

# I disturbi d'ansia in età evolutiva

Dove nascono, come cambiano, come sono collegati con altri disturbi psicopatologici



# L'ansia

È uno stato affettivo adattativo che compare già nel corso del primo anno di vita e che si sviluppa e si organizza nelle fasi successive sulla base di una serie di processi maturativi inerenti:

la cognizione,

la capacità di metarappresentazione,

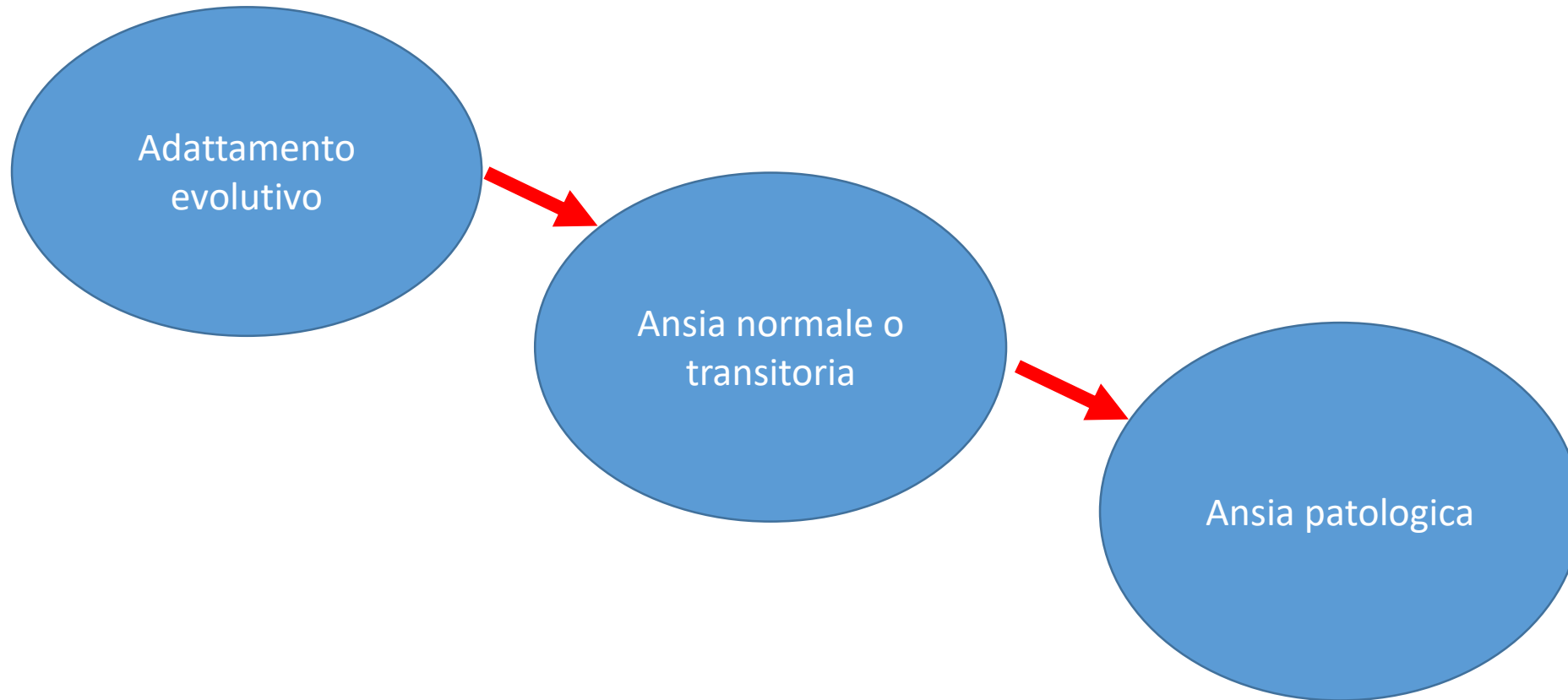
di funzione riflessiva,

di abilità comunicative.

# Vissuto emotivo nei quadri ansiosi

- **Paura** è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita; pertanto è legata a un oggetto, una situazione precisa riconducibile ad un fatto o ad una situazione educativa.
- **Ansia** è l'anticipazione di una minaccia futura. E' un sentimento penoso associato ad un atteggiamento di attesa relativo ad un evento imprevisto e vissuto come spiacevole. Tale risposta è associata a tensione muscolare, vigilanza in preparazione del pericolo futuro e a comportamenti di evitamento
- **Angoscia** è una sensazione di estremo malessere associata a manifestazioni somatiche (neurovegetative e/o viscerali)

# Identificare i confini dell'ansia



# Le paure

## **Prima infanzia**

Tuoni, lampi, fuoco, acqua

Buio

Incubi

Animali

## **4-5 anni**

Morte, morte delle persone

# Le paure

## **6-7 anni**

- Suono strano o rumore improvviso
- Fantasmi, streghe o cose soprannaturali
- Ferite del corpo
- Separazione dai genitori
- Stare solo di notte
- Essere rifiutato a scuola

## **7-8 anni**

- Il buio e i posti bui
- Catastrofi naturali
- Timore di stare fuori dalla famiglia o dal contesto scolastico
- Essere rifiutato a scuola

# Le paure

## **8-9 anni**

- Umiliazioni personali
- Fallimento a scuola o nel gioco
- Comportarsi male e dire bugie
- Essere vittima di violenza fisica
- Litigi dei genitori o separazione

## **9-11 anni**

- Insuccessi a scuola o nello sport
- Diventare povero
- Paura dell'altezza o delle vertigini
- Persone sinistre (molestatori o serial killer)

# Le paure

- 11-13 anni

Insuccesso a scuola, nello sport o con i coetanei

Essere visto o considerato strano

Minacce di malattia o di morte

Sesso

Essere offeso e umiliato



# Il temperamento

«Differenze individuali su base costituzionale nella reattività emozionale, motoria, attenzionale e nell'autoregolazione (Rothbart & Bates, 1998)»

