

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

*DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE*

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

*Il disturbo d'ansia: analisi del fenomeno psicologico e impatto dell'isolamento sociale
post COVID-19*

DOCENTE 1° relatore: Prof. Laura Ferro

STUDENTE: 19D03106 Gaia Marchetto

Indice

Capitolo 1. Introduzione storico-concettuale.

1.1 Cenni storici

1.2 Ansia ed evoluzione

1.2.1 L'ansia nei bambini

1.2.2 L'ansia negli adolescenti

1.2.3 L'ansia negli adulti

1.2.4 L'ansia negli anziani

Capitolo 2. Diagnosi, classificazione e strumenti utili.

2.1 Presentazione dei disturbi d'ansia secondo il DSM-5

2.2 I disturbi dello spettro ansioso del PDM-2 ed elementi di comprensione psicodinamica

2.3 Cenni di lettura cognitivo-comportamentale dei disturbi d'ansia

Capitolo 3. Il disturbo d'ansia post covid-19.

3.1 Risvolti psicologici della pandemia

3.2 Fenomeno long-covid e DMC (Disturbi mentali comuni)

3.3 Sindrome della capanna e differenziazione per età

Conclusioni

Bibliografia/Sitografia

Introduzione

Il seguente lavoro, che ha l'obiettivo di conoscere e comprendere i disturbi d'ansia, trova motivo d'indagine nella grande diffusione di questo fenomeno nella popolazione mondiale.

L'ansia è un'emozione comune a tutti gli esseri umani; tuttavia, vi sono soggetti che la percepiscono in maniera nettamente più intensa. Quando essa diventa eccessiva e cronica, può diventare un disturbo che interferisce significativamente con la vita quotidiana e sulla sua qualità.

Ho scelto di trattare questo argomento perché mi interessa profondamente e ritengo sia di grande rilevanza per la salute mentale e il benessere delle persone.

Il mio interesse per il disturbo d'ansia nasce da una combinazione di fattori personali e accademici. A livello personale, ho avuto esperienze dirette con l'ansia e ho sperimentato in prima persona l'impatto che può avere sulla vita di una persona. Questo mi ha spinto a voler approfondire ulteriormente l'argomento, sia per comprendere meglio la mia esperienza personale, sia per poter aiutare gli altri che potrebbero trovarsi nella stessa situazione.

Dal punto di vista accademico, ho osservato che questo disturbo è sempre più diffuso nella società contemporanea. L'ansia può manifestarsi in diverse forme, come il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo di panico, l'ansia sociale e altre condizioni correlate.

Questi disturbi hanno un impatto significativo sulla vita delle persone, limitando le loro capacità, causando disagio e interferendo con le loro relazioni interpersonali, gli studi e la carriera.

Inoltre, ho notato che l'ansia è spesso stigmatizzata o mal compresa nella società. Molti individui che ne soffrono possono sentirsi soli o emarginati a causa della mancanza di consapevolezza e comprensione dell'ansia come un disturbo legittimo.

Pertanto, ho ritenuto fondamentale dedicare la mia tesi a questo argomento per contribuire a diffondere una maggiore consapevolezza e conoscenza sulla natura del disturbo d'ansia, così come sulle strategie di diagnosi, trattamento e gestione.

L'elaborato sarà così suddiviso in tre capitoli.

Il primo aprirà con un'introduzione storico-concettuale mirata a fornire una panoramica generale, nella quale saranno esaminate le correnti di pensiero dei principali esponenti della scuola psicologica, e come questo disturbo tocchi in maniera singolare ogni fascia d'età.

Successivamente sarà esposto l'argomento sulla base dei due principali sistemi di classificazione: il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), valutando anche la versione text revision, e PDM-2 (Manuale Diagnostico Psicodinamico) ai quali seguiranno elementi di comprensione psicodinamica e cognitivo-comportamentale.

Infine, nel terzo ed ultimo capitolo, ho voluto approfondire il tema dell'ansia in relazione alla recente emergenza sanitaria che ha colpito la popolazione mondiale.

La pandemia da COVID-19 e le relative, ma necessarie, misure di contenimento dell'infezione (distanziamento fisico, lockdown, isolamento domiciliare) hanno avuto importanti ripercussioni sulla salute mentale della popolazione a livello globale, andando in alcuni casi a peggiorare disturbi già esistenti e in altri a portare alla luce sintomatologie non ancora manifestate.

In conclusione, l'obiettivo di questa tesi è quello di approfondire la comprensione del fenomeno clinico.

Capitolo 1

Introduzione storico-concettuale

1.1 Cenni storici

L'ansia è una risposta naturale allo stress e alle sfide della vita quotidiana. Nel corso della storia è stata descritta in varie forme e con diverse interpretazioni. Prima di esplorare il disturbo d'ansia come lo conosciamo oggi, è interessante dare uno sguardo ai suoi cenni storici.

M.A. Crocq, nel 2015, sostiene che le prime descrizioni dell'ansia risalgono all'antichità. Nelle antiche culture greche e romane, l'ansia era spesso associata a disturbi fisici e spirituali. I filosofi greci come Ippocrate e Galeno la consideravano come una manifestazione di squilibrio nel corpo umano. Ippocrate, per esempio, raccontò di un suo paziente che “a causa della timidezza e della incertezza eccessive non usciva mai di casa; per il timore di essere giudicato non frequentava nessuno; per il terrore di sbagliare non parlava mai e, infine, riteneva di essere sempre osservato da tutti”.

Questa visione si basava sull'idea che gli umori del corpo – sangue, flegma, bile gialla e bile nera – ed un loro disequilibrio, influenzassero il benessere mentale e fisico.

Fino alla metà dell'Ottocento circa, infatti, non vi era una distinzione tra ansia e depressione, le quali erano inglobate all'interno del concetto di Melanconia.

Il termine melanconia è stato utilizzato per la prima volta nel Corpus Hippocraticum. In greco significa bile nera (“melaina chole”) e, riprendendo la teoria sopra citata, la melanconia è definita anche “malattia della bile nera”.

L'equilibrio dei fluidi corporei, secondo la teoria umorale, era influenzato da fattori come il clima, l'età, i cambiamenti, la stagionalità, lo sforzo mentale e le abitudini alimentari, mentre la costituzione umorale di una persona si riferiva al temperamento.

Di conseguenza, si credeva che un individuo poteva essere predisposto alla melanconia se aveva un eccesso di bile nera nell'organismo. Si pensava che ci fosse una relazione tra il bilanciamento degli umori e l'equilibrio biopsicologico. Tra i rimedi per la melanconia vi erano: un'alimentazione equilibrata, fare attività fisica, vivere alla luce e fare bagni.

Circa 5 secoli più tardi, Galeno (131-201 d.C.) definì la bile nera non più causa del disturbo ma un suo effetto e distinse tre forme di melanconia che richiedevano trattamenti specifici e differenti tra loro: una prima forma di melanconia generalizzata, caratterizzata da sangue pieno di bile nera, una seconda cerebrale che coinvolgeva il cervello e una terza (ipocondriaca) che colpiva gli organi della parte superiore dell'addome.

Durante il medioevo, invece, l'ansia era spesso attribuita a cause sovranaturali o demoniache. Le teorie mediche dell'epoca sostenevano che l'ansia fosse causata da

possessioni diaboliche o da disturbi dell'umore. Gli individui affetti da ansia erano considerati streghe o malati mentali.

Nel corso dei secoli successivi l'approccio verso l'ansia iniziò ad evolversi. Nel XVII secolo, la nascita della medicina moderna ha portato a una maggiore comprensione delle malattie mentali, inclusa l'ansia. Tuttavia, solo nel XIX secolo l'ansia è stata considerata una condizione clinica a sé stante.

È nel corso del XIX secolo che la Psicologia inizia a emergere come disciplina scientifica. Gli studi di Sigmund Freud hanno fornito una nuova prospettiva sull'ansia, considerandola un prodotto dell'inconscio e dei conflitti interiori. Freud ha introdotto il concetto di “ansia da angoscia” come una reazione eccessiva e irrazionale agli stimoli.

Egli sostenne, infatti, che l'angoscia si sviluppasse automaticamente quando si aveva un afflusso di stimoli troppo grande per poter essere padroneggiato o scaricato.

Nel corso del XX secolo, la comprensione dell'ansia è progredita grazie ai contributi di numerosi psicologi e psichiatri. Nel 1980, l'American Psychiatric Association ha introdotto il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III), che ha definito e classificato i disturbi d'ansia in modo più preciso rispetto alle precedenti versioni. Ciò ha contribuito a standardizzare i criteri diagnostici e a migliorare l'identificazione e il trattamento dei disturbi d'ansia. Inoltre, negli anni '50, la scoperta dell'effetto ansiolitico delle benzodiazepine ha innescato un notevole aumento delle indagini nel campo della psicofarmacologia. Questo avvenimento ha catalizzato uno studio più approfondito sulle conseguenze delle sostanze chimiche sul sistema nervoso. (Kasper, 2003).

Oggi, questo disturbo è riconosciuto come una condizione medica legittima che può influenzare significativamente la qualità di vita delle persone. È importante sottolineare che l'ansia è una risposta normale in determinate situazioni ma, quando diventa eccessiva e persistente, può richiedere un trattamento appropriato (Crocq, 2015).

