



## *Direttore*

Rosario Di SAURO

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Centro Ricerche e Interventi in Psicologia Applicata (CeRI-PA Onlus) di Latina

## *Comitato scientifico*

Barbara CORDELLA

Sapienza Università di Roma

Marco Cesare CHIESA

Primario Psichiatra & *Honor Senior Lecturer* The Cassel Hospital & University College London, Psicoanalista Ipa, Membro Ordinario della British Psychoanalytical Society

Adele FABRIZI

Istituto Universitario di Scienze Motorie (IUSM) di Roma

Massimo GRASSO

Sapienza Università di Roma

Alberto MANZI

*Assistant Professor Of Psychology*, Mercy College, New York

Luciano MECACCI

Università degli Studi di Firenze

Rodolfo MOGUILLASNSKY

Departamento De Salud Mental Universidad De Buenos Aires, Membro Ordinario dell'asociación Psicoanalítica Apdeba

Giampaolo NICOLAIS

Sapienza Università di Roma

Adele Nunziante CÉSARO

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Angelo R. PENNELLA

Sapienza Università di Roma

Lidia PROVENZANO

Sapienza Università di Roma

Paolo VALERIO

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

## *Comitato redazionale*

Rosario Di SAURO (coordinatore), Silvia ALONZI, Stefania BERTIÈ, Donata CAVALLO, Francesca MARCHEGIANI, Alessandra MURA, Manuela MALTESE, Irene MASTRANTONI, Anna RICCARDI

## PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

La collana raccoglie contributi nazionali e internazionali sui temi della psicologia clinica e della psicoterapia. A volte vi si troveranno lavori che, pur non appartenendo in maniera specifica ai suddetti temi, ne fanno da contorno e ne fondano, tuttavia, la stessa epistemologia.



Silvia De Acutis

**L'ansia: normalità e patologia  
nel bambino e nell'adolescente**

Eziopatogenesi e traiettorie evolutive





Aracne editrice

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)  
[info@aracneeditrice.it](mailto:info@aracneeditrice.it)

Copyright © MMXVIII  
Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

[www.gioacchinoonoratieditore.it](http://www.gioacchinoonoratieditore.it)  
[info@gioacchinoonoratieditore.it](mailto:info@gioacchinoonoratieditore.it)

via Vittorio Veneto, 20  
00020 Canterano (RM)  
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-1328-8

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: marzo 2018

*A mio padre*





Non si può discendere due volte nel medesimo fiume e non si può toccare due volte una sostanza mortale nel medesimo stato, ma a causa dell'impetuosità e della velocità del mutamento si disperde e si raccoglie, viene e va.

Eraclito, *Sulla Natura*



- 15 *Premessa*
- 19 *Introduzione*
- 25 **Capitolo I**  
*Eziopatogenesi e considerazioni evolutive*  
1.1. L'ansia secondo una prospettiva evolutiva, 32 – 1.1.1. *Le prime relazioni oggettuali: fattori di rischio o di protezione?*, 32 – 1.1.2. *Predisposizione genetica e fattori ambientali: l'interazione tra geni e ambiente*, 37 – 1.2. La sinergia tra processi psicologici e biologici: il circuito della paura nel bambino ansioso, 42 – 1.3. Contributi di ricerca e risvolti applicativi, 46 – 1.3.1. *Coinvolgimento delle figure genitoriali nei programmi di prevenzione e di trattamento*, 46 – 1.3.2. *Modelli psicoterapeutici a confronto e indicazioni farmacologiche: evidenze empiriche*, 48 – 1.4. Considerazioni conclusive, 52
- 53 **Capitolo II**  
*L'ansia patologica: dalla teoria alla clinica*  
2.1. Il caso di Melissa, 55 – 2.2. Il caso di Mike, 56 – 2.3. Il caso di David, 58 – 2.4. Considerazioni conclusive, 60
- 61 **Capitolo III**  
*Ansia, Depressione e sintomi somatici*  
3.1. Il rapporto di causalità tra i disturbi ansioso-depressivi e il disagio somatico, 65 – 3.1.1. *Il ruolo della disregolazione affettiva nell'insorgenza dei sintomi somatici*, 67 – 3.1.2. *Verso una maggiore comprensione dei disturbi internalizzanti: la prospettiva multifattoriale*, 69 – 3.2. Considerazioni conclusive, 72
- 75 **Capitolo IV**  
*L'ansia sociale*  
4.1. Diagnosi e ipotesi esplicative, 77 – 4.1.1. *DSM-IV-TR versus DSM-5*, 77 – 4.1.2. *Il costrutto di ansia sociale: ipotesi del continuum*, 82 – 4.1.3. *Il costrutto di ansia sociale: ipotesi dell'eterogeneità*, 85 – 4.2. Dall'istinto di sopravvivenza al timore patologico: il nucleo ansiogeno del socialfobico, 87 – 4.2.1. *La dimensione cognitiva dell'ansia sociale: bias cognitivi e credenze*

