



**TARANTO**  
**22 Maggio 2010**

**Valutazione Psicologica e Psicodiagnostica**

**Processi di Decisione Clinica**

---

---

**DSM IV e SCID II**  
**Un' Esempificazione**

**Il Disturbo da Attacco Di Panico (DAP)**

Dal Sintomo alla Diagnosi avvalendosi dei criteri del DSM IV e dello SCID II

Relatore: Dr. Natale Botti  
Specialista in Neuropsichiatria

---

---

## E' lui

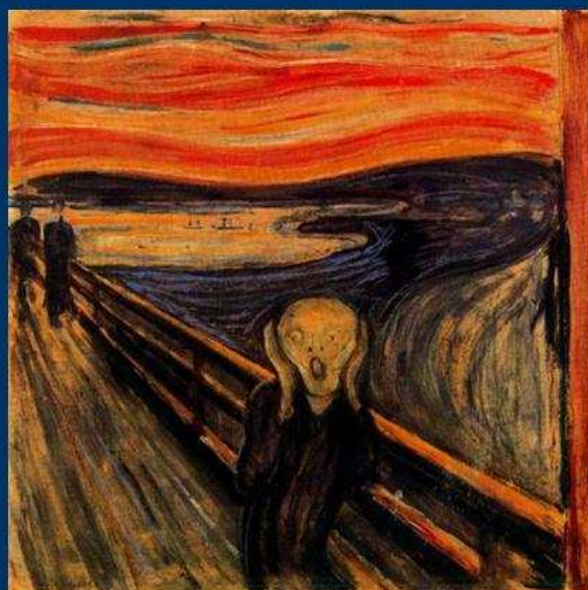
- *E' arrivato all'improvviso ho cominciato a sentire un'ondata dopo l'altra di paura, ho sentito il mio cuore battere forte, che pensavo uscisse fuori dal petto, avevo dolore diffuso alle gambe. Ho avuto così tanta paura che non riuscivo a respirare. Cosa mi stava succedendo? Stavo avendo un attacco di cuore? Stavo per morire?*
- *Più mi spavento e più sto male, più sto male e più mi spavento*
- *“è come se un dio cattivo mi scaraventasse in un mondo in cui niente è più come prima... gli altri, il mondo appaiono lontani come non mai... la fiducia nelle mie normali capacità di controllo viene improvvisamente a mancare... mi sento sola ed incapace di sopravvivere...non riesco a dirmi tanto passa e a tranquillizzarmi”*

## I TEMI

IL DAP

IL DSM

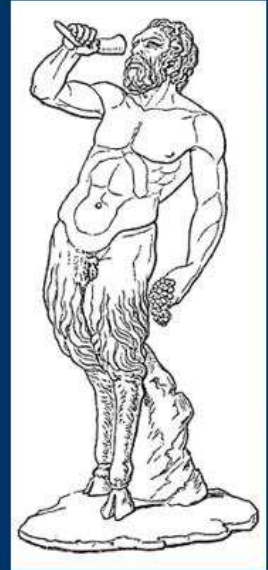
LO SCID II



## Il Mito di Pan

*E Pan l'eterno, che per l'erme alture  
A quell'ora e nei pian solingo va  
Il dissidio, o mortal, delle tue cure  
Nella diva armonia sommergerà.*

*Giosuè Carducci*



## DAP

- Cosa sono gli Attacchi di Panico
- Cosa è il Disturbo da Attacchi di Panico
- Cosa è l'ansia anticipatoria
- Quanti pazienti soffrono di D.A.P.
- Cosa c'è alla base del Disturbo di Attacco di Panico
- Il Giudizio Diagnostico ed i mezzi per arrivarci
- Come può essere trattato il D.A.P.

# ***Disturbi d'ansia***

- **Attacco di panico (n.c.)**
  - **Agorafobia (n.c.)**
  - **Disturbo di attacco di Panico (DAP)**
  - **Disturbo di attacco di panico con agorafobia**
  - **Agorafobia senza anamnesi di Disturbo di Panico**
- 
- 

# **Attacco di Panico**

- Tempesta a ciel sereno;
  - Periodi improvvisati e inaspettati di paura intensa o disagio associati con affanno, vertigini, palpitazioni, nausea o disturbi addominali;
  - I soggetti credono di essere sul punto di avere un attacco di cuore o di impazzire o addirittura di morire;
  - Difficile a comprendersi;
  - La vita privata si complica;
  - Non dipende da una condizione medica generale;
  - Non dipende dall'effetto di sostanze (Farmaci, alcool, stupefacenti);
  - Non dipende da altre patologie psichiatriche;
  - Ripercussioni sul mondo familiare, sociale, lavorativo;
- 
-

# Attacco di Panico DSM IV



## Aspetti non clinici dell'attacco di panico

- L'attacco di panico isolato, non costituisce, di per sé, un disturbo clinico, né indica una disfunzione biologica.
- Rappresenta una normale ed appropriata risposta emotiva, che si verifica in un momento e/o situazione inappropriata.
- Se si verifica durante una specifica minaccia rappresenta un meccanismo adattativo ( incidente automobilistico).
- Gli attacchi di panico presenti in tutti i disturbi d'ansia solo che generalmente c'è sempre un segnale d'inizio o una specifica causa.
- Non tutti i soggetti che sperimentano un attacco di panico diventano affetti da disturbo di attacco di panico...

