

*textbook*

FrancoAngeli

PSICOLOGIA

Ferdinando Galassi  
**La Terapia Integrata  
dei Disturbi d'Ansia**





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



Grazie anche a Stefano Lucarelli, Carmelo La Mela, Stefano Salvatori, Daniele Pieralli, Giulietta Hardoy, Elisabetta Barciulli, Carolina Hardoy, Raffaella Salmoria, Sabrina Masetti, Stefania Sartini, Barbara Viviani, Simona Bellini, Marina Ciampelli, Linda Tarantino, Francesca Lovari, Antonio Di Carlo, Sandro Bartolini e a tutti gli altri allievi e colleghi che mi hanno accompagnato in questi anni stimolandomi e aiutandomi a migliorare.

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate nel sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## *Indice*

<b>Introduzione</b> , di <i>Ferdinando Galassi</i>	pag. 7
<b>1. Nosografia dei Disturbi d'Ansia</b> , di <i>Francesco Pratesi Telesio, Saverio Camarlinghi e Ferdinando Galassi</i>	» 11
<b>2. La terapia farmacologica</b> , di <i>Pierluigi Cabras, Sara Masetti, Sara Afshar e Ferdinando Galassi</i>	» 24
<b>3. La terapia psicologica dei Disturbi d'Ansia</b> , di <i>Sara Beccai e Ferdinando Galassi</i>	» 36
<b>4. Efficacia della terapia cognitiva e cognitivo-comportamentale nei Disturbi d'Ansia</b> , di <i>Diana M. Charismas e Ferdinando Galassi</i>	» 55
<b>5. Epistemologia e psicoterapia integrata</b> , di <i>Roberta Geri e Ferdinando Galassi</i>	» 69
<b>6. Evoluzionismo e terapia integrata</b> , di <i>Elisa Bandini e Ferdinando Galassi</i>	» 82
<b>7. Psicoterapia e neuroscienze</b> , di <i>Lorenzo Bonamassa e Ferdinando Galassi</i>	» 101
<b>8. Il concetto di terapia integrata</b> , di <i>Silvia Gorini Amedei, Lorenzo Bonamassa e Ferdinando Galassi</i>	» 117
<b>9. Test e assessment</b> , di <i>Sirio Ianni, Sara Sedici e Ferdinando Galassi</i>	» 134
<b>10. La relazione terapeutica nella terapia integrata</b> , di <i>Daniela Rontini, Carlo Dainelli e Ferdinando Galassi</i>	» 151

<b>11. L'intervento farmacologico integrato</b> , di <i>Alice Innocenti e Ferdinando Galassi</i>	pag. 172
<b>12. L'intervento didattico-informativo</b> , di <i>Letizia Bracali e Ferdinando Galassi</i>	» 184
<b>13. L'intervento comportamentale</b> , di <i>Sara Pezzica e Ferdinando Galassi</i>	» 199
<b>14. L'intervento cognitivo</b> , di <i>Diana M. Charismas e Ferdinando Galassi</i>	» 215
<b>15. L'intervento sugli schemi prevalenti</b> , di <i>Francesco Pratesi Telesio, Elena Cavalieri e Ferdinando Galassi</i>	» 226
<b>16. La Terapia Integrata del Disturbo di Panico</b> , di <i>Elena Cavalieri, Francesco Pratesi Telesio e Ferdinando Galassi</i>	» 242
<b>17. La Terapia Integrata del Disturbo Ossessivo-Compulsivo</b> , di <i>Saverio Camarlinghi, Cristiana Cecchi, Francesco Pratesi Telesio e Ferdinando Galassi</i>	» 264
<b>18. La Terapia Integrata della Fobia Sociale</b> , di <i>Claudio Bartolozzi e Ferdinando Galassi</i>	» 280
<b>19. La Terapia Integrata del Disturbo d'Ansia Generalizzato</b> , di <i>Teresa Paolini e Ferdinando Galassi</i>	» 295
<b>20. La Terapia Integrata delle Fobie Specifiche</b> , di <i>Giuditta Torzuoli e Ferdinando Galassi</i>	» 308
<b>21. La Terapia Integrata del Disturbo Post-Traumatico da Stress</b> , di <i>Sara Afshar, Sara Masetti e Ferdinando Galassi</i>	» 323
<b>22. La Terapia Integrata dei Disturbi Dissociativi</b> , di <i>Francesco Rotella e Ferdinando Galassi</i>	» 332
<b>23. La Terapia Integrata del Disturbo Somatoforme Indifferenziato: il dolore toracico</b> , di <i>Letizia Salvadori, Saverio Camarlinghi e Ferdinando Galassi</i>	» 343
<b>24. La psicoterapia di gruppo integrata nel trattamento dei Disturbi d'Ansia</b> , di <i>Silvia Quercioli e Ferdinando Galassi</i>	» 354
<b>Bibliografia</b>	» 366