1.2 Ansia ed evoluzione

La presenza dell'ansia è una caratteristica intrinseca dell'esperienza umana, che accompagna lungo l'arco della vita in diverse forme ed intensità. È definita come uno stato emotivo a contenuto spiacevole caratterizzato da timori e preoccupazioni in assenza di un pericolo reale (Lingiardi, 2014).

Il termine “ansia” deriva dal latino *angere* ossia “stringere” e comunica molto bene la sensazione di disagio vissuta da chi ne soffre, ovvero la sensazione di costrizione, di imbarazzo e di incertezza sul proprio futuro.

Essa può manifestarsi indistintamente nei bambini, negli adolescenti, negli adulti e negli anziani, rendendo così difficoltoso l'approccio alle attività e mansioni quotidiane, anche le più semplici.

Questo capitolo propone di esplorare il disturbo d'ansia nelle diverse fasce di età, mettendo in luce le peculiarità dello sviluppo e dell'evoluzione del disturbo in ognuna di esse.

Attraverso un punto di vista evolucionistico, si esaminerà come l'ansia si sviluppa e si manifesta nel corso del tempo, partendo dalla fase infantile fino alla terza età. L'approfondimento di questo argomento è di fondamentale importanza per una comprensione completa del disturbo d'ansia e delle sue implicazioni sulla salute mentale.

1.2.1 L'ansia nei bambini

L'ansia è una condizione emotiva molto frequente nei bambini. In determinati momenti del suo sviluppo adattivo, essa è un'emozione fisiologica e ha carattere transitorio. Pensiamo, per esempio, alle paure percepite dal bambino durante il primo anno di vita. Secondo Pontillo e Vicari (2020), queste comprendono forti rumori, persone estranee oppure oggetti di grandi dimensioni. In epoca prescolare le paure più frequenti riguardano il buio, la separazione dai genitori o il dormire da soli, mentre tra i 6 e i 9 anni può manifestarsi la paura che accada qualcosa di spiacevole, come farsi male o avere degli incidenti.

Tuttavia, per poter avere ben chiaro quando i timori e le preoccupazioni fanno parte di una normale fase evolutiva e quando, invece, diventano una condizione clinica, può essere utile porre l'accento sulla distinzione tra i concetti di ansia e paura.

L'ansia, infatti, viene spesso confusa con la paura. Questo perché entrambe coincidono con delle risposte anticipatorie che mente e corpo producono in corrispondenza di un'emergenza reale o supposta tale. Seppur distintamente, ansia e paura inducono sensazioni corporee accompagnate da un notevole stato di inquietudine e agitazione.

In quest'ottica, il timore di un bambino di due anni può definirsi semplicemente una paura prevedibile in base all'età e allo sviluppo del bambino. L'ansia invece è un'eccessiva reazione apprensiva alle possibili conseguenze di un evento e non all'evento di per sé.

La paura insorge nel momento in cui una minaccia specifica è reale e sta per accadere in maniera imminente. Uno stato ansioso, invece, si manifesta a causa di un pericolo non

oggettivo, e in questo caso, a differenza della paura, la minaccia percepita è irragionevole a fronte degli input aspecifici e non concretamente identificabili.

Così facendo, l'ansia diventa patologica quando si manifesta con una reazione eccessivamente apprensiva nei confronti di un evento esterno o di una situazione che non sono oggettivamente pericolosi (anche se a volte potrebbero potenzialmente esserlo).

Il modo in cui i disturbi d'ansia si manifestano è legato all'età e al particolare livello di sviluppo. In questo periodo della vita, tendono ad essere più frequenti sintomi somatici come mal di pancia o mal di testa. Possono poi manifestarsi forti preoccupazioni, la richiesta di dormire con i genitori, frequenti incubi notturni, difficoltà di concentrazione e costante richiesta di rassicurazione da parte dei genitori.

Sono stati, inoltre, identificati dei fattori in grado di contribuire all'insorgenza e al mantenimento dei disturbi d'ansia in età evolutiva.

Si tratta in particolare dei fattori genetici, ambientali e temperamentali. È importante però sottolineare che queste non devono essere considerate cause dirette del disturbo, ma fattori di vulnerabilità, ovvero la loro presenza e la loro interazione contribuiscono a rendere il bambino maggiormente a rischio di sviluppare il disturbo stesso.

È stato evidenziato come i figli di genitori che presentano un Disturbo d'ansia abbiano un rischio almeno sette volte maggiore di presentare anch'essi lo stesso disturbo già in età evolutiva. Comportamenti genitoriali iperprotettivi o esageratamente critici, infatti, possono contribuire allo sviluppo di ansia patologica nei bambini. (Pontillo, Vicari, 2020).

Anche fattori ambientali o eventi di vita stressanti, quali episodi ripetuti di bullismo o cyberbullismo a scuola o da parte del gruppo dei pari, avere un parente o un genitore con una grave malattia, l'appartenenza ad una classe sociale svantaggiata o ad una famiglia rigida o conflittuale (in condizioni di scarsa protezione), possono contribuire alla formazione di questo disturbo.

Infine, vi sono i fattori temperamentali. Il temperamento può essere definito come quella disposizione di base, presente in ciascuno di noi dalla nascita, in grado di modulare l'espressione delle emozioni, la qualità dell'umore e la propensione alla socialità. Al contrario del carattere, il quale dipende dall'influenza che l'ambiente esercita sull'individuo durante l'infanzia ed è legato alla storia personale e al patrimonio culturale appreso durante lo sviluppo, il temperamento ha basi biologiche.

Per meglio comprendere questa diversità, potremmo dire che un bambino ha un temperamento inibito se è timido, preferisce attività in solitario e non cerca la relazione tra pari.

Secondo diversi studi, fattori temperamentali come l'affettività positiva, l'affettività negativa e l'iperattivazione fisiologica sarebbero correlati alla presenza di sintomatologia sia ansiosa che depressiva. In particolare l'affettività negativa, in quanto legata ad una maggiore vulnerabilità e sensibilità alle emozioni negative, associata ad un'alta iperattivazione fisiologica, è considerata fattore di rischio per lo sviluppo di un Disturbo d'ansia in bambini (Pontillo, Vicari, 2020).

1.2.2 L'ansia negli adolescenti

Il disturbo d'ansia negli adolescenti, similmente a quello presente durante l'infanzia, si manifesta tramite segnali comportamentali e sintomi che possono influire sulla vita

quotidiana. Tra questi si trova un forte rifiuto a frequentare regolarmente la scuola, nervosismo e preoccupazione quando si è fuori casa o in situazioni sociali, difficoltà nel parlare o nell'incontrare persone nuove e partecipare ad eventi pubblici, preoccupazione eccessiva per situazioni specifiche prima del loro accadimento, come viaggi, cambi di scuola e in generale cambiamenti nella routine quotidiana, difficoltà nel parlare durante le interrogazioni a scuola e/o davanti ai coetanei, bisogno eccessivo di rassicurazioni circa le proprie capacità e alterazioni del ritmo sonno-veglia.

È possibile suddividere questi sintomi in fisiologici, comportamentali, cognitivi e soggettivi, così come si manifestano in ciascuno dei differenti disturbi d'ansia in età evolutiva: i sintomi fisiologici sono le manifestazioni corporee dell'ansia e consistono in aumento della sudorazione, tensione addominale, rossore in viso, sensazione di mancanza d'aria, palpitazioni accelerate e tremori.

I sintomi comportamentali sono solitamente i tentativi dell'adolescente di attenuare o evitare situazioni percepite come minacciose. Possono includere l'evitamento di luoghi o attività sociali, l'isolamento dai coetanei, ecc.

I sintomi cognitivi fanno riferimento ai pensieri tipici che compaiono negli adolescenti con un dato disturbo d'ansia, come preoccupazioni eccessive, pensieri catastrofici e irrazionali, ipervigilanza e difficoltà a prendere decisioni o a concentrarsi. Infine, i sintomi soggettivi descrivono cosa prova l'adolescente ansioso.

Così come per i bambini, di fondamentale importanza vi sono i fattori genetici, ambientali e temperamentali trattati nel Capitolo precedente (Pontillo, Vicari, 2020).

1.2.3 L'ansia negli adulti

Dato che l'esordio dei disturbi d'ansia si colloca generalmente in età infantile, la diagnosi differenziale deve tener conto dell'esistenza di fobie e paure considerate normali in età evolutiva, transitorie e di breve durata. Ad esempio, è comune avere paura degli animali attorno ai 2-3 anni, mentre lo è molto meno in età adulta (Lingiardi, 2014).

Ciò suggerisce un parametro utile per distinguere l'ansia patologica da quella evolutiva, dato cioè dalla durata e dalla persistenza dello stato ansioso (un periodo superiore a sei mesi indica la patologia).

I disturbi d'ansia rientrano tra le patologie psichiatriche più frequenti. Nel mondo occidentale si ritiene che le donne ne siano più colpite degli uomini. Questa disparità può essere spiegata da diverse variabili, quali fattori ormonali, pressioni culturali e maggior propensione a parlare della propria ansia con medici e terapeuti (APA, 2014).

Come già accennato nei precedenti paragrafi, è possibile notare una patologia ansiosa quando la reazione d'allarme dell'individuo insorge in assenza di uno stimolo, nonché quando i livelli d'ansia percepita risultano eccessivamente intensi o quando le risposte comportamentali si rivelano poco congrue e non vantaggiose.