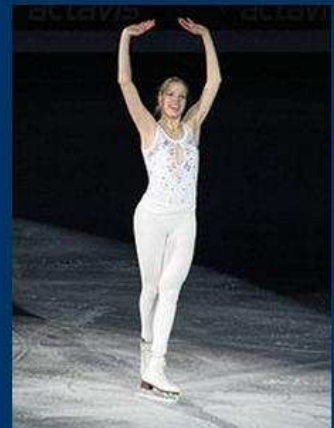
Perché ?

## Perche?

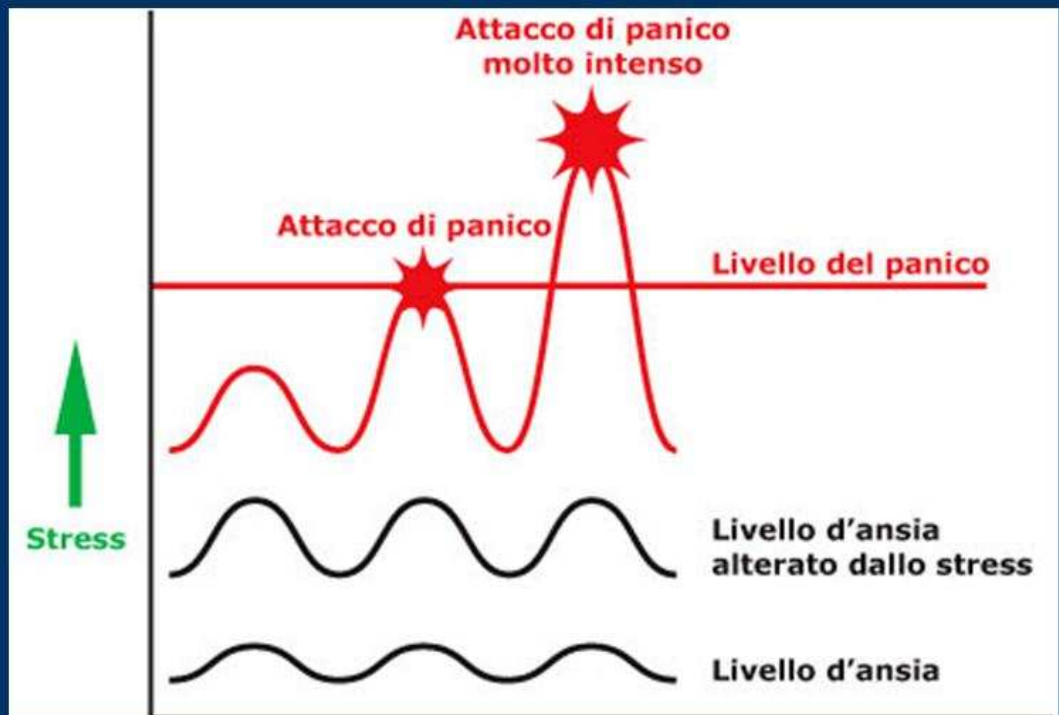
- Predisposizione individuale.
  - La situazione ambientale.
  - Come viene vissuto il primo attacco.
  - I familiari, gli amici, i medici, l'ospedale.
- 
- 

## Lo Stress

- Problemi coniugali o familiari (morte,malattia)
- Problemi sentimentali
- Problemi economici
- Pressioni sul lavoro
- Fattori fisici
- Azione di sostanze



# Agenti Stressogeni



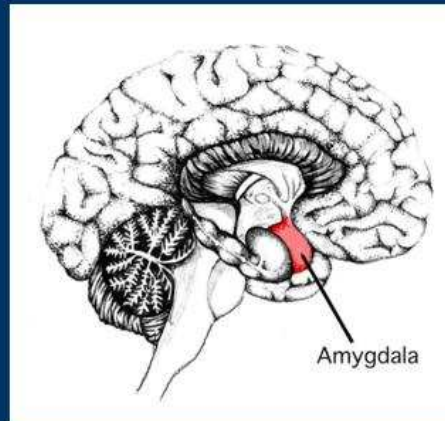
## Epidemiologia

- 1/3 dei giovani adulti ha un attacco di panico tra i 15 e 35 anni;
- 1/3 degli individui con DAP hanno anche agorafobia;
- 1,5-3,5 % della popolazione mondiale sviluppa, nel corso della sua vita (DSM IV);
- Le donne hanno una probabilità doppia rispetto agli uomini di essere colpite;
- Massima incidenza nel periodo tardo adolescenziale;
- Nuovo picco intorno ai 30 anni;
- Nel 2020 seconda patologia al mondo dopo quella cardiovascolare;