## *Introduzione*

Un numero crescente di studi avvalorava l'ipotesi che pazienti sofferenti di svariate condizioni morbose traggano maggior giovamento dalla combinazione di farmacoterapia e psicoterapia piuttosto che dai singoli trattamenti. Le ricerche che confrontano la terapia combinata con farmacoterapia e psicoterapia da sole sono ovviamente più complesse di quelle che studiano l'efficacia di un singolo specifico approccio terapeutico. Inoltre, durante gli anni '50, '60 e '70 si riteneva che la psicoterapia potesse essere incompatibile con la farmacoterapia: il farmaco poteva interferire con la capacità del paziente di fare uso della psicoterapia. Queste preoccupazioni sono ampiamente scomparse da gran parte dello scenario clinico attuale, in cui la maggior parte dei pazienti è sottoposta ad un trattamento combinato (anche se non sempre da parte di un solo operatore psichiatra).

Recentemente sono stati pubblicati alcuni studi che dimostrano un notevole vantaggio nell'uso di un approccio combinato anche nel trattamento dei Disturbi d'Ansia e in particolare nel Disturbo di Panico. Ma nel complesso i dati della letteratura sono ancora molto scarsi ed il modello di intervento rimane ancora poco definito.

Una questione tuttora aperta è se sia più vantaggioso un modello che prevede l'intervento di un solo terapeuta psichiatra, che somministra i farmaci e conduce la psicoterapia, o invece un modello con due terapeuti in cui uno psichiatra prescrive il farmaco e un altro professionista gestisce la psicoterapia. Quest'ultimo approccio sta divenendo lo standard nel mondo statunitense, principalmente per motivi economici. La psicoterapia, che richiede maggior impegno dell'operatore, viene generalmente affidata ad figure professionali meno onerose, anche se spesso meno formate.

Come giustamente sostiene Gabbard «al di là della questione del vantaggio economico, tuttavia, dividendo il trattamento tra uno psichiatra prescrit-



tore e un non psichiatra psicoterapeuta, si impone un prezzo concettuale da pagare». Un tale approccio assume il significato simbolico per entrambe le parti di tacita approvazione del dualismo cartesiano che potenzialmente frammenta il paziente in due entità distinte, cervello e mente. Al contrario il modello di trattamento con un solo operatore, implicitamente presuppone un'integrazione di mente e cervello sia nella prospettiva del paziente che del terapeuta.

È certamente di enorme utilità la realizzazione di una psicoterapia efficace e integrata all'intervento farmacologico, che determini le sue indicazioni e controindicazioni e che abbia un ruolo preciso nel trattamento globale del paziente. Poiché sembra che la psicoterapia sia applicata in grado e forme diverse, nel trattamento di quasi tutti i pazienti con patologie psichiatriche, è essenziale definire le forme specifiche di psicoterapia, e determinarne l'efficacia; in questo modo l'utente saprebbe se mediante questo servizio può raggiungere qualche risultato positivo, e il servizio a sua volta potrebbe valutare i vantaggi in termini di maggior rapidità di remissione sintomatologica per i pazienti ricoverati (con minori giorni di degenza e minori costi) ed una riduzione delle ricadute con periodi intercritici liberi da sintomi.

La maggior parte delle evidenze empiriche e di studi controllati di valutazione dell'efficacia e di esito di trattamenti psicologici indicano nelle psicoterapie "tempo-limitate", focalizzate sul sintomo come quelle cognitivo-comportamentali quelle che meglio si prestano ad essere utilizzate durante la fase acuta di un disturbo, prestandosi bene quindi ad interventi precoci sia con pazienti ricoverati in ospedale, sia con pazienti in trattamento ambulatoriale che presentino una crisi o uno scompenso psicopatologico; oltre tutto la domanda dell'utenza è orientata a psicoterapie brevi e focalizzate sul sintomo.

