- Comportamenti di evitamento (degli stimoli associati all'evento)
- Condizione cronica di iperarousal neurovegetativo (disturbi del sonno, irritabilità, tensione emotiva)

# Disturbo da stress post-traumatico

## Quadro clinico (DSM-5)



- 1. Sintomi intrusivi:** ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi, sogni, flashback (reazioni dissociative in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento si stesse ripresentando)
- 2. Evitamento persistente:** tentativi di evitare ricordi spiacevoli o fattori esterni associati all'evento
- 3. Pensieri-emozioni negative:** incapacità a ricordare aspetti importanti del trauma, persistente stato emotivo negativo, riduzione degli interessi, distacco/estraneità verso gli altri, incapacità a provare sentimenti positivi.....
- 4. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività:** irritabilità o esplosioni di rabbia, comportamento spericolato o autodistruttivo, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà del sonno

# Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)

## Quadro clinico

### **Decorso**

50% dei casi: completa risoluzione entro tre mesi

40% dei casi: residuano sintomi lievi/moderati

10% dei casi: resistenza alle cure e cronicizzazione

### **Complicanze**

- abuso di sostanze psicoattive (alcol, BDZ, oppiacei)
- depressione (il rischio aumenta progressivamente con la durata di malattia)

# Commonly applied early psychological interventions

## Psychological First Aid

**Definition:** A set of practical early interventions and principles administered by clinicians or nonclinicians to address emotional distress

**Goals:** Stabilize psychological and behavioral functioning, facilitate psychological and behavioral adaptation, promote access to further care if indicated

**Elements:** Establish contact, address basic needs, protect from further harm, listen and gather information related to mental health needs and psychosocial concerns, provide reassurance and education, respond to distress and psychological symptoms, assist with coping and problem solving, and connect with support systems and formal services.

## Crisis Counseling

**Definition:** Poorly defined, brief strengths-based mental health intervention delivered by trained, experienced crisis workers and paraprofessionals

**Goals:** Support survivors, enhance coping, connect with other services

**Elements:** Conduct outreach in nontraditional community settings, provide public education, offer supportive individual and group counseling, conduct assessment and referral, link to resources and other services if needed

Not empirically tested

# Commonly applied early psychological interventions

## **Psychological Debriefing**

**Definition:** An intervention consisting of 1 or more individual or group sessions provided hours or days after a traumatic event

**Goals:** Normalize survivors' reactions, process their trauma experiences, address psychological distress, enhance resilience

**Elements:** Assist survivors in sharing their experiences and ventilating their emotional reactions, provide education about common reactions, encourage further intervention if appropriate

- Ineffective for PTSD prevention
- Those at risk for PTSD may worsen with debriefing and these individuals should be identified and referred for psychiatric services instead

**Recommendations: managing patients with post-traumatic stress disorder**

Detection and diagnosis

- Ask about a history of traumatic events when patients present with psychological symptoms [S]
- Become familiar with the symptoms and signs of post-traumatic stress disorder [S]
- Ask about the presence of coexisting depressive symptoms [A]

Prevention of post-traumatic symptoms

- After major trauma, discuss the potential for preventing the emergence of post-traumatic symptoms, and providing there are no contra-indications, consider preventive treatment with propranolol or sertraline [A] or trauma-focused CBT [A]
- Do not recommend routine single-session or multiple-session 'debriefing' [A]

## British Association for Psychopharmacology guidelines

### Acute treatment of chronic post-traumatic stress disorder

- Choose an evidence-based acute treatment [A]
  - pharmacological: paroxetine, sertraline, venlafaxine [A]
  - psychological: trauma-focused individual CBT or EMDR [A]
- Consider an SSRI for first-line pharmacological treatment [A]
- Take account of patient clinical features, needs and preference and local service availability when choosing treatment, as the comparative efficacy of drug and psychological approaches is not established [S]
- Advise the patient that treatment periods of up to 12 weeks may be needed to assess efficacy [A].

# Terapia del PTSD

**Table 30 Recommendations for pharmacotherapy for core symptoms of PTSD**

<b>First-line</b>	Fluoxetine, paroxetine, sertraline, venlafaxine XR
<b>Second-line</b>	Fluvoxamine, mirtazapine, phenelzine
<b>Third-line</b>	Amitriptyline, aripiprazole, bupropion SR, buspirone, carbamazepine, desipramine, duloxetine, escitalopram, imipramine, lamotrigine, memantine, moclobemide, quetiapine, reboxetine, risperidone, tianeptine, topiramate, trazodone
<b>Adjunctive therapy</b>	<b>Second-line:</b> eszopiclone, olanzapine, risperidone <b>Third-line:</b> aripiprazole, clonidine, gabapentin, levetiracetam, pregabalin, quetiapine, reboxetine, tiagabine <b>Not recommended:</b> bupropion SR, guanfacine, topiramate, zolpidem
<b>Not recommended</b>	Alprazolam, citalopram, clonazepam, desipramine, divalproex, olanzapine, tiagabine

SR = sustained release; XR = extended release.

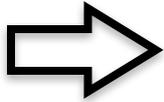
# PSICOTERAPIA PER IL TRATTAMENTO DEL PTSD

- **Tecniche cognitivo-comportamentali:**  
Esposizione in immaginazione, esposizione prolungata, ristrutturazione cognitiva, stress inoculation treatment...
- **EMDR** (eye movement desensitization and reprocessing)
- **Altre tecniche:**  
Psicodinamica, interpersonale, comportamentale, psicoeducazione, autoaiuto...

# Disturbi d'ansia

## algoritmo di diagnosi differenziale

ANSIA



Evento stressante?

si

**Disturbo da stress post-traumatico**

**Disturbo da stress acuto**

no

Oggetto o situazione  
specifici?

si

**Fobia**

se

circoscritta, unica → **Fobia Specifica**

oppure

molte situazioni accumulate da:

- timore di apparire goffi o ridicoli sotto lo

sguardo altrui → **Disturbo d'ansia sociale**

- timore di non potersi allontanare da un

luogo o essere soccorsi → **Agorafobia**

no

Episodi critici: AdP  
inaspettati e  
ricorrenti?

si

**Disturbo di  
Panico**

no

Durante molte  
situazioni di vita  
quotidiana?

si

**Disturbo  
d'ansia  
generalizzata**