Per un'accurata diagnosi ed un'adeguata pianificazione degli interventi, è importante comprendere quale specifico disturbo d'ansia affligge l'individuo, considerando gli elevati tassi di comorbilità tra i disturbi dello spettro dell'ansia. È necessario, quindi, tener conto di due ordini di fattori: in primo luogo, la situazione o l'oggetto che attivano la reazione di paura, ansia o evitamento. Successivamente, il contenuto dei pensieri e delle credenze ad esso associati.

Che si tratti di fobie specifiche, disturbo d'ansia sociale o d'ansia generalizzata (DAG), è importante sottolineare che l'avanzamento dell'età non implica automaticamente l'impossibilità di soffrire di tali disturbi. Sebbene sia vero che, in generale, i sintomi tendono ad affievolirsi con il passare del tempo e con l'esperienza diretta, non si può negare la possibilità che essi persistano o addirittura si intensifichino (APA, 2014).

1.2.4 L'ansia negli anziani

È stato stimato che tra gli individui di età superiore ai sessant'anni, vi è un tasso di disturbi d'ansia che raggiunge il 15% e, tra questi, il disturbo d'ansia generalizzato sembra essere il più comune. Tuttavia, la prevalenza dei disturbi d'ansia nella tarda età è considerata sottostimata a causa delle difficoltà nell'effettuare valutazioni e diagnosi precise. Infatti, riconoscere i disturbi d'ansia negli anziani può essere complicato a causa di una serie di fattori come la manifestazione atipica dei sintomi rispetto all'età adulta, l'elevata comorbilità con malattie fisiche e disturbi psicologici concomitanti, nonché cambiamenti di vita che subentrano in questa fase dell'esistenza (Baranzini, 2017).

Gli individui anziani possono erroneamente attribuire l'ansia e la paura come elementi intrinseci del processo di invecchiamento, dimostrandosi meno accurati nel riconoscere i sintomi d'ansia rispetto ai giovani adulti. Ciò accade in quanto tendono a minimizzare tali sintomi e ad utilizzare un linguaggio differente per descrivere i loro stati emotivi.

Le cause dell'ansia nell'anziano possono derivare da una serie di fattori di rischio che coinvolgono i cambiamenti che si verificano nel corso della vita. Ad esempio, i problemi di salute fisica, il deterioramento cognitivo, i fattori economici, le perdite affettive e il lutto del coniuge (Blazer, Steffens, 2015).

È stato inoltre riscontrato che spesso in questa fascia d'età il disturbo d'ansia si manifesta in comorbidità con un disturbo depressivo, generando una complessa sfida di diagnosi e trattamento. Questi due disturbi condividono diversi sintomi, come irritabilità, irrequietezza, diminuzione della concentrazione, alterazioni del ritmo sonno-veglia, problemi di appetito e affaticamento persistente. La conseguenza di questa sovrapposizione è che risulta difficile distinguere con certezza tra i due disturbi e capire quale prevalga sull'altro (Lingiardi, McWilliams, 2020).

Capitolo 2

Diagnosi, classificazione e strumenti utili

2.1 Presentazione dei disturbi d'ansia secondo il DSM-5

Il DSM-5, noto come Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, classifica i disturbi d'ansia come una delle condizioni psichiatriche più comuni globalmente. Pertanto, è di fondamentale importanza che gli psicologi clinici siano in grado di identificarli prontamente e fornire un trattamento adeguato (APA, 2013).

Il 18 marzo 2022 è stata pubblicata la quinta versione Text Revision, con conseguente traduzione in italiano nel 2023. All'interno di questa edizione non sono stati apportati cambiamenti nei criteri clinicamente significativi; quindi, anche alla luce della ancora relativamente scarsa letteratura che utilizza questa nuova versione, si continuerà a prendere come riferimento la versione precedente.

Nella letteratura clinica, il termine “ansia” è stato utilizzato per descrivere una serie di fenomeni, ma si riferisce principalmente alla presenza di una paura o apprensione sproporzionata rispetto alla situazione.

Il punto fondamentale è, infatti, la distinzione tra l’ansia normale e quella patologica. L’ansia normale è una reazione d’allarme utile alla nostra sopravvivenza. Non interferisce negativamente, ma al contrario aumenta le capacità operative del soggetto nel risolvere una situazione.

Essa diventa patologica quando tali reazioni diventano esagerate, con conseguente caduta nel livello delle prestazioni (Carbonatto, 2008).

2.1.1 Disturbo d’ansia da separazione

Il primo disturbo citato dal DSM-5 fa riferimento al Disturbo d’Ansia da separazione: una condizione, cioè, in cui un individuo manifesta ansia eccessiva quando percepisce la separazione da luoghi o individui con cui ha un forte legame emotivo.

Questo disturbo, dapprima inserito all’interno dei disturbi infantili, ha trovato diversa collocazione in seguito alla sua manifestazione in età adulta. Infatti, la sua stima è pari al 4,1% durante l’infanzia, mentre raggiunge il 6,6% tra la popolazione adulta. In riferimento a ciò, però, cambia l’oggetto dell’attaccamento: nei bambini, infatti, è probabile che questo si esprima nei confronti di un genitore, mentre negli adulti potrebbe rivolgersi nei riguardi del partner o di un amico. Questo disturbo non dev’essere confuso con l’ansia da separazione, data dall’attraversamento di una fase normale dell’infanzia che si manifesta intorno agli 8 mesi per poi scomparire gradualmente (APA, 2013).

Waite et al. (2017) sostengono che «l'individuo vive un significativo livello di ansia e di angoscia quando viene separato dall'accompagnatore di riferimento o quando si trova lontano da casa. Tenterà quindi di evitare quelle situazioni in cui ci si deve separare dall'accompagnatore di riferimento».

I criteri diagnostici riportati dal DSM-5 per il disturbo d'ansia da separazione sono:

A. Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato, come evidenziato da tre (o più) criteri:

1. Ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle 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, come malattie, ferite, catastrofi o morte.
3. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione dalla principale figura di attaccamento (per es. perdersi, essere rapito, avere un incidente, ammalarsi).
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 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 (per es. mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.

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

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

D. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il rifiuto di uscire di casa a causa di un'eccessiva resistenza al cambiamento nel disturbo dello spettro dell'autismo; deliri e allucinazioni riguardanti la separazione nei disturbi psicotici; il rifiuto di uscire in assenza di un accompagnatore fidato nell'agorafobia; preoccupazioni riguardanti la malattia o altri danni che possono capitare a persone significative nel disturbo d'ansia generalizzata; oppure preoccupazioni relative all'aver una malattia nel disturbo di ansia di malattia.

2.1.2 Mutismo selettivo

Il mutismo selettivo è un disturbo caratterizzato dalla difficoltà persistente di parlare in specifiche situazioni sociali, nonostante l'individuo sia in grado di parlare in altre circostanze, come ad esempio a casa. In passato era chiamato “mutismo elettivo”, ma è stato rinominato “mutismo selettivo” e collocato tra i disturbi che di solito vengono diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza. Nel DSM-5, è stato collocato tra i disturbi d'ansia, poiché sono state raccolte evidenze scientifiche che lo associano a tali disturbi. Si riconosce sempre di più che il mutismo selettivo può persistere anche in età adulta, sebbene sia un disturbo raro che si manifesta principalmente nei bambini piccoli (APA, 2013).

Rezzonico et al (2018) descrivono il mutismo selettivo come una risposta rigida di autodifesa di fronte a situazioni sociali temute, con manifestazioni variabili nei diversi contesti della vita dell'individuo, come famiglia, scuola e tempo libero. Tuttavia, ciò

che suscita maggiore preoccupazione tra familiari, clinici e adulti che si trovano di fronte a questa sfida è l'assenza di linguaggio nell'ambiente scolastico. Spesso, la comunicazione verbale persiste, soprattutto in famiglia, ma risulta inibita a scuola. Questo spiega perché il mutismo selettivo viene frequentemente riconosciuto come un problema durante l'età scolare.

Tra i criteri diagnostici troviamo:

- 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 o lavorativi o 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 (per es. disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

2.1.3 Fobia specifica

La fobia è un disturbo caratterizzato da una paura eccessiva verso oggetti specifici o situazioni particolari. Le fobie si suddividono in diverse categorie a seconda di ciò che viene temuto, come animali, ambiente naturale, sangue-iniezioni-ferite, situazioni specifiche e altro. Una caratteristica distintiva delle fobie è che la paura o l'ansia sono limitate a un oggetto specifico, senza coinvolgere altre paure. In alcuni casi, le fobie specifiche possono riguardare più oggetti, come ad esempio il timore di insetti e topi.

Le fobie sono state riconosciute come disturbi debilitanti da oltre un secolo. La loro natura e l'ansia circoscritta che ne deriva le rendono solitamente facilmente distinguibili da altre condizioni. L'età di insorgenza delle fobie specifiche presenta due picchi principali: il primo si verifica durante l'infanzia ed è associato alla fobia del sangue-iniezioni-ferite, mentre il secondo si verifica prima dell'età adulta e riguarda principalmente altre fobie, come ad esempio la fobia situazionale. È interessante notare che si ritiene che la gravità di una fobia che persiste nell'età adulta rimanga sostanzialmente stabile nel tempo, a differenza di altri disturbi d'ansia che possono manifestare fluttuazioni (APA, 2013).