Per motivi legati alla standardizzazione, alla durata, alla possibilità di valutazione che offre, la terapia cognitivo-comportamentale rappresenta la tecnica psicoterapeutica maggiormente valutata in letteratura internazionale nei *trials* clinici.

I risultati, riguardo ai Disturbi depressivi, ai Disturbi del comportamento alimentare, e ai principali Disturbi d'Ansia (panico, fobie e ossessioni) indicano in maniera pressoché unanime, rispetto alla farmacoterapia, la pari efficacia in fase acuta, spesso un potenziamento dell'efficacia in associazione alla farmacoterapia, e una riduzione delle recidive.

In questi ultimi anni si sono accumulate esperienze sempre maggiori derivanti da studi controllati, da studi in aperto e da esperienze cliniche riguardo l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale in combinazione con la farmacoterapia.

Attualmente non sembrano esistere centri pubblici italiani dove tale tecnica viene utilizzata integrata a interventi farmacologici nei disturbi psichiatrici.

L'attività del Centro di Terapia Cognitivo-Comportamentale, iniziata nel 1995, nasce dall'esigenza di interventi specialistici, a livello ambulatoriale, che si attuino su aree psicopatologiche raramente trattate a livello territoriale dove le risorse sono, soprattutto, impiegate nella cura dell'emergenza di tipo psicotico e nei percorsi riabilitativi di pazienti con patologie gravi.

L'attività di tale servizio è nata dall'esigenza di rispondere alla richiesta di interventi ambulatoriali altamente specialistici che integrino protocolli farmacologici e psicoterapici efficaci e a breve termine.

Tale servizio, quindi, si è posto da anni in maniera innovativa:

- per la sua specializzazione rispetto a certe aree psicopatologiche che non vengono trattate a livello territoriale;
- per l'integrazione offerta di una terapia combinata che associa l'intervento farmacologico a procedure e tecniche psicoterapiche.

In particolare Il Centro di Terapia Cognitivo-Comportamentale ([www.ctcc.altervista.org](http://www.ctcc.altervista.org)) ha svolto in questi anni un'intensa attività lavorativa prevalentemente sui Disturbi d'Ansia organizzata in ambulatori specialistici dedicati ai vari disturbi dell'area. In pratica l'attività del Centro di Terapia Cognitivo-Comportamentale della SOD di Psichiatria è l'unica attività pubblica a livello regionale in grado di garantire l'approccio integrato, il più efficace e incisivo esistente in psichiatria (dai dati in letteratura internazionale). Molti pazienti afferiscono da altre ASL toscane e da molte regioni d'Italia. Assieme all'attività diagnostica-assistenziale il CTCC è impegnato anche sul piano di ricerca e della sperimentazione in collaborazione con gli altri gruppi nazionali che fanno capo alla Società Italiana di Terapia Cognitivo-Comportamentale.

L'attività di tale servizio, svolta esclusivamente a livello ambulatoriale, è stata progressivamente più intensa grazie anche alla risonanza sui mass media che ha avuto. Vengono svolte, inoltre, un numero elevato di consulenze telefoniche con colleghi e pazienti di tutto il territorio nazionale per specifici problemi legati all'intervento integrato.

Questo libro ha come obiettivo la descrizione del lavoro svolto dal Centro in questi quindici anni.

La prima parte di questo volume si occupa delle conoscenze teoriche attuali sui Disturbi d'Ansia. Vengono descritte le acquisizioni principali dell'*effectiveness* del gruppo di lavoro da confrontare con i dati di *efficacy* della letteratura sia per quanto riguarda l'intervento farmacologico sia per quanto riguarda l'intervento psicologico.

I vari capitoli sull'evoluzionismo, sull'epistemologia e sulle neuroscienze vogliono affrontare e descrivere le ultime acquisizioni scientifiche proposte all'interno dei vari modelli; l'ultima parte di ogni capitolo è dedicata agli elementi che possono essere utilizzati in un modello d'intervento di terapia integrata.

Nei successivi capitoli viene descritto il più possibile dettagliatamente un protocollo standard di terapia integrata analizzando le varie componenti passo dopo passo.

Infine vengono descritti i diversi protocolli integrati specifici per i vari Disturbi d'Ansia così come sono stati elaborati nell'esperienza del lavoro effettuato nei vari ambulatori del CTCC.

La speranza è che questo libro possa stimolare ulteriori approfondimenti del modello di terapia integrata in modo che siano usufruibili protocolli condivisi da tutti gli operatori del settore.

