

- Fobia Specifica (precedentemente Fobia Semplice) -

- A) Caratteristiche diagnostiche*
- B) Sottotipi*
- C) Manifestazioni e disturbi associati*
- D) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere*
- E) Prevalenza*
- F) Decorso*
- G) Familiarità*
- H) Diagnosi differenziale*
- I) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10*

A) Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica essenziale della Fobia Specifica è la paura marcata e persistente di oggetti o situazioni chiaramente discernibili, circoscritte. L'esposizione allo stimolo fobico provoca quasi invariabilmente un'immediata risposta ansiosa. Questa risposta può prendere la forma di un Attacco di Panico causato dalla situazione o sensibile alla situazione. Mentre gli adolescenti e gli adulti con questo disturbo riconoscono che questa paura è eccessiva o irragionevole, questo può non accadere nei bambini. Più spesso lo stimolo fobico viene evitato, ma talvolta sopportato nel timore. La diagnosi è appropriata solo se evitamento, paura o ansia anticipatoria di affrontare lo stimolo fobico interferiscono significativamente con la routine quotidiana, il funzionamento lavorativo o la vita sociale della persona, o se l'individuo è marcatamente afflitto dalla presenza della fobia. In individui al di sotto dei 18 anni, i sintomi devono persistere da almeno 6 mesi prima della diagnosi di Fobia Specifica.

L'ansia, gli Attacchi di Panico o l'evitamento fobico non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale (per es., Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia di Separazione, Fobia Sociale, Disturbo di Panico con Agorafobia o Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico).

L'individuo prova una paura marcata, persistente e eccessiva quando è in presenza di, o quando si aspetta di affrontare un oggetto o una situazione specifici. L'oggetto della paura può essere la previsione di un danno collegata a certi aspetti dell'oggetto o situazione (per es., un individuo può temere di volare in aeroplano per la preoccupazione di cadere, può temere i cani per la preoccupazione di essere morso o può temere di guidare per la preoccupazione di essere investito da altri veicoli sulla strada). Fobie Specifiche possono comprendere anche la preoccupazione di perdere il controllo, di avere il panico, manifestazioni somatiche di ansia e di paura (quali l'aumentata frequenza cardiaca o la dispnea) e di svenire, che si potrebbero manifestare con l'esposizione all'oggetto temuto. Ad esempio, gli individui che hanno la fobia del sangue e delle ferite possono anche preoccuparsi per la possibilità di svenire; le persone con la fobia delle altezze possono anche preoccuparsi di avere le vertigini; e le persone che temono i luoghi chiusi possono anche preoccuparsi di perdere il controllo e di mettersi a gridare. Queste preoccupazioni possono essere particolarmente forti nel Tipo Situazionale di Fobia Specifica.

L'ansia, quasi invariabilmente, viene avvertita immediatamente quando avviene il confronto con lo stimolo fobico (per es., una persona con una Fobia Specifica dei gatti avrà quasi invariabilmente una risposta di ansia immediata quando viene forzata a confrontarsi con un gatto). Il livello di ansia o paura di solito varia in funzione sia del grado di vicinanza allo stimolo fobico (per es., la paura si intensifica quando il gatto si avvicina e si riduce quando il gatto retrocede), che del grado di limitazione della possibilità di allontanarsi dallo stimolo fobico (per es., la paura si intensifica quando l'ascensore si avvicina al punto di mezzo tra i piani e si riduce quando la porta si apre al piano successivo). Comunque, l'intensità della paura può non essere sempre correlata in modo prevedibile con lo stimolo fobico (per es., una persona con la fobia delle altezze può provare vari gradi di paura quando attraversa lo stesso ponte in occasioni diverse). Talvolta si manifestano Attacchi di Panico completi in risposta allo stimolo fobico, specialmente quando la persona deve rimanere nella situazione o crede che sia impossibile allontanarsene. Occasionalmente, gli Attacchi di Panico possono essere ritardati e non manifestarsi immediatamente quando sia presente lo stimolo fobico. Questo ritardo si osserva più facilmente nel Tipo Situazionale. Poiché si manifesta una marcata ansia anticipatoria se la persona si confronta con la necessità di entrare in contatto con la situazione fobica, tali situazioni vengono di solito evitate. Meno comunemente, la persona si sforza di sopportare la situazione fobica, ma ciò viene vissuto con intensa ansia.

