



I Disturbi d'ansia in età evolutiva

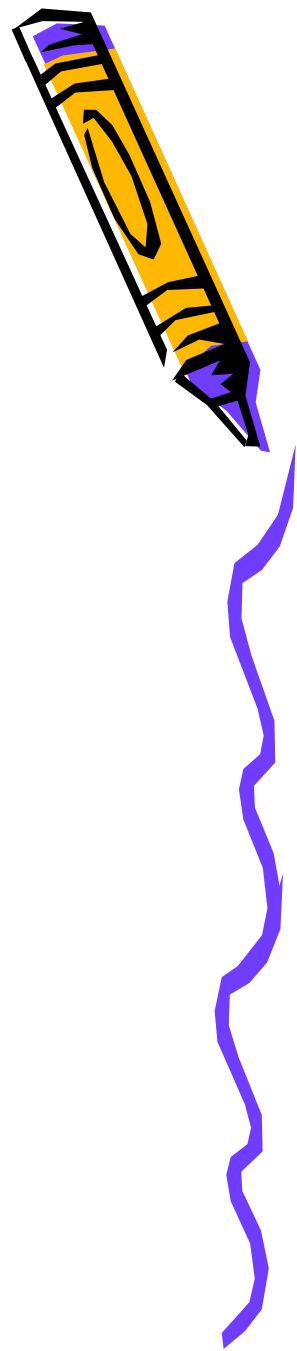
Dott.ssa Manuela Pintor
Clinica di Neuropsichiatria Infantile
Azienda Mista Ospedaliero Università di Cagliari

Disturbi d'ansia in età evolutiva

10% dei bambini e adolescenti

...sono realmente aumentati rispetto al passato ?





Come arrivano al pediatra:

- *D. d'ansia*
- *Disturbi somatici*
- *Disturbi del sonno*
- *Disturbi comportamentali*
- *Rifiuto scolastico*

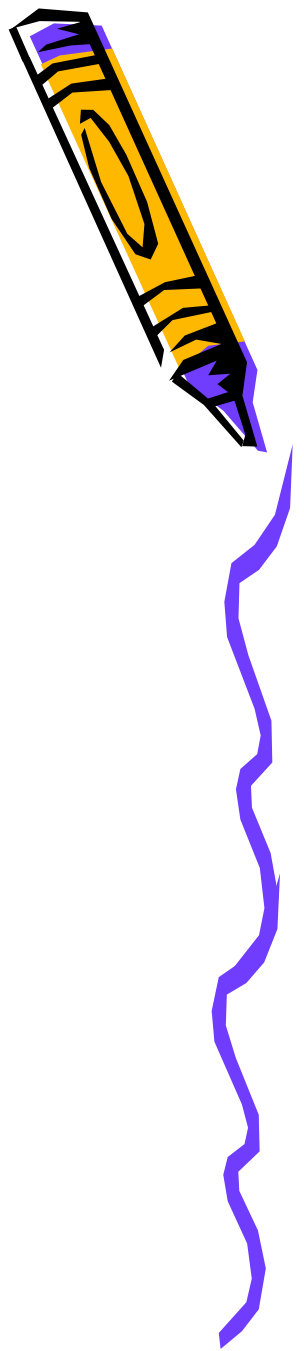


Definizioni

Paura: *Risposta di adattamento discreta (adeguata) rispetto allo stimolo*

Ansia: *Risposta a stimoli non sempre "evidenti"*

Fobia: *Paura esagerata rispetto allo stimolo, spesso associata ad evitamento*



Caratteristiche dell'ansia

▣ Risposte Motorie: Evitamento, tremore della voce, postura rigida, pianto, mangiarsi le unghie, succhiarsi il dito

▣ Reazioni fisiologiche: sudorazione, tachicardia, iperpnea, dolori addominali, rossore, minzione frequente, nausea

▣ Cognizioni: Distorsioni cognitive
Deficienze cognitive



Ruolo dell'Amigdala nell'Ansia



- *Amigdala:* *Regolazione ed espressione delle risposte emotive a stimoli ambientali e immagazzinamento della memoria emotiva inconscia*
- *Iperattivazione dell'amigdala nelle fobie, a.panico, DPTS*



Classificazione dei D. d'ansia (DSM-V)

Disturbo da ansia di separazione

(Mutismo selettivo)

