



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**INFERMIERI E DISTURBI  
D'ANSIA**

Relatore: Chiar.mo  
**Maurizio Ercolani**

Tesi di Laurea di:  
**Jessica Menghi**

A.A. 2020/2021



## INDICE:

0.abstract.....	3
1. Introduzione.....	4
1.1 Motivazione.....	5
1.2 Obiettivi.....	6
2. Disturbi d’ansia.....	7
2.1 Cosa sono i disturbi d’ansia.....	8
2.2 tipologie di disturbi d’ansia: segni e sintomi caratteristici.....	9
3. Gestione e trattamenti dei disturbi d’ansia.....	15
4. Studio “Disturbi d’ansia ed infermieri”.....	17
4.1 Materiali e metodi.....	17
4.2 Analisi dei risultati.....	18
5. Discussione.....	36
6. Conclusione.....	37
7. Bibliografia.....	39

## ABSTRACT:

Background: mediante questo studio è stata analizzata la conoscenza e la capacità di supportare gli assistiti in merito alle problematiche legate all'Ansia

Quesito di ricerca: quanto è conosciuto il fenomeno dell'ansia tra gli infermieri?

Obiettivo: con questo lavoro si vuole valutare conoscenza del personale infermieristico in merito alle patologie riconducibili ai disturbi d'ansia, alle diagnosi infermieristiche applicabili ed agli obiettivi ed interventi propri della professione

Metodologia di ricerca: il lavoro è stato svolto consultando libri di testo inerenti la tematica trattata, effettuando delle ricerche tramite Internet ed analizzando le risposte ottenute mediante la diffusione di un questionario "Disturbi d'ansia ed Infermieri", sulla piattaforma Moduli Google, tra gli infermieri.

Risultati: sulla base dei risultati ottenuti tramite il questionario, possiamo affermare con certezza che gli infermieri non abbiano una conoscenza approfondita della tematica presa in esame, sia dal punto di vista clinico che assistenziale; nonostante dichiarino una conoscenza del fenomeno a livello medio-alto

Conclusione: in base al riscontro ottenuto con lo studio, l'ipotesi di una maggiore informazione circa l'argomento trattato potrebbe favorire un incremento della conoscenza a riguardo da parte degli infermieri, tale da poterli agevolare nel riconoscimento del bisogno, e nel conseguente corretto intervento, a favore propri assistiti .

## INTRODUZIONE:

L'ansia è un sentimento innato appartenente alla natura umana. È la normale risposta dell'organismo a stimoli esterni o interni, in maniera tale da riuscire ad affrontare una situazione sgradevole.

Segni e sintomi che la caratterizzano possono essere comportamentali, emotivi, cognitivi e fisici.

Nel passato gli uomini hanno spesso vissuto situazioni di pericolo: fuggire da animali feroci, combattere guerre per poter ottenere risultati, quali la sopravvivenza.

Ad oggi i pericoli sono del tutto diversi, ma nonostante ciò, di fronte a qualsiasi situazione che intimorisce o provoca disagio all'essere umano si verifica comunque uno stato di allerta.

A volte l'uomo si sente molto vulnerabile, senza conoscerne egli stesso la motivazione.

L'ansia può quindi essere una sensazione, determinata da più emozioni utile e positiva, perché mette in guardia dalle situazioni difficili permettendo di prevenirle o reagire tempestivamente ad esse; suscita nell'individuo una forma di motivazione e spinta per riuscire ad ottenere ciò che si ritiene importante.

Quando il cervello percepisce qualcosa di pericoloso si attivano automaticamente dei cambiamenti fisiologici nel corpo come:

- la mente diventa più vigile;
- la frequenza cardiaca aumenta e anche la pressione arteriosa;
- aumenta la sudorazione per favorire il raffreddamento del corpo;
- il sangue viene deviato verso i muscoli;
- i muscoli diventano tesi e pronti per l'azione;
- la digestione rallenta;
- la salivazione diminuisce seccando così la bocca;
- aumenta la frequenza del respiro;
- il fegato rilascia zuccheri per fornire direttamente energia;
- aumenta la capacità di coagulazione del sangue, in preparazione da eventuali ferite;
- diminuisce la capacità del sistema immunitario.

Queste reazioni sono conosciute come risposta di attacco o fuga, le quali sono indispensabili per fronteggiare il pericolo. Questa risposta era utile soprattutto in passato per le situazioni di pericolo.

È considerata normale/moderata quando è appropriata alla situazione e si dissolve quando questa è stata risolta.

Essa, però, se eccessiva può evolvere in senso patologico, sino ad avere importanti effetti negativi sullo stato di salute.

Un individuo con un disturbo d'ansia manifesta sintomi di paura, disagio, attesa e apprensione in maniera amplificata, tali da non consentire alla persona di svolgere le normali attività di vita quotidiana, quali ad esempio affrontare una discussione o parlare in pubblico.

Una delle differenze principali che viene fatta sull'ansia riguarda l'ansia di stato e l'ansia di tratto.

L'ansia di stato è una condizione di agitazione e paura temporanea, ovvero:

“solitamente un individuo è calmo e tranquillo, ma in un determinato momento si sente nervoso e molto teso” (quotidiano la Repubblica, Nicola De Pisapia ricercatore del Dipartimento di Psicologia e Scienze cognitive dell'Ateneo di Trento).

La paura continua associata ad uno stato di nervosismo persistente rientra in quella che viene definita ansia di tratto, ovvero una condizione negativa che può solo diventare cronica ed influire negativamente sulla vita dell'individuo.

Questo può essere ben constatato grazie alla rilevazione dei segni e sintomi che talvolta lascia lo stato di ansia come mal di testa, dolori al collo, tachicardia, innalzamento della temperatura corporea, ipertensione, ipotensione, immobilità, tremori.

Ultimamente, anche in relazione alla pandemia COVID-19 ed al conseguente lockdown, queste problematiche sono in continuo aumento.

Questo non è da sottovalutare perché ha portato ad un incremento dei sintomi preesistenti, all'insorgenza di ulteriori nuovi casi: persone che non avevano sofferto d'ansia iniziano ad avere le prime manifestazioni del caso.

Con questo studio, fatto attraverso un questionario “disturbi d'ansia e infermieri”, diffuso sulla piattaforma “Google Moduli”, si è valutata la conoscenza degli infermieri sull'ansia, se è nota la distinzione tra ansia di stato e ansia di tratto, se ne soffrono, se

hanno ricevuto una diagnosi in merito e se sono in grado di riconoscerla e gestirla nei loro assistiti.

L'obiettivo di questo studio è quello di far luce su ciò che è oscuro nei riguardi di questi disturbi tra gli infermieri.

## 2- I Disturbi d'ansia:

Per distinguere meglio i vari disturbi mentali è stato ideato dall'American Psychiatric Association (APA) il DSM, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.

La prima edizione fu scritta nel 1952, per poter avere un unico sistema di classificazione delle patologie di ambito psichiatrico, dopo varie modifiche e versioni siamo arrivati all'ultimo aggiornamento del 2013, DSM V.

Tra i vari disturbi mentali, nel DSM V vengono descritti anche i disturbi d'ansia nella loro globalità o più nello specifico quelli riportati nella seguente lista:

- Disturbo d'ansia da separazione;
- Mutismo selettivo;
- Fobia specifica;
- Disturbo d'ansia sociale (Fobia sociale);
- Attacco di panico;
- Agorafobia;
- Disturbo d'ansia generalizzato;
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze e farmaci;
- Disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica;
- Disturbo d'ansia con altra specificazione;
- Disturbo d'ansia senza specificazione.

### 2.1 Cosa sono i disturbi d'ansia

L'American Psychiatric Association afferma che i disturbi d'ansia sono caratterizzati dalla paura e dall'ansia eccessive, correlate ad alcuni disturbi comportamentali.

La paura è una risposta emotiva ad un evento che sta per succedere, reale oppure no, mentre l'ansia è la risposta anticipatoria nei riguardi di qualcosa che potrebbe, o meno, capitare.

Queste due emozioni sono diverse perché la paura innesca comportamenti di fuga o di lotta per quanto riguarda il pensiero di pericolo imminente, mentre l'ansia fa sì che si attivino tensione muscolare, vigilanza o comportamenti di evitamento nei riguardi di un rischio futuro.



I disturbi d'ansia sono differenti in base all'oggetto o alla situazione che va a scaturire quella sensazione di disagio, o comportamenti di evitamento, nonostante ci sia una forte comorbidità tra di loro.

Sono differenti dal normale stato di paura o ansia d'evoluzione, questo perché sono eccessivi e persistenti; infatti per essere definiti disturbi d'ansia la loro durata minima è di circa 6 mesi o più.

Gli individui che soffrono di disturbi d'ansia tendono a sopravvalutare tutte quelle situazioni di pericolo, che temono o che evitano. Diversi tipi di questo disturbo insorgono in età infantile e possono ripresentarsi in età adulta se non vengono curati immediatamente: rimangono latenti ma di fronte ad eventuali situazioni di disagio possono riemergere.

Nel DSM V viene affermato che si verificano più frequentemente nel sesso femminile che in quello maschile, con un rapporto di 2:1.

Ci sono differenti tipologie di disturbi d'ansia. Nel manuale vengono classificate in base all'evoluzione dell'individuo.

L'associazione professionale NANDA (North American Nursing Diagnosis Association International), è dedicata alla definizione e alla standardizzazione delle diagnosi infermieristiche. Oltre alla definizione, per ogni diagnosi, vengono identificati i fattori correlati (agenti eziologici) e le caratteristiche definenti (segni e sintomi).

L'ansia intesa come diagnosi infermieristica (00146) è stata definita come un vago senso di disagio o di timore accompagnato da risposte autonome (la fonte spesso non è specifica o è sconosciuta alla persona); senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia. (Piani di assistenza infermieristica, Gulanik et al)

Le possibili eziologie ("relative a") sono le seguenti:

-Conflitto sugli obiettivi di vita

Trasmissione interpersonale

Dolore

Fattori di stress

Abuso di sostanze

Situazione sconosciuta

Bisogno non soddisfatti

Conflitto di valori

Le caratteristiche definenti dell'ansia ("evidenziato da") possono essere molteplici e di varie tipologie:

-comportamentali/emozionali (ad esempio agitazione psicomotoria, pianto, nervosismo, insonnia, umore labile, esprime angoscia, ipervigilanza, ecc...)

-fisiologiche (ad esempio alterazione del modello di respirazione, anoressia, riflessi vivaci, sudorazione aumentata, tremori, pollachiuria, arrossamento del viso, ecc...),

-cognitive (ad esempio esprime preoccupazione, tendenza a rimuginare, esprime sbadataggine, diminuzione del campo percettivo, riferisce blocco dei pensieri, ecc...)

La popolazione individuata come a rischio risulta essere:

Persone che stanno vivendo una crisi di sviluppo o una crisi situazionale

Persone esposte a tossine

Persone con storia familiare di ansia o con predisposizione ereditaria

Persone nel periodo perioperatorio

La condizione associata frequentemente è la presenza di disturbi mentali (Diagnosi Infermieristiche NANDA-I 2021-2023)

## 2.2 Tipologie di disturbi d'ansia: segni e sintomi caratteristici:

*Il disturbo d'ansia generalizzato (DAG)* si trova frequentemente nella pratica clinica psichiatrica e medica.

Il sintomo dominante del quadro clinico è l'ansia i cui effetti coinvolgono la sfera psicologica, clinica e comportamentale. Può avere le seguenti manifestazioni:

1-irrequietezza

2- facile affaticamento,

3- difficoltà a concentrarsi,

4-vuoti di memoria,

5-irritabilità,

6-tensione muscolare

7-alterazioni del sonno.

I soggetti affetti da DAG appaiono cronicamente ansiosi e apprensivi per circostanze ordinarie, quotidiane in assenza di gravi e realistiche motivazioni, come la salute e

l'incolumità fisica dei familiari, la situazione finanziaria, le responsabilità lavorative, scolastiche, faccende domestiche.

Questo disturbo ha un elevato tasso di comorbilità riscontrabile con alcuni disturbi dell'umore, correlati ad abuso di sostanze, dipendenza da esse e sindrome del colon irritabile.

La diagnosi precisa viene fatta, sulla base di criteri diagnostici ricavati dal DSM V. Inoltre, l'ansia e la preoccupazione legate al disturbo, si devono manifestare per almeno la maggior parte dei giorni e per almeno sei mesi.

#### *Disturbo di panico:*

Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura e disagio molto intensi che raggiungono un elevato picco in pochi minuti. E' caratterizzato da ansia inaspettata non correlata a particolari circostanze che lo inducono, può essere in uno stato di quiete o ansioso, come ad esempio gli attacchi di panico che avvengono al risveglio (attacchi di panico notturni). Durante l'attacco sono presenti quattro (o più) dei seguenti sintomi:

- Palpitazioni, batticuore, o tachicardia.
- Sudorazione.
- Tremore o agitazione.
- La sensazione di mancanza di respiro o asfissia.
- Sensazione di soffocare.
- Dolore o fastidio al petto.
- Nausea o disturbi addominali.
- Sensazione di vertigini, instabilità, testa leggera o svenimento.
- Sensazione di calore o bruciore.
- Parestesie (intorpidimento o formicolio).
- Derealizzazione o depersonalizzazione.
- Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
- Paura di morire.

Un altro aspetto importante di questo disturbo è il ricordo dell'attacco di panico stesso: la persona teme un successivo episodio che potrebbe manifestarsi, ha paura della paura stessa.

Per questo motivo metterà in atto dei comportamenti di evitamento e disadattativi come:  
-evitare lo sforzo fisico;

-riorganizzare la vita quotidiana al fine di garantire la presenza di qualcuno che possa aiutarlo nel momento in cui si presenti un attacco di panico;

- evitare le situazioni in cui si possa presentare l'agorafobia, come uscire di casa o utilizzare mezzi pubblici.

L'attacco di panico viene spesso associato all'agorafobia che, etimologicamente parlando, è la "paura del mercato" o "paura di stare al di fuori", è la paura di stare in una piazza piena di gente, oppure semplicemente uscire fuori di casa.

In questo caso l'individuo viene definito "homebound", ovvero un individuo con la sindrome della capanna: pensa che uscendo di casa potrebbe nuovamente insorgere un ulteriore attacco.

Il disturbo di panico viene diagnosticato quando la persona ha attacchi di panico ricorrenti e inaspettati da almeno 1 mese.

*Disturbo ossessivo compulsivo: è caratterizzato da ossessioni e/o compulsioni.*

Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che sono vissuti come indesiderati, mentre le compulsioni sono comportamenti o azioni mentali ripetitive che un individuo si sente obbligato a compiere, in risposta ad un'ossessione o secondo regole che devono essere seguite rigidamente (DSM V, 2015 p. 271).

Nonostante la persona capisca che questi rituali e compulsioni siano inutili e talvolta irraggiungibili deve eseguirli comunque così da eliminare lo stato di ansia.

I rituali e compulsioni più comuni sono:

- Controllo dei rituali (assicurandosi ripetutamente che la porta sia bloccato o la caffettiera è spenta)
- Ritual di conteggio (ogni passo compiuto, pannelli del soffitto, blocchi di cemento o banchi in una classe)
- Lavare e strofinare fino a quando la pelle appare consumata
- Pregare o cantilenare
- Toccando, strofinando o picchiettando (sentendo la consistenza di ogni materiale in un negozio di abbigliamento; toccare le persone, porte, muri o se stessi)
- Accumulare oggetti (per paura di gettare via qualcosa importante)

- Ordinazione (disposizione e riorganizzazione di mobili o oggetti su una scrivania o uno scaffale in perfetto ordine; passare l'aspirapolvere sul tappeto pila in una direzione)
- Esibire prestazioni rigide (vestirsi secondo uno schema invariato)
- Avere impulsi aggressivi (ad esempio, lanciare oggetti contro un muro).

Il disturbo ossessivo compulsivo viene diagnosticato solo quando questi pensieri, immagini, ed impulsi condizionano la persona così tanto da interferire con i sentimenti personali, con la vita sociale e professionale.

Un disturbo assimilabile a quelli sopra descritti è il *Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD)* in quanto ne include alcuni tra i segni e sintomi che lo definiscono.

L'istituto A.T. Beck lo definisce come “una patologia che può svilupparsi in persone che hanno subito o hanno assistito ad un evento traumatico, catastrofico o violento, che sono venute a conoscenza di un'esperienza traumatica accaduta a una persona cara”.

L'individuo può sperimentare il PTSD sia se si trova da solo, sia se ci sono altre persone vicine.

Circa il 60% degli uomini e il 50% delle donne sono esposti ad un evento traumatico nella loro vita (Department of Veterans Affairs, 2012).

Per quanto riguarda le donne sono più soggette a subire violenze o aggressioni fisiche, mentre gli uomini hanno maggiore probabilità di vivere incidenti o combattimenti che li possono mettere in serio pericolo.

Lo studio di questo disturbo è iniziato solo durante la prima guerra mondiale, e dopo la guerra del Vietnam è divenuto argomento di dibattito perché ne soffrivano molti soldati americani; è stato, così, inserito nel DSM III e riconosciuto come un vero e proprio disturbo autonomo.

Ad oggi, nella nuova edizione del DSM V, il disturbo da stress post traumatico viene descritto come: "lo sviluppo di sintomi caratteristici in seguito all'esposizione ad uno o più eventi traumatici" (APA, 2013, p. 274). Il manuale propone dei criteri per supportare il clinico nella diagnosi di tale problema, il quale può manifestarsi ad ogni età, dall'infanzia alla senescenza, considerando che questi criteri diagnostici cambiano per i bambini al di sotto dei sei anni di età.

I criteri sono i seguenti:

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale: possono avvenire sia se la persona li subisce in prima persona, sia se assiste ad un evento simile o se viene a conoscenza dell'accaduto nei riguardi di un membro della famiglia o amico stretto.  
Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento traumatico, escludendo film o esposizione ai media.
- B. Presenza di ricorrenti ricordi spiacevoli dell'evento traumatico, sogni, reazione dissociativa (flashback) come se l'evento si stesse ripresentando, sofferenza psicologica, fisiologica a fattori scatenanti interni o esterni che rappresentano l'evento traumatico.
- C. Evitamento o tentativi di evitare ciò che ricorda all'individuo quell'evento traumatico.
- D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico, evidente riduzione di interesse a qualsiasi attività e distacco ed estraneità verso gli altri. Persistente capacità di provare emozioni.
- E. Un altro criterio importante è quello di un comportamento irritabile, minima concentrazione, autodistruttivo, insonnia.
- F. La durata delle alterazioni deve essere di almeno un mese.
- G. L'alterazione provoca un disagio intenso tale da creare problemi in ambito sociale e lavorativo.

(DSM V pag314).

Dal prospetto infermieristico viene codificato come diagnosi assistenziale di Sindrome Post Traumatica 00141, definito come "prolungata risposta disadattativa ad un evento traumatico opprimente"(Diagnosi Infermieristiche NANDA-I 2021-2023).

Alcune delle caratteristiche definenti del disturbo descritte nel manuale sono:

- Ansia ( come diagnosi associata 00146)
- Palpitazioni cardiache
- Alterazione dell'umore o dell'attenzione
- Umore irritabile
- Attacchi di panico
- Negazione
- Orrore

- Comportamento compulsivo o di evitamento
- Paura (00148)
- Mancanza di speranza (00124)
- Abuso di sostanze
- Flashback
- Furia
- Sogni e pensieri intrusivi
- Senso di colpa
- ecc...

Tra i fattori correlati ci sono:

- Diminuzione della solidità dell'Io
- Ambiente non favorevole ai bisogni
- Senso di responsabilità esagerato
- Sostegno sociale inadeguato
- Evento percepito come traumatico
- Comportamento autolesionistico
- Ruolo del sopravvissuto

La condizione spesso associata è la depressione e le persone a rischio sono molte: allontanate da casa, che stanno vivendo un evento traumatico prolungato esposte a catastrofe, ad epidemie, che subiscono gravi minacce, si dedicano a servizi umanitari, altri che hanno assistito a mutilazioni, a morti violente, i cui cari hanno subito gravi lesioni o minacce, con storie di abusi, torture, prigionie in guerra, eccetera..

### 3-Gestione e trattamenti dei disturbi d'ansia:

Ci sono diverse teorie sull'eziologia dell'attacco di panico e il disturbo d'ansia generalizzato tra cui:

-teoria genetica: c'è un'alta probabilità che il DAG sia più frequente nelle persone che hanno dei parenti di primo grado che soffrono di questo disturbo, soprattutto nei gemelli monozigoti.

-Teoria psicomotivazionale, secondo cui l'ansia viene generalmente affrontata con la repressione (il meccanismo di repressione è una forma di difesa che permette all'individuo di far rimanere i pensieri inconsci) e quando questa non funziona adeguatamente intervengono meccanismi secondari dell'Io. Nell'ansia la repressione non è efficace e i meccanismi di difesa non sono attivati, di conseguenza l'ansia “resta in prima linea”

-Teoria comportamentale, l'ansia è vista come una risposta interna e incondizionata dell'organismo ad uno stimolo doloroso.

-Teoria cognitiva, secondo questa teoria l'ansia è correlata a distorsioni cognitive e pensieri negativi.

I trattamenti si suddividono in trattamenti farmacologici e comportamentali.

Nella farmacoterapia vengono utilizzati:

- Benzodiazepine (Alprazolam, Clonazepam)
- Antidepressivi per il disturbo di panico;
- Betabloccanti per controllare le palpitazioni che non hanno risposto agli ansiolitici (Propranololo).

Nella terapia comportamentale:

- Bio-feedback: è una tecnica terapeutica che consente ad un individuo di imparare a controllare ed autoregolare le proprie risposte fisiologiche che, solitamente, sono al di fuori del controllo volontario o quelle che sono sfuggite ai meccanismi regolatori a causa di una patologia o trauma.

Il bio-feedback viene rilevato da monitor collegati alla persona, i quali mostrano e misurano le onde cerebrali, la frequenza cardiaca, la respirazione e la tensione muscolare (Centro Phonex).

- Controllo dell'iperventilazione: è un fenomeno che si verifica quando la respirazione è veloce e superficiale, di conseguenza c'è un aumento di anidride



carbonica ed un diminuito apporto di ossigeno a livello cerebrale. Alla persona viene insegnato come respirare in maniera più lenta e profonda.

Altre terapie psicologiche sono:

- rilassamento muscolare progressivo di Jacobson: consiste nel rilassare la muscolatura e sgomberare la mente attraverso degli esercizi di respirazione e stiratura dei muscoli;
- tecnica yoga pranayama: lo yoga è una pratica di benessere dove la respirazione è al centro di ogni cosa. Il pranayama include molteplici variazioni respiratorie;
- meditazione e autoipnosi e mindfulness.
- psicoterapia di supporto.

La gestione e il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo comprendono, come le precedenti, trattamenti farmacologici e comportamentali.

Nella farmacoterapia vengono utilizzati:

- antidepressivi (ad es. Fluvoxamina, Sertralina, ecc...)
- ansiolitici (ad es. Benzodiazepine)

Nella terapia comportamentale:

- esposizione e prevenzione della risposta: è una metodologia di trattamento che mette in esposizione l'individuo a stimoli in assenza di rituali. Ad esempio mettere un individuo con disturbo ossessivo compulsivo relativo allo sporco, di fronte ad esso ed invitarlo a non effettuare il lavaggio delle mani; ciò per farlo abituare alla manifestazione ansiosa, ovvero per mettere in discussione le credenze sulle conseguenze catastrofiche che il contatto con questi stimoli comporta.
- Interruzione del pensiero: consiste nel concentrarsi su quei pensieri indesiderati, sperimentarli per breve tempo e poi arrestarli con un comando, anche semplicemente dicendo "basta".
- Desensibilizzazione: è una tecnica terapeutica che agisce mettendo l'individuo in uno stato di totale relax durante il quale si presenteranno i suoi pensieri negativi, in maniera graduale, dal più semplice al più complesso. Alla fine prevarrà il rilassamento.
- Condizionamento avversivo: consiste nell'associare lo stimolo piacevole, che sarebbe quello patologico, ad uno stimolo negativo. In tal modo quello che suscita lo stato di ansia viene eliminato perché associato allo stimolo negativo.

Altre terapie:

-psicoterapia di supporto: elaborazione della superficie del problema, ovvero rimanere nelle consapevolezze senza indagare troppo nell'inconscio ed aiutare l'individuo ad accettare quella situazione.

-elettroshock (ECT), per le persone refrattarie a qualsiasi altro tipo di trattamento.

Nei riguardi della gestione e dei trattamenti del disturbo da stress post traumatico si utilizza un approccio generale adottando le stesse modalità terapeutiche sopra citate: farmacologica, comportamentale e psicologica, favorendo inoltre il supporto emotivo.

I vari trattamenti farmacologici sono:

-antidepressivi

-benzodiazepine (per la riduzione dell'ansia)

I trattamenti psicologici, invece, sono:

-la psicoterapia di supporto

- crisis intervention

- formazione sulla gestione dello stress.

#### 4. Studio “Disturbi d’ansia ed Infermieri”

##### 4.1 Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto attraverso l’elaborazione di un questionario “Disturbi D’ansia ed Infermieri”, rivolto al personale infermieristico e somministrato loro attraverso la piattaforma Google Moduli nel periodo 1 Luglio 2021 - 30 settembre 2021.

E’ stato stabilito un numero minimo di risposte valide per considerare lo studio; al 30 settembre 2021 la raccolta è terminata avendo superato il numero di 200 questionari idonei.

Il questionario è suddiviso in quattro parti:

1. analisi sociodemografica ed occupazionale
2. State trait anxiety inventory – ansia di tratto (Spielberger 1983; adattamento italiano a cura di Pedrabissi e Santinello 1989) per la valutazione della personalità;
3. Beck inventory per rilevare la sintomatologia manifestata dell’ansia;
4. Brief Cope con cui è stata individuata la risposta individuale di fronte a situazioni stressanti.

Essendo uno studio condotto tramite adesione volontaria e diffuso su piattaforme social, senza poter controllare i dati dichiarati, non possiamo essere certi della bontà dei suddetti. Questo si configura come bias di campionamento.

Inoltre dai dati raccolti è emerso che la maggior parte del campione stesso è risultato composto da unità campionarie che ritengono di aver sofferto di disturbo d'ansia nel corso della loro vita, pur senza una diagnosi medica (grafico 7, analisi dei dati