*Ferdinando Galassi*

# *1. Nosografia dei Disturbi d'Ansia*

di *Francesco Pratesi Telesio, Saverio Camarlinghi  
e Ferdinando Galassi*

Con il termine salute mentale, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Come primo criterio per inquadrare i disturbi legati all'ansia, si dovrebbe considerare queste manifestazioni come un ostacolo nel perseguimento di tale scopo.

All'interno del mondo psichiatrico i Disturbi d'Ansia prevedono due classificazioni principali e maggiormente utilizzate, una proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e una proposta dall'American Psychiatric Association.

Nella versione del 2007 dell'ICD 10 (la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi relativi alla salute dell'OMS) all'interno della sezione Disturbi Nevrotici, legati a stress e somatoformi troviamo:

- Disturbi Ansioso-Fobici, tra cui Agorafobia (che include l'Agorafobia senza storia di Disturbi di Panico e il Disturbo di Panico con Agorafobia), Fobia Sociale, Fobie Specifiche;
- altri Disturbi d'Ansia, tra cui Disturbo di Panico senza Agorafobia, Disturbo Ansioso Generalizzato, Disturbo misto Ansioso-Depressivo;
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo;
- reazioni a gravi stress e Disturbi dell'Adattamento, tra cui Reazione Acuta da Stress, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbi dell'Adattamento;

- Disturbi Dissociativi (di Conversione);
- Disturbi Somatoformi;
- altri Disturbi Nevrotici.

Il DSM-IV (il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali creato dall'American Psychiatric Association) divide:

- Disturbi d'Ansia (che comprendono Disturbo di Panico senza Agorafobia, Disturbo di Panico con Agorafobia, Agorafobia senza anamnesi di Disturbo di Panico, Fobia Specifica, Fobia Sociale, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo Acuto da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato);
- Disturbi Somatoformi;
- Disturbi Dissociativi.

Entrambe queste modalità di classificazione sono al momento oggetto di forte critica e il mondo scientifico sembra orientato a utilizzare classificazioni diverse da quelle attuali. Per esempio il DSM-IV sarà sostituito a breve dal DSM-V, che probabilmente considererà come categoria autonoma dai Disturbi d'Ansia il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e il Disturbo d'Ansia Generalizzato, che, forse, sarà spostato nei Disturbi dell'Umore.

Parlando di nosografia è comunque importante fare alcune considerazioni.

Intanto è opportuno definire cosa sia l'ansia. Di sicuro di per sé non è una manifestazione psicopatologica, dato che molte teorizzazioni inseriscono l'ansia tra le emozioni strutturanti un individuo.

Le ultime acquisizioni scientifiche sui neuroni specchio, per esempio, sembrano confermare l'assoluta necessità del linguaggio emotivo nella comunicazione interpersonale e quindi nella capacità di instaurare relazione. Paura, tristezza, rabbia, felicità e disgusto sono considerate emozioni basiche (Darwin, 1872); emozioni che hanno scopi adattivi fondamentali per la sopravvivenza e che devono essere considerate non solo non patologiche ma essenziali per la vita. In questo senso non possiamo considerare un attacco di paura di per sé come qualcosa di patologico, ma una risposta corretta a un pericolo per la sopravvivenza. L'ansia in particolare, è un'emozione che si innesca ogni volta che insorge una previsione di pericolo, che può essere più o meno razionale. Si è sempre molto discusso riguardo alla differenza tra ansia e paura. Senza dubbio sono emozioni molto collegate tra loro e a volte non sembra facile nemmeno distinguerle. Mentre la paura potrebbe essere definita come la risposta emotiva davanti a un pericolo, l'ansia è una sensazione di disagio e tensione che si innesca durante la previsione di quel pericolo. Proviamo ansia per esempio quando facciamo pensieri di paura. Partendo dal presupposto che comunque l'ansia è un'emozione

utile per proteggerci dagli oggetti delle nostre paure, possiamo considerare i Disturbi d'Ansia come delle risposte emotive di ansia (nella previsione) e paura (nel vero e proprio attacco di panico, una sorta di crisi di ansia acuta) che non riescono a essere gestite in modo adeguato alle proprie esigenze. Questo concetto viene esplicitato nel DSM con i criteri di sofferenza soggettiva e invalidazione della vita socio-lavorativa. Questi sono, infatti, gli aspetti che nella classificazione americana davvero costituiscono l'anormalità della situazione. Nessuno penserebbe di essere un paziente psichiatrico sperimentando un attacco di panico davanti a un serial killer che lo vuole uccidere, mentre forse tutti andrebbero da uno specialista se si trovassero a non riuscire più ad andare a fare la spesa al supermercato per la paura di avere un attacco di panico.