# Cause biologiche

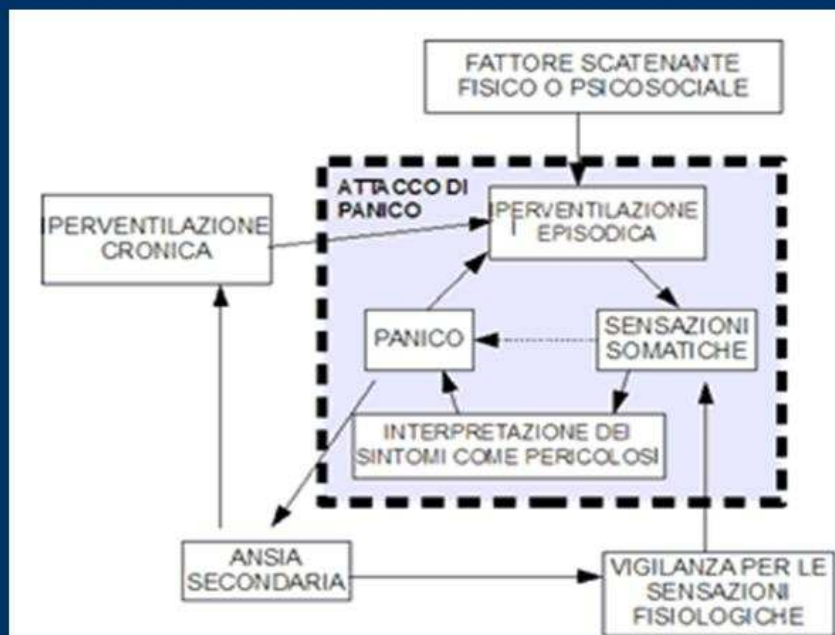
Il cervello segnala un attacco inesistente;

Alterata regolazione dei neurotrasmettitori cerebrali (Nor adrenalina, gamma aminobutirrico);  
Amygdala, Locus coeruleus, modulatori principali nel S.N.C.



# Cause biologiche

Alterazione dei meccanismi di funzionalità respiratoria (iperventilazione cronica)

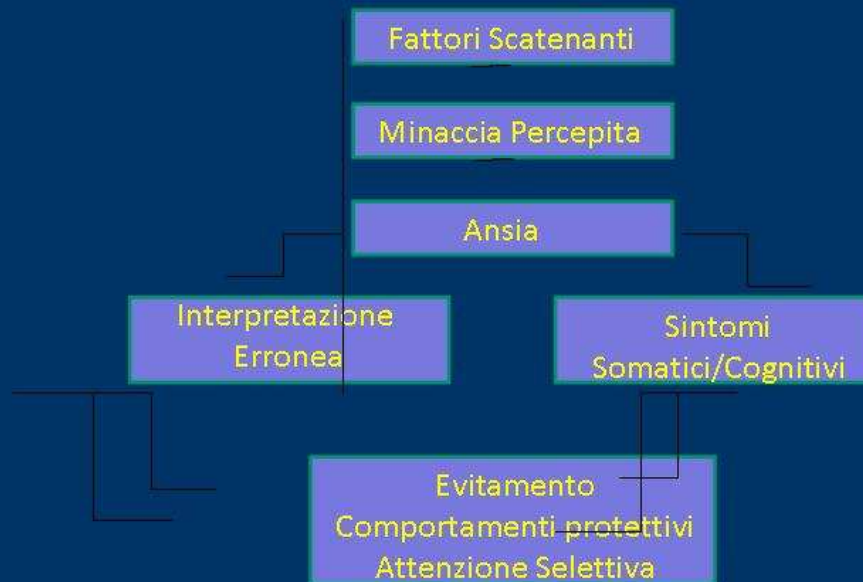




# Circolo vizioso di Clark

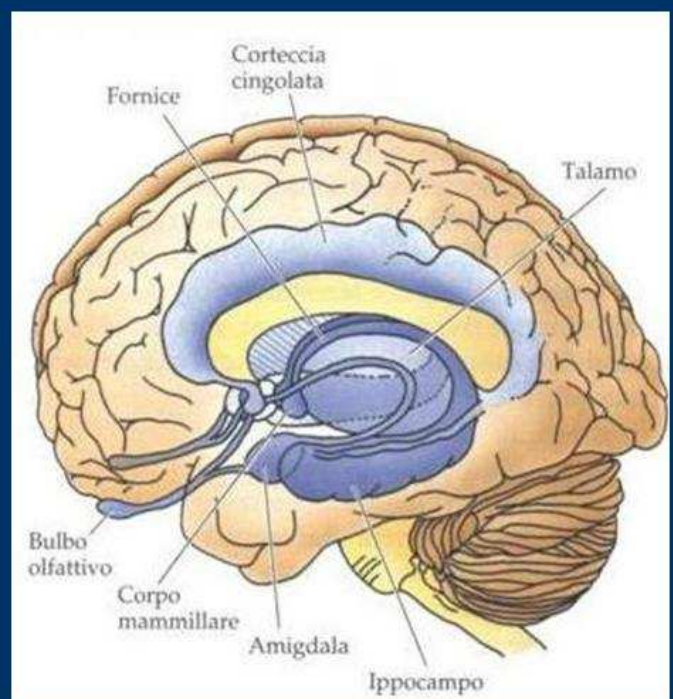
- Catastrofiche interpretazioni di eventi banali.

- La percezione di tale stato genera ansia con i sintomi ad essa associati, l'individuo viene intrappolato .