I criteri diagnostici riguardano:

- A. Paura o ansia marcate verso un oggetto o una 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.
- G. Il disturbo non è meglio spiegato dai sintomi di un altro disturbo mentale, tra cui la paura, l'ansia e l'evitamento di situazioni associate a sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti (come nell'agorafobia); oggetti o situazioni legate a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo);

ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post-traumatico); separazione da casa o dalle figure di attaccamento (come nel disturbo d'ansia di separazione); o situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale).

2.1.4 Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)

Il disturbo d'ansia sociale, noto anche come fobia sociale, coinvolge una paura intensa o ansia riguardo alle situazioni sociali, inclusi gli incontri con estranei o il dover interagire in pubblico. Le persone affette da questo disturbo spesso temono l'imbarazzo che potrebbero provare in contesti sociali, come ad esempio quando devono parlare in pubblico o fare nuove conoscenze. Tale disturbo può manifestarsi come una paura specifica o ansia in situazioni particolari, come scrivere, mangiare o parlare in presenza degli altri. In alcuni casi, può esserci una paura generale e non specifica di essere giudicati o di sentirsi inadeguati. È importante notare che molte persone sperimentano una certa quantità di ansia sociale o imbarazzo, ma diventa un disturbo solo quando ostacola la partecipazione ad attività desiderate o causa un notevole disagio durante lo svolgimento di tali attività.

Studi condotti nella comunità hanno rilevato che circa un terzo di tutti gli individui riconosce di essere più ansioso nelle situazioni sociali rispetto ad altri. Tuttavia, è importante considerare questo livello di ansia come un disturbo solo quando impedisce all'individuo di partecipare alle attività desiderate o causa un disagio significativo durante il loro svolgimento (APA, 2013).

Secondo l'ICD-10, la fobia sociale è caratterizzata da «paure relative al giudizio di altre persone, che conducono all'evitamento delle situazioni sociali. Le fobie sociali più gravi sono in genere associate ad una scarsa stima di sé e alla paura di essere criticati. Esse possono presentarsi come lamentele relative all'arrossire, al tremore delle mani, alla

nausea o all'urgenza di urinare, in quanto il paziente è convinto che una di queste manifestazioni secondarie della propria ansia sia il problema principale. I sintomi possono progredire fino a dar luogo ad attacchi di panico».

I criteri diagnostici sono:

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, essere osservati ed eseguire prestazione di fronte ad altri. Nota: Nei bambini, l'ansia deve manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solo nell'interazione con gli adulti.

B. L'individui teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente, cioè, saranno umilianti o imbarazzanti.

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.

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.

H. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica

I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale, come disturbo di panico disturbo di dismorfismo corporeo o disturbi dello spettro dell'autismo

J. Se è presente un'altra condizione medica, la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente non correlati oppure eccessivi.

Specificare se:

Legata solo alla performance: se la paura è limitata al parlare oppure all'esibirsi in pubblico.

2.1.5 Disturbo di panico

Il disturbo di panico si caratterizza per la presenza di attacchi di panico ricorrenti, accompagnati da preoccupazioni persistenti o comportamenti alterati. Le persone affette da questo disturbo sperimentano sintomi di ansia e una compromissione funzionale che va oltre l'episodio di panico stesso. Gli attacchi di panico si verificano improvvisamente, senza una causa identificabile o un segnale ambientale specifico. La relazione tra il disturbo di panico e l'agorafobia è stata oggetto di grande interesse. Sebbene il DSM-IV descrivesse il disturbo di panico con o senza agorafobia, nel DSM-5 questa distinzione non è stata mantenuta perché non ha dimostrato un'importanza statistica significativa. Il disturbo di panico spesso si manifesta in concomitanza con altri disturbi mentali, in particolare i disturbi d'ansia e quelli depressivi, che vanno al di là dell'ambito dell'agorafobia.

Il disturbo di panico è stato riconosciuto come una condizione clinica distinta sin dall'inclusione nel DSM-III. Durante la transizione dal DSM-III al DSM-IV-TR, il disturbo di panico e l'agorafobia erano strettamente correlati. Secondo il concetto formulato nel DSM-IV, l'agorafobia genera inevitabilmente un certo livello di ansia che aumenta spontaneamente, che, se questi episodi non soddisfano i criteri formali per gli attacchi di panico. Invece, nelle versioni precedenti del DSM e nell'ICD-10, l'agorafobia è considerata meno strettamente associata al disturbo di panico (APA, 2013).

Roy-Byrne et al (2006) sottolineano come il disturbo di panico sia un disturbo mentale comune che colpisce fino al 5% della popolazione. Alcune malattie fisiche (per esempio l'asma) si verificano comunemente con il disturbo di panico e alcuni fattori legati allo stile di vita (per esempio il fumo) ne aumentano il rischio. Esistono anche fattori di

suscettibilità genetica, ma la loro esatta natura e i meccanismi fisiopatologici rimangono sconosciuti.

Di seguito, i criteri 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 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, instabilità, “testa leggera” o 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 sé 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 dei 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 ad una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta ad un oggetto o ad 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).

2.1.6 Agorafobia

L'agorafobia è stata identificata da Westphal nel XIX secolo come una condizione in cui gli individui sperimentano una paura intensa dei luoghi pubblici. Nel corso delle successive edizioni del DSM, essa è stata descritta come un disturbo caratterizzato dall'evitamento e dalla paura di restare soli o in luoghi pubblici in cui potrebbe essere difficile fuggire o ricevere aiuto in caso di difficoltà improvvisa. In passato, l'agorafobia era considerata principalmente come una complicanza secondaria degli attacchi di panico. Tuttavia, studi successivi hanno dimostrato che la maggior parte delle persone con agorafobia non ha mai sperimentato attacchi di panico o sintomi simili. Pertanto, nel DSM-5, l'agorafobia è stata riconosciuta come un disturbo autonomo che può essere

diagnosticato indipendentemente dal disturbo di panico o dagli attacchi di panico (APA, 2013).

L'ICD-11 definisce l'agorafobia come un insieme abbastanza ben definito di fobie che comprendono la paura di uscire di casa, di entrare nei negozi e nei luoghi pubblici affollati, o di viaggiare da soli in treno, autobus o aereo. Un disturbo da attacchi di panico è presente frequentemente sia nel corso dell'episodio in atto che in passato. Anche sintomi depressivi e ossessivi e fobie sociali sono spesso presenti, ma non dominano il quadro clinico. L'evitamento della situazione fobica è spesso preminente ed alcuni agorafobici provano poca ansia perché sono capaci di evitare le loro situazioni fobiche.

I criteri diagnostici includono:

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 relativi 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 sei 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.

H. Se è presente un'altra condizione medica (per es. sindrome dell'intestino irritabile, malattia di Parkinson), la paura, l'ansia o l'evitamento sono chiaramente eccessivi.

I. La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale: per esempio, i sintomi non sono limitati alla fobia specifica, tipo situazionale; non coinvolgono solamente situazioni sociali (come nel disturbo d'ansia sociale); e non sono legati esclusivamente ad ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo), a difetti o ad imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico (come nel disturbo di dismorfismo corporeo), a ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stress post-traumatico), oppure a timore della separazione (come nel disturbo d'ansia da separazione).

Nota: l'agorafobia è diagnosticata indipendentemente dalla presenza di disturbo di panico. Se la presentazione di un individuo soddisfacesse i criteri per il disturbo di panico e per l'agorafobia, dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi.

2.1.7 Disturbo d'ansia generalizzata

Il Disturbo d'ansia generalizzata (GAD) è caratterizzato da persistente ed eccessiva ansia e un grado di preoccupazione sproporzionato rispetto alla circostanza o all'evento.

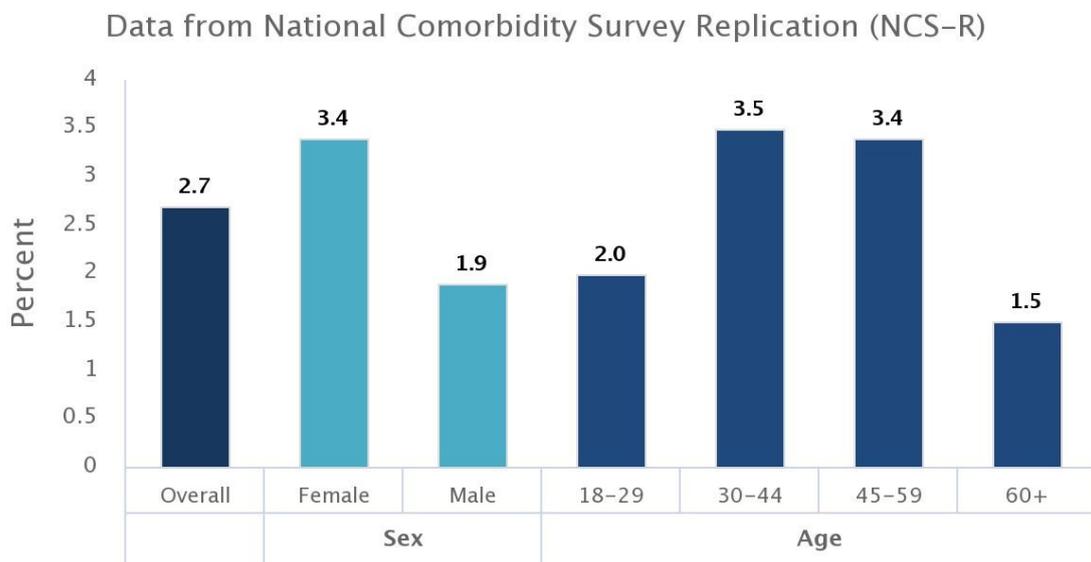
I soggetti affetti da questo disturbo non sono turbati dall'eccessiva risposta delle loro preoccupazioni, quanto dalla natura stessa di queste ultime (APA, 2013).

