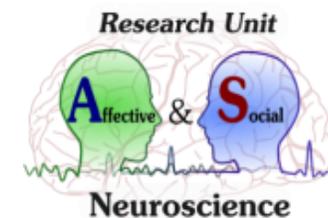
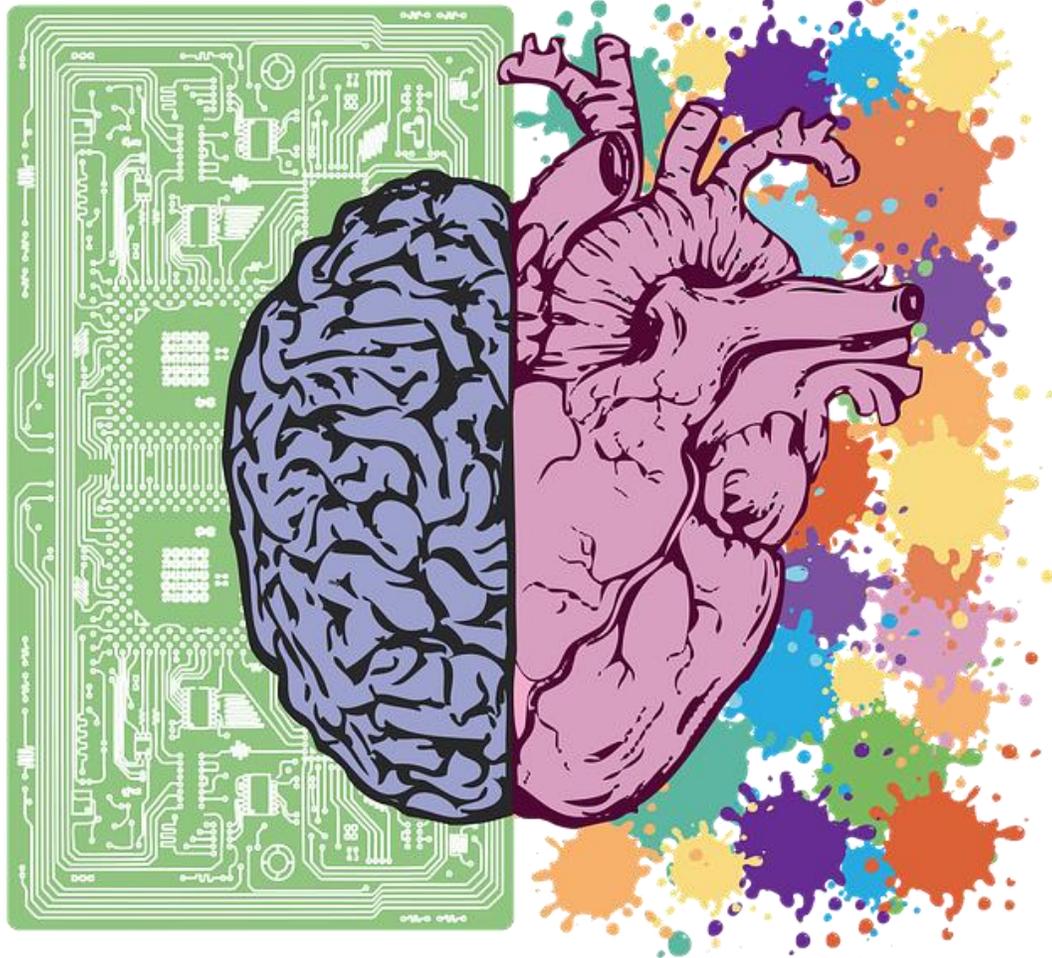


Corso di Psicologia delle emozioni

a.a.2023/2024

Docente: Roberta A. Allegretta

*International research center for Cognitive Applied Neuroscience (IrcCAN)
Research Unit in Affective and Social Neuroscience
Dipartimento di Psicologia
Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano*

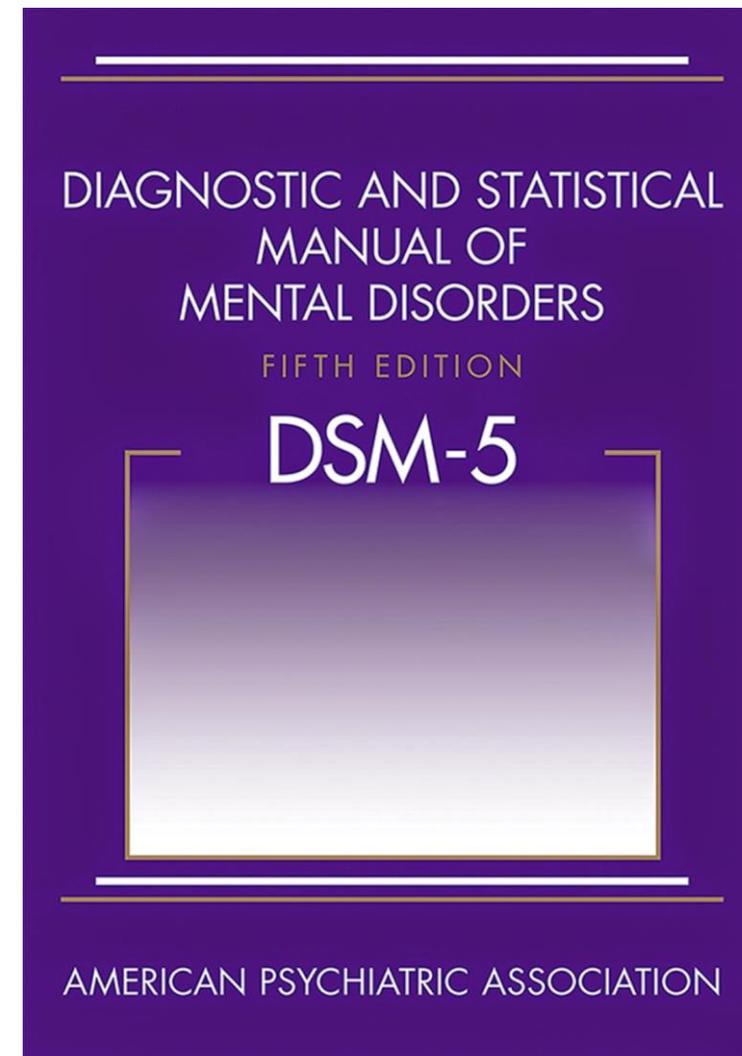


1. Il DSM-5 (2013)

- DSM: abbreviazione di *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)
- 5: quinta edizione

Fornisce i **criteri diagnostici** e altre informazioni per ogni disturbo mentale

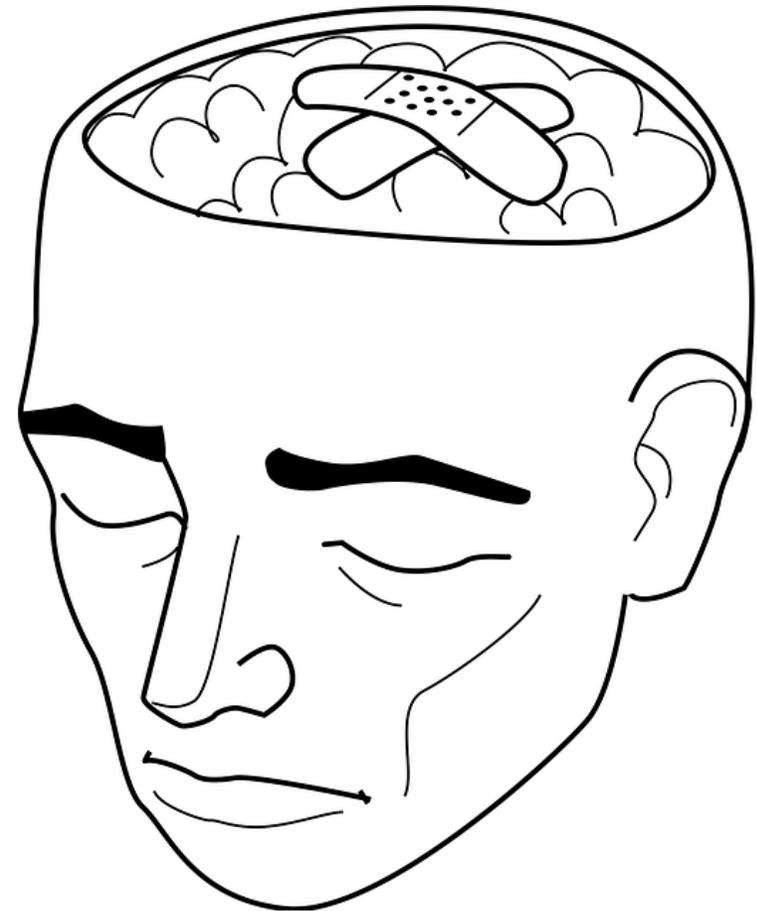
È diviso in 5 assi che forniscono differenti dimensioni di valutazione utili per la diagnosi psichiatrica



1. Che cos'è un disturbo mentale?

Secondo il DSM-5:

«Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente.»



1. Deficit delle emozioni: disturbi dell'umore

DISTURBI BIPOLARI

DISTURBI DEPRESSIVI

DISTURBI D'ANSIA



PERSONALITY DISORDER



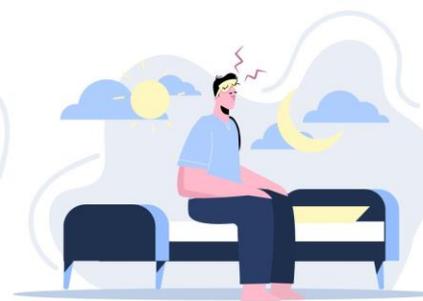
ANXIETY



DEPRESSION



SCHIZOPHRENIA



SLEEP DISORDER



STRESS

1. I disturbi bipolari

I disturbi bipolari includono:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico



1. Episodio maniacale

- A. Un periodo definito di **umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia**, della durata di almeno **1 settimana** e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (o di qualsiasi durata, se è necessaria l'ospedalizzazione).
- B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, **tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono presenti** a un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale:
1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
 2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
 3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
 4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
 5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata.
 6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè attività immotivata non finalizzata).
 7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).
- C. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.
- D. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento) o a un'altra condizione medica.

2. Episodio ipomaniacale

A. Un periodo definito di **umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile** e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia, della durata di almeno **4 giorni consecutivi** e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento di energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono stati presenti, rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale e si manifestano a un livello significativo:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità.
2. Diminuito bisogno di sonno (per es., sentirsi riposati/e dopo solo 3 ore di sonno).
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare.
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Distraibilità (cioè attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), come riferita o osservata.
6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria.
7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati).

C. L'episodio è associato a un evidente cambiamento nel funzionamento, che non è caratteristico dell'individuo quando è asintomatico.

D. L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel funzionamento sono osservabili dagli altri.

E. L'episodio non è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione. Se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è, per definizione, maniacale.

F. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., sostanza di abuso, un farmaco, un altro trattamento).

3. Episodio depressivo maggiore

A. **Cinque (o più)** dei seguenti **sintomi** sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo **di 2 settimane** e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

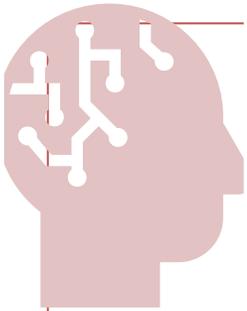
1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a).
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

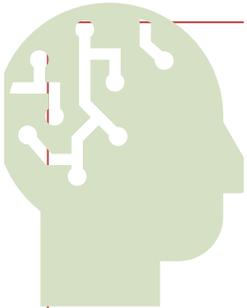
C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Disturbo bipolare I

Per la diagnosi di **disturbo bipolare I**, è necessario soddisfare i precedenti **criteri per un episodio maniacale**. L'episodio maniacale può essere preceduto e può essere seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori.



A. Sono stati soddisfatti i criteri per almeno un episodio maniacale (Criteri A-D sotto “Episodio maniacale”, sopra).



B. Il verificarsi dell'episodio (o di episodi) maniacale e depressivo maggiore non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo, da schizofrenia, da un disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.



Disturbo bipolare II

Per la diagnosi di **disturbo bipolare II** è necessario soddisfare i precedenti **criteri per un attuale o pregresso episodio ipomaniacale** e i precedenti criteri per **un attuale o pregresso episodio depressivo maggiore**:

A. Sono soddisfatti i criteri per almeno un episodio maniacale (Criteri A-F sotto “Episodio ipomaniacale”, sopra) e per almeno un episodio depressivo maggiore (Criteri A-C sotto “Episodio depressivo maggiore”, sopra).

B. Non vi è mai stato un episodio maniacale.

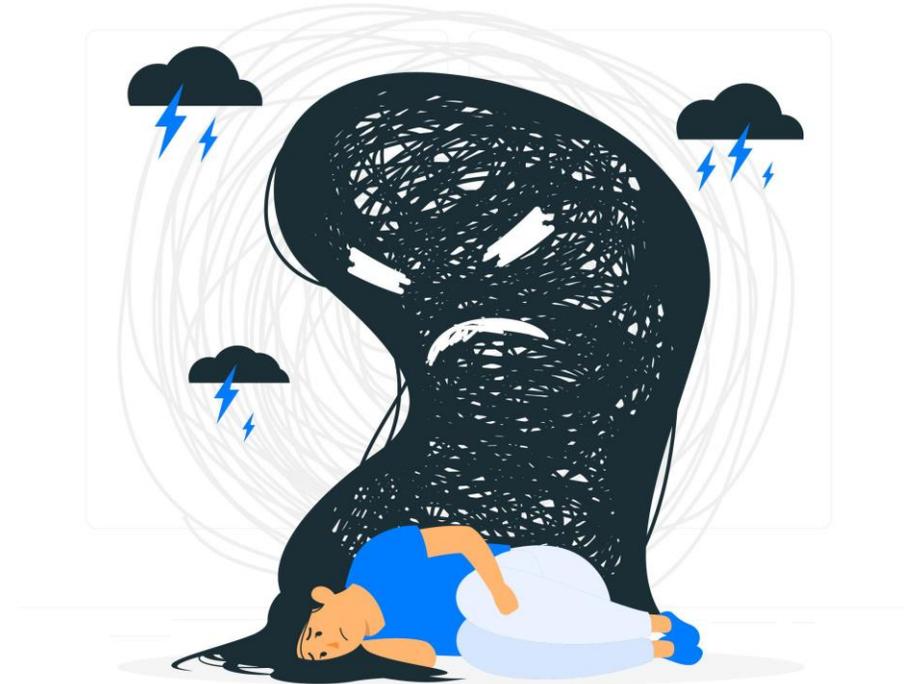
Il verificarsi dell’episodio/i ipomaniacale e dell’episodio/i depressivo maggiore non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo, da schizofrenia, da un disturbo schizofreniforme, da un disturbo delirante o da un disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.

I sintomi della depressione oppure l’imprevedibilità causati dalla frequente alternanza tra periodi di depressione e di ipomania causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

1. I disturbi depressivi

I disturbi depressivi includono:

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente (distimia)
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione fisica
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci



1. Il disturbo depressivo maggiore (MDD)

Il termine “depressione”, nel linguaggio comune, è spesso usato per descrivere l’esperienza emotiva della tristezza. Tuttavia, la depressione clinica si riferisce a un **disturbo psichiatrico** specifico (cioè il disturbo depressivo maggiore [MDD]) **caratterizzato da una costellazione di sintomi affettivi, comportamentali e cognitivi**, nonché da significative compromissioni del funzionamento.

DEPRESSION

Risk factors

- genetic predisposition
- stress
- addiction alcoholism

Treatment

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud

over 300 million people of different ages suffer from depression

Prevention

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy

- sleep min 8 h
- healthy diet
- sport
- positive thoughts
- creation
- communication

Symptoms

- drowsiness
- anxiety, longing
- no energy
- alcohol abuse
- loss of appetite
- thoughts of death
- constipation
- no concentration
- anger
- reduced libido
- isolation
- loss of pleasure and interest



1. Il disturbo depressivo maggiore (MDD)

- A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi** sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di **2 settimane** e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.
1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a).
 2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
 3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.
 4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
 5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
 6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.
 7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
 8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).
 9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.
- B.** I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C.** L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.
- D.** Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.
- E.** Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale.

1. Bias attentivi

Sono stati impiegati numerosi paradigmi diversi per verificare se gli individui depressi mostrano maggiori bias di attenzione verso le informazioni negative rispetto agli individui sani e non depressi. I paradigmi più comuni sono i paradigmi di allocazione dell'attenzione, il dot-probe task, il compito "emotivo" di Stroop e i paradigmi di tracciamento oculare.



Una domanda importante è se questi bias attenzionali siano semplicemente correlati o conseguenze della depressione, o se indicizzino la vulnerabilità e quindi precedano l'insorgenza di episodi depressivi

Questi risultati suggeriscono che i **bias attenzionali** possono essere più di un semplice sintomo o "cicatrice" della depressione, e **possono riflettere un fattore di rischio per futuri episodi depressivi** e servire come **potenziale bersaglio di interventi** volti a migliorare il controllo dell'attenzione e, in definitiva, ad alleviare i sintomi depressivi (Siegle, Ghinassi e Thase, 2007).

Secondo il modello di Beck (Beck et al., 1979), l'attenzione distorta verso le informazioni negative e lontano da quelle positive alimenta cognizioni depressogene e schemi disadattivi, che a loro volta rendono una persona vulnerabile ai sintomi depressivi (in particolare di fronte a fattori di stress).

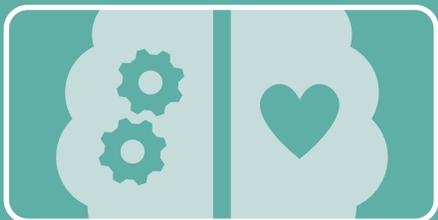
È interessante notare che Joormann e colleghi hanno scoperto che gli individui a rischio di sperimentare un futuro episodio depressivo in virtù di una storia di depressione (Joormann & Gotlib, 2007) o di una madre con MDD (Joorman, Talbot & Gotlib, 2007) mostravano bias attenzionali verso le espressioni facciali negative.

2. Bias di memoria

Tra i bias più osservati nella depressione ci sono quelli della memoria per le informazioni congruenti con l'umore (Gotlib & Joormann, 2010; Mathews & MacLeod, 2005).



Un modello comune di risultati è che gli **individui non depressi** mostrano una distorsione della **memoria per stimoli positivi** (ad esempio, parole con valenza affettiva), rispetto a stimoli negativi (o neutri). Al contrario, gli **individui depressi** mostrano tipicamente un **bias di memoria per informazioni con valenza negativa** (ad esempio, Bradley, Mogg, Millar e White, 1995; Denny & Hunt, 1992). L'effetto si estende anche alla memoria per i volti che differiscono nell'espressione affettiva.



Gli studi indicano che **gli individui depressi hanno la tendenza a richiamare ricordi autobiografici troppo generali**



Questo bias verso il recupero troppo generalizzato della memoria nella depressione è stato **associato a deficit nella risoluzione dei problemi e ad episodi depressivi prolungati**, nonché a **difficoltà nell'immaginare eventi futuri specifici** (Williams et al., 2007). È stato affermato che un bias della memoria nella depressione può essere correlato **all'evitamento funzionale** (cioè, evitare la minaccia di affetti negativi suscitati dal ricordo di eventi specifici), **processi ruminativi** e **deficit nelle funzione esecutive** (Williams et al., 2007).

3. Bias nella previsione di eventi futuri

Ci sono anche prove che collegano la depressione a bias pessimistici nella previsione sia degli eventi futuri che degli affetti.

Beck sosteneva che gli individui depressi sono caratterizzati da cognizioni pessimistiche riguardo al proprio futuro, così come al sé e al mondo (Beck et al., 1979). Gli studi hanno scoperto che gli adulti depressi (ad esempio, Pyszczynski, Holt e Greenberg, 1987; Strunk, Lopez e DeRubeis, 2006) e i bambini (ad esempio, Muris & van der Heiden, 2006) riportano effettivamente cognizioni più pessimistiche riguardo al futuro rispetto alle loro controparti non depresse.

Studi indicano anche che i bias predittivi pessimistici possono estendersi ad altri domini, inclusa la previsione di futuri stati affettivi.



4. Quali cause?

Il disturbo depressivo maggiore, è una condizione complessa e multifattoriale. Le cause esatte non sono completamente comprese, ma si ritiene che una combinazione di fattori biologici, psicologici e ambientali possa contribuire al suo sviluppo.

FATTORI BIOLOGICI

Genetica: Esiste una componente genetica nella suscettibilità alla depressione. Se un individuo ha parenti di primo grado (genitori o fratelli) affetti da depressione, potrebbe avere un rischio maggiore di sviluppare la stessa condizione.

Disfunzioni neurochimiche: Alcune disfunzioni nella regolazione dei neurotrasmettitori, come la serotonina, la noradrenalina e la dopamina, sono state associate alla depressione.

[How Depression Affects The Brain - Yale Medicine Explains – YouTube](#)
[How Your Brain Works When You're Depressed | Better | NBC News \(youtube.com\)](#)
[What Causes Depression? – It's Not Just A Chemical Imbalance \(youtube.com\)](#)

FATTORI PSICOLOGICI

Stress: Eventi stressanti nella vita di una persona, come perdite significative, separazioni, problemi finanziari o lavoro stressante, possono contribuire allo sviluppo della depressione.

Traumi: Esperienze traumatiche, specialmente durante l'infanzia, possono aumentare il rischio di depressione in età adulta.

Stili di pensiero negativi: Modelli di pensiero distorti o negativi possono influenzare la percezione di sé stessi, degli altri e del mondo, contribuendo alla depressione.

4. Quali cause?

FATTORI AMBIENTALI



Condizioni di vita: La qualità dell'ambiente in cui una persona vive può influenzare la sua salute mentale. Ad esempio, condizioni socioeconomiche sfavorevoli, mancanza di supporto sociale o isolamento possono aumentare il rischio di depressione.



Eventi di vita: Cambiamenti significativi nella vita, positivi o negativi, come il matrimonio, la nascita di un figlio, la perdita di un lavoro o la morte di una persona cara, possono innescare la depressione.

MALATTIE FISICHE

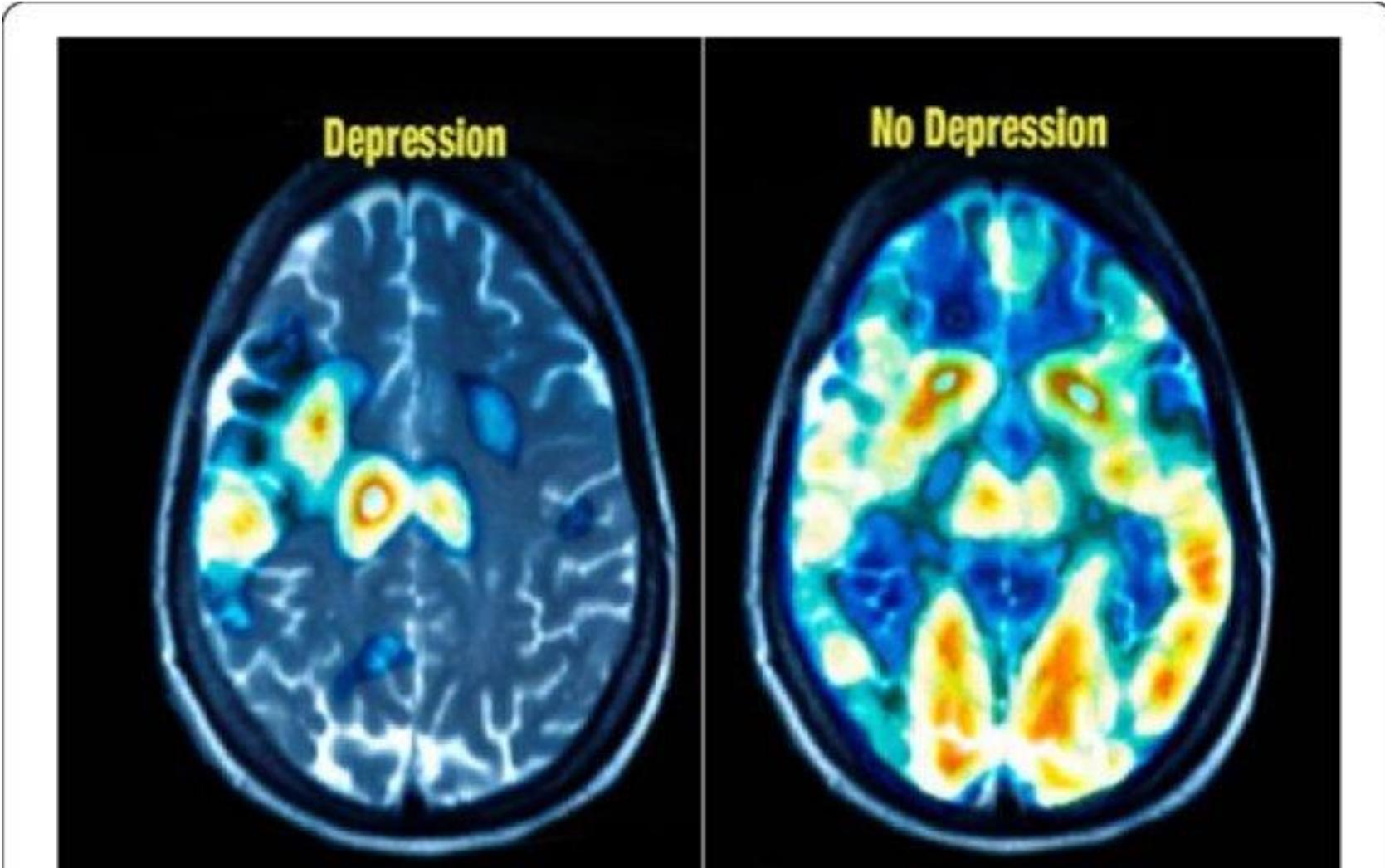


Alcune condizioni mediche, come malattie croniche, disturbi neurologici o disfunzioni ormonali, possono contribuire allo sviluppo della depressione.



È importante notare che la depressione può derivare da una combinazione di questi fattori, e la situazione può variare da persona a persona. Inoltre, la ricerca continua nel campo della psicologia e della neuroscienza potrebbe portare a ulteriori comprensioni delle cause della depressione nel tempo.

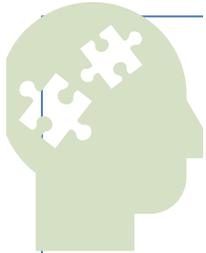
4. Quali cause?



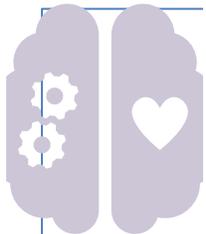
5. Quali soluzioni?



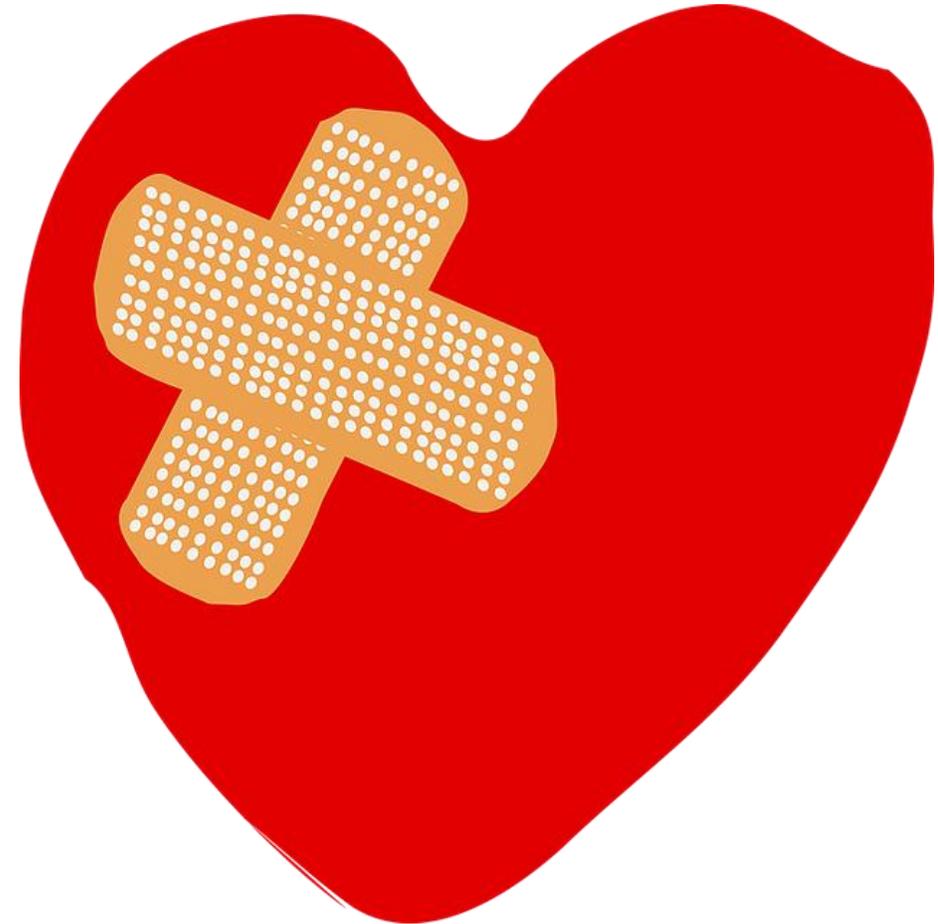
Farmacoterapia



CBT (terapia cognitivo-comportamentale)



Uso combinato di diverse terapie



5. Quali soluzioni?

Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients

Pim Cuijpers¹⁻³, Clara Miguel¹, Mathias Harrer^{4,5}, Constantin Yves Plessen^{1,6}, Marketa Ciharova¹, David Ebert⁴, Eirini Karyotaki¹

¹Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ²Babeş-Bolyai University, International Institute for Psychotherapy, Cluj-Napoca, Romania; ³WHO Collaborating Centre for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ⁴Psychology & Digital Mental Health Care, Department of Health Sciences, Technical University Munich, Munich, Germany; ⁵Department of Clinical Psychology & Psychotherapy, Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nuremberg, Erlangen, Germany; ⁶Department of Psychosomatic Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

La CBT è efficace nel trattamento della depressione con un effetto da moderato a grande e il suo effetto è ancora significativo fino a 12 mesi.

La CBT sembra essere efficace quanto le farmacoterapie a breve termine, ma è più efficace a lungo termine.

Il trattamento combinato sembra essere superiore alla sola farmacoterapia, ma non alla sola CBT.

L'efficacia della CBT nella depressione è documentata in diversi formati di somministrazione, età, gruppi target e contesti.

1. I disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia includono:

- Fobia specifica
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)
- Disturbo di panico
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzata



1. Disturbo d'ansia generalizzata

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

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 a addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente).

D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

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 d'ansia sociale [fobia sociale], la contaminazione o altre ossessioni nel disturbo ossessivo-compulsivo, la separazione dalle figure di attaccamento nel disturbo d'ansia di 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 distorsione corporea, l'aver una grave malattia nel disturbo da ansia di malattia, oppure il contenuto di convinzioni deliranti nella schizofrenia o nel disturbo delirante)

2. Quali cause?

Modello Neurobiologico: Questo modello suggerisce che anomalie nel sistema nervoso, tra cui un'eccessiva attivazione della risposta al pericolo (fight-or-flight), possono contribuire allo sviluppo dei disturbi d'ansia. Neurotrasmettitori come la serotonina e il GABA sono spesso coinvolti in questo contesto.

Modello Cognitivo: Secondo questo approccio, i disturbi d'ansia sono legati a schemi di pensiero distorti o irrazionali. Le persone con ansia possono interpretare gli eventi in modo catastrofico eccessivo o avere aspettative irrealistiche, contribuendo così all'ansia.

Modello Comportamentale: Questo modello si concentra sulle esperienze di apprendimento. Le persone possono sviluppare ansia attraverso il condizionamento classico (associando un evento neutro a una situazione ansiosa) o attraverso il condizionamento operante (ricevendo ricompense o punizioni in risposta a comportamenti legati all'ansia).

Modello Psicodinamico: Questo modello, associato al lavoro di psicoanalisti come Freud, suggerisce che conflitti inconsci e esperienze infantili possono influenzare lo sviluppo di disturbi d'ansia. Ad esempio, l'ansia può derivare da conflitti irrisolti o rimosse durante l'infanzia.

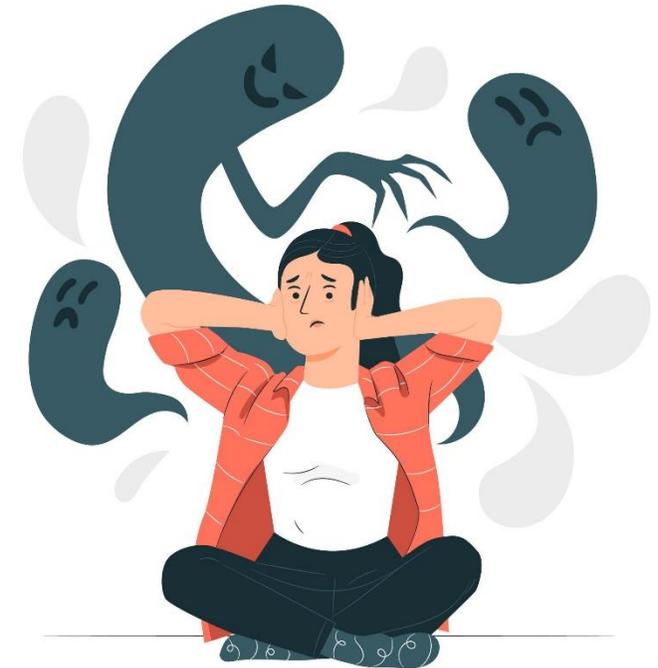
Modello di Vulnerabilità-Stress: Questo modello considera l'interazione tra fattori biologici e ambientali. Individui con una predisposizione biologica all'ansia possono sviluppare la condizione solo quando esposti a eventi stressanti o traumatici.

Modello Sociale e Ambientale: Esamina l'effetto degli ambienti sociali e culturali nella genesi dei disturbi d'ansia. Ad esempio, la pressione sociale o gli standard culturali possono contribuire all'ansia.

3. Quali soluzioni?

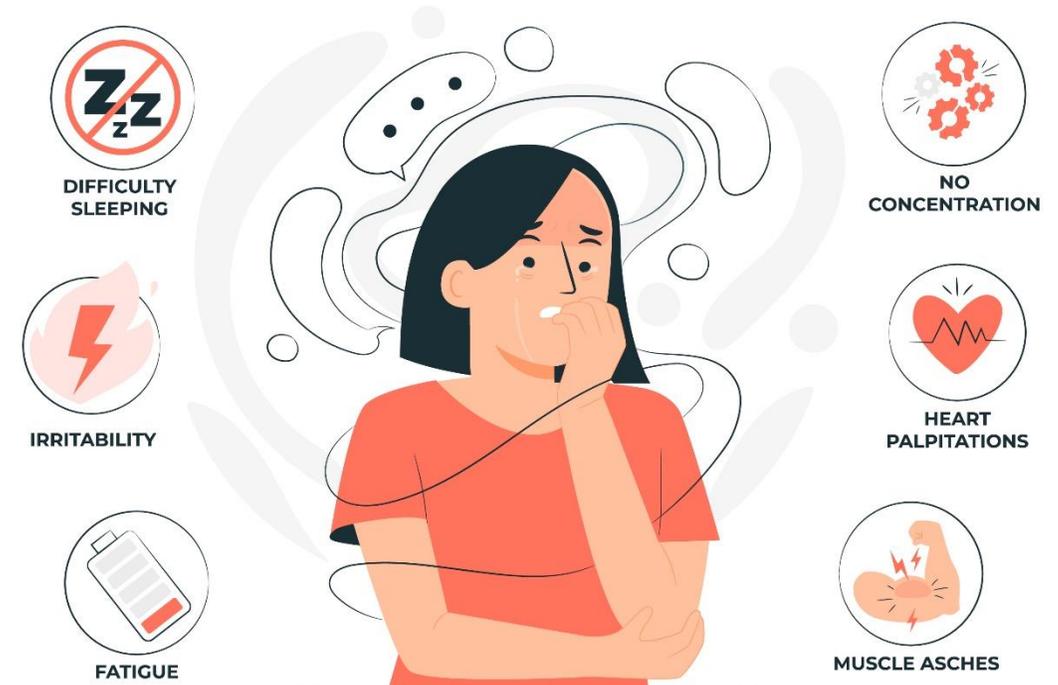
Ci sono diversi approcci per trattare l'ansia, che possono variare in base alla gravità dei sintomi e alle preferenze individuali. È importante consultare un professionista della salute mentale per una valutazione e un piano di trattamento personalizzato. Tuttavia, ecco alcuni approcci comuni utilizzati per trattare l'ansia:

- **Terapia cognitivo-comportamentale (CBT):** Questo tipo di terapia aiuta le persone a identificare e cambiare i pensieri e i comportamenti che contribuiscono all'ansia. La TCC insegna anche tecniche di gestione dello stress e di rilassamento.
- **Terapia farmacologica:** Gli psicofarmaci, come gli antidepressivi e gli ansiolitici, possono essere prescritti per ridurre i sintomi dell'ansia. È importante prendere questi farmaci solo sotto la supervisione di un medico, poiché possono avere effetti collaterali e interazioni con altri farmaci.
- **Terapia di esposizione:** Questo tipo di terapia coinvolge l'esposizione graduale e controllata alle situazioni o agli oggetti che causano ansia. Questo aiuta a ridurre la paura e l'ansia associata ad essi nel tempo.



3. Quali soluzioni?

- **Tecniche di rilassamento:** Queste possono includere la respirazione profonda, la meditazione, lo yoga o il training autogeno. Queste pratiche possono aiutare a calmare la mente e il corpo e ridurre i sintomi dell'ansia.
- **Stili di vita sani:** Mantenere uno stile di vita sano può aiutare a ridurre i sintomi dell'ansia. Ciò può includere una dieta equilibrata, esercizio regolare, un adeguato riposo e il limitare il consumo di sostanze come caffeina e alcol.
- **Supporto sociale:** Parlare con amici, familiari o partecipare a un gruppo di supporto può essere utile per affrontare l'ansia. Il supporto sociale può fornire conforto, comprensione e pratiche di coping.
- **Mindfulness e consapevolezza:** Queste pratiche coinvolgono l'essere presenti nel momento presente senza giudizio. Può aiutare a ridurre l'ansia concentrandosi sul momento presente anziché preoccuparsi del futuro o rimuginare sul passato.



3. Quali soluzioni?

Measure symptom severity with validated scale (eg, GAD-7)

Repeat measurement at each visit to track disease severity and assess treatment response

Stepped care^a

- 1 Lifestyle interventions (physical exercise; mindfulness-based stress reduction; patient education)
- 2 Pharmacotherapy or cognitive behavioral therapies (CBTs) (or both)

Antidepressant (SSRI or SNRI)^b

Dosage:

Start with lowest dose; titrate every 2-4 weeks to highest tolerated FDA-approved dose

Duration of treatment:

Trial period 8-10 weeks including ≥2 weeks at highest tolerated dose. If effective, maintain at highest tolerated dose for 9-12 months before taper is considered

CBT by qualified therapist

Education

Self-monitoring

Cognitive restructuring

Exposure therapy

Breathing retraining or relaxation

- 3 If inadequate response after treatment trial or adverse effects:
 - switch treatment strategy (eg, change to CBT if treatment was started with an antidepressant or add CBT if antidepressant partially effective)
 - change antidepressant
 - refer to psychiatrist for advanced medication management

^a Discuss treatment options with the patient and choose initial treatment together.

^b Considerations for choice of antidepressant include cost, prior patient experience with antidepressants, and physician prescribing familiarity.