Ogni emozione deve essere espressa e regolata ed è la sregolazione a provocare la risposta sintomatologica. La domanda da porsi a questo punto è perché le emozioni si sregolano. La paura si sregola attraverso la mancanza di rassicurazione e conforto, aspetti che si possono ricondurre alla relazione di reciprocità con la figura genitoriale nei primi anni di vita. Questo concetto prevede che, di fronte ai pensieri dell'ansia stimolati da una situazione che spaventa, sia importante avere strutturato, tramite le esperienze relazionali, un dialogo interno (*self-talk*) consolatorio in grado di gestire le proprie previsioni di pericolo. Un aspetto molto discusso al riguardo è definire se la sregolazione sia a partenza emotiva o se preveda una precedente valutazione razionale. Il riferimento a una componente razionale nella genesi dell'ansia ha portato da tempo a riflettere sul rapporto tra pensiero ed emozione. Nella storia della psicoterapia cognitivista si è discusso a lungo se le emozioni precedano i pensieri o se ne siano una diretta conseguenza. Possiamo pensare che l'intreccio tra pensieri ed emozioni preveda i seguenti schemi:

- pensiero disfunzionale → emozione sregolata (visione razionalistica);
- interpretazione disfunzionale di un'emozione (visione post-razionalistica).

Senza voler entrare in tale dibattito, forse entrambe queste teorizzazioni e le conseguenti metodologie di intervento terapeutico possono avere senso ed essere utilizzate partendo dal materiale informativo che portano i pazienti. Qualunque sia la vera relazione tra emozioni e pensieri, infatti, ai fini clinici sembra importante:

1. ricordare sempre che l'ansia è un'emozione;
2. cercare di definire come mai si innescano reazioni ansiose apparentemente immotivate e causa di disagio come, ad esempio, possono risultare a volte gli attacchi di panico.

La nosografia dovrebbe avere un valore conoscitivo che ci permetta di muoverci meglio in questo ambito e soprattutto darci indicazioni sull'intervento. Come accennato le attuali classificazioni, non soddisfano la maggior parte degli esperti di settore. D'altronde è un problema che ci accomuna con l'epistemologia e, quindi, a tutta la scienza. Cercare parametri oggettivi per inquadrare componenti umane soggettive non sembra una cosa per nulla facile.

Nella nostra discussione partiremo da una definizione. Per classificazione si può intendere una attività consistente nel disporre le *entità* di un dato *dominio di conoscenze* in opportuni *contenitori di conoscenze* tra i quali si stabiliscono dei *collegamenti* riguardanti una o anche più relazioni; le attività di classificazione hanno il fine di organizzare le entità del dominio in esame in modo che possano essere presentate ai fruitori (e da questi possano essere reperite nei contenitori a loro disposizione) servendosi di criteri riconducibili ad una certa razionalità, in certi casi arrivando alla possibilità di avvalersi di regole precise e di procedure.

I criteri classificativi che si potrebbero utilizzare in psichiatria sono diversi; il problema consiste nella scarsa conoscenza delle entità in questione.

Un primo e logico criterio potrebbe essere l'eziopatologia. In psichiatria, però, tale caratteristica non può essere usata, dato che l'eziopatologia di numerosi disturbi non è conosciuta in modo abbastanza specifico da permetterne l'assunzione come criterio ordinatore delle varie classi. Per quanto riguarda la strutturazione dei Disturbi, infatti, possiamo per adesso portare solo teorie che richiederebbero ulteriori conferme.

Al momento potremmo pensare alle seguenti cause:

- disfunzioni genetiche (penetranza ed espressività) da cui derivi una determinata patologia;
- interazioni ambientali (relazioni, esperienze) che possano modificare l'assetto personologico di un individuo, dato che per un corretto sviluppo della plasticità del nostro Sistema Nervoso, almeno fino al raggiungimento della maggiore età, sono necessarie specifiche risposte dall'esterno;
- un'eventuale assetto genetico che costituisca un fattore predisponente al disturbo, che poi si struttura in seguito a interazioni ambientali.