*metacognitive*, 90 – 4.2.2. *La dimensione affettiva e i correlati fisiologici*, 95 – 4.2.3. *I rapporti interpersonali vis à vis e le relazioni mediate dalle nuove tecnologie interattive*, 97 – 4.3. Fattori di rischio e di protezione: prospettiva multifattoriale, 99 – 4.3.1. *Fattori individuali: aspetti genetici e temperamentali, cognitivi e comportamentali*, 99 – 4.3.2. *Fattori ambientali: il contesto familiare ed extrafamiliare*, 104 – 4.4. Comorbilità psichiatrica e diagnosi differenziale, 111 – 4.4.1. *Comorbilità con il disturbo evitante di personalità*, 112 – 4.4.2. *Criteri per la diagnosi differenziale*, 113 – 4.5. Il ruolo dei pari e delle figure genitoriali nel trattamento del socialfobico, 114 – 4.5.1. *L'approccio cognitivo-comportamentale*, 117 – 4.5.2. *L'approccio psicodinamico: il modello di Luborsky e di Alexander*, 118 – 4.5.3. *L'integrazione dell'approccio cognitivo comportamentale e quello psicodinamico*, 123 – 4.5.4. *Il trattamento psicofarmacologico*, 128 – 4.5.5. *Assessment e trattamento: criticità col paziente socialfobico*, 132 – 4.6. Considerazioni conclusive, 136

## 139    Capitolo V

### *Disturbo di panico*

5.1. Considerazioni diagnostiche e aspetti fenomenologici, 140 – 5.1.1. *Gli attacchi di panico: criteri di classificazione e diagnosi differenziale*, 142 – 5.1.2. *L'ansia anticipatoria: elemento cruciale nella strutturazione del disturbo di panico*, 144 – 5.2. Diagnosi e prevenzione: criticità e potenzialità, 147 – 5.3. Fattori di rischio e di protezione: il ruolo del modeling nella gestione dei sintomi somatici, 148 – 5.3.1. *Le distorsioni cognitive della componente somatica dell'ansia*, 149 – 5.3.2. *Lo stile genitoriale quale fattore di rischio o di protezione*, 151 – 5.3.3. *La psicopatologia genitoriale*, 154 – 5.3.4. *Il temperamento*, 154 – 5.4. Modelli psicoterapeutici a confronto e possibilità di integrazione, 155 – 5.4.1. *Prevenzione e trattamento: obiettivi e strategie*, 155 – 5.4.2. *La psicoterapia cognitivo-comportamentale e l'approccio psicodinamico nel trattamento del disturbo di panico*, 157 – 5.5. Considerazioni conclusive, 160

## 163    Capitolo VI

### *Disturbo d'ansia da separazione*

6.1. Aspetti diagnostici e distinzioni fenomenologiche, 164 – 6.1.1. *Le diverse manifestazioni del disturbo nell'infanzia e nell'adolescenza*, 167 – 6.1.2. *Peculiarità del disturbo nell'adulto*, 169 – 6.2. Fattori di rischio e di protezione: temperamento ed esperienza, 170 – 6.3. L'ansia da separazione e psicopatologia associata, 172 – 6.3.1. *Criteri per la diagnosi differenziale*, 173 – 6.3.2. *Il disturbo d'ansia da separazione come fattore di rischio*, 174 – 6.4. Approcci tradizionali e nuove strategie terapeutiche, 176 – 6.5. Considerazioni conclusive, 177

## 179    Capitolo VII

### *Disturbo d'ansia generalizzata*

7.1. Inquadramento diagnostico e aspetti fenomenologici, 180 – 7.2. Fattori di rischio e di protezione: disregolazione affettiva e stili genitoriali disfunzionali,