I dati del National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) in figura mostrano la prevalenza del disturbo d'ansia generalizzata tra gli adulti statunitensi di età pari o

superiore ai 18 anni, mettendo in risalto che il 2,7% degli adulti statunitensi ha avuto un disturbo d'ansia generalizzato negli anni 2001-2003. Inoltre, la prevalenza del disturbo d'ansia generalizzata tra gli adulti era più alta per le donne (3,4%) che per gli uomini (1,9%).

Fonte: National Institute of Mental Health, Generalized Anxiety Disorder

Past Year Prevalence of Generalized Anxiety Disorder Among U.S Adults (2001–2003)



Inoltre, tali individui hanno difficoltà a controllare la loro preoccupazione e presentano almeno tre dei seguenti sintomi (nei bambini è sufficiente un solo sintomo):

- A. Ansia e preoccupazione 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 seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).

Nota: nei bambini è richiesto un solo item.

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

D. L’ansia, le preoccupazioni o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es. una droga, un farmaco) o di un’altra condizione medica (per es. ipertiroidismo).

F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es. l’ansia o il timore di avere attacchi di panico nel disturbo di panico, la valutazione negativa nel disturbo di ansia sociale, la contaminazione o altre ossessioni nel disturbo ossessivo-compulsivo, la separazione dalle figure di attaccamento nel disturbo d’ansia da separazione, i ricordi di eventi traumatici nel disturbo da stress post-traumatico, il prendere peso nell’anoressia nervosa, le lamentele fisiche nel disturbo da sintomi somatici, i difetti percepiti nell’aspetto fisico nel disturbo di dismorfismo corporeo, l’aver una grave malattia nel disturbo di ansia da malattia, oppure il contenuto di convinzioni deliranti nella schizofrenia o nel disturbo delirante).

2.1.8 Disturbo d’ansia indotto da sostanze/farmaci

Il disturbo d’ansia indotto da sostanze/farmaci si manifesta quando i sintomi significativi di ansia, come panico, preoccupazione, fobie o ossessioni, emergono in relazione all’uso di sostanze illecite o prescritte. Prima di considerare la diagnosi di un disturbo d’ansia, è importante escludere l’uso di sostanze e farmaci come causa dell’ansia. I clinici devono indagare sull’uso di sostanze da parte dei pazienti e

registrare i farmaci prescritti. Quando si incontra una persona ansiosa, è importante considerare l'uso di sostanze come possibile causa e determinare se vi è una relazione tra la sostanza e i sintomi d'ansia. Non esiste un test definitivo per confermare questa relazione, ma la tempistica dei sintomi, la letteratura esistente e i segni/sintomi atipici possono aiutare nella diagnosi. L'ansia può insorgere durante l'intossicazione o l'astinenza da sostanze, ed è associata a sostanze illecite, alcol e caffeina. È anche possibile diagnosticare il disturbo d'ansia indotto da farmaci quando l'ansia è correlata all'assunzione di determinati farmaci. Questa diagnosi è appropriata quando i sintomi d'ansia prevalgono e richiedono un'attenzione clinica indipendente rispetto all'intossicazione o all'astinenza (APA, 2013).

I criteri diagnostici coinvolgono:

A. Nel quadro clinico predominano attacchi di panico o ansia.

B. Sono evidenti dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dai dati di laboratorio entrambi gli elementi 1) e 2):

1. I sintomi di cui al Criterio A sono comparsi durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanze, o dopo l'assunzione di un farmaco.

2. La sostanza/farmaco coinvolta/o è in grado di produrre i sintomi di cui al Criterio A.

C. La condizione non risulta meglio spiegata da un disturbo d'ansia non indotto da sostanze/farmaci. Le evidenze di un disturbo d'ansia indipendente potrebbero essere le seguenti:

I sintomi precedono l'esordio dell'uso di sostanze/farmaci; i sintomi persistono per un periodo di tempo considerevole (per es., circa 1 mese) dopo il termine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave; oppure vi sono altre evidenze che suggeriscono l'esistenza di un disturbo d'ansia indipendente non indotto da sostanze/farmaci (per es., anamnesi di episodi ricorrenti non correlati all'uso di sostanze).

D. La condizione non si manifesta esclusivamente nel corso di un delirium.

E. La condizione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota: Si dovrebbe porre questa diagnosi anziché quella di intossicazione da sostanze o astinenza da sostanze solo quando i sintomi del Criterio A predominano nel quadro clinico e sono sufficientemente gravi da giustificare attenzione clinica.

2.1.9 Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica

I sintomi d'ansia possono verificarsi in associazione con diverse condizioni mediche come disfunzioni endocrine, malattie cardiovascolari, disturbi respiratori, condizioni neurologiche e alterazioni metaboliche. Quando è evidente che l'ansia è direttamente causata da una condizione medica, viene diagnosticato come disturbo d'ansia dovuto a tale condizione. Nella diagnosi, viene specificata la condizione medica seguita dal disturbo d'ansia (ad esempio, disturbo d'ansia dovuto a feocromocitoma). (APA, 2013).

I criteri diagnostici coinvolgono:

- A. Nel quadro clinico predominano attacchi di panico o ansia.
- B. Vi è evidenza dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dai dati di laboratorio che il disturbo è la conseguenza patofisiologica diretta di un'altra condizione medica.
- C. La condizione non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale.
- D. La condizione non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium.
- E. La condizione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Nota di codifica: Includere il nome dell'altra condizione medica all'interno del nome del disturbo mentale (per es., 293.84 [F06.4] disturbo d'ansia dovuto a feocromocitoma). L'altra condizione medica dovrebbe essere codificata ed elencata separatamente immediatamente prima del disturbo d'ansia dovuto alla condizione medica.

2.1.10 Disturbo d'ansia con altra specificazione e disturbo d'ansia senza specificazione

Il disturbo d'ansia con altra specificazione e il disturbo d'ansia senza specificazione sono categorie diagnostiche utilizzate per individui che manifestano sintomi di ansia ma non soddisfano i criteri per un disturbo d'ansia specifico. La diagnosi di disturbo d'ansia con altra specificazione viene utilizzata quando i sintomi caratteristici di un disturbo d'ansia sono presenti e causano disagio o compromissione, ma non si adattano a una categoria diagnostica più specifica. Il clinico può indicare una ragione specifica per cui i criteri non sono soddisfatti, ad esempio, attacchi con sintomi limitati. La categoria disturbo d'ansia senza specificazione viene utilizzata quando i sintomi non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo specifico, ma causano comunque disagio o compromissione, e il clinico decide di non specificare la ragione o non dispone di informazioni sufficienti per una diagnosi più specifica (APA, 2013).

Disturbo d'ansia con altra specificazione

Il disturbo d'ansia con altra specificazione è una categoria diagnostica utilizzata quando i sintomi caratteristici di un disturbo d'ansia causano disagio significativo o compromissione del funzionamento, ma non soddisfano completamente i criteri per nessun disturbo d'ansia specifico. In queste situazioni, il clinico può indicare la ragione specifica per cui i criteri non sono soddisfatti. Ad esempio, potrebbe essere registrato "disturbo d'ansia con altra specificazione" seguito dalla spiegazione specifica, come ansia generalizzata che non si verifica la maggior parte dei giorni. Alcuni esempi di manifestazioni che possono essere specificate includono attacchi paucisintomatici, ansia

generalizzata che non si verifica la maggior parte dei giorni, Khyâl cap (attacchi di vento) e ataque de nervios (attacco di nervi) (APA, 2013).

Disturbo d'ansia senza specificazione

La categoria disturbo d'ansia senza specificazione è utilizzata quando i sintomi caratteristici di un disturbo d'ansia sono presenti e causano un significativo disagio o compromissione nel funzionamento, ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo d'ansia specifico. Questa categoria si applica quando il clinico decide di non specificare la ragione per cui i criteri diagnostici non sono soddisfatti, o quando non ci sono informazioni sufficienti per fare una diagnosi più specifica, come ad esempio in contesti di pronto soccorso. In queste situazioni, la categoria disturbo d'ansia senza specificazione fornisce un modo per riconoscere e classificare i sintomi di ansia significativi, anche se non possono essere attribuiti a un disturbo d'ansia specifico (APA, 2013).

2.2 I disturbi dello spettro ansioso del PDM-2 ed elementi di comprensione psicodinamica

Il manuale diagnostico psicodinamico, noto come PDM nella sua seconda versione, offre un quadro completo della personalità in minori, adulti ed anziani. L'approccio utilizzato non si basa su categorie rigide, ma piuttosto offre riflessioni psicodinamiche che sono cruciali per comprendere il quadro clinico del paziente e per strutturare un progetto terapeutico.