Un altro criterio di classificazione potrebbe essere rappresentato dai farmaci e quindi dal considerare il criterio *ex adiuvantibus* come descrittore dei processi eziopatologici. Pure in questo caso, però, ci accorgiamo come la terapia psicofarmacologica sia estremamente aspecifica. Basti pensare come per esempio alcuni antipsicotici atipici o gli stessi antide-

pressivi siano utilizzati nella pratica clinica in buona parte dei disturbi psichiatrici.

Un'altra alternativa potrebbero essere considerate le caratteristiche cliniche dei disturbi e quindi il corredo sintomatologico. Nel DSM diversi sintomi vengono a costituire un disturbo quando si dimostra che hanno una tendenza a presentarsi assieme (covariazione), superiore a quella che si potrebbe riscontrare se il fenomeno fosse casuale. Questo tipo di criterio ha la pretesa di essere frutto di un'osservazione empirica. Un aspetto su cui discutere potrebbe essere, intanto, cercare di definire meglio cosa sia un sintomo, dato che vengono considerati allo stesso modo "sintomi psichiatrici" forti manifestazioni emotive (per esempio le crisi di ansia o le reazioni di tristezza), comportamenti (per esempio le condotte di compensazione nei disturbi alimentari o le compulsioni), pensieri (per esempio nella definizione delle ossessioni o nella stessa concezione del delirio), sintomi somatici (per esempio tutte le manifestazioni dei disturbi somatoformi o dell'attacco di panico) senza che ci siano sempre dei precisi criteri organizzatori che possano farne intuire i collegamenti. Inoltre lo stesso disturbo si può manifestare con solo una parte dei sintomi previsti. Per esempio è suggestivo notare che potremmo definire attacco di panico un insieme di quattro sintomi diversi tra loro.

Per rendere ancora più ampia la discussione, infine, niente vieta di pensare che i disturbi in questione possano essere ognuno caratterizzato da aspetti differenti e che si stia cercando di classificare insieme entità che hanno in comune solo alcune manifestazioni che chiamiamo psicopatologiche.

Pur considerando questa premessa, è comunque necessario avere delle classificazioni da seguire e l'unico modo per arrivare a migliorare le attuali è quello, a dirla con Popper, di continuare a falsificarle. Il cervello umano è fatto in modo da considerare le idee come dei problemi, tentativi di soluzione; il nostro cervello ha bisogno di costruirsi spiegazioni del mondo reale le più possibili vicine alla realtà.

In questo senso ben vengano le critiche ai manuali diagnostici, come è bene cercare di continuare a portare avanti le "ipotesi ardite" che sembrano valide. D'altronde, citando Kendell «se non si disponesse della nosologia sarebbero impossibili tutte le comunicazioni scientifiche, e le nostre riviste professionali conterebbero solo relazioni su singoli casi, aneddoti e espressioni di opinioni personali» (Kendell, 1977). La comunicazione tra esperti dello stesso paradigma scientifico ha bisogno di un modello condiviso. Altro aspetto cardine nella costruzione di una classificazione è che possa essere utile a chi ne usufruisce. Per questo motivo una classificazione troppo



ampia risulta inutile, perché non aiuta a capire bene la situazione, come una troppo stretta limita l'osservazione a particolari insignificanti e non esaustivi della psicopatologia che si sta valutando. Al riguardo negli ultimi anni è stato introdotto e spesso utilizzato il concetto di copresenza di più disturbi per districare quelle situazioni che non trovavano una netta distinzione in grado di collocarle in una specifica classe diagnostica psichiatrica. Il problema è che ormai «la comorbidità sembra essere la regola piuttosto che l'eccezione» (Wittchen, 1996) e questo dato potrebbe essere addirittura considerato come l'anomalia che ci dovrebbe spingere a cambiare il paradigma di riferimento. Soprattutto sarebbe opportuno tornare come in passato a cercare di fare diagnosi di tipo longitudinale, dato che diversi studi hanno dimostrato che nei Disturbi psichiatrici spesso si assiste a una migrazione diagnostica tra vari disturbi. Di seguito riportiamo le conclusioni di uno studio di De Vanna *et al.* (2001) che afferma come «la stabilità diagnostica in un lungo periodo è risultata essere importante per definire la “consistenza” delle diagnosi e per analizzare gli spostamenti preferenziali verso altre diagnosi e per capire quanto tali spostamenti siano dovuti ad errori di valutazione e quanto ad un reale cambiamento del quadro clinico o a situazioni di copresenza». Pure in questo caso niente vieta di pensare che una persona possa avere più disturbi psichiatrici nel tempo. Allo stesso modo, però, sottolinea l'importanza di prestare attenzione al manifestarsi sintomatologico e a cercare un filo conduttore comune. Questo, nella pratica clinica, può essere considerato molto importante per esempio nella definizione di un Disturbo Bipolare o nella comprensione di un Disturbo di personalità, che spesso non viene considerato, caricando il paziente delle più svariate diagnosi di Asse I. A oggi il concetto di copresenza sembra aver portato più confusione che utilità costringendoci a organizzare il nostro pensiero sull'altro in modo non coerente con quello che sappiamo del funzionamento mentale. La paura e la tristezza sono, ad esempio, emozioni che rispondono a situazioni diverse, con vie biologiche diverse, con scopi diversi, con attivazioni diverse.