**Angoscia timorosa:** stanchezza, angoscia e chiusura in risposta a situazioni o stimoli nuovi

**Angoscia irritabile:** capricci, pianto e dimostrazioni di angoscia in caso di frustrazione

**Sentimento positivo:** frequenti sorrisi, risate, disponibilità ad avvicinarsi agli altri e collaborazione con loro

**Livello di attività:** quantità di attività generale (muoversi, gattonare)

**Span attentivo/persistenza:** arco di tempo che il bambino si rivolge e si concentra su oggetti o eventi di interesse

**Ritmicità:** regolarità/prevedibilità di aspetti ciclici come mangiare, dormire, andare in bagno

# Il temperamento

- Gli studi sul temperamento mostrano come durante il 1 anno di età i **gemelli omozigoti siano più simili dei gemelli eterozigoti in molteplici aspetti della personalità** (richieste di attenzione, irritabilità socievolezza) questo mostra come alcune componenti del temperamento siano modulate geneticamente (Braungart et al., 1992; Emde et al., 1992)
- L'ambiente domestico condiviso sembra avere effetti sugli **aspetti positivi del temperamento ma non su quello negativo** (Goldsmith et al., 1999; Goldsmith et al., 1997)
- Contesti culturali e temperamento: negli **Stati Uniti** i bambini timidi e riservati corrono il **rischio di essere isolati e rifiutati dai compagni** (Feng, 2011), al contrario in nella **cultura asiatica** i bambini timidi e riservati sono considerati **più maturi e intelligenti** (Yiyuan et al., 2007)

# Stabilità del temperamento

- Le caratteristiche temperamentali sono moderatamente stabili nel tempo (Jaffari-Bimmel et al., 2006)
- Inibizione comportamentale (tendenza ad evitare persone e situazioni sconosciute) si mostra essere un tratto stabile nel tempo:

*4 mesi* sono più agitati (aumento della frequenza cardiaca) nel vedere persone e situazioni sconosciute

*21 mesi* i bambini sono più timidi e impauriti di fronte a giocattoli nuovi e situazioni nuove

*4-5-7 anni* erano meno socievoli con adulti e compagni e più cauti nell'impegnarsi in attività che comportavano un certo rischio, avevano un maggior numero di paure

*Adolescenza:* Ansia sociale

# Stabilità del temperamento

- I bambini facilmente turbati dalle novità hanno un'attività elettrica diversa da quelli di bambini meno inibiti (Fox et al., 2001; Fox et al., 1992): maggiore attività dell'emisfero destro (il centro delle emozioni negative) rispetto al sinistro
- Kagan e collaboratori (1998) indicano che i bambini massimamente inibiti o al contrario molto espansivi mostravano la maggior continuità nel tempo

# Le manifestazioni ansiose: fase preverbale

- Alterazioni del tono: ipertono, scatti motori osservabili durante l'attività motoria coordinata
- Ipervigilanza associata a un viso immobile, silenzioso, attento, come di ghiaccio
- Situazioni in cui il bambino ricerca un aggancio tonico motorio o visivo oppure rivolta all'indietro capo e tronco
- Incapacità di girarsi e trovare una posizione confortevole adattandosi alle braccia dell'adulto
- Alterazioni del sonno, coliche, disturbi somatici, disturbi alimentari

# Le manifestazioni ansiose: prima infanzia

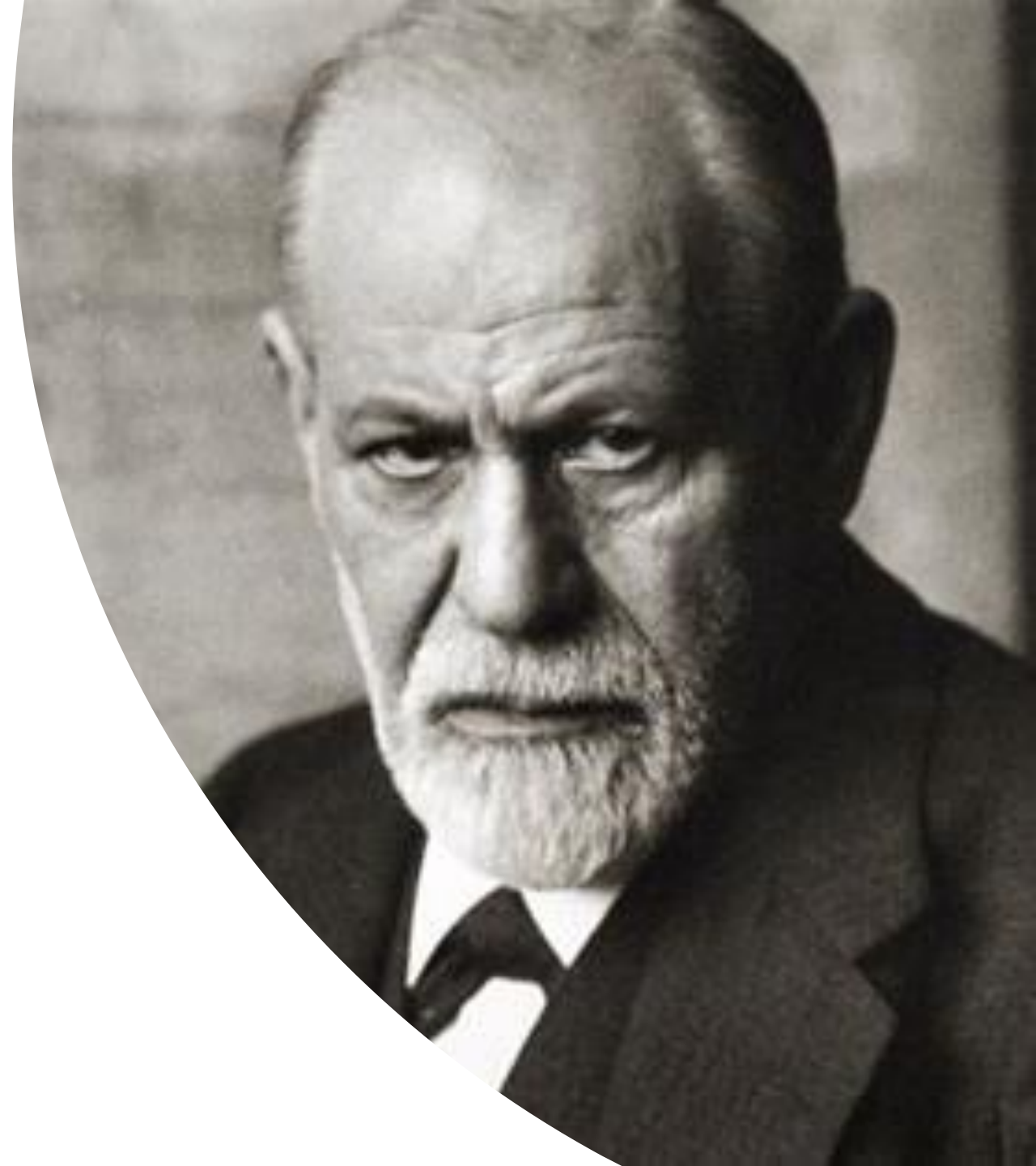
- Inquietudine relativa al futuro associata alla paura che stia per accadere una disgrazia o una malattia (per sé stesso o per i familiari)
- Pianto inconsolabile, irritabilità, collera, rifiuti, capricci
- Richieste continue di avere un adulto vicino ed essere rassicurato
- Timori relativi al passato, per esempio ho fatto male a...
- Idee depressive (svalutazione, senso di colpa)
- Possono verificarsi delle vere e proprie crisi d'angoscia, che possono scaturire da fattori esterni (malattia, inserimento scolastico, cambiamento di abitazione) o interni