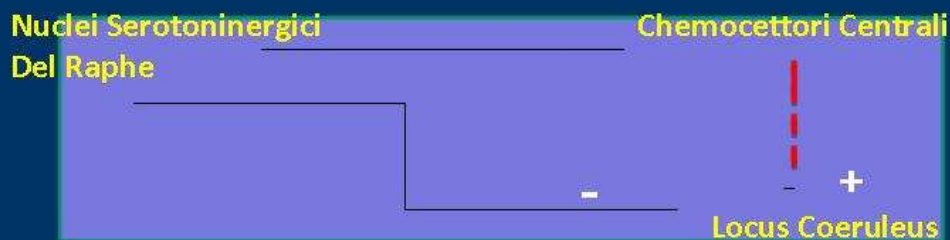
## Cause biologiche

- Anomalie cerebrali o biochimiche
- Alterazioni del Cromosoma 15 (Xivier ed Estivit-Barcellona)
- Incremento dell'attività del sistema adrenergico
- Anormalità recettori BZD.



# Attacco di Panico

- Malfunzionamento di uno specifico sistema di allarme
- Sistemi neuronatomici responsabili dell'attacco di panico sono localizzati a carico del tronco encefalo (filogeneticamente più antico) e sono rappresentati dai nuclei serotoninergici del rafe, del locus coeruleus e dai chemocettori



## Basi neurofisiologiche

Ansia Anticipatoria: Interessate aree localizzate a livello ipotalamo limbico filogeneticamente più recente;

Condotte di evitamento legate ad una predisposizione individuale sulla quale agirebbero come stimoli gli attacchi di panico;

# Basi biologiche del trattamento del DAP

- Effetto clinico dei farmaci ad azione serotoninergica e noradrenergica avverrebbe attraverso le strutture del tronco encefalo
- Farmaci ad azione serotoninergica e gabaergica (BZD) agendo sul sistema ipotalamo limbico influenzerebbero l'ansia anticipatoria
- Interventi non farmacologici di tipo cognitivo comportamentale che implicano il coinvolgimento di strutture corticali favorirebbero una riduzione dei comportamenti di tipo fobico

## Cause Psicologiche

Attaccamento (Bowlby): Il soggetto non ha avuto la possibilità di elaborare la sua sicurezza da bambino nei confronti della figura di accudimento, solitamente la madre.

Scarsa autonomia dell' IO

L' IO dipende dagli altri

Conflitto tra dipendenza dell'IO e bisogno di opposizione/individuazione

DPTS : che a sua volta può essere ricondotto anche rispetto ad un trauma fisico, come uno stupro, molestie, incidenti, aggressioni, ecc.

# DAP

A)

1. Attacchi di panico inaspettati e ricorrenti
2. Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese o più di uno o più dei seguenti sintomi
  - preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico
  - preoccupazione a proposito delle implicazioni dell'attacco e delle sue conseguenze (per es. perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, impazzire)
  - Significativa alterazione del comportamento correlata agli attacchi

B) Presenza o assenza di agorafobia

C) I DAP non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o condizione medica/generale

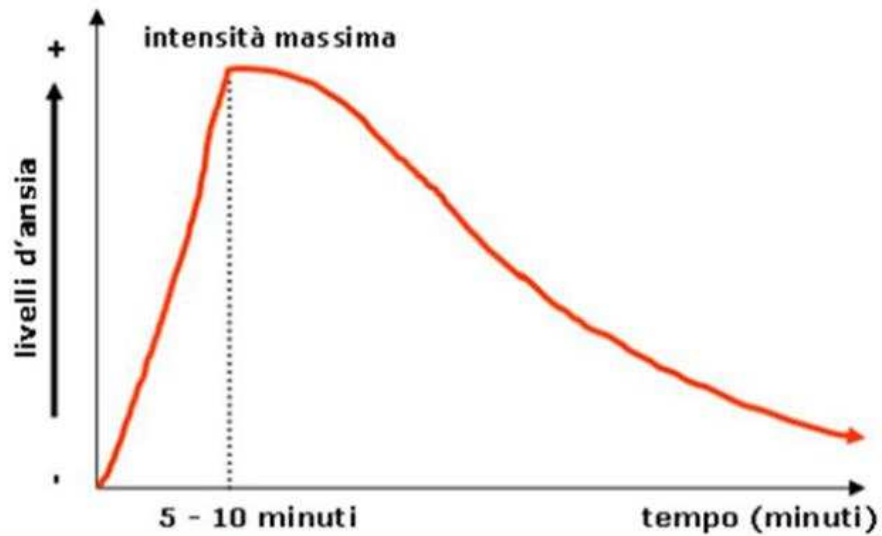
D) I DAP non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale

## Attacco di Panico



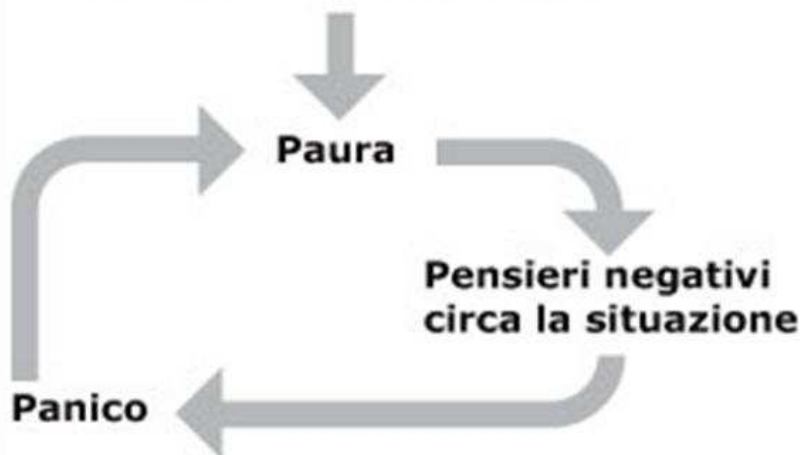
# Durata

## attacco di panico: l'andamento nel tempo

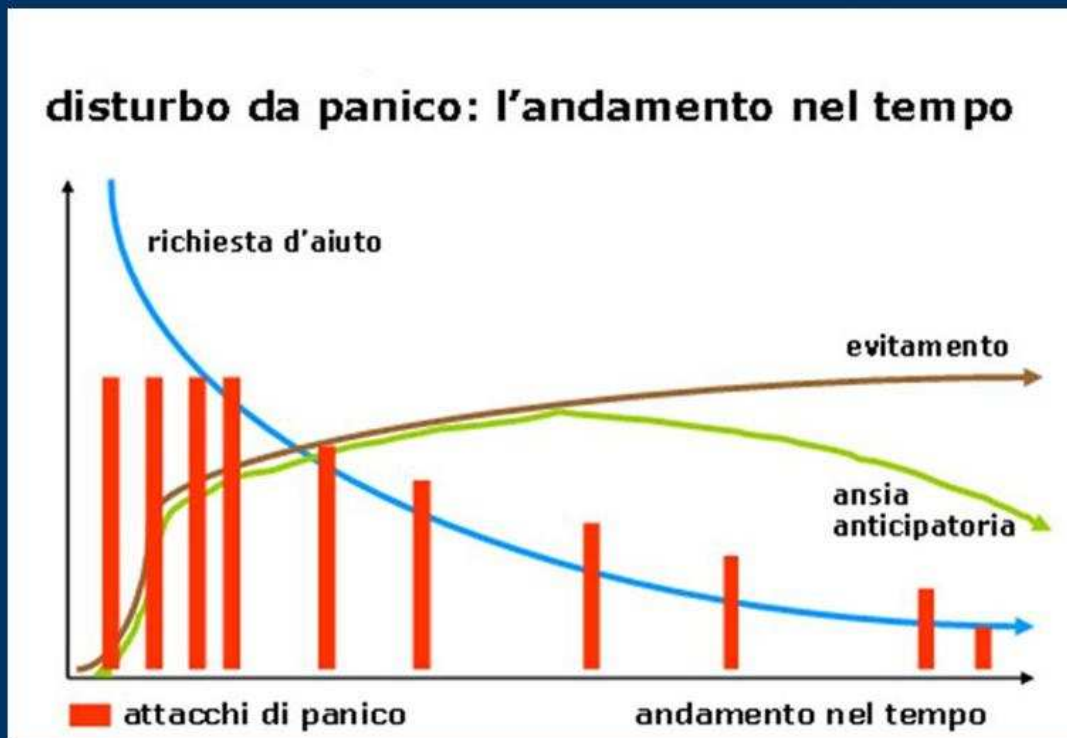


# D.A.P.

**Ansia anticipatoria:**  
Devo prendere la macchina  
"E se avessi un attacco di panico?"



# Andamento nel tempo



## La marcia del panico

- Insorgenza degli attacchi di panico spontanei
- Elaborazione ipocondriaca dei sintomi
- Insorgenza dell'ansia anticipatoria
- Insorgenza degli evitamenti fobici
- Insorgenza di abusi alcolici e/o ansiolitici
- Depressione secondaria

## L'ansia anticipatoria

- Il soggetto vive con il terrore che l'episodio possa ripetersi;
  - Causa introvabile
  - Crescita esponenziale dell'ansia e del timore
  - Rapporti sociali
  - Problemi sul lavoro
  - Spreco di risorse
- 
- 

## L'evitamento fobico

- Si evitano tutte le situazioni reali/immaginarie in cui si percepisce di non poter essere assistito
  - Situazioni in cui non è possibile esercitare un completo e continuo controllo (andare in posti sconosciuti, trovarsi in una via con molto traffico, essere al buio)
  - L'agorafobia
  - La depressione secondaria
- 
-

# L'agorafobia

- Condizione in cui le persone temono ed evitano luoghi o situazioni da cui potrebbe essere difficile e imbarazzante scappare .
  - Può essere associata al Disturbo di attacco di panico
  - Può essere isolata
  - Può seguire il D.A.P.
- 
- 

## I due sottotipi

- Codificati dal DSM IV
  - Variano nella gravità ed estensione dell'evitamento fobico
  - D.A.P senza agorafobia
  - DAP con agorafobia ( evitamento di luoghi o situazioni dai quali la fuga sarebbe difficile o imbarazzante o in cui nel caso di un attacco di panico , l'aiuto sarebbe non disponibile
  - Evitamento variabile (mite, moderato o addirittura restrittivo)
- 
-