Disturbo d'ansia generalizzato (ex d. iperansioso)

Fobia specifica

Fobia sociale (ex disturbo di evitamento)

Disturbo ossessivo-compulsivo







Disturbo post-traumatico da stress

Disturbo di panico



Disturbi d'ansia in eta' evolutiva



	%
 <i>Disturbo da ansia di separazione:</i>	<i>3.5-4</i>
 <i>Disturbo d'ansia generalizzato:</i>	<i>2.5-4.5</i>
 <i>Fobia specifica:</i>	<i>2-3</i>
 <i>Disturbo ossessivo-compulsivo:</i>	<i>2-3</i>
 <i>Fobia sociale:</i>	<i>2</i>
 <i>Disturbo di panico:</i>	<i>0.5-1</i>



Disturbi d'ansia in eta' evolutiva

Fattori etiopatogenetici

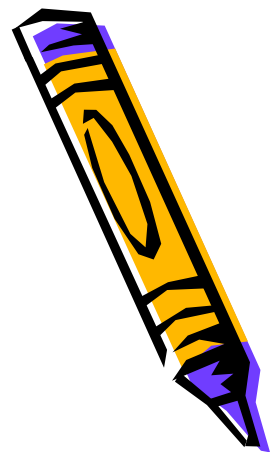
Fattori genetici :

Rischio 7 volte superiore in figli di soggetti affetti.

Fattori temperamentali precoci: "behavioral inhibition".

Modalità precoci di attaccamento tra il bambino e la madre
(attaccamento insicuro-ansioso)

Eventi di vita stressanti



Eventi traumatici alcuni esempi:

- *Disastri ambientali*
- *Incidenti stradali o altro tipo*
- *Morte (notizia o visione evento)*
- *Malattia di un familiare, amico, propria etc.*
- *Abuso o violenza*



Disturbo da ansia di separazione

- ✓ *La forma di disturbo d'ansia più frequente nei bambini "non referred"; la frequenza tende a diminuire in adolescenza*
- ✓ *Eccessiva ansia al distacco dai genitori; irrealistico timore di danni a sè stesso o ai genitori a seguito della separazione (ansie di separazione sono normali nei primi 4 anni di vita)*
- ✓ *Rifiuto scolastico (50-75% dei casi), di diversa intensità e durata*



Disturbo da ansia di separazione

- ▣ *Incapacità di restare da soli, di dormire fuori casa o in una stanza da solo*
- ▣ *Lamentele somatiche scatenate dalla separazione*
- ▣ *Prognosi buona: guarigione nell'80% dei casi; una parte dei soggetti sviluppa un altro disturbo d'ansia o dell'umore (il 50% dei soggetti adulti con disturbo da attacco di panico riferisce un precoce disturbo da ansia di separazione).*



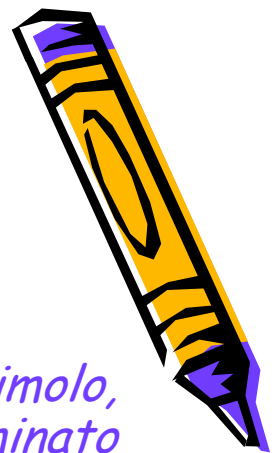
Patogenesi delle Fobie

- ↓ *Condizionamento diretto*
(pregressa esperienza traumatica)
- ↓ *Condizionamento indiretto*
- ↑ *Modelling*



Fobia specifica

- *Pauro marcata e persistente eccessiva rispetto allo stimolo, legata alla presenza (o alla previsione) di un determinato stimolo (animale, oggetto o situazione)*
- *L'esposizione allo stimolo causa quasi sempre una immediata risposta ansiosa (che può sfociare in un attacco di panico)*
- *Caratteristico l'evitamento dello stimolo*
- *In età evolutiva per la diagnosi la durata deve essere di almeno sei mesi*



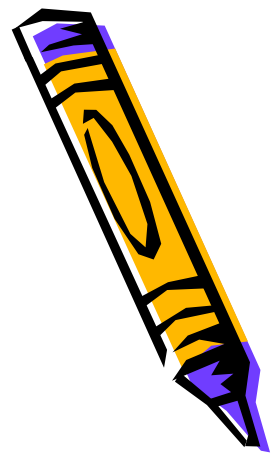
Fobia sociale

Pauro marcata e persistente di una o più situazioni sociali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o deve affrontare una prova per la quale può essere valutata. Tale esposizione viene temuta perché la persona si immagina di poter mostrare chiaramente sintomi d'ansia e/o di poter provare imbarazzo o umiliazione.