2.2.1 Disturbi d'ansia nei bambini secondo il PDM-2

Lingiardi e McWilliams sostengono che durante l'infanzia i bambini ansiosi non solo si preoccupano in modo eccessivo, ma cercano anche di evitare situazioni che li rendono

ansiosi, manifestando richieste urgenti e insistenti. Questo comportamento può farli sembrare esigenti, controllanti e ostinati. In base a ciò, spesso i genitori interpretano tale comportamento come semplice esigenza o controllo anziché come manifestazione di ansia, rispondendo con rabbia eccessiva, critiche o punizioni. Questo fraintendimento comune crea un circolo vizioso di interazioni negative che aumentano sia l'ansia del bambino che i conflitti familiari.

Durante la crescita, questi bambini imparano a gestire le normali ansie della vita e questa capacità risulta essenziale per il loro benessere emotivo. In un sano sviluppo, i bambini affrontano le situazioni ansiose con un minimo di evitamento e inibizione. Tuttavia, i bambini cronicamente ansiosi o facilmente stimolati dall'ansia possono manifestare pensieri, immaginazione, comportamenti e relazioni influenzati dal loro stato emotivo. Questi, possono immaginare che cose negative accadano loro ed evitare o ritirarsi da attività comuni, oppure affrontarle in modo controfobico.

Secondo la teoria psicodinamica, essi utilizzano strategie cosce e inconscie per ridurre la percezione di ansia, che può manifestarsi in modi diversi. I sintomi comuni dell'ansia nei bambini includono frequenti incubi, disturbi del sonno e dell'alimentazione, nonché comportamenti regressivi. Oltre all'evitamento e all'inibizione, utilizzano meccanismi di difesa come la negazione, la repressione, lo spostamento, la disattenzione selettiva e la dissociazione per minimizzare l'esperienza d'ansia. Spesso, infatti, lamentano sintomi somatici come mal di stomaco, mal di testa, nausea o bisogno frequente di urinare (Lingiardi, 2018).

2.2.2 Disturbi d'ansia negli adulti secondo il PDM-2

Gli stati affettivi nel disturbo d'ansia in età adulta sono correlati alle diverse situazioni di paura legata ai pericoli di base secondo Freud. Queste situazioni includono la perdita dell'oggetto, la perdita dell'oggetto d'amore, la castrazione e la perdita dell'approvazione del Super-Io. In modo più semplice, ciò si traduce nella paura di perdere una persona significativa, l'amore, l'integrità corporea e l'approvazione del sé.

L'ansia anticipatoria per questi pericoli può essere controllata o meno. Quando non lo è, può generare la preoccupazione di essere annientati. L'ansia di annichilimento ha origini precoci ma può essere attivata in qualsiasi momento della vita da minacce alla sopravvivenza. Può emergere improvvisamente in forme presimboliche o in fantasie che coinvolgono conflitti e compromessi, e può presentare una resistenza particolarmente difficile da superare.

Lo studio dell'ansia di annichilimento in relazione ai pericoli di base ha vantaggi teorici e clinici, specialmente nella comprensione del panico, dell'ansia generalizzata, delle fobie, della psicosi, degli stati dissociativi, dei problemi sessuali e dei pattern personali. Le paure associate all'ansia di annichilimento riguardano il sentirsi sopraffatti, intrappolati, invasi, sommersi e distrutti, spesso correlati a ricordi consci o inconsci di esperienze infantili precoci. Nei casi più gravi, quest'ansia diventa un'esperienza insopportabile e può causare una rottura del funzionamento e la perdita del senso di sé.

I pazienti ansiosi possono manifestare diversi sintomi cognitivi, tra cui difficoltà di concentrazione, problemi nell'attenzione, facilità nel distrarsi e difficoltà di memoria. Le paure di base, come quella per la separazione, dell'abbandono e del rifiuto, sono comuni. Tuttavia, paure più gravi e complesse legate all'ideazione, come la paura di essere inghiottiti o di perdere il controllo della mente o del corpo, lo sono meno. Alcuni

pazienti possono sperimentare un'ansia travolgente riguardo una catastrofe imminente, che può compromettere il senso dei confini del corpo e dell'identità. Altre preoccupazioni possono riguardare la perdita di persone da cui si dipende o la sicurezza economica. La "paura della paura", definita anche come ansia anticipatoria, è comune tra i pazienti con attacchi di panico. Questi individui possono evitare determinate situazioni o luoghi per timore di un altro attacco.

Gli stati somatici correlati all'ansia includono sensazioni di tensione, sudorazione delle mani, la sensazione di farfalle nello stomaco o di una benda stretta attorno alla testa. Possono anche verificarsi fenomeni di depersonalizzazione o derealizzazione, dati dalla sensazione di essere distaccati dal proprio corpo o dalla realtà esterna.

I pattern relazionali possono includere manifestazioni esplicite della paura del rifiuto, la costante richiesta di rassicurazioni, l'espressione di sentimenti di colpa con autoaccuse, nonché l'evitamento di attribuirsi la colpa. Possono emergere anche conflitti riguardo alla dipendenza, con sentimenti di oppressione, annegamento o soffocamento, e un'oscillazione tra il desiderio di avvicinarsi agli altri e quello di allontanarli (Lingiardi, McWilliams, 2018).

2.2.3 Disturbo d'ansia negli anziani secondo il PDM-2

In età avanzata, i disturbi d'ansia presentano manifestazioni eterogenee e possono essere sottovalutati o misconosciuti sia dai clinici che dai ricercatori. Gli anziani possono riferire in modo meno esplicito i sintomi psicologici, enfatizzando invece quelli somatici. La comorbilità con disturbi fisici, declino cognitivo e cambiamenti legati all'età complica questo quadro clinico. L'ansia può essere influenzata da eventi traumatici, come malattie acute o perdite, ed è spesso associata a una maggiore

comorbilità con la depressione. Gli anziani possono manifestare diverse forme di ansia, tra cui la paura di cadere, preoccupazioni sulla salute, ansia di separazione e timore dell'invecchiamento. L'ansia può essere scatenata dal ricordo di traumi passati o da sensazioni di rabbia e frustrazione riguardo ai cambiamenti indesiderati. La diagnosi dei disturbi d'ansia negli anziani può essere difficile, richiedendo un'attenta valutazione differenziale e una comprensione delle specifiche sfide legate all'età. È fondamentale considerare anche le condizioni mediche e i farmaci che possono influenzare i sintomi dell'ansia. Un'approfondita anamnesi psicologica e una chiara comunicazione con il paziente sono essenziali per una corretta valutazione e un trattamento adeguato.

Per quanto concerne gli stati affettivi, negli anziani ansiosi si osserva una diminuzione della gratificazione derivante dalle attività quotidiane e un aumento della solitudine. A volte, possono avere difficoltà a riconoscere i sintomi di un umore depresso. Mentre l'ansia nelle persone più giovani è caratterizzata da disagio, preoccupazione e paura generale, negli anziani sembrano più tipici i sentimenti soggettivi di agitazione e il timore di sventure imminenti. Studi suggeriscono che gli anziani sperimentano meno frequentemente emozioni negative e presentano un livello più basso di affetti come depressione, colpa, ostilità e vergogna rispetto ai più giovani. Tuttavia, non tutti concordano sul fatto che la depressione sia una caratteristica normale dell'invecchiamento.

In questi pazienti, si osservano pattern cognitivi caratterizzati da preoccupazioni irrazionali, timori di eventi spaventosi e compromissione della memoria. Gli anziani possono affrontare l'ansia legata alla morte in modi diversi, ad esempio attraverso comportamenti ripetitivi e un senso di controllo esterno.

Gli stati somatici, invece, includono tensione muscolare, ridotta capacità di svolgere le attività quotidiane e sintomi fisici come sudorazione, tachicardia, affaticamento e disturbi gastrointestinali.

Infine, nei pattern relazionali, gli anziani ansiosi possono diventare eccessivamente affettuosi o intrusivi per alleviare l'ansia di separazione, creando sfide per i membri della famiglia e i caregiver. La relazione terapeutica può variare a seconda che l'ansia sia correlata alle difficoltà legate all'invecchiamento o sia fluttuante e non collegata a situazioni specifiche (Lingiardi, McWilliams, 2018).

2.3 Cenni di lettura cognitivo-comportamentale dei disturbi d'ansia

L'approccio cognitivo-comportamentale è un orientamento che, sebbene emerga in tempi relativamente recenti, ha origini che risalgono agli sforzi iniziali per studiare il comportamento umano attraverso metodi scientifici sperimentali.

Originato negli USA negli anni '60, il comportamentismo si focalizzava su comportamenti osservabili, misurabili e verificabili, in contrasto con approcci meno scientificamente dimostrabili. Questa prospettiva si dimostrò efficace nel trattamento di disturbi legati all'apprendimento come ansie, fobie e disturbi post-traumatici da stress. Tuttavia, si concentrava principalmente sugli stimoli esterni che scatenavano risposte comportamentali, ignorando la complessità delle percezioni individuali, delle credenze personali e delle emozioni che filtrano e influenzano la risposta al mondo esterno.

Successivamente emerse la teoria cognitivista, che riconobbe che i disturbi psicologici erano spesso radicati in rappresentazioni errate e distorsioni del pensiero. Queste convinzioni erranee si evolvono in schemi mentali disfunzionali nel tempo, portando al disagio. L'approccio cognitivo-comportamentale integrò quindi il comportamentismo e

il cognitivismo, cercando di esaminare e modificare sia i processi mentali che i comportamenti.