## Comorbidità del DAP

- Depressione
  - Ansia sociale
  - Disturbo ossessivo compulsivo
  - Disturbo da somatizzazione
  - Disturbo da ansia generalizzata
  - Disturbo posttraumatico da Stress
  - Disturbi della personalità (evitante , dipendente, borderline)
- 
- 

## Conseguenze del DAP

- Ripercussioni sulla vita lavorativa(rinuncia ad un lavoro per difficoltà di spostamento)
  - Familiare (tensioni interpersonali, causate dalla frequente richiesta di essere accompagnati ;
  - Sociale (riduzione delle relazioni sociali a causa della difficoltà di frequentare luoghi pubblici);
  - Si riduce l'autostima (depressione)
  - Uso di sostanze stupefacenti, abuso di alcool
- 
-

# Il Giudizio Psicodiagnostico

- Tipo di disturbo presentato e gravità con cui si manifesta
  - Conoscere la struttura della personalità, organizzazione interna, manifestazione sintomatica;
  - Colloquio clinico
  - Test psicologico
  - Quanto la sintomatologia influisce sul funzionamento affettivo, sociale e lavorativo del soggetto
  - Programma di trattamento adeguato e quale ?
- 
- 

# La Diagnosi

- Clinica
  - Strumentale
  - La diagnosi differenziale
- 
-

# Diagnosi clinica

- Età
- Modalità d'esordio (fulmine a ciel sereno)
- Sintomi
- Durata
- Ripetitività
- Presenza o assenza di agorafobia
- Esame medico clinico accurato

**Può essere tardiva !!!!**

---

---

# Diagnosi differenziale

- Fobia semplice: il panico si verifica immediatamente prima o su esposizione alla situazione temuta e in nessun altro luogo
  - Fobie sociali: il soggetto è al centro dell'attenzione di altri
  - La claustrofobia
  - La depressione grave
  - I Disturbi dissociativi
  - Ansia generalizzata senza panico
  - D.O.C.
  - La sospensione di farmaci o alcool
  - L'abuso di stimolanti (caffeine, cocaina, anfetamine)
  - Disturbi internistici (cardiaci, surrenali, vestibolari, tiroidei, neurologici)
- 
-

# Diagnosi strumentale

- Test di Bender
- Wais-R
- MMPI (stato psichico del soggetto al momento, ansia, aggressività, impulsività, insicurezza, umore, problemi legati alla droga ed all'alcool)
- Rorschach (intelligenza, affettività, relazioni oggettuali, funzioni di giudizio, pensiero analitico, aderenza alla realtà)
- BIG FIVE (disturbi della personalità)
- Matrici Progressive di Raven (deterioramento intellettuale)
- REATTIVI GRAFICI (figura umana, test dell'albero, test famiglia)
- II DSM IV
- LO SCID II

## DSM

### Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Manuale che raccoglie attualmente più di 370 disturbi mentali, descrivendoli in base alla prevalenza di determinati sintomi (per lo più osservabili nel comportamento dell'individuo, ma non mancano riferimenti alla struttura dell'io e della personalità)

# Linguaggio Comune

Non si concentra sulle cause della malattia.

Pone l'accento sui segni e sintomi specifici, che caratterizzano i vari disturbi.

Maggiore possibilità di affinità terapeutica.

Psichiatri, psicologi, specializzandi, studenti in medicina lo utilizzano come libro di testo.

Compagnie di assicurazione fanno riferimento a questo manuale per determinare l'entità dei risarcimenti.

## Criteria

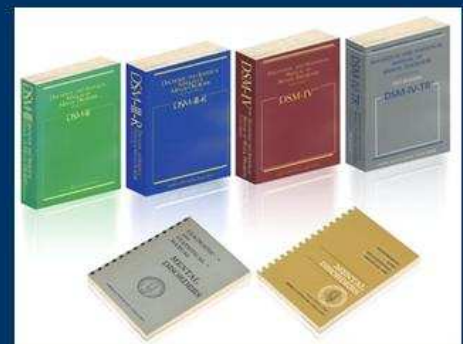
- **Nosografico** (casi valutati in base a casistiche frequenziali)
- **Ateorico**
- **Assiale** (raggruppa i disturbi su 5 assi, al fine di semplificare ed indicare una diagnosi standardizzata)
- **Statistico** ( il sintomo acquista valore come dato frequenziale)

# Sistema multiassiale

- **Asse I:** disturbi clinici riconducibili non solo al cervello ma anche a qualsiasi condizione clinica significativa
- **Asse II:** Disturbi di Personalità (SCID II ) e Ritardo Mentale. Generalmente si accompagnano ad undisturbo di Asse 1
- **Asse III:** condizioni mediche acute e disordini fisici
- **Asse IV:** condizioni psicosociali ed ambientali che contribuiscono al disordine
- **Asse V:** valutazioni globale del funzionamento