Mutismo selettivo

Persistente incapacità a parlare in specifiche situazioni sociali come per es. la scuola (dove ci si aspetta che si parli), nonostante la capacità a parlare in altri contesti (es. la famiglia)










Disturbo d'ansia generalizzato

Eccessiva ansia e preoccupazione che si verifica quasi quotidianamente per almeno sei mesi riguardo vari eventi e/o attività come le prestazioni scolastiche, le gare sportive, le feste etc.



Disturbo d'ansia generalizzato

-  *Agitazione, stato di continua tensione*
-  *Facile stancabilità*
-  *Difficoltà di concentrazione*
-  *Irritabilità*
-  *Continua ricerca di approvazione e rassicurazione*
-  *Frequenti somatizzazioni*
-  *Disturbi del sonno*



(Preoccupazioni

e per puntualità, perfezionismo,

Attacco di panico

Un discreto periodo di intensa paura o disagio nel quale si sviluppano 4 o più dei seguenti sintomi, raggiungendo un picco in 10 min:

- Palpitazioni*
- Sudorazione*
- Tremore sensazione di respiro corto o soffocamento*
- Dolore toracico*
- Nausea o dolore addominale*
- Sensazione di svenimento, vertigini*
- Derealizzazione, depersonalizzazione*
- Paura di perdere il controllo o di diventare matto*
- Paura di morire*
- Parestesie, rossore, brividi*



Disturbo da Attacchi di panico con o senza agorafobia

Attacchi di panico ricorrenti, con la preoccupazione di avere altri episodi o la paura di andare incontro a gravi conseguenze (es. attacco al cuore, perdita di controllo) e significativo cambiamento del comportamento legato agli attacchi



Agorafobia



Ansia correlata alla paura di non poter essere soccorsi in caso di attacco di panico (o di non poter fuggire perché non è possibile o è imbarazzante)

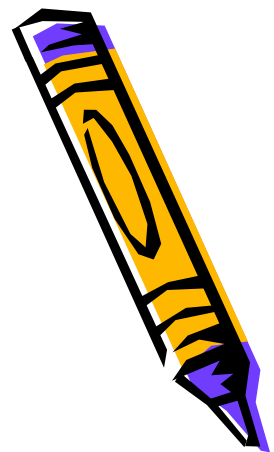
Es. lontano da casa, nella folla, in ascensore, in autobus



Disturbo di panico

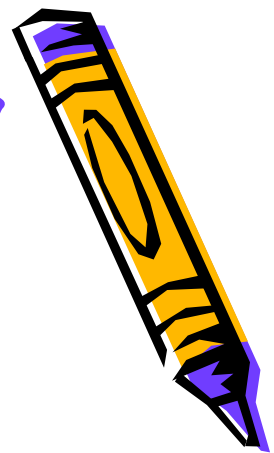
Caratteristiche cliniche in età evolutiva

- *6-10 anni: improvvisa ed acuta tensione o paura, poi terrore, pianto, agitazione motoria, fuga; palpitazioni, difficoltà di respiro, nausea, sudorazione, senso di svenimento; spesso forme oligosintomatiche, talora notturne.*
- *10-12 anni: dolori toracici, rossore, tremore, mal di testa, vertigini. Iniziali sintomi cognitivi.*
- *Adolescenza: più frequenti sintomi cognitivi, paura di morire, poi paura di diventare matto o perdere il controllo, più tardi derealizzazione o depersonalizzazione.*



Disturbo post-traumatico da stress

La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui la sua vita o quella di altri si è trovata in grave pericolo, ha provato intensa paura, impotenza o orrore.