183 – 7.2.1. *Affettività negativa e pervasiva*, 183 – 7.2.2. *Il ruolo dell'attaccamento nella regolazione affettiva*, 184 – 7.2.3. *Processi interpersonali disfunzionali e aspettative distorte*, 185 – 7.2.4. *L'intollerabilità dell'incertezza e la ruminazione*, 186 – 7.3. *Disturbo d'ansia generalizzata e quadri clinici associati*, 188 – 7.4. *Strategie terapeutiche*, 191 – 7.4.1. *Flessibilità e personalizzazione del trattamento*, 191 – 7.4.2. *L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale breve*, 193 – 7.5. *Considerazioni conclusive*, 194

197	Capitolo VIII <i>Nuove prospettive per la diagnosi</i>
205	<i>Bibliografia</i>



## Premessa

Molte volte ci si interroga sulle radici della sofferenza psichica, troppo spesso però trascorrono diversi anni prima di potersi accostare ad esse, sebbene una qualche forma di disagio sia presente sin da bambini. In tal senso la prevenzione fallisce e si versa in condizioni di cronicità.

Le difficoltà e le problematiche dell'età evolutiva sono, infatti, di frequente sottovalutate perché ritenute "fisiologiche" e tipiche di questa fase di vita. Sebbene il più delle volte questo possa essere vero, occorre non disconoscere l'esistenza del disagio psichico e di condizioni psicopatologiche anche nel bambino e nell'adolescente, peraltro suffragata dai risultati di numerosi studi in campo epidemiologico.

La scelta di far precedere il testo da riscontri epidemiologici nasce dall'esigenza di un confronto effettivo con l'incidenza della patologia psichiatrica in generale e dei disturbi d'ansia nello specifico, non solo in età adulta ma anche in età evolutiva. Spesso, infatti, la sofferenza psichica si manifesta sin dall'infanzia o a partire dalla prima adolescenza costituendo in diversi casi un fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi psichici dell'età adulta. La sintomatologia può tuttavia declinarsi tanto in termini di continuità dall'infanzia all'adolescenza e dall'adolescenza all'età adulta, quanto in termini di discontinuità. Pertanto non è possibile assumere in modo deterministico che la presenza di un dato disturbo nelle fasi precoci di vita rappresenti necessariamente il precursore di uno specifico disturbo in tappe più avanzate dello sviluppo. D'altro canto non si può nemmeno negare che certe manifestazioni anche di tipo subclinico possano nel tempo assumere un carattere patologico sotto l'effetto di specifiche concause. Il riconoscimento e

l'accettazione del riscontro di un disturbo mentale in età evolutiva risulta comunque complicato implicando una maggiore accortezza nel captare precisi "segnali" e il superamento dello stereotipo che associa il bambino ad una condizione ideale di salute mentale. Abitualmente, infatti, si commette l'errore di ritenere che la "patologia mentale" riguardi esclusivamente l'età adulta, probabilmente a causa dell'idea condivisa che l'infanzia coincida con una fase di vita avulsa da problemi e preoccupazioni. Purtroppo, però, i dati epidemiologici e l'esperienza clinica infrangono questa illusione confermando una significativa prevalenza dei disturbi psichiatrici, non solo in età adulta ma anche in età evolutiva.

I problemi relativi alla salute mentale rivestono, in tutti i paesi industrializzati, un'importanza crescente: la loro prevalenza mostra, infatti, un trend in aumento e ad essi si associano elevati costi economici e sociali che gravano non solo sui pazienti e i loro familiari, ma anche sull'intera collettività [Knopf, Park e Muley 2008; Caldwell, Assari e Breland-Noble 2016]. Polanczyck *et al.* [2015] evidenziano che l'incidenza dei disturbi psicopatologici ha avuto un costante aumento nelle ultime tre decadi e, secondo le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per il 2020 il carico di disabilità legato alla patologia mentale nei giovani è destinato ad aumentare. Quest'ultimo è un dato preoccupante anche per quanto riguarda la popolazione adulta poiché, come attestano i risultati di diversi studi [Üstün 1999; WHO 2000; Knopf, Park e Muley 2008; Merikangas, Nakamura e Kessler 2009; Molteni 2011; Cockerham 2016], solitamente la psicopatologia dell'adulto è preceduta da disturbi insorti precocemente. Il riscontro di manifestazioni cliniche nell'infanzia e nell'adolescenza costituisce, quindi, un importante fattore di rischio per i problemi psichiatrici successivi.