Gli adulti con questo disturbo riconoscono che la fobia è eccessiva o irragionevole. Nel caso di un individuo che evita un ascensore per la convinzione che sia stato sabotato, che non riconosce che questa paura è eccessiva o irragionevole, la diagnosi è Disturbo Delirante anziché Fobia Specifica. Inoltre, non si dovrebbe porre la diagnosi se la paura è ragionevole rispetto al contesto dello stimolo (per es., paura di essere colpiti da un proiettile in un'area di caccia o in un quartiere pericoloso). La capacità di riconoscere la natura

eccessiva o irragionevole della paura tende ad aumentare con l'età e non è necessaria per fare diagnosi nei bambini.

Sono molto comuni le paure di oggetti o situazioni circoscritte, specialmente nei bambini, ma in molti casi il grado di menomazione è insufficiente a giustificare la diagnosi. Se la fobia non interferisce significativamente con il funzionamento dell'individuo, o non causa un disagio marcato, non si fa diagnosi. Ad esempio una persona che ha paura dei serpenti al punto di esprimere disagio intenso in presenza di serpenti non riceve una diagnosi di Fobia Specifica se vive in una zona senza serpenti, se le sue attività non vengono limitate per la paura dei serpenti, e se non è turbato dall'averne la fobia dei serpenti.

B) Sottotipi

Si possono specificare i seguenti sottotipi per indicare l'oggetto della paura o dell'evitamento nella Fobia Specifica (per es., Fobia Specifica, Tipo Animali).

Tipo Animali. Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata da animali o insetti. Questo sottotipo esordisce generalmente nell'infanzia.

Tipo Ambiente Naturale. Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata da elementi dell'ambiente naturale, come temporali, altezze, acqua. Questo sottotipo esordisce generalmente nell'infanzia.

Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite. Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata dalla vista del sangue o di una ferita o dal ricevere un'iniezione o altre procedure mediche invasive. Questo sottotipo ha un'elevata familiarità ed è spesso caratterizzato da un'imponente risposta vasovagale.

Tipo Situazionale. Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata da una situazione specifica, come trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, volare, guidare o luoghi chiusi. Questo sottotipo ha una distribuzione dell'età di esordio bimodale, con un picco nell'infanzia e un altro picco verso i 25 anni. Questo sottotipo sembra simile al Disturbo di Panico con Agorafobia per la distribuzione tra i sessi, la concentrazione familiare e l'età di esordio.

Altro Tipo. Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene scatenata da altri stimoli. Questi stimoli possono includere: la paura o l'evitamento di situazioni che potrebbero portare a soffocare, vomitare o contrarre una malattia; la fobia dello "spazio" (cioè l'individuo ha timore di cadere giù se è lontano da muri o altri mezzi di supporto fisico); e il timore nei bambini dei rumori forti o dei personaggi in maschera.

La frequenza dei sottotipi negli ambienti clinici, dal più al meno frequente, è: Situazionale; Ambiente Naturale; Sangue-Iniezioni-Ferite e Animali. Gli studi in campioni di comunità mostrano un pattern lievemente diverso con le fobie per l'altezza e per i ragni, i topi e gli insetti più comuni, e le fobie per altri animali ed altri elementi dell'ambiente naturale, quali le tempeste, i tuoni e i fulmini, meno frequenti. Le Fobie per i luoghi chiusi (un Tipo Situazionale di fobia) possono essere più comuni negli anziani. In molti casi, è presente più di un tipo di Fobia Specifica. L'essere affetti da una fobia di un sottotipo specifico tende ad aumentare la probabilità di avere un'altra fobia nell'ambito dello stesso sottotipo (per es., paura dei gatti e dei serpenti). Quando è applicabile più di un sottotipo, dovrebbero essere annotati tutti (per es., Fobia Specifica, Tipo Animali e Tipo Ambiente Naturale).

C) Manifestazioni e disturbi associati

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati La Fobia Specifica può determinare uno stile di vita limitato, o un'interferenza con certe occupazioni, a seconda del tipo di fobia. Ad esempio, può essere messa in discussione una promozione sul lavoro per l'evitamento dei viaggi aerei e le attività sociali possono risultare limitate dal timore dei luoghi affollati o chiusi. Le Fobie Specifiche frequentemente si manifestano insieme ad altri Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore e Disturbi Correlati a Sostanze. Per esempio, nei campioni di comunità, la percentuale di comanifestazione con altri disturbi d'ansia varia dal 50% all'80%, e queste percentuali possono essere più elevate fra i soggetti con Fobie Specifiche ad esordio precoce. Negli ambienti clinici le Fobie Specifiche sono comuni diagnosi in comorbidità con altri disturbi. Tuttavia, le Fobie Specifiche rappresentano raramente il nucleo dell'attenzione clinica in queste situazioni. La Fobia Specifica è di solito associata a minor disagio o minore interferenza con il funzionamento rispetto alla diagnosi principale in comorbidità. In tutto, si ritiene che solo il 12-30% cerchi aiuto specialistico per le proprie Fobie

Specifiche. In assenza di altre diagnosi, chi cerca aiuto per le Fobie Specifiche ha più verosimilmente più fobie che compromettono il funzionamento (per es., fobie per gli oggetti o le situazioni che comunemente si incontrano), fobie multiple ed Attacchi di Panico nel contesto fobico. Al contrario, i soggetti con paure irrazionali per il sangue, le procedure mediche e gli ambienti medici meno verosimilmente cercano aiuto per le fobie.

Reperti dell'esame fisico e condizioni mediche generali associate una risposta lipotimica vasovagale è caratteristica delle Fobie Specifiche, tipo sangue-iniezioni-ferite; circa il 75% di tali individui riferisce un'anamnesi di svenimenti in queste situazioni. La risposta fisiologica è caratterizzata da una breve accelerazione iniziale della frequenza cardiaca e dalla elevazione della pressione sanguigna seguiti da una decelerazione del battito cardiaco e da una caduta della pressione sanguigna, che contrasta con l'usuale accelerazione della frequenza cardiaca ed elevazione della pressione sanguigna nelle altre Fobie Specifiche. Certe condizioni mediche generali possono risultare esacerbate in conseguenza dell'evitamento fobico. Ad esempio Fobie Specifiche, Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite, possono avere effetti dannosi sulla salute fisica o dei denti, poiché l'individuo può evitare di accedere alle cure mediche necessarie. Analogamente, la paura di soffocare può avere effetti negativi sulla salute quando l'alimentazione viene limitata a sostanze facilmente ingeribili o quando viene rifiutata la terapia per via orale.

D) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere

Il contenuto delle fobie, così come la loro prevalenza, varia con la cultura e l'etnia. Ad esempio, le paure della magia o degli spiriti sono presenti in molte culture e dovrebbero essere considerate una Fobia Specifica solo se la paura è eccessiva nel contesto di tale cultura e causa menomazione o disagio significativi. Le Fobie Specifiche possono essere più comuni negli strati socioeconomici più bassi, benché i dati siano contraddittori.

Nei bambini l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di ira, con l'irrigidimento o con l'aggrapparsi a qualcuno. I bambini spesso non riconoscono che le paure sono eccessive o irragionevoli e raramente riferiscono disagio per il fatto di avere qualche fobia. Le paure degli animali e di altri oggetti dell'ambiente naturale sono particolarmente comuni e sono di solito transitorie nella fanciullezza. Non è giustificata una diagnosi di Fobia Specifica a meno che le paure comportino una menomazione clinicamente significativa (per es., rifiuto di recarsi a scuola per timore di incontrare un cane per strada).

Globalmente, il rapporto donne-uomini con Fobie Specifiche è di circa 2:1, anche nei soggetti anziani. Tuttavia, il rapporto per sesso varia nei diversi tipi di Fobie Specifiche. Circa il 75-90% dei soggetti con Tipo Animale e Tipo Ambiente Naturale è rappresentato dal sesso femminile eccetto per la paura delle altezze, dove la percentuale delle donne è del 55-70%. Similmente, circa il 75-90% dei soggetti con il Tipo Situazionale è rappresentato dal sesso femminile. Circa il 55-70% dei soggetti con il Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite è rappresentato dal sesso femminile.

E) Prevalenza

Sebbene le fobie siano frequenti nella popolazione generale, raramente determinano una menomazione o un disagio sufficienti a giustificare una diagnosi di Fobia Specifica. La prevalenza riportata può variare a seconda della soglia utilizzata per determinare la menomazione o il disagio e del numero di tipi di fobie studiati. Nei campioni di comunità, le percentuali di prevalenza attuale variano dal 4% all'8,8% e le percentuali di prevalenza lifetime dal 7,2% all'11,3%. Le percentuali di prevalenza diminuiscono nell'età avanzata. Anche le stime di prevalenza variano molto per i diversi tipi di Fobie Specifiche.

F) Decorso

I primi sintomi di una Fobia Specifica di solito si manifestano nella fanciullezza o nella prima adolescenza e possono manifestarsi in un'età più giovane per le donne rispetto agli uomini. L'età media all'esordio varia con il tipo di Fobia Specifica. L'età di esordio per la Fobia Specifica, Tipo Situazionale, tende ad avere una distribuzione bimodale, con un picco nell'infanzia ed un secondo picco verso i 25 anni. Le Fobie Specifiche, Tipo Ambiente Naturale (per es., fobia dell'altezza), tendono a iniziare principalmente nella fanciullezza, sebbene molti nuovi casi di fobia dell'altezza si manifestino nella prima età adulta. Le età di esordio per le Fobie Specifiche, Tipo Animali, e per le Fobie Specifiche, Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite, si collocano di solito nella fanciullezza. Di solito la paura di uno stimolo è presente per un certo periodo prima di causare disagio o compromissione tali da essere considerata una Fobia Specifica.

I fattori che favoriscono l'esordio delle Fobie Specifiche includono eventi traumatici (come essere stati attaccati da un animale o rinchiusi in uno stanzino), gli Attacchi di Panico inaspettati nella situazione temuta, il vedere altri sottoposti a un trauma o mostrare paura (come osservare altri cadere dall'alto o impaurirsi in presenza di certi animali) e la trasmissione di informazioni (per es., ripetuti avvertimenti da parte dei genitori su quanto siano pericolosi certi animali, o trasmissione da parte dei media di disastri aerei). Gli oggetti o le

situazioni temute tendono a comprendere cose che possono realmente rappresentare una minaccia o avere rappresentato una minaccia in qualche momento dell'evoluzione dell'uomo. Le fobie che derivano da eventi traumatici o da Attacchi di Panico inaspettati tendono ad essere particolarmente acute nel loro sviluppo. Le fobie di origine traumatica non hanno un'età di esordio caratteristica (per es., la paura di soffocare, che di solito segue a un incidente in cui si soffocava o si stava per soffocare, può comparire quasi ad ogni età). Le Fobie Specifiche nell'adolescenza aumentano la possibilità della persistenza della Fobia Specifica oppure dello sviluppo di altre Fobie Specifiche nella prima età adulta, ma non predicono lo sviluppo di altri disturbi. Le fobie che persistono fino alla vita adulta solo infrequentemente vanno incontro a remissione (circa il 20% dei casi).

G) Familiarità

Nei familiari di coloro che hanno Fobie Specifiche vi è un aumentato rischio di Fobie Specifiche. Inoltre, vi sono alcuni dati che suggeriscono che può esservi un'aggregazione familiare per tipo di fobia (per es., i consanguinei di primo grado di persone con Fobie Specifiche, Tipo Animali, hanno più probabilità di avere fobie di animali, sebbene non necessariamente dello stesso animale, e i consanguinei di primo grado di persone con Fobie Specifiche, Tipo Situazionale, hanno più probabilità di avere fobie situazionali). La fobia del sangue e delle ferite ha una familiarità particolarmente spiccata.

H) Diagnosi differenziale

Le Fobie Specifiche differiscono dalla maggior parte degli altri Disturbi d'Ansia per i livelli dell'ansia intercorrente. Tipicamente gli individui con Fobia Specifica, a differenza di quelli con Disturbo di Panico con Agorafobia, non presentano ansia pervasiva, poiché la loro paura è limitata a oggetti o situazioni specifici e circoscritti. Comunque, può emergere ansia anticipatoria generalizzata nelle condizioni in cui diventano più probabili i contatti con lo stimolo fobico (per es., quando una persona con fobia dei serpenti si reca in un'area desertica) oppure quando eventi della vita obbligano al confronto immediato con lo stimolo fobico (per es., quando una persona timorosa di volare viene forzata a volare dalle circostanze). La differenziazione della Fobia Specifica, Tipo Situazionale, dal Disturbo di Panico con Agorafobia può essere particolarmente difficile, poiché entrambi i disturbi possono comprendere Attacchi di Panico ed evitamento di tipi di situazioni simili (per es., guidare, volare, mezzi pubblici, luoghi chiusi). Tipicamente, il Disturbo di Panico con Agorafobia è caratterizzato dall'esordio iniziale di Attacchi di Panico inaspettati e dal conseguente evitamento di situazioni molteplici ritenute probabili fattori scatenanti degli Attacchi di Panico. La Fobia Specifica, Tipo Situazionale, è caratterizzata da evitamento situazionale in assenza di ricorrenti Attacchi di Panico inaspettati. Alcune presentazioni si collocano tra questi prototipi e si rende necessario il giudizio clinico nella selezione della diagnosi più appropriata. Quattro fattori possono essere utili per dare questo giudizio: l'oggetto della paura, il tipo e numero di Attacchi di Panico, il numero di situazioni evitate e il livello dell'ansia intercorrente. Ad esempio, un individuo che precedentemente non temeva, né evitava gli ascensori ha un Attacco di Panico in ascensore e comincia ad aver paura di andare al lavoro per la necessità di prendere l'ascensore fino al suo ufficio al 24° piano. Se questo individuo in seguito ha Attacchi di Panico solo in ascensore (anche se l'oggetto della paura è l'Attacco di Panico) può essere appropriata una diagnosi di Fobia Specifica. Se, invece, l'individuo presenta Attacchi di Panico inaspettati in altre situazioni e comincia ad evitare o a sopportare nella paura altre situazioni per timore di un Attacco di Panico, sarà allora giustificata una diagnosi di Disturbo di Panico con Agorafobia. Inoltre, anche la presenza della preoccupazione pervasiva di avere un Attacco di Panico quando non ci si aspetta l'esposizione ad una situazione fobica supporta una diagnosi di Disturbo di Panico con Agorafobia. Se l'individuo ha altri Attacchi di Panico inaspettati in altre situazioni, ma non si sviluppa ulteriore evitamento o sopportazione nella paura, la diagnosi appropriata sarebbe Disturbo di Panico senza Agorafobia. Talvolta sono giustificate diagnosi contemporanee di Fobia Specifica e Disturbo di Panico con Agorafobia. In questi casi può essere utile prendere in considerazione l'oggetto della preoccupazione fobica dell'individuo. Ad esempio, l'evitare di stare soli per la preoccupazione di poter avere Attacchi di Panico inaspettati giustifica una diagnosi di Disturbo di Panico con Agorafobia (se sono soddisfatti gli altri criteri), mentre l'evitamento fobico ulteriore dei viaggi aerei, se causato dalla paura delle cattive condizioni climatiche e di precipitare, può giustificare una diagnosi aggiuntiva di Fobia Specifica. La Fobia Specifica e la Fobia Sociale possono essere differenziate sulla base dell'oggetto delle paure. Ad esempio, l'evitare di mangiare in un ristorante si può basare su preoccupazioni concernenti l'eventuale valutazione negativa da parte degli altri (cioè Fobia Sociale) o sulla preoccupazione di soffocare (cioè Fobia Specifica). Diversamente dall'evitamento della Fobia Specifica, l'evitamento del Disturbo Post-traumatico da Stress segue ad un evento stressante minaccioso per la vita ed è accompagnato da altre manifestazioni (per es., rivivere il trauma e ridotta affettività). Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, l'evitamento si associa con il contenuto dell'ossessione (per es., sporco, contaminazione). Negli individui con Disturbo d'Ansia di Separazione non si pone diagnosi di Fobia Specifica se le condotte di evitamento sono limitate

esclusivamente al timore di separarsi dalle persone alle quali l'individuo è legato. Inoltre, i bambini con Disturbo d'Ansia di Separazione spesso hanno anche una paura esagerata di persone o eventi (per es., rapinatori, ladri, rapitori, incidenti automobilistici, viaggi aerei) che potrebbero minacciare l'integrità della famiglia. Raramente è giustificata una diagnosi separata di Fobia Specifica.

La differenziazione tra l'Ipocondria e la Fobia Specifica, Altro Tipo, (cioè, evitamento di situazioni che possono portare a contrarre una malattia), dipende dalla presenza o assenza della convinzione di essere malato. Gli individui con Ipocondria hanno paura di avere una malattia, mentre gli individui con Fobia Specifica temono di contrarre una malattia (ma non credono che sia già presente). Non si fa diagnosi di Fobia Specifica negli individui con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa se le condotte di evitamento sono limitate esclusivamente all'evitamento del cibo e degli stimoli collegati al cibo. Un individuo con Schizofrenia o con un altro Disturbo Psicotico può evitare certe attività in conseguenza di deliri, ma non riconosce che la paura possa essere eccessiva o irragionevole.

Paure di vario tipo sono molto comuni, particolarmente nella fanciullezza, ma non giustificano una diagnosi di Fobia Specifica, a meno che vi sia interferenza significativa con il funzionamento sociale, scolastico o lavorativo, oppure disagio marcato per la presenza della fobia.