# DSM Story

- I Edizione 1952 (American Psychiatric Association)
- II Edizione 1968
- III Edizione 1980
- III – R 1987 (DSM Revised)
- IV Edizione 1994
- IV T.R. 2000 (DSM Text Revision)
- V ?? (2012-2013)



# Il grande rischio

- Disturbi aumentati rispetto alla I edizione di ben tre volte, nella V dovrebbero aumentare ancora di più, settorializzando e psichiatrizzando anche disagi emotivi ambientali e familiari.
  - Ogni difficoltà della vita diventa sindrome da curare
  - I farmaci ?
  - Le Case Farmaceutiche ?
- 
- 

# SCID

- Structured Clinical Interview for DSM .
  - Disturbi di Asse I e di Asse II (DSM) Spitzer e coll. (1987)
  - Buona esperienza clinica e con adeguato training
  - Ha solo scopi diagnostici
  - La sequenza delle domande ricalca la struttura del Manuale (DSM IV)
- 
-

# SCID I

- Fornisce una valutazione di gravità e consente di stabilire la percentuale di tempo in cui i disturbi sono stati presenti negli ultimi 5 anni.
- 8-9 moduli che permettono di indagare l'esistenza dei criteri per diverse categorie diagnostiche (disturbi umore, ansia, abuso di sostanze)
- SCID - Patient Version (SCID-P)
- SCID -Outpatient Version (SCID-OP)
- SCID – Non patient Version, (SCID-NP)

# SCID II

- Ha una struttura modulare : ogni modulo corrisponde ad uno specifico raggruppamento diagnostico;
- Mantiene una chiara rispondenza tra DSM e determinati tratti di personalità;
- Definisce 12 Disturbi di Personalità (Evitante, dipendente, ossessivo compulsivo, paranoide, schizoide, schizotipico, istrionico, narcisistico, borderline, antisociale, passivo-aggressivo, depressivo);
- Va confrontata con gli altri dati testati e con la valutazione clinica;



# PS nell'Attacco di Panico

## Il Soggetto

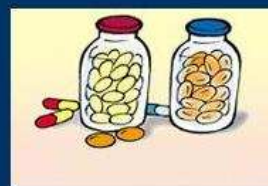
- Sedersi o mettersi in posizione comoda;
- Concentrarsi sul proprio respiro senza mai modificarlo;
- Toccarsi le braccia o le gambe (senso di stabilità);
- Se si è in compagnia non perdere mai il contatto visivo;

## Come Soccorrere

- Aiutare il soggetto a respirare meglio;
- Favorire il contatto fisico e visivo;
- Evitare frasi come “ stai calmo... ora ti passa... prova a rilassarti...”;
- Pronunciare invece frasi come “ ti sono vicino... respiriamo insieme... stringimi la mano “

# Approccio Terapeutico

## Approccio farmacologico



## Psicoterapia

## Gruppo di aiuto-aiuto (L.I.D.A.P.)



# La terapia farmacologica

Non è Vero che tutti i pazienti debbano prendere farmaci, alcuni guariscono senza l'utilizzo degli stessi.

- Quando sono necessari, se ben utilizzati, sono farmaci sicuri, non dannosi, molto utili per la guarigione e di cui si può fare a meno dopo la cura;
- Il farmaco da solo non risolve tutti i problemi del DAP, va comunque integrato con altre terapie;
- Trattamento personalizzato;
- Rapporto medico-paziente uguale se non più importante dell'azione farmacologica;
- Altre componenti : famiglia, ambiente, relazioni;
- Terapia a termine!!!!

## Farmaci di Prima Scelta

**SSRI** (Antidepressivi serotoninergici)

(paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, fluoxetina etc.)

**Effetto non immediato** ( 2-3 settimane, anche 6 settimane);

**Dosaggio:** Iniziare a basse dosi ed aumentare gradualmente e dopo i pasti;

**Durata :** 6/12 mesi sospensione graduale si evitano sintomi fastidiosi

Associare una **BZD** fino al raggiungimento dell'effetto terapeutico diminuisce intensità e frequenza degli attacchi;

Una volta avuta l'azione desiderata non è consigliabile aumentare le dosi ;

# Le complicanze

- Rischio di ricadute
- Effetti collaterali (digestivi ,dispeptici, libido,dermatologici, metabolici, sonno)
- Autosomministrazione e gestione del farmaco da parte del paziente
- Interazione con altri farmaci e con l'alcool
- Le “ricettone” - plurifarmaci
- Se fallisce, provare con un altro serotoninergico

# Farmaci di seconda scelta

- **Antidepressivi triciclici** clorimipramina  
(Anafranil); imipramina(Tofranil);
- **Effetto:** Pari ma numerosi effetti collaterali più frequenti e più fastidiosi(secchezza della bocca , stipsi, disturbi della minzione , disturbi cardiovascolari);
- **Dosaggio:** Tipo progressivo
- **Durata:** Non possono essere sospesi bruscamente,

# Le complicanze

- Insomnia o sonni agitati, agitazione, irrequietezza, sudorazione , riprendere una bassa dose.
- Rischio di ricadute
- Interazione con altri farmaci e con l'alcool
- Interventi chirurgici, guida, uso di droga

# Gli ansiolitici

- **BZD** alprazolam  
(Frontal, Xanax), bromazepam ( lexotan), clonazepam (rivotril), diazepam ( Noan, Tranquirit, Valium), lorazepam (Control, Lorans, Tavor), delorazepam (EN)

**Effetto:** miglioramento dei sintomi

**Dosaggio:** Discrezione del Clinico

**Durata :** Breve tempo ed uso limitato

In associazione con gli antidepressivi (**SSRI e triciclici**) nella prima fase della terapia aumentano i benefici e diminuiscono un'ansia troppo fastidiosa e non gestibile.