In età evolutiva il disagio può essere espresso tramite disturbi esternalizzanti o all'opposto con disturbi internalizzanti. Mentre i primi si caratterizzano per una esteriorizzazione della sofferenza con la messa in atto di comportamenti per lo più manifesti tipici dei disturbi della condotta,



dell'iperattività e della concentrazione [Nezhad *et al.* 2011]; i secondi invece coincidono con quadri ansiosi, depressivi e somatici e sono contraddistinti da comportamenti di chiusura e di ritiro [Nezhad *et al.* 2011]. Benché entrambe le tipologie di disturbi siano ampiamente diffuse nel bambino e l'adolescente, la sofferenza psichica manifestata precocemente, con comportamenti di ritiro e chiusura, rischia di essere trascurata o sottovalutata per la fenomenologia meno evidente e, quindi, più difficilmente rilevabile. In particolare, Peterson e Lippincott [1993] sottolineano che i sintomi depressivi durante l'adolescenza sembrano costituire un marker a livello subclinico significativo per l'insorgenza di disturbi psicologici in età adulta. Wickrama e Bryant [2003], osservano, poi, come in molti studi venga prestata minor attenzione ai sintomi della sfera internalizzante. Pertanto, è auspicabile che le problematiche di tipo internalizzante, siano approfondite attraverso ricerche a carattere epidemiologico e longitudinale, in grado di valutare l'outcome di tali patologie. Più recentemente In-Alborn [2012], passando in rassegna numerosi studi epidemiologici internazionali [Steinhausen *et al.* 1998; Wittchen *et al.* 1998; Wittchen *et al.* 2000; Woodward e Fergusson 2001; Kessler *et al.* 2005a; Costello *et al.* 2006; Bruckl *et al.* 2007; Copeland *et al.* 2009; Merikangas *et al.* 2010] evidenzia che, nell'ambito della patologia internalizzante, i disturbi d'ansia sono i più diffusi nell'infanzia e nell'adolescenza e rappresentano un significativo fattore di rischio per lo sviluppo in fasi successive di quadri clinici secondari tra cui ulteriori disturbi d'ansia, disturbi affettivi, disturbi somatici e dipendenza da sostanze. In relazione alle differenze di genere la prevalenza della patologia internalizzante sembra equivalere tra maschi e femmine durante l'infanzia, sebbene tenda ad aumentare nettamente nel genere femminile durante l'adolescenza [Steinhausen *et al.* 1998; Costello *et al.* 2003; Merikangas *et al.* 2010].

Dati recenti, riguardanti le condizioni di salute mentale osservati in diversi paesi, tra cui l'Italia, confermano la prevalenza dei disturbi mentali nel genere femminile con una

maggior diffusione dei quadri ansiosi e depressivi [Gigantesco e Picardi 2011; Maselko 2017].

In riferimento alla patologia ansiosa, l'esordio precoce del disturbo si associa a fattori come l'inibizione comportamentale, eventi di vita negativi, separazione o perdita delle figure genitoriali e condizioni economiche disagiate [Hyland *et al.* 2016]. Per quanto riguarda l'età di insorgenza, gli individui tra i 10 e i 15 anni sembrano essere i soggetti più a rischio di sviluppare un disturbo d'ansia. Nella popolazione adulta, la maggior parte dei disturbi d'ansia risulta associata alla disoccupazione, a un basso reddito ed a uno scarso livello di istruzione [Michael, Zetsche e Margraf 2007].

Studi epidemiologici, inoltre, hanno accertato che nei paesi occidentali, tra gli individui affetti da un disturbo d'ansia, tre su quattro presentano un altro disturbo mentale in comorbidità. Particolarmente rilevante è, poi, l'associazione tra i disturbi d'ansia e i disturbi affettivi, così come significativa risulta essere, a partire dall'adolescenza, la relazione tra i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di sostanze [Patrizi *et al.* 2010], anche se notevolmente inferiore alla comorbidità tra ansia e depressione.