Disturbo post-traumatico da stress



L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente sottoforma di ricordi intrusivi, immagini, pensieri o percezioni che riguardano l'evento. Può esserci intenso disagio psicologico all'esposizione a fattori che somigliano all'evento traumatico



Disturbo post-traumatico da stress

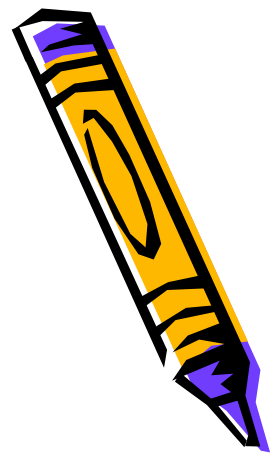
Caratteristiche cliniche nel bambino

- *Cluster Rievocazione*

Più frequente nei bambini più grandi. Pensieri intrusivi, ricordi, sogni ed incubi, rari i flashback. Magiche correzioni della esperienza traumatica. Ripetizione iterativa dell'esperienza nel gioco e nel disegno, successivamente (adolescenza) anche nel comportamento.

- *Cluster Evitamento*

- *Cluster iperattivazione*



Disturbo post-traumatico da stress

Caratteristiche cliniche nel bambino

- *Cluster Evitamento: Più frequente nei bambini più piccoli, spesso con tendenza al mutismo.*
 - ↓ *Ridotto interesse per attività precedentemente interessanti*
 - ↓ *Possibile regressione cognitiva (es. verbale).*
 - ↓ *Comparsa di atteggiamenti infantili (succhiarsi il dito, enuresi).*
 - ↓ *Evitamento di sensazioni soggettive (eccitazione, gioia, paura), con appiattimento affettivo pseudo-depressivo.*
 - ↓ *Rara l'amnesia post-traumatica, più frequenti i disturbi focali della memoria.*



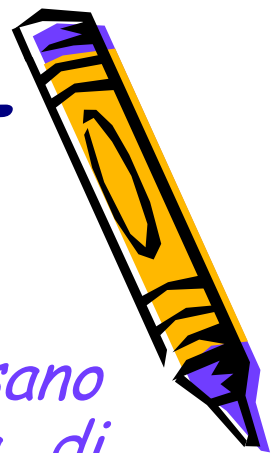
Disturbo post-traumatico da stress

Caratteristiche cliniche nel bambino

- *Cluster Rievocazione*
- *Cluster Evitamento*
- *Cluster Iperattivazione:*
 - ✓ *Nei bambini più piccoli ipereccitazione nelle fasi di acuzie*
 - ✓ *Disturbi del sonno (con terrori notturni)*
 - ✓ *Irritabilità, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza, reazioni di startle.*
 - ✓ *Frequenti scoppi di aggressività, o oscillazioni dell'umore (dal pianto alla aggressività)*



DISTURBO OSSESSIVO- COMPULSIVO DSM IV-R-T (2004)



Presenza di ossessioni e/o compulsioni che causano significativo disagio, sono causa di perdita di tempo, interferiscono significativamente con le abitudini quotidiane dell'individuo, con lo studio o il lavoro, con la sua vita sociale e/o familiare.

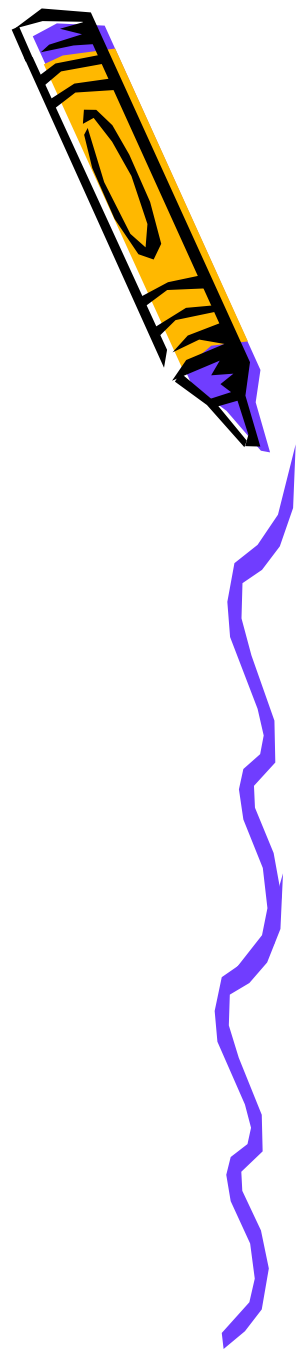
Spesso l'individuo riconosce che questi pensieri sono privi di senso, sono irragionevoli ed eccessivi, e che le azioni sono afinalistiche e ripetitive

In età evolutiva l'insight non è sempre evidente



Psicoterapia

*Complesso processo cognitivo,
emotivo, comportamentale e sociale
di cambiamenti in un contesto
interpersonale*



Psicoterapia cognitivo- comportamentale

Lo scopo di questa terapia è quella di correggere determinati comportamenti disadattativi e determinate distorsioni cognitive

In genere è inizialmente direttiva, diventa collaborativa dopo tempo variabile, ha una durata contenuta nel tempo (da pochi mesi a due anni).