Questo approccio evolvette ulteriormente, assimilando contributi da altre correnti come il costruttivismo e le neuroscienze. Si focalizza sulla revisione di processi psicocognitivi e comportamentali disfunzionali che spesso conducono alla psicopatologia. Inoltre, attribuisce importanza alla gestione emotiva, utilizzando tecniche come il training emotivo, il rilassamento e la mindfulness.

In sintesi, l'approccio cognitivo-comportamentale rappresenta un'unione di comportamentismo e cognitivismo, arricchita da contributi di altre discipline. Esso si concentra sulla comprensione e la modifica di schemi di pensiero disadattivi, oltre a considerare l'aspetto emotivo, promuovendo il benessere psicologico attraverso strategie mirate (Di Basilio, 2017).

Clark (1995) propone una definizione di questo approccio: «la terapia cognitivo-comportamentale standard è una forma di intervento attiva, strutturata, centrata sul problema e limitata nel tempo, volta a modificare i difetti nelle attività di processamento delle informazioni coinvolti nello sviluppo di disturbi psicopatologici. Terapeuta e paziente collaborano per identificare i pensieri e le cognizioni distorte che derivano da credenze o assunzioni maladattive. Queste cognizioni e credenze sono sottoposte ad analisi logica e “verifiche empiriche” che consentono agli individui di “riallineare” i propri pensieri in una direzione più funzionale» (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 580).

Capitolo 3

Il disturbo d'ansia Post Covid-19

3.1 Risvolti psicologici della pandemia

La pandemia da Covid-19 ha avuto un importante impatto sulla popolazione mondiale, rappresentando una minaccia non solo per la salute fisica, ma anche per la salute mentale di tutti. Durante questo periodo di incertezza ed isolamento, non sono state poche le persone che hanno sperimentato ansia, depressione ed altri disturbi decisamente invalidanti. La costante paura del contagio e le restrizioni imposte hanno portato a un senso di impotenza e disperazione in molti (Humanitas, 2021).

Questo periodo ha anche evidenziato disparità sociali ed economiche, aumentando il livello di stress per coloro che hanno dovuto far fronte a condizioni di vita precarie.

Tra i principali fattori di stress che hanno contribuito ad un disagio emotivo diffuso e ad un conseguente aumento del rischio di malattie psichiatriche associate al Covid-19, i più comuni che si sono manifestati riguardano principalmente insicurezza, confusione ed isolamento emotivo.

Uno studio condotto dal Dipartimento di Scienze Biomediche della Humanitas University ha coinvolto un campione di 2400 partecipanti. Nel corso della pandemia, il 14% di questi ha ammesso di aver iniziato ad assumere ansiolitici o sonniferi, mentre il 10% ha optato per l'uso di antidepressivi. Inoltre, coloro che già utilizzavano questi farmaci prima dell'emergenza sanitaria hanno riferito di aver aumentato il dosaggio. Preoccupantemente, il 21% ha riferito sintomi ansiosi clinicamente significativi che hanno influito sulle attività quotidiane, e il 10% ha subito attacchi di panico per la prima volta nella vita nel mese precedente all'intervista. La pandemia ha anche causato sintomi clinicamente rilevanti di disturbo post-traumatico da stress nel 20% dei partecipanti e sintomi ossessivo-compulsivi disturbanti che hanno interferito con il funzionamento quotidiano nel 28% dei casi. Questi risultati mettono in evidenza l'impatto psicologico significativo della pandemia sulla popolazione.

3.2 Fenomeno long covid e DMC (Disturbi mentali comuni)

All'interno dell'Articolo di Cozzi G., Troisi A., Iacono A., Marchetti F., *Long-Covid nel bambino e nell'adolescente: virus, salute mentale e pandemia* (Gennaio, 2022), il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) descrive il long-covid come una condizione clinica in cui i pazienti colpiti da Covid-19 non riescono a tornare al loro stato di salute precedente all'infezione acuta. Questi pazienti spesso sperimentano una profonda astenia e una vasta gamma di sintomi che coinvolgono molti sistemi del corpo.

In alcuni casi, i sintomi possono rendere difficile il ritorno al lavoro, mentre per le persone anziane può ridurre la loro autonomia nelle attività quotidiane.

Fino ad oggi, non c'è una chiara definizione del Long-Covid. La terminologia più comunemente utilizzata proviene dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence, che distingue tra "malattia Covid-19 sintomatica persistente" (caratterizzata da segni e sintomi attribuibili al covid-19 che durano da 4 a 12 settimane dopo l'infezione acuta) e "sindrome post-covid-19" (caratterizzata da segni e sintomi che si verificano durante o dopo un'infezione compatibile con il covid-19, presenti per più di 12 settimane dopo l'evento acuto e non spiegabili con altre diagnosi).

Recentemente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riportato che la condizione di long COVID si verifica negli adulti con una storia di probabile o confermata infezione da SARS-CoV-2, di solito tre mesi dopo l'infezione acuta da covid-19, con sintomi che durano almeno due mesi e non possono essere spiegati da altre diagnosi.

I sintomi comuni comprendono affaticamento, mancanza di respiro, disfunzione cognitiva e altri che influiscono sul normale funzionamento quotidiano. Questi sintomi possono insorgere dopo il recupero iniziale dall'infezione acuta, persistere dopo la fase iniziale della malattia o avere fluttuazioni con periodi di ricaduta nel tempo. In generale, si ritiene che maggiore sia stata la gravità della malattia acuta, maggiore sia l'intensità dei sintomi nel tempo (Cozzi et al, 2022).

Le manifestazioni possono essere di tipo sistemico, come astenia, anoressia, perdita della memoria, debolezza muscolare, febbre ricorrente, dolori diffusi, peggioramento della percezione dello stato di salute, o possono riguardare specifici organi, come cefalea, dolore addominale, difficoltà respiratorie, perdita dell'olfatto o faringodinia.

Si osserva un'alta prevalenza di tali disturbi nei pazienti adulti, soprattutto anziani, fino al 20-40% dei casi dopo l'infezione acuta.

È essenziale valutare l'impatto del cosiddetto long-covid sulla salute mentale e sulla vita sociale, come ad esempio l'assenteismo e le performance scolastiche, la perdita di giorni di lavoro dei genitori.

L'infanzia e l'adolescenza sono periodi molto delicati, in cui l'estrema vulnerabilità può causare un'esponenziale accentuazione delle difficoltà fisiche e psichiche legate ai sintomi del long covid. Ciò può danneggiare lo sviluppo cognitivo e la salute mentale di diversi bambini e adolescenti nel medio e lungo periodo.

È interessante notare che tra gli adolescenti durante la pandemia sono aumentati i disturbi neurocognitivi, così come i disturbi dell'umore, con una prevalenza di ansia, depressione e rabbia. Questo accade senza differenze significative tra chi ha avuto il covid e chi no (Cozzi et al, 2022).

A tal proposito, prendendo in considerazione la Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione (Consensus ISS 1/2022), l'Istituto Superiore di Sanità svolge un ruolo importante riguardo ai disturbi mentali comuni (disturbi d'ansia e depressione maggiore unipolare). Recentemente, hanno analizzato dati da oltre 55.000 interviste fatte tra il 2018 e il 2020 per valutare come la pandemia ne abbia enfatizzato i sintomi negli adulti italiani.

A livello mondiale, i disturbi mentali costituiscono una significativa fonte di sofferenza e disabilità, rappresentando il 14% degli anni vissuti con disabilità. Tra questi la depressione maggiore è particolarmente diffusa, colpendo circa 350 milioni di persone all'anno. Si prevede che entro il 2030 potrebbe diventare la principale causa di

sofferenza derivante da malattie. In Italia, nonostante oltre il 7% della popolazione tra i 18 e i 64 anni abbia sperimentato un disturbo mentale negli ultimi anni, il ricorso ai servizi sanitari per queste problematiche è basso, specialmente tra i giovani di 18-24 anni. (ISS, 2022).

Prima del covid-19, la prevalenza di depressione e ansia in bambini e adolescenti era stimata all'8.5% e all'11.6%, rispettivamente. Con la pandemia, questi numeri avrebbero subito un aumento di oltre due volte, con percentuali del 23.8% e 19%, rispettivamente.

A conferma di ciò, i dati mostrano un incremento di accessi in pronto soccorso per disturbi neuropsichiatrici all'inizio della pandemia, come dimostrato dalla recente indagine condotta dalla Società Italiana di Pediatria.

Le restrizioni, l'incertezza, i lockdown e la chiusura delle scuole hanno contribuito all'aumento di ansia, depressione, ideazione suicidaria e disturbi del comportamento alimentare. Tali situazioni hanno evidenziato la difficoltà di gestire questi disturbi a causa della carenza di servizi adeguati, sottolineando la necessità di interventi comunitari da parte dei servizi e delle istituzioni (Cozzi et al, 2022).