Fatte queste considerazioni, ci addentreremo nell'ambito dei Disturbi d'Ansia che sono l'oggetto del nostro interesse in questo libro.

Manifestazioni sintomatologiche considerate come transnosografiche nei Disturbi d'Ansia dal DSM sono l'attacco di panico e l'agorafobia. Per tale motivo entrambe vengono descritte all'inizio del capitolo sui Disturbi d'Ansia.

Il DSM-IV definisce l'attacco di panico come un periodo preciso di paura o disagio intenso, durante il quale si sviluppano improvvisamente e

raggiungono il picco di intensità nel giro di 10 minuti quattro o più sintomi tra:

1. palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremori a 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 sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento;
9. derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi);
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio);
13. brividi o vampate di calore.

La diagnosi di Disturbo di Panico si struttura:

- sulla ricorrenza di tali crisi ansiose;
- sulla preoccupazione provata dal paziente di avere attacchi di panico;
- sulla preoccupazione riguardo alle eventuali conseguenze che possono conseguirne;
- sulla alterazione del proprio comportamento in seguito a tale esperienza.

Esempio tipico di quest'ultimo aspetto sono le condotte di evitamento, che possono non essere considerate con la giusta attenzione e possono far pensare a una risoluzione della sintomatologia, dato che lo stesso paziente con Disturbo di Panico spesso tende a sottovalutarne l'importanza nel momento in cui magari è riuscito grazie alla terapia a ottenere i primi benefici.

Il DSM-IV esclude la diagnosi di Disturbo di Panico se i sintomi sono giustificati da cause di medicina generale, dagli effetti di sostanze come farmaci o droghe o da altri disturbi psichiatrici, menzionando, però, solo gli altri Disturbi d'Ansia. Questo aspetto sembra poco esplicativo, dato che una definizione corretta di un Disturbo di Panico forse dovrebbe considerare che l'elemento scatenante possa essere costituito, per esempio, da una qualsiasi credenza significativa e che quindi tale manifestazione sintomatologica possa presentarsi in diversi disturbi psichiatrici, la cui terapia può prevedere metodologie di intervento diverse e mirate. In un'eventuale classificazione considerare una classe diagnostica di questo tipo esporrebbe

senza dubbio a valutare diverse copresenze, dato che in ogni Disturbo psichiatrico in cui si verificano psicopatologiche previsioni di pericolo possono presentarsi attacchi di panico e ansia anticipatoria. Da una parte sembra quindi utile, davanti al Disturbo di Panico cercare di caratterizzare meglio quali siano gli aspetti psicopatologici, dall'altro se pure gli studi biologici dovessero mettere in evidenza una predisposizione genetica ad avere attacchi di panico, considerare una categoria di Disturbi con disregolazione dell'ansia tale da inficiare la vita sociale e lavorativa, considerando che tutti si possono manifestare con attacchi di panico. Sul piano clinico resta, comunque, essenziale caratterizzare sempre con maggiore attenzione tali Disturbi d'Ansia per gli schemi cognitivi e per le strategie cognitive e comportamentali. Per risolvere tale aspetto sembra necessario avere un approccio di tipo integrato, dato che questa sarebbe la dimostrazione che il solo rilievo del sintomo psichiatrico attacco di panico non permette una buona definizione della psicopatologia del Disturbo.