# Le Complicanze

- Sintomi da sospensione delle BZD: Agitazione, irrequietezza, ansia, irritabilità, tensione muscolare, insonnia, nausea, riduzione appetito
  - Astinenza ( da compresse a gocce, a diminuire)
  - Rimbalzo ( peggioramento del D.A.P.)
  - Riacutizzazione del quadro clinico iniziale
  - Gli effetti collaterali : sedazione non frequente, guida, disturbi della coordinazione ed equilibrio, tremori, aumento ponderale;
  - Niente alcool, attenzione alla guida e ad interventi chirurgici;
  - Interazione con gli altri farmaci(es antiistaminici)
- 
- 

# La psicoterapia

**Il benessere si costruisce nel poter pensare su ciò che accade**  
*(Giuliana Nico, psicologa, psicoterapeuta)*

- Processo interpersonale in cui il paziente si fa aiutare dallo psicoterapeuta a comprendere e modificare emozioni, pensieri e comportamenti disfunzionali per il proprio benessere.
  - Alleanza con il paziente, collaborazione, partecipazione attiva.
- 
-

# Le Variabili della Psicoterapia

(Orlinsky, Grove e Parks 1994- Psychotherapy- Research)

- Scelta del paziente adatto
  - Collaborazione al trattamento
  - Legame terapeutico
  - Contributo e collaborazione del paziente
  - Espressività del paziente
  - Apprezzamento reciproco terapeuta/paziente
  - Capacità di aprirsi da parte del paziente
  - Capacità di riconoscere in seduta, i passi fatti in avanti
  - Maggiore durata della terapia
- 
- 

## I Tipi

- **Psicodinamiche**
  - **Cognitivo comportamentali**
  - Sistemiche
  - Supportive ed Esperienziali
  - Terapie di gruppo
- 
-

## Psicoterapie psicodinamiche

- Lavoro che permette una maggiore comprensione del proprio mondo interno e uno sviluppo evolutivo della persona che si trova in un momento di crisi
- Elaborazione dei concetti istinto, conflitto, coscienza, inconscio, difesa
- Transfert e controtransfert (Freud)
- Il passato viene rivisto per comprendere il presente
- Si pensano le emozioni e si sentono i pensieri attraverso lo psicoterapeuta , presenza costante e benevola, definizione degli spazi su cui costruire.

## Psicoterapie cognitivo comportamentali

- Monitoraggio del panico
- Applicazione di tecniche di gestione della sintomatologia ansiosa
- Ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali e catastrofici legati al D.A.P.
- Esposizione graduale agli stimoli ansiogeni
- Conseguenze positive sulle emozioni .
- Insegnamento di tecniche di respirazione e di rilassamento
- Può essere individuale o di gruppo

# Esposizione

- In Vivo ( si pone il paziente di fronte a situazioni che sono oggetto concreto dell'evento fobico)
  - Immaginario( si aiuta il paziente a rievocare la situazione fobica mediante la ristrutturazione cognitiva;
  - Schema gerarchico pianificato caso per caso
- 
- 

# I Gruppi di auto mutuo aiuto

- Riconosciuti dall O.M.S.
  - Diverse associazioni nate nel mondo per offrirsi aiuto reciproco;
  - Piccoli gruppi di persone che condividono lo stesso problema e che hanno come obiettivo il raggiungimento del benessere individuale.
  - USA Lega Alcoolisti Anonimi (1935)
- 
-



# L.I.D.A.P.

- Gratuità totale (si diminuiscono i costi sociali ed individuali)
  - Dimensione sociale e circolarità del gruppo
  - Identificazione e solidarietà reciproca
  - Modalità comunicative e relazionali più schiette
  - I soggetti da passivi diventano attivi ed in grado di aiutare
  - Si Impara a mettersi in discussione, si entra in empatia
  - Comunicazione gestuale ed affettiva
- 
- 

# Problemi irrisolti

- Efficacia dei vari tipi di psicoterapie combinate con trattamenti farmacologici
  - Meccanismi di azione terapeutica
  - Efficacia a lungo termine
  - La presenza di altri disturbi psicologici e/o psichiatrici
- 
-

# Conclusioni

*Siamo esseri liberi non classificabili in un modello stereotipato, non creati per piacere agli altri o a noi stessi ma più semplicemente per vivere.*

*La vita è intersoggettività*

*Martin Buber*

*La quale, se non v'è dispiaciuta affatto, vogliatene bene a chi l'ha scritta, e anche un pochino a chi l'ha raccomandata. Ma se in vece fossimo riusciti ad annoiarvi, credete che non s'è fatto apposta.*

*Alessandro Manzoni*

# GRAZIE