3.3 Sindrome della capanna e differenziazione per età

Sono ancora poche le ricerche svolte finora riguardanti la sindrome della capanna in adulti e anziani, bensì uno studio condotto dall'Ospedale Psichiatrico Gaslini, in collaborazione con l'Università di Genova, realizzato tre settimane dopo l'inizio del lockdown, ha voluto valutare gli effetti della pandemia da SARS-CoV-2 sul benessere mentale dei bambini e delle famiglie. Si è, così, osservato un aumento dei casi di disturbi d'ansia, disturbi del sonno, cambiamenti dell'umore, irritabilità, inquietudine, paura, problemi comportamentali e segni di regressione. In particolare, l'articolo

sostiene che, per molte persone con difficoltà adattive preesistenti (anche senza problemi medici o relazionali evidenti), il periodo di confinamento ha agito come fonte di stress a causa della perdita di routine, ritmi e attività quotidiane che solitamente aiutavano a mitigare disagi nascosti. In aggiunta a questi fattori, si sono anche presentate sfide socio-economiche. In sintesi, per alcune persone sembra che sia venuta meno la capacità di affrontare le difficoltà e le problematiche attingendo a risorse esterne alla sfera familiare e domestica. (Bosco, 2020).

Dopo la cosiddetta Fase 2 e il graduale ritorno alla circolazione delle persone e alle attività lavorative, è emerso un fenomeno noto come “Sindrome della capanna”, o “del prigioniero”. Questo fenomeno, sebbene non ampiamente studiato nella letteratura scientifica, è diventato parte del linguaggio comune. Si tratta di una serie di sintomi che possono manifestarsi quando si è stati a lungo distanti dalla realtà e si affronta nuovamente il mondo esterno. Tale stato di disagio si manifesta con stress e ansia all’idea di uscire di casa dopo un periodo prolungato di isolamento e distanziamento sociale.

Spesso, questa situazione è di natura temporanea e accompagna sintomi legati all’ansia e alla depressione. In alcuni casi, però, può evolvere in disagio psicologico più marcato, manifestando depressione, ansia, attacchi di panico, insonnia e problemi di adattamento.

Per coloro che sperimentano questa condizione, uscire di casa diventa un’esperienza difficile, poiché comporta abbandonare un luogo sicuro e affrontare un mondo che suscita timore. Temi come la malattia, le relazioni interpersonali e il recupero del controllo sulla propria vita risultano spaventosi, specialmente in assenza di un’autorità chiara a guidare il processo.

In questa fase, il mondo esterno appare potenzialmente minaccioso, portando alcune persone a evitare gli altri per paura di contagio. Le informazioni provenienti dalle autorità e dai media possono risultare confuse e contraddittorie, contribuendo all'incertezza sul futuro. È in questo contesto che la casa assume un ruolo fondamentale, rappresentando un rifugio dove simboli e valori ritrovano ordine e significato.

La casa incarna il concetto di protezione. Questo ambiente richiama profonde intimità, rievocando simbolicamente il grembo materno e il seno materno, luoghi di sicurezza primordiali.

Questa situazione ha messo in crisi alcune delle fondamentali istanze adleriane, come il vivere appieno il senso di comunità, avere soddisfacenti relazioni sociali, sentimentali e lavorative (le “tre mete”), la collaborazione e la condivisione di esperienze ed emozioni con gli altri.

In tal modo, il periodo di lockdown ha invertito il processo evolutivo ed emancipatorio che porta ad allontanarsi dal “nido” e ad inserirsi nel contesto sociale. Il ritorno forzato al “nido”, inteso come luogo di sicurezza e ordine, può essere interpretato come regressione e segno di un disagio nevrotico dell'individuo (Bosco, 2020).

Di altrettanta importanza vi è il fenomeno del *Cabin Fever*, altresì causato dalle misure di blocco, per il quale si è potuto constatare l'impatto negativo sulla salute mentale dei giovani. I contesti sociali, infatti, sono cambiati drasticamente, portando ad interruzioni nell'istruzione e tensioni familiari legate a disoccupazione e cambiamenti.

Nel libro *Cabin Fever: Surviving Lockdown in the Coronavirus Pandemic* (Crawford, 2021) vengono esaminate le conseguenze del confinamento volontario e involontario

sulla salute mentale. L'isolamento sociale è stato «fortemente associato ad ansia, depressione, autolesionismo e tentativi di suicidio».

La *Cabin Fever* non è una condizione medica, ma piuttosto una sindrome popolare che comprende ansia, stanchezza, irritabilità, noia, depressione e insoddisfazione in risposta a reclusione, maltempo, routine, isolamento o mancanza di stimoli. In casi estremi può portare a comportamenti impulsivi o violenti, inclusi pensieri suicidi.

Risulta ben noto come l'isolamento sociale durante la quarantena abbia avuto un impatto negativo sulla salute mentale di tutti. I rapporti iniziali sulla pandemia hanno sollevato preoccupazioni sull'aumento della depressione, dell'ansia e della solitudine tra bambini e giovani. I dati di NHS Digital (2020) indicano un aumento dei problemi di salute mentale nei giovani, passato da 1 su 9 nel 2017 a 1 su 6 attualmente.

Anche gli studenti universitari ne sono stati colpiti: secondo l'Office for National Statistics (ONS, 2020), il 57% di essi ha segnalato un peggioramento da settembre 2020. I giovani universitari hanno affrontato situazioni simili a una prigione a causa delle restrizioni, perdendo la normale vita sociale. Questo ha avuto un impatto significativo, privandoli delle esperienze previste durante l'anno accademico e potenzialmente causando traumi simili a quelli sperimentati in situazioni di detenzione (Crawford, 2021).

Conclusioni

Il presente lavoro di tesi ha cercato di mettere in luce la tematica dei disturbi d'ansia all'interno della popolazione indipendentemente dall'età anagrafica.

Mi sono interrogata su quali siano i modi più efficaci per approcciare il fenomeno in modalità globale sotto ogni profilo, da quello psicologico a quello sociale e culturale. In

questo senso potrebbe essere una buona risorsa, in grado di prevenire ed accettare il manifestarsi del disturbo stesso, un approfondimento culturale: la scuola, la famiglia e anche i luoghi di aggregazione sociale (quali ad esempio i social network e internet), svolgono un ruolo importante di conoscenza e condivisione; riconoscere l'ansia come espressione che appartiene all'uomo ma che può essere gestita, modulata e veicolata può essere considerato un modo per comprenderla.

Ho valutato, infatti, come la presenza di tale disturbo può sfociare in fonte di disagio profondo interferente la qualità delle relazioni interpersonali.

Grazie all'analisi dettagliata dei manuali presi in riferimento nel Capitolo 2, nonché dei principali approcci psicodinamici e cognitivo-comportamentali, è emerso come l'evoluzione delle prospettive, teoriche e diagnostiche, abbia contribuito alla comprensione più accurata e personalizzata delle manifestazioni dell'ansia.

È stato interessante notare come i fattori socio-culturali e le situazioni globali siano risultate essere in grado di influenzare il modo in cui questa condizione clinica si manifesta. La pandemia da Covid-19, ad esempio, come dimostrato dai risultati delle ricerche prese in riferimento, ha ulteriormente enfatizzato l'importanza di esaminare le interazioni tra fattori biologici, psicologici e ambientali nell'insorgenza e nella gestione dell'ansia.

In conclusione, con questa tesi ho cercato di evidenziare l'importanza di un approccio integrato nella comprensione e nella gestione del disturbo d'ansia.

Bibliografia

BOSCO, L. (2020). Il test del villaggio ai tempi della pandemia. *Rivista di Psicologia Individuale*, n. 88: 125-144.

CARBONATTO, P., TORTA, R., CALDERA, P. (2008). Che cosa è l'ansia: basi biologiche e correlazioni cliniche. *Serie editoriale Disease Management*. 1: 5-10.

CRAWFORD, P., CRAWFORD, J.O. (2021). *Cabin fever: surviving lockdown in the coronavirus pandemic*. Emerald Group Pub Ltd.

CROCQ, M.A. (2015). A History of Anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 17:319–325.

LINGIARDI, V. GAZZILLO, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Novara: Raffaello Cortina Editore.

LINGIARDI, V. MCWILLIAMS, N. (2018). *PDM-2*. Raffaello Cortina Editore.

KASPER, S., DEN BOER, J.A., AD SISTEN, J.M. (2003). *Handbook of Depression and Anxiety, Second Edition Revised and Expanded*. CRC Press Editore.

PONTILLO, M., VICARI S. (2020). *L'ansia nei bambini e negli adolescenti. Riconoscerla e affrontarla*. Bologna. Il Mulino.

REZZONICO G, IACCHIA E, MONTICELLI M. (2018). *Mutismo selettivo: sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*. Milano: Franco Angeli Editore.

ROY-BYRNE, P.P., CRASKE, M.G., STEIN, M.B. (2006). Panic Disorder. National Library of Medicine. September 16, 2006.

THAKUR, M.E, BLAZER, D.G., STEFFENS, D.C. (2015). *Manuale clinico di psichiatria geriatrica*. Giovanni Fioriti Editore.

Sitografia

BARANZINI, F. (2017). *Disturbi d'ansia negli Anziani*. Retrieved June 17, 2017, from <https://www.federicobaranzini.it/disturbi-ansia-anziani/>

COZZI, G., TROISI, A., IACONO, A., MARCHETTI, F. (2022). Long-Covid nel bambino e nell'adolescente: virus, salute mentale e pandemia. In *Medico e bambino*.

DI BASILIO, D. (2017) *Approccio cognitivo-comportamentale*, from <https://www.dinodibasilio.com/approccio-cognitivo-comportamentale.html>.

Covid-19, attenzione anche alla dimensione psicologica (n.d). Retrieved January, 26, 2021 from [humanitas-care.it](https://www.humanitas-care.it)

Gruppo di lavoro “*Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*”. *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Consensus ISS 1/2022).