L'Agorafobia viene definita dal DSM-IV come l'ansia relativa al trovarsi in luoghi o situazioni dal quale sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi o nei quali non potrebbe essere disponibile aiuto nel caso di un attacco di panico inaspettato o sensibile alla situazione o di sintomi tipo panico. Nella pratica clinica sembrano sussistere soprattutto credenze strutturate sul timore di non poter essere aiutati o credenze che attribuiscono estrema importanza al giudizio degli altri e che quindi comportano vergogna. Tale distinzione non viene accentuata dal DSM-IV, nonostante che ai fini di inquadramento diagnostico e di intervento terapeutico possa risultare importante. Mentre la paura di morire o di non essere aiutato sembra, infatti, propria soprattutto del Disturbo di Panico, credenze relative al definirsi in modo eccessivo attraverso il giudizio delle altre persone potrebbero fare riferimento ad ambiti psicopatologici diversi, non propri solo dei Disturbi d'Ansia.

La collocazione dell'Agorafobia insieme alle altre fobie come nell'ICD o più in relazione al Disturbo di Panico come nel DSM non sembra costituire un particolare oggetto di discussione, dato che, come abbiamo appena detto, si può considerare l'attacco di panico una manifestazione sintomatologica trasversale a tutti i disturbi psichiatrici. È importante comunque ricordare come l'Agorafobia possa costituire una condotta di evitamento molto condizionante l'agire di un individuo e come quindi sia necessario prestare attenzione a una situazione di Agorafobia senza attacchi di panico, dato che la mancanza di crisi di ansia potrebbe essere dovuta non a una sintomatologia meno intensa, quanto a una assoluta non esposizione alle situazioni o ai luoghi temuti arrivando a una totale invalidità socio-lavorativa.

Per quanto riguarda le fobie semplici e la fobia sociale sembra utile distinguerle dato che quest'ultima presenta aspetti, che la caratterizzano molto rispetto alle altre.

La Fobia Sociale è stata separata dalle altre fobie nel 1966 da Marks e Gelder, che osservarono come i pazienti che presentavano questo disturbo mostrassero differenze per quanto riguardava l'età di insorgenza, il decorso, la sintomatologia e la risposta al trattamento. Le credenze relative al timore del giudizio degli altri sembrano distanziare molto questa fobia rispetto alla Fobia specifica, dato che molto diversi, di solito, sono gli aspetti che caratterizzano l'una rispetto alle altre. In questo caso, inoltre, sembra importante definire come in realtà la Fobia Sociale potrebbe comunque essere la disregolazione di un'emozione, la vergogna, che non è la paura e il catastrofismo delle fobie semplici. Questo la caratterizzerebbe molto rispetto agli attacchi di panico con sintomi simil infartuali e la avvicinerebbe a quelle situazioni agorafobiche strutturate sul giudizio degli altri. Risulta, invece, una disregolazione di aspetti emotivi innati la paura di alcuni animali o di alcuni contesti, come avviene nella Fobia Specifica, sotto questo aspetto più vicini a quel filone di ansia con attacchi di panico simil infartuali o che comunque si costituiscono su previsioni di pericolo per la propria salute. Da notare, infatti, come in questo caso (panico simil infartuale, Fobia Specifica) l'individuo cerchi aiuto dalle altre persone, nell'altro cerchi di evitarle.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata costituisce, a oggi, un controverso argomento su cui dibattere, dato che esistono correnti di pensiero che vorrebbero non considerare come un'entità nosografica autonoma tale disturbo, in effetti non frequente come unica manifestazione psicopatologica nell'osservazione clinica, e, per quanto riguarda i sintomi, spesso da ricondurre ad altre diagnosi psichiatriche. Il Disturbo d'Ansia Generalizzata è descritto nel DSM-IV come una condizione di ansia persistente con manifestazioni a carico della sfera somatica e cognitiva, in assenza di aspetti patognomnici di altri Disturbi di asse I. Leggendo tale definizione si può considerare come un simile quadro sintomatologico possa ritrovarsi in diversi altri disturbi psichiatrici, non fornendo allo specialista particolari caratteristiche di differenziazione diagnostica, in grado di garantirne una completa autonomia nelle attuali classificazioni. Come detto nel DSM-V si sta pensando di spostare tale disturbo all'interno dei Disturbi dell'Umore.

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress e il Disturbo Acuto da Stress presentano diverse analogie e sono stati differenziati nel DSM-IV considerando alcuni aspetti relativi all'insorgenza e al decorso della sintomatologia. Pur tenendo conto di tali differenze sembra quindi opportuno riunirli all'interno di uno stesso ambito nosografico.