Sebbene al momento questi dati si possano considerare sufficienti a rappresentare la significativa diffusione dei disturbi d'ansia e più in generale della psicopatologia internalizzante nella popolazione adulta ed in età evolutiva, nel corso del testo vengono riportati ulteriori riscontri epidemiologici riferiti in modo particolare ai disturbi oggetto di trattazione.

## Introduzione

L'esperienza soggettiva dell'ansia appartiene ad ognuno di noi, sovente nella quotidianità. Generalmente l'ansia si configura come una risposta fisiologica a situazioni di allerta e di pericolo, benché non sia esclusa una sua connotazione patologica caratterizzata da reazioni più amplificate e croniche.

Anche laddove si tratti di una risposta del tutto proporzionata alla situazione che si sta vivendo, è comunque un'esperienza complessa che ci coinvolge sul piano affettivo, cognitivo, fisiologico e comportamentale. Comunemente però la rappresentazione del nostro vissuto viene tradotta con affermazioni generiche del tipo: "Mi sento agitato", oppure: "Sono ansioso" inadeguate a rappresentare la complessità della nostra "esperienza". Il termine "ansia" nel gergo comune viene, quindi, utilizzato in modo stereotipato che inevitabilmente rimanda ad una condizione monolitica, indifferenziata sia nel suo genere che per intensità, pervasività e persistenza.

Evidenze empiriche [Marcelli e Braconnier 1999, trad. it. 2001, 205; Stein 1999; McNeil 2001; Muller, Koen e Stein 2004; Ardizzone, Galli e Guidetti 2005] così come l'esperienza clinica confermano, all'opposto, l'esistenza di una vasta gamma di manifestazioni ansigene che si differenziano da individuo a individuo ed in ragione delle diverse tappe dello sviluppo, estendendosi lungo un continuum che va dalla normalità alla patologia. Nel testo superando la rigida distinzione tra ansia normale e patologica, si intende quindi riscattare la complessità di tale stato affettivo soffermandosi sulle molteplici manifestazioni dello spettro ansioso, delineando al contempo le possibili traiettorie evolutive dell'ansia mediate dall'influenza di specifici fattori eziopatogenetici.

L'esigenza di considerare anche le delicate "condizioni di confine" deriva dalla constatazione che molta della sofferenza psichica non trattata coincide proprio con le posizioni intermedie del continuum di difficile rilevazione e generalmente ad esordio precoce. In età evolutiva sono, infatti, frequenti manifestazioni che pur non essendo francamente patologiche possono generare un disagio significativo.

In riferimento all'ansia la dicotomia tra normalità e patologia porta comunemente ad attribuire un disagio alle sole forme patologiche della stessa. Si commette così l'errore di trascurare che la sofferenza psichica origina non dal sintomo in sé ma dai processi cognitivi, affettivi e comportamentali che lo sorreggono e dai fattori eziopatogenetici, sia individuali che ambientali, che concorrono al suo esordio e mantenimento.

Sebbene con un focus sul bambino e l'adolescente, il testo offre spunti (nosografici, empirici, clinici e teorico-interpretativi) utili alla rilevazione ed alla comprensione delle condizioni ansiogene, sia cliniche che subcliniche, riscontrabili dall'infanzia all'età adulta. Le manifestazioni dell'età evolutiva sono inoltre opportunamente differenziate da quelle dell'età adulta cercando di mettere in luce le forme emergenti del "malessere ansioso" nell'ottica della prevenzione. La riconoscibilità di tali manifestazioni e delle problematiche ad esse annesse è, infatti, necessaria non solo per gli addetti ai lavori ma anche per coloro che direttamente o indirettamente entrano a contatto col disagio che la condizione ansiosa determina. Con questo testo ci si prefigge, quindi, di fornire uno strumento utile non solo per il clinico ma anche per le principali figure di riferimento con cui il bambino e l'adolescente entrano in contatto nei loro abituali contesti di vita. È il caso dell'insegnante che potrebbe avere un elemento in più per scorgere e comprendere la natura delle difficoltà che un bambino o un ragazzo incontra nell'apprendimento scolastico o nell'integrazione nel gruppo classe. Altrettanto utile può essere per un genitore che non sa come interpretare le motivazioni legate alle assenze scolastiche del proprio figlio adolescente, oppure le frequenti lamentele