# Caratteristiche sintomatologiche

- Intensità
- Incontrollabilità (che non diminuisce nonostante le rassicurazioni)
- Inadeguatezza evolutiva
- Persistenza (più di un mese)

# Lo sviluppo psicosessuale nel bambino

1856-1939

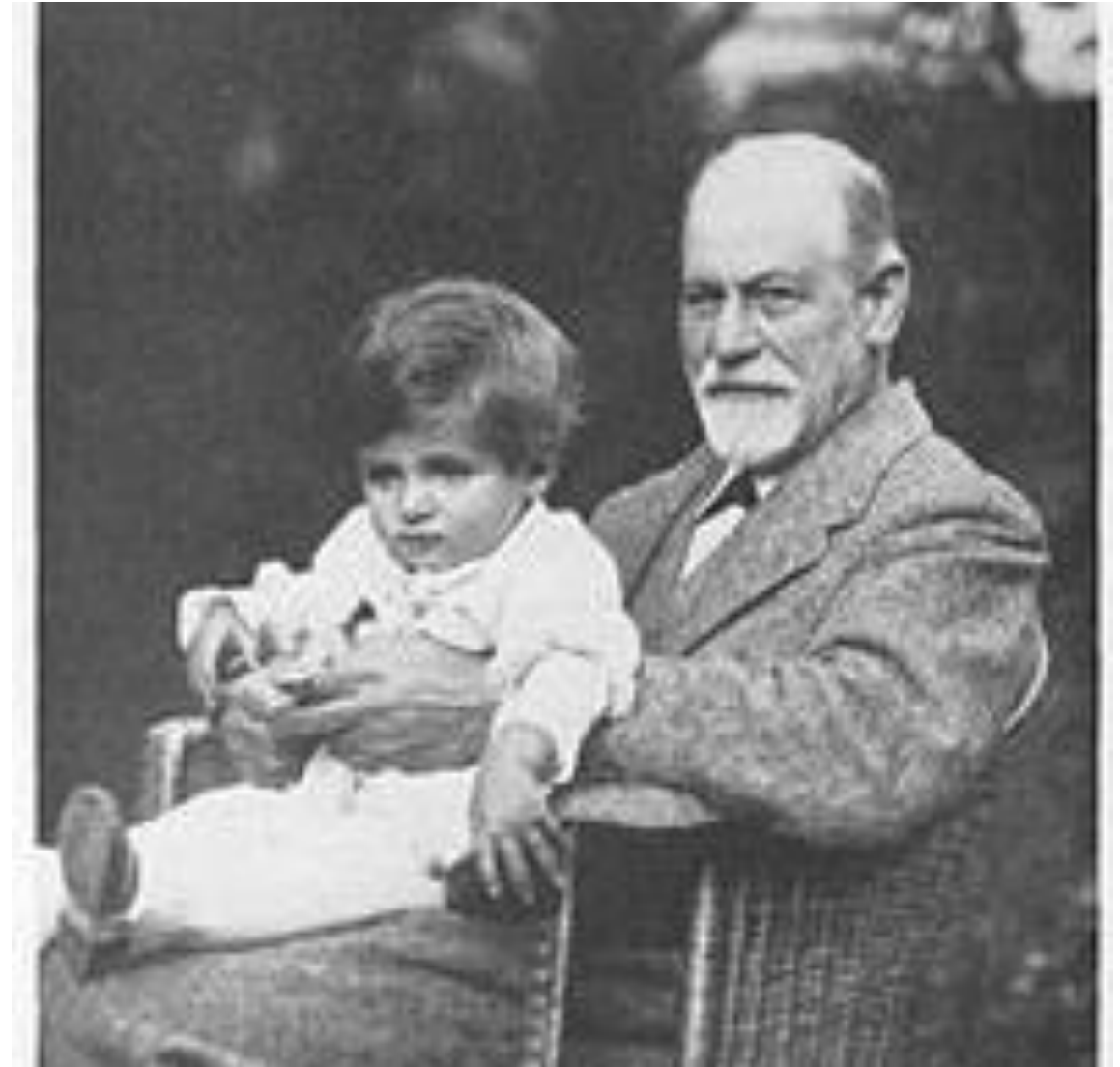




# Il piccolo Hans:

analisi della fobia di un bambino di 5 anni

- L'avventura scientifica ed epistemologica sull'infanzia nasce dall'ingresso del bambino nel setting clinico
- Si inaugura con Freud la possibilità, attraverso l'ascolto, l'osservazione e del comportamento infantile la possibilità di entrare nel disagio infantile



# Il piccolo Hans

- Il piccolo Hans era stato colpito da un evento traumatico quando cioè aveva assistito a un incidente: un cavallo che trasportava un carro carico pesante era crollato in strada.
- Dopo l'evento, i genitori del ragazzo notarono che il bambino aveva sviluppato una fobia per i cavalli, in particolare quelli che portavano un carico pesante o che indossavano i paraocchi. Il bambino temeva che i cavalli potessero cadere o scalciare.
- Si sentiva turbato, inoltre, dal modo in cui i carrettieri picchiavano gli animali, o li incitavano gridando "arrì". A causa di questa fobia per i cavalli, il piccolo Hans non voleva più uscire di casa, per paura di incontrare questi animali.

# Il piccolo Hans

La fobia insorge a cinque anni, ma si danno alcuni precedenti di interesse.

Hans è un bambino sveglio e vivace, che manifesta precocemente un ingenuo interesse per il suo "fapipì" e per le differenze tra maschio e femmina che non riesce a decifrare. Quando Hans manifesta interesse per il suo "fapipì", per il "fapipì" degli animali e degli adulti, tale interesse viene di continuo sollecitato dal padre.

Quando egli ha tre anni e mezzo, e viene al mondo una sorellina, nonostante Hans sia in casa, si renda conto dell'intervento di un medico e, entrando in camera da letto dopo il parto, veda delle bacinelle piene d'acqua insanguinata, viene indotto a pensare che i bambini siano portati dalla cicogna.

# Il caso del piccolo Hans

La valutazione proposta da Freud, che si avvale delle osservazioni del padre, indicano che "sotto la paura del cavallo che morde, espressa in un primo tempo, abbiamo scoperto la paura più profonda del cavallo che cade e il cavallo che morde, sono il padre, che punirà Hans per avere nutrito verso di lui desideri tanto cattivi"

Di fronte all'angoscia che minaccia di interferire con la vita psichica del paziente l'lo ricorre, secondo Freud, a difese in grado di eliminare dalla coscienza i contenuti ansiogeni e trasformare l'eccitamento ad essi legato in sintomi nevrotici come le fobie

Sigmund Freud



Post freudiani



Attenzione alla teoria e  
clinica del bambino

Psicologia del Sè

Daniel Stern



Psicologia  
dell'lo

Psicologia delle relazioni  
oggettuali

Anna Freud

René Spitz

Margaret Mahler



Melanie Klein

Donald Winnicott

Wilfred Bion

Jonh Bowlby

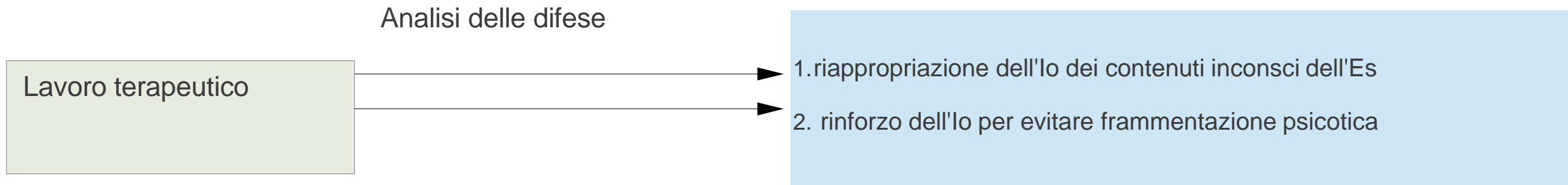
# Anna Freud



A.Freud 1895-1982

Oggetto principale della teorizzazione di Anna Freud è l'Io e le misure difensive che mette in atto come protezione dall'angoscia che deriva dal Super-Io, dalla realtà e dalla forza pulsionale

- 1. Le difese nei confronti del Super-io** (nevrosi degli adulti) derivano dalle proibizioni dell'istanza superegoica e dal suo "controllo" dei desideri pulsionali
- 2. Le misure difensive connesse all'angoscia del reale** (nevrosi infantili) derivano dall'inefficienza del bambino a far fronte al rapporto col mondo esterno
- 3. Le misure difensive contro la forza delle pulsioni** è connessa alla funzione dell'Io stesso: l'Io tenta continuamente di difendersi dall'invasione di "elementi oscuri"



# Prevenzione della psicopatologia

A. Freud si pone il problema di stabilire se una pedagogia psicoanalitica fosse in grado di prevenire nello sviluppo del bambino il sorgere delle nevrosi



Inizia la sua carriera come insegnante applicando i principi psicoanalitici all'educazione



Negli anni diviene meno ottimista rispetto alla possibilità che una educazione psicoanalitica possa prevenire la psicopatologia

# L'osservazione diretta del bambino

Osservazione diretta del bambino (privato di cure familiari)



Osservazione studio degli aspetti di normalità e patologia (Normalità e patologia del bambino, 1965)



Studio del processo evolutivo



# Le linee evolutive

## Principali linee evolutive sono:

- Il graduale passaggio dall'egocentrismo alla socievolezza
- Lo sviluppo dal gioco autoerotico sul proprio corpo, alla capacità di giocare con gli oggetti
- Il passaggio dall'attività di gioco all'impegno nel lavoro
- L'indipendenza fisica ed il passaggio dall'allattamento all'alimentazione
- L'acquisizione del controllo sfinterico
- La conquista della responsabilità verso l'integrità e la salute del proprio corpo

# Le Linee evolutive (Nagera, 1968)

Nagera non identifica necessariamente la presenza l'angoscia come deficit di integrazione dell'lo ma a quadri che possono essere ricondotti a diverse situazioni evolutive

- Conflitto contingente fra richieste pulsionali e rigidità ambientale (training alla pulizia intransigente e precoce)
- Conflitti tipici di ciascuna fase come la comparsa di fantasie edipiche che si legano in modo simbolico ad angosce di tipo fobico

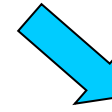
## La teoria kleiniana divide il mondo psicoanalitico



Scuola di Londra



- ✿ I bambini sono analizzabili come gli adulti: interpretazione
- ✿ Il gioco è analogo alle libere associazioni adulte



Scuola di Vienna  
(Anna Freud)



- ✿ I bambini piccoli non sono analizzabili, l'io è troppo debole e non sa gestire l'interpretazione del conflitto profondo
- ✿ Approccio pedagogico

Melanie Klein



# Contributi teorici

L'opera della Klein rappresenta una delle tappe più innovative e problematiche del pensiero psicoanalitico;

Gli impulsi distruttivi, nelle primissime fasi dello sviluppo, anticipano la comparsa delle istanze dell'Io e del Super-Io del modello strutturale.

La Klein sostituì alla versione freudiana della mente di strutture stabili e coerenti un ritratto della mente come un flusso di immagini fantasie e terrori primitivi in continuo cambiamento.

La psiche non solo del bambino rimane sempre fluida costantemente impegnata a tenere lontane le angosce psicotiche; contro profonde angosce di annichilimento (angoscia paranoide) e di abbandono assoluto (angoscia depressiva)

# Contributi teorici

Lo sviluppo è concepito in “posizioni” - uno stato di organizzazione dell'Io in rapporto alle sue relazioni con gli oggetti, alla natura dell'angoscia e alle difese attivate per il suo controllo

## **Posizione schizoparanoide (3-4 mesi di vita)**

Il bambino vive la madre come “oggetto parziale” cioè quando la madre soddisfa i suoi bisogni primari, quando è presente e lo allatta, ella è sentita come oggetto buono; è invece oggetto cattivo quando è assente e lo frustra nei suoi desideri. In questa fase non ci sono i sensi di colpa per le pulsioni aggressive contro la madre quando lo frustra. Infatti, per il bambino la madre non è ancora riconosciuta come “oggetto totale”, cioè come colei che assomma aspetti frustranti e aspetti gratificanti.

Il bambino, fin dall'inizio della vita, è dominato da due istinti:

- una pulsione aggressiva, distruttiva (istinto di morte)
- una pulsione d'amore o libido.

Il bambino proietta questi istinti sulla madre, a seconda se lo gratifica o lo frustra. Così il seno, che è sentito contenere una gran parte dell'istinto di morte del lattante è sentito come cattivo e minaccioso per l'Io e dà luogo nel bambino ad angosce di tipo persecutorio.

# Contributi teorici

## **POSIZIONE DEPRESSIVA (dai 3-4 ai 6 mesi)**

Il bambino inizia a percepire la madre come “oggetto totale” che unifica in sé sia aspetti buoni che cattivi. Ora che la madre buona e cattiva non sono più separate, il bambino percepisce i suoi impulsi distruttivi come pericolosi, in quanto danneggiano la madre. Da ciò derivano il senso di colpa e l'angoscia depressiva che si risolvono con la riparazione e la sublimazione dell'aggressività. Nella riparazione l'istinto di vita prevale su quello di morte.

La Klein ci insegna che è fondamentale per la “struttura” della personalità il raggiungimento della posizione depressiva che si ha nella misura in cui le pulsioni libidiche e l'amore prevalgono sulle pulsioni distruttive e di annientamento.

La strutturazione psicotica avviene secondo la Klein quando il bambino non riesce a passare dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva. Infatti, la capacità di fronteggiare **il senso di colpa è condizionata dalla fase precedente**, dal fatto che il bambino sia riuscito a mantenere dentro di sé qualità buone della madre. Se l'ambiente non è stato sufficientemente gratificante, ciò non accade.

John Bowlby





## John Bowlby: cenni biografici

**Nasce 1907**, è 4° di 6 fratelli; il padre è medico ufficiale, la famiglia appartiene alla borghesia medio alta;

Il **padre** era costantemente assorbito da impegni di lavoro;

La **madre** limitava la sua presenza con i figli a poche ore al giorno;

Ha molte governanti ma instaura un rapporto che si interrompe all'età 3 anni.

## John Bowlby: cenni biografici

**Interrompe gli studi** per lavorare in una clinica per adolescenti disturbati e antisociali;

**1929:** Laurea in Medicina Cambridge -Specializzazione in psichiatria Londra - decide di diventare psicoanalista;

**Anni '30:** lavora in numerosi ospedali di Londra - inizia a conoscere le teorie di psicanalisi infantile della Klein e di Anna Freud - Prese le distanze da entrambi gli approcci considerati troppo dogmatici;

Familiarizza con il lavoro di **Lorenz** (1943) e di **Harlow** (1958)

## John Bowlby: cenni biografici

Concettualizza l'idea di una **base genetica dell'attaccamento** madre bambino

- **Attachment (1969)**
- **Separation Anxiety and Anger (1973)**
- **Loss, Sadness and Depression (1980)**

Bowlby propone una nuova idea di elementi che possono far emergere aspetti di ansia: la separazione dal caregiver

# La tradizione psicoanalitica e i disturbi d'ansia

I contributi della tradizione psicoanalitica sono stati molteplici:

- Specificità delle manifestazioni dei disturbi d'ansia alla luce del livello di maturazione e dei processi di mentalizzazione;
- I contenuti delle forme d'ansia hanno caratteristiche diverse alla luce delle caratteristiche motivazionali tipiche del periodo;
- Pervasività e persistenza dei disturbi d'ansia rispetto al consolidamento dell'io e delle sue eventuali fragilità;
- Ruolo di specifici conflitti con l'ambiente e particolari condizioni affettive deficitarie.

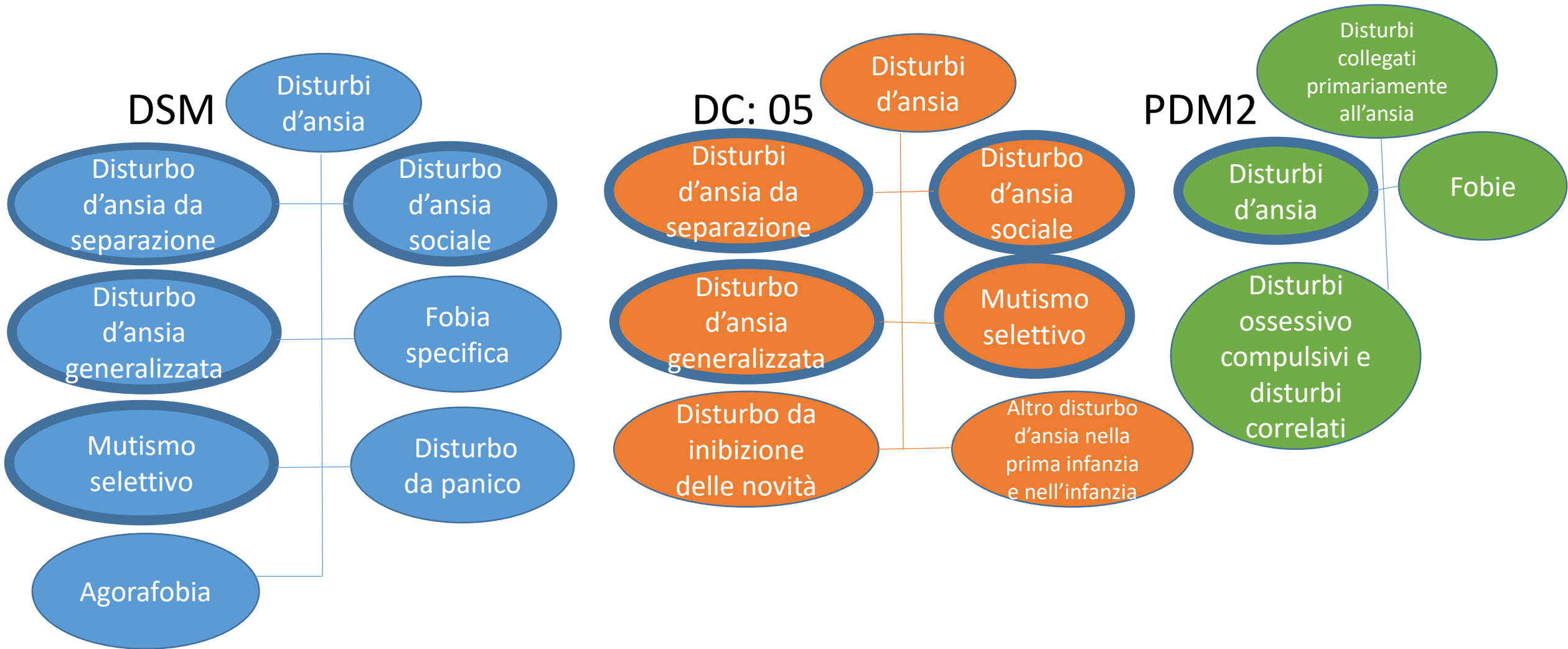
# Aree coinvolte nel vissuto emotivo dell'ansia



# Caratteristiche delle strategie difensive in relazione alla gestione dell'ansia

- **ALLARME:** L'effetto dell'ansia si caratterizza per una anticipazione allarmata di un danno fisico o psicologico alla propria persona legato a situazioni che non dovrebbero altrimenti suscitare allarme
- **EVITAMENTO:** Condotta più o meno rigida di evitamento che serve a regolare lo stato di paura e anticipazione del danno
- **PAURA:** stato pervasivo di paura, ansia, allarme, che ricompare quando la condotta di evitamento fallisce e la persona è nuovamente esposta al pericolo

# I disturbi d'ansia



# DSM V: Il Disturbo d'Ansia da Separazione

A. Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stato di sviluppo che riguarda **la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato**, come evidenziato **da tre o più dei seguenti criteri**

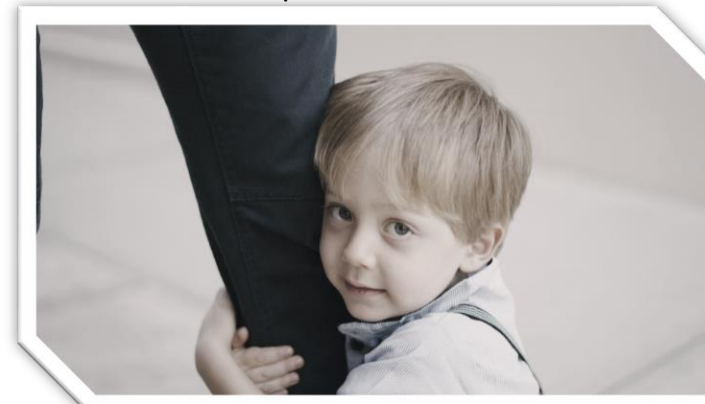
1. Ricorrere a eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o delle principali figure di attaccamento
2. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, malattie catastrofi o morte
3. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento improvviso comporti la separazione dalla principale figura di riferimento
4. Persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per paura della separazione
5. Persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti
6. Persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento
7. Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione
8. Ripetute lamentele di sintomi fisici (ad esempio mal di testa, dolori allo stomaco, nausea)

B. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, con una durata di almeno **4 settimane** nei bambini e adolescenti e tipicamente **6 mesi negli adulti**

C. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti

D. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale

Rappresenta il disturbo d'ansia più diffuso nei bambini di età inferiore a 12 anni





# CD-05: Il Disturbo d'Ansia da Separazione

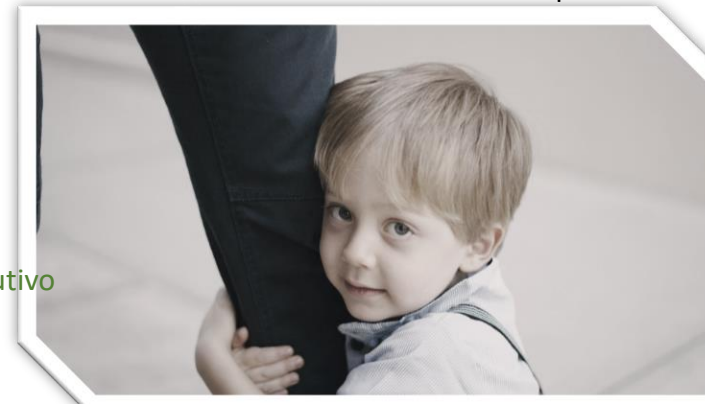
A Il bambino mostra segnali d'ansia eccessivi ed evolutivamente inappropriati in relazione alla separazione dai caregivers e dalla casa il più delle volte il bambino non è in grado di regolare l'ansia anche in presenza di una rassicurazione esterna. L'ansia è evidente da almeno **3 dei 7 sintomi elencati**

1. Forte e ricorrente disagio di fronte alla separazione reale o anche solo anticipata da casa o dalle principali figure di attaccamento
2. Preoccupazione persistente ed eccessiva che un evento (perdersi o essere rapito) porti alla separazione dalle principali figure di attaccamento. I bambini in fase preverbale e i bambini piccoli hanno generalmente scarse capacità di esprimere queste preoccupazioni
3. Riluttanza persistente o rifiuto di recarsi a scuola o in altri contesti fuori di casa a causa della paura di separazione, questa paura può manifestarsi rispetto alla scuola primaria o dell'infanzia
4. Persistenti o eccessive paure e riluttanza a rimanere soli o in assenza di una figura principale di attaccamento o di altri adulti significativi in altri contesti
5. Persistenti o eccessive paure e riluttanza ad andare a dormire in assenza di una figura principale di attaccamento per almeno un mese
6. Incubi ripetuti che riguardano il tema della separazione, i bambini in età preverbale o che hanno da poco iniziato a parlare possono fare sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile
7. Sintomi fisici o fisiologici a ridosso della separazione reale o anticipata rispetto a una principale figura d'attaccamento

B. I sintomi del disturbo, o gli adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità

1. causano di stress al bambino
2. interferiscono con le relazioni del bambino
3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo

Durata almeno **1 mese**



# DSM V: Disturbo d'Ansia Sociale

- A. **Marcata paura o ansia rispetto a una o più situazioni sociali in cui l'individuo è esposto al possibile giudizio degli altri durante le interazioni sociali, essere osservati, eseguire prestazioni**
- B. L'individuo teme di mostrare i sintomi di ansia e teme che questi verranno valutati negativamente
- C. Le situazioni sociali provocano quasi sempre paura o ansia (nei bambini la paura o l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di collera, con immobilizzazione, aggrappamenti, non riuscendo a parlare)
- D. Le situazioni sociali vengono evitate o sopportate con intensa paura o ansia
- E. La paura o ansia è sproporzionata alla minaccia reale rappresentata dalla situazione sociale e al contesto socio-culturale;
- F. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, durano tipicamente **6 mesi** o più e causano disagio clinicamente significativo nel funzionamento sociale, lavorativo e in altre aree significative;
- G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo
- H. Non sono attribuibili gli effetti di sostanze o altra condizione medica
- I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati da altre condizioni che potrebbero giustificare il disturbo, come una condizione medica, un altro disturbo mentale o effetti fisiologici di una sostanza.

# CD-05: Disturbo d'Ansia Sociale

Devono essere presenti tutti i seguenti criteri

- A. Il bambino esibisce una marcata e persistente paura rispetto a una o più situazioni o prestazioni sociali che implicano l'esposizione a estranei o il possibile giudizio da parte degli altri. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla minaccia effettivamente posta dalla situazione sociale
  - B. l'esposizione alla situazione sociale temuta provoca quasi invariabilmente ansia nel bambino che può manifestare panico, pianto crisi di rabbia, congelamento, condotte di aggruppamento ritiro o incapacità di parlare in situazioni sociali con estranei
  - C. il bambino evita le situazioni sociali o le situazioni temute o le affronta con intensa ansia e disagio
  - D. la paura non è altresì spiegata da altri disturbi che comprendono il disturbo dello spettro autistico il disturbo d'ansia da separazione o altri disturbi d'ansia
- B. I sintomi del disturbo, o gli adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità;
- 1. causano di stress al bambino
  - 2. interferiscono con le relazioni del bambino
  - 3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
  - 4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
  - 5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo
- Il bambino deve avere almeno 24 mesi, durata almeno **2 mesi**

# DSM V: Disturbo d'ansia generalizzata

I criteri diagnostici per il **disturbo d'ansia generalizzato** proposti dal DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) sono riassumibili come segue:

- A. Presenza di ansia e preoccupazioni eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni **per almeno sei mesi**. Relativa ad una quantità di eventi ed attività (come prestazioni scolastiche e lavorative)
- B. L'individuo ha difficoltà a controllare la preoccupazione
- C. L'ansia e la preoccupazione sono associate con almeno **tre dei sintomi (per i bambini 1)** seguenti: irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno
- D. L'ansia, le preoccupazioni e i sintomi fisici provocano una significativa riduzione della qualità di vita del soggetto
- E. L'ansia non è dovuta agli effetti di una sostanza o a una condizione medica
- F. Il disturbo non è specificato da altre condizioni mediche di natura psichiatrica

# CD-05: Disturbo d'ansia generalizza

Devono essere soddisfatti TUTTI i seguenti criteri

- A. Il bambino sperimenta una marcata e persistente ansia o preoccupazione per la maggior parte dei giorni e della settimana. Le preoccupazioni possono riguardare l'ansia per eventi futuri, l'appropriatezza di comportamenti attuati nel passato, il senso di adeguatezza rispetto a prestazioni in una o più aree della vita quotidiana
- B. Il bambino non è in grado di modulare l'ansia o la preoccupazione (il bambino può ripetutamente chiedere rassicurazioni ad un genitore)
- C. L'ansia e la preoccupazione si verificano durante due o più attività nell'ambito di due o più contesti relazionali
- D. L'ansia e la preoccupazione sono associate ad uno o più dei seguenti sintomi
  1. Agitazione;
  2. Affaticabilità;
  3. disattenzione intermittente;
  4. irritabilità ad esempio facilità a sperimentare la frustrazione;
  5. tensione muscolare;
  6. difficoltà a rilassarsi disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento e a mantenere il sonno, irrequietezza, sonno non riposante, essere svegliati da sogni spaventosi)
- E. l'ansia o la preoccupazione sono generalizzati e non limitati alle preoccupazioni che si riscontrano nel disturbo ossessivo compulsivo (ad esempio paura di contaminazione) al disturbo post traumatico da stress (ansia rispetto a luoghi o persone a seguito di un trauma) disturbo d'ansia da separazione (ad esempio ansia per la separazione da figure di accudimento) e disturbo d'ansia sociale (ad esempio preoccupazione inerenti le situazioni sociali)
- F. il disturbo non è dovuto all'effetto fisiologico diretto di assunzione di una sostanza ad esempio steroidi o farmaci per l'asma

**Durata: il bambino deve avere almeno 36 mesi. I sintomi devono essere presenti per almeno 2 mesi**

# DSM V: Mutismo selettivo

I criteri che permettono di formulare una diagnosi di Mutismo Selettivo sono:

- A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es. a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni
- B. La condizione interferisce con i risultati scolastici e con la comunicazione sociale
- C. La durata della condizione è di **almeno 1 mese** (non limitato al primo mese di scuola)
- D. L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con, il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale
- E. La condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici

# CD-05: Mutismo selettivo

Devono essere soddisfatti TUTTI i seguenti criteri A.

- A. Fallimenti Consistenti nel parlare in specifiche situazioni sociali nelle quali ci si aspetta di parlare (ad esempio nel contesto prescolare) nonostante il bambino si dimostri in grado di parlare in altre situazioni
- B. La riluttanza a parlare non è spiegata da un disturbo del linguaggio o dalla scarsa familiarità con la lingua parlata
- C. I sintomi del disturbo, o gli adattamenti degli caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino e del sistema familiare in una o più delle seguenti modalità
  1. causano di stress al bambino
  2. interferiscono con le relazioni del bambino
  3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
  4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
  5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo

# CD – 05: Disturbo da inibizione per le novità

Devono essere soddisfatti TUTTI i seguenti criteri

- A. Il bambino mostra sintomi di paura in presenza di oggetti non familiari/nuovi (ad esempio giocattoli persone o situazioni) il bambino molto spesso
  - 1. Si congela o si blocca (ad esempio smette di parlare evita il contatto visivo) e cerca di mettere una distanza tra se stesso e il nuovo oggetto, persona, o esperienza nascondendosi o cercando il caregiver.
  - 2. Mostra un marcato persistente e pervasivo affetto negativo
- B. Il comportamento inibito non è meglio spiegato come un trauma o un sintomo legato al disturbo da stress post traumatico o ad un disturbo dell'adattamento e non è una semplice reazione fobica a stimoli specifici
- C. I sintomi del disturbo, o gli un adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità
  - 1. causano di stress al bambino
  - 2. interferiscono con le relazioni del bambino
  - 3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
  - 4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
  - 5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo

**Durata: il bambino deve avere almeno 24 mesi e la durata dei sintomi deve essere di almeno 1 mese**



# CD- 05: altro disturbo d'ansia nella prima infanzia

- Devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri
- A. I bambino mostra uno o più sintomi persistenti di disturbo d'ansia ma non soddisfa tutti i criteri per uno specifico disturbo
- B. I sintomi non sono già contemplati in un altro disturbo per cui il bambino soddisfa tutti i criteri
- C. I sintomi del disturbo, o gli adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità
  1. causano di stress al bambino
  2. interferiscono con le relazioni del bambino
  3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
  4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
  5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo

# DSM V: Fobia specifica

DSM-5 definisce la **fobia** come una paura o ansia marcata verso un oggetto o verso situazioni specifiche.

- A. La persona che soffre di una **fobia specifica** quindi prova una paura marcata, persistente, sproporzionata non solo quando lo **stimolo fobico** è presente ma anche quando si aspetta di affrontare un oggetto o una situazione specifica.
- B. Gli oggetti fobici provocano quasi sempre ansia o paura immediata
- C. Gli oggetti fobici vengono evitati o sopportati con paura e ansia
- D. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto al pericolo reale
- E. La paura e l'ansia sono persistenti e durano più di 6 mesi
- F. La paura causa disagio clinico
- G. Il disturbo non è meglio spiegato da sintomi di un altro disturbo mentale

# CD-05 Disturbo ossessivo compulsivo DOC

Devono essere soddisfatti TUTTI i seguenti criteri

A: presenza di ossessioni compulsioni o entrambi

1. **le ossessioni** sono evidenti da a) preoccupazione incontrollabile e persistente con pensieri o immagini che sono manifestati in maniera ripetuta verbalmente
2. **le compulsioni** sono definite da a) comportamenti ripetuti (ad esempio disporre giochi in un ordine particolare, lavarsi le mani, mettere in ordine, ripetere le parole mentalmente) che il bambino sembra condurre per seguire regole rigide e insiste affinché i genitori le seguano b) il bambino si oppone vigorosamente o si agita notevolmente se lo si impedisce di attuare le sue sequenze comportamentali.

B: le ossessioni o le compulsioni sono presenti quasi ogni giorno, per la maggior parte dei giorni e sono portate avanti dal bambino e dai genitori per un considerevole lasso di tempo (per esempio per più di un'ora al giorno)

C: Le ossessioni o le compulsioni non sono attribuibili ad un altro disturbo mentale (ad esempio ad esempio la tricotillomania, il disturbo atipico dell'alimentazione, i disturbi dello spettro dell'autismo), condizioni mediche o uso di sostanze

D: le ossessioni o le compulsioni non sono correlate ad esperienze traumatiche

E: I sintomi del disturbo, o gli adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità

1. causano di stress al bambino
2. interferiscono con le relazioni del bambino
3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze
6. Non permettono l'avanzare della traiettoria di crescita specifica per l'età

Età: il bambino deve avere almeno 36 mesi

Durata: i sintomi devono essere presenti per almeno 3 mesi

# CD-05 Tic motorio e vocale

Devono essere presenti tutti i criteri

A: I tic motori o vocali singoli o multipli che sono presenti per un minimo di 12 mesi

B: I tic possono aumentare o diminuire nel corso dei giorni e delle settimane ma sono presenti in modo intermittente per almeno 12 mesi dal primo momento in cui sono comparsi

C: I tic vocali o motori non possono essere spiegati da una condizione medica o altro disturbo

D: Il bambino non incontra i criteri della sindrome di Tourette

E: I sintomi del disturbo, o gli adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità

1. causano di stress al bambino
2. interferiscono con le relazioni del bambino
3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo

L'età del bambino deve essere di almeno 36 mesi

**Durata: i sintomi devono essere presenti per almeno 3 mesi**

# CD Sindrome di Tourette

Devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri

A: Il bambino mostra almeno un unico o più tic motori e almeno uno è più tic vocali

B: i tic non sono attribuibili a nessuna condizione medica

C: i tic vocali o motori non possono essere spiegati da una condizione medica o altro disturbo

D: I sintomi del disturbo, o gli adattamenti dei caregivers in risposta ai sintomi, influiscono significativamente sul funzionamento del bambino o del sistema familiare in uno o più delle seguenti modalità

1. causano di stress al bambino
2. interferiscono con le relazioni del bambino
3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine attese per il suo livello di sviluppo
4. limitano la partecipazione della famiglia nelle attività o routine di ogni giorno
5. limitano la capacità del bambino di apprendere e di sviluppare nuove competenze o interferiscono col suo progresso evolutivo

Età: la diagnosi deve essere formulata con attenzione nei bambini on età inferiore ai 18 mesi

**Durata: i sintomi devono essere presenti per almeno 12 mesi**

# Fattori di rischio

- **Tratto temperamentale dell'inibizione** comportamentale è un precursore di diversi disturbi d'ansia
- Il primo disturbo d'ansia ad essere diagnosticato già all'inserimento nella scuola dell'infanzia è il **disturbo d'ansia da separazione**, poi in primaria possono emergere **ansia sociale** quando le aspettative di umiliazione e fallimento aumentano e il **disturbo ossessivo e compulsivo**
- Depressione e ansia materna (O'Donnell et al., 2014) fungono da fattore di modellamento dell'ansia infantile, amplificando gli stimoli ansiogeni e la loro interpretazione negativa attraverso meccanismi di difesa
- Sono da valutare gli stati di sintonizzazione dei genitori con gli stati emotivi del bambino e la capacità di risposta affettiva per la risoluzione del disagio
- Quando la comunicazione del genitore è in grado di rispecchiare con precisione il contenuto affettivo della comunicazione del bambino e di rimandare al bambino stesso che non sta provando quella condizione, il bambino apprenderà come definire gli stati interni e modularli (Fonagy, 2002)

# Tipi di interventi

- **Interventi Cognitivo comportamentali**
- **Interventi ad orientamento psicodinamico** Interventi sulle capacità dell'lo di gestire i conflitti interni ed esterni
- **Interventi sulla famiglia** interventi psico-educazionali per cercare di bloccare le dinamiche relative all'ipercoinvolgimento affettivo o all'iperprotettività così come l'eccesso di critica e uno stile educativo coercitivo e rigido da parte dei genitori. Gli interventi sono spesso basati sulle pratiche comunicative