Psicoterapia cognitivo-comportamentale

Importante la relazione terapeutica: il terapeuta viene percepito come la figura di "un esperto" del suo problema, capace di fornire al paziente un valido aiuto (guida sicura con atteggiamento sempre empatico, supporto costante)

Il terapeuta mira inoltre ad aumentare la self-efficacy del paziente



Psicoterapia cognitiva



✓ **Psicoterapia cognitiva (Beck et al.)**

Conoscenza di sé per giungere ad un cambiamento del proprio "funzionamento", analizzando gli eventi recenti e passati, con particolare attenzione al periodo della comparsa della sintomatologia (lavoro sulle distorsioni cognitive, sui comportamenti disfunzionali, direttiva)

✓ **Psicoterapia cognitiva post-razionalista (V. Guidano et al.)**

Conoscenza di sé lavorando sulle esperienze recenti e passate, iniziando dal periodo dello "scompenso", guidando il paziente nel percorso conoscitivo senza idee preconcepite, stimolando una maggiore consapevolezza di sé (con maggiore accettazione di sé) e aiutando l'individuo a raggiungere i suoi obiettivi (quelli più coerenti con il suo modo di essere)



Terapia Cognitivo-Comportamentale

*Esposizione (E) + impedimento della
risposta (RP)*



Terapia Cognitivo-Comportamentale



- Esposizione: l'ansia e la tensione si attenuano col perdurare del contatto con lo stimolo scatenante.
- Esposizione ripetuta: ulteriore, progressiva diminuzione dell'ansia al ripetersi delle esposizioni.

L'esposizione deve essere **graduale** (graded exposure)

Esposizione **in vivo**

Esposizione **con l'immaginazione**



Terapia Cognitivo-Comportamentale

(March 1996)



*Esposizione + impedimento della risposta (RP)
Response-Prevention*

*(Eliminazione dei rinforzi negativi quali i rituali
o i comportamenti di evitamento)*



Terapia Cognitivo-Comportamentale

- *Estinzione: favorita sia dalla R-P che dalla eliminazione dei rinforzi positivi dei genitori (evitare continue rassicurazioni richieste dal bambino)*
- *Va programmata con il bambino*



*Altre strategie supplementari per
ridurre l'ansia (Anxiety management training)*



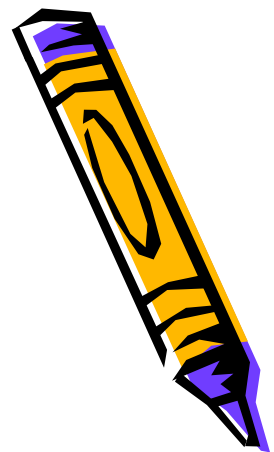
*Training di rilassamento, training
respiratorio, immaginazione*

Blocco del pensiero

Habit reversal



Terapia cognitiva nel DOC



- *Aumentare il senso di efficacia personale nel programmare, controllare, mettere in atto le prove di E-RP e prevederne i risultati*
- *Stimolare il dialogo e l'empatia verso sè stesso*
- *Lavorare criticamente sulle cognizioni*

(Considerare lo stadio di sviluppo cognitivo e affettivo)



Terapia Cognitivo-Comportamentale

(March 1996)



- *Raccolta accurata delle informazioni insieme al bambino.*
- *Esposizione assistita agli stimoli scatenanti e prevenzione delle risposte.*
- *Direttive di strategie che il paziente deve attuare da solo*



Terapia Cognitivo-Comportamentale

(March 1996)



- *Stabilire il rapporto con il bambino*
- *Spiegare la natura del disturbo (neurocomportamentale)*
- *Spiegare il trattamento*
- *Il terapeuta come alleato per vincere insieme il DOC (esternalizzarlo)*



Terapia Cognitivo-Comportamentale

(J. March, 1996)

14 sedute , di cui 2 con entrambi i genitori e il bambino:

- ☞ Valutazione del quadro*
- ☞ Psicoeducazione*
- ☞ Strategie di intervento comportamentale E/RP*
- ☞ Coinvolgimento del bambino nella scelta dei primi sintomi da affrontare*
- ☞ Compiti a casa*
- ☞ Eventuali sedute "di ripasso"*



Terapia Cognitivo-Comportamentale

(J. March, 1996)

- *Valutazione del quadro attuale :*
Si invita il bambino a scrivere una lista delle ossessioni e delle compulsioni, elencandole per gravità.
- *Introduzione del "Termometro della paura"*
- *Capire insieme al bambino dove si può iniziare a lavorare per vincere il DOC (si inizia dalla paura che facilmente può essere superata)*



Terapia Cognitivo-Comportamentale

(J. March, 1996)

- *Uso di rewards : complimenti, certificati, regali, party finale*
- *Analizzare periodicamente la situazione, eventuale comorbidità, coinvolgimento dei genitori, motivazione del ragazzo, difficoltà nelle prove di esposizione, eventuali difficoltà del terapeuta*
- *Prevenzione delle ricadute ed esposizione immaginativa al possibile ritorno del DOC*
- *Sedute di "ripasso" come si interrompe la terapia farmacologica*



Terapia Cognitivo-Comportamentale Familiare (FCBT)



Da studi di osservazione dei processi familiari:

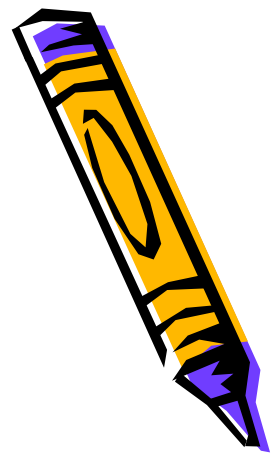
- *Genitori poco capaci di capire il disturbo del bambino e poco propensi a favorire la sua autonomia*
- *Ridotto uso di abilità positive di **problem solving***
- *Scarsa manifestazione di affetto*
- *Maggiore emozione espressa (EE)*



Quando la CBT non funziona...

(J. March, 1998)

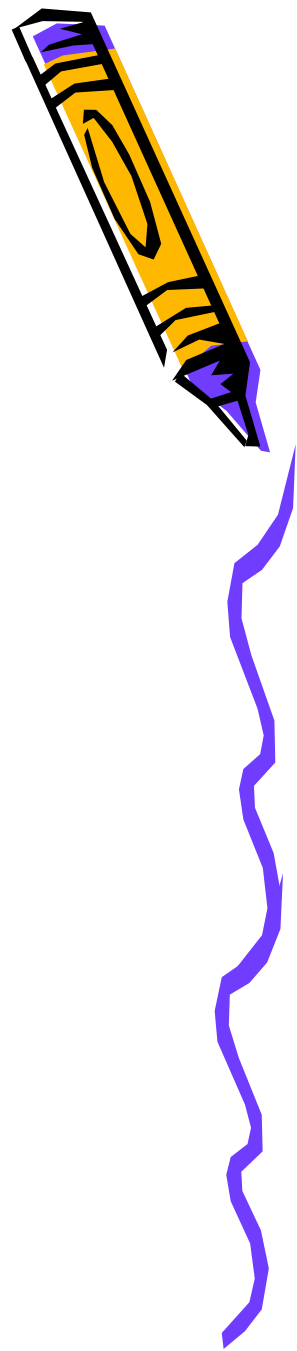
- *Rituali mentali non confessati dal bambino*
- *Ricerca di rassicurazioni*
- *Interruzione prematura della esposizione (rivalutare)*
- *Tendenza del bambino ad eseguire le prove E-RP il più veloce possibile*
- *Rinvio dei rituali alla notte (nessuno lo controlla)*
- *Ansia di prestazione nelle E-RP*
- *Mito della guarigione*
- *Eccessivo focus nella terapia medica*



Quando la CBT non funziona...

(Foa and Emmelkamp, 1983)

- *Inesperienza del terapeuta CBT*
- *Mancanza di vera empatia*
- *Fattori di sviluppo*
- *Errori nella gestione terapeutica globale*
- *Necessità di farmacoterapia: differenziando CBT e farmaci*
- *Comorbidità*



Prognosi dei Disturbi d'Ansia



Remissione completa:

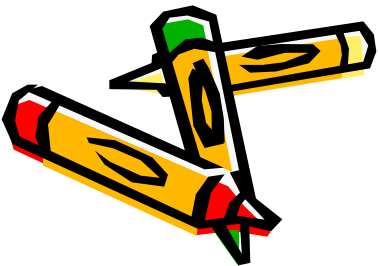
82%

Comparsa altro disturbo d'ansia:

50%

Comparsa nuovo disturbo psichiatrico:

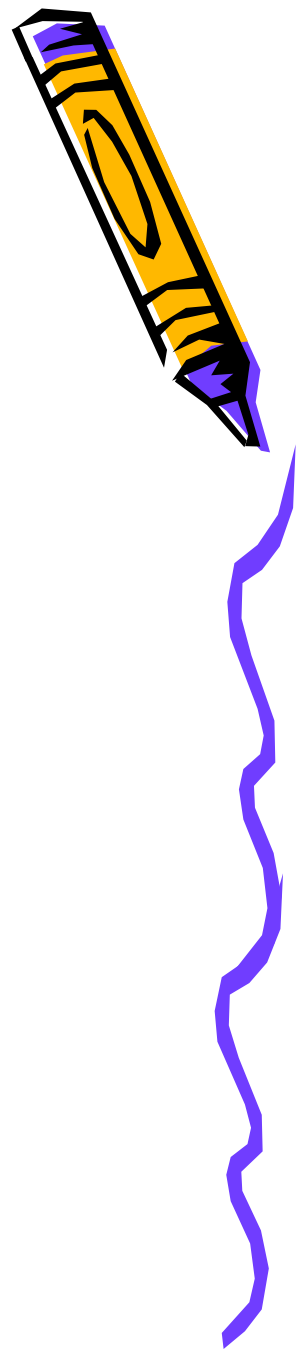
30%



Disturbi d'Ansia in eta' evolutiva

Strategie terapeutiche

- *Intervento psicoeducativo (bambino e familiari)*
- *Intervento psicoterapeutico (bambino, famiglia)*
- *Terapie Farmacologiche*
 - *SSRI*
 - *(Antidepressivi: triciclici ed altri)*
 - *Benzodiazepine (solo in acuto!!)*
 - *Associazioni farmacologiche*



Disturbi d'ansia in eta' evolutiva

Psicoterapie

Diversi approcci:

- ✓ *Cognitivo-comportamentale*
- ✓ *Psicodinamico*
- ✓ *Psicoterapie brevi madre-bambino,*
- ✓ *Terapia familiare*



Terapia Cognitivo-Comportamentale

- Esposizione: l'ansia e la tensione si attenuano col perdurare del contatto con lo stimolo scatenante
- Esposizione ripetuta: ulteriore, progressiva diminuzione dell'ansia al ripetersi delle esposizioni.

L'esposizione deve essere **graduale** (graded exposure)

Esposizione **in vivo**

Esposizione **con l'immaginazione**



Indicazioni farmacologiche prevalenti

- ▣ *Disturbo ossessivo-compulsivo*
- ▣ *Disturbo di panico*
- ▣ *Fobia sociale ("mutismo selettivo")*
- ▣ *Disturbo d'ansia di separazione ("fobia scolare")*
- ▣ *Disturbo d'ansia generalizzato*



Terapia farmacologica

- *Farmaci che agiscono sulla trasmissione neuronale delle vie noradrenergiche e serotonergiche*
- *Farmaci che agiscono selettivamente sulla trasmissione neuronale delle vie serotonergiche*
(Inibitori selettivi del re-uptake della SE)
- *Farmaci che potenziano l'effetto dei precedenti*
- *Farmaci che agiscono sulla comorbidità*



Benzodiazepine

- *Utili negli stati acuti d'ansia*
- *Rapidamente efficaci*
- *Minore tolleranza e dipendenza in età evolutiva*
- *Riducono effetti collaterali iniziali dei SSRI*



D. d'ansia: traiettorie di sviluppo

Bambini

Adulti

Fobia sociale

Fobia sociale

D. Ansia di Separazione

D. Attacchi di Panico

D. Ansia generalizzata

*D. Ansia generalizzata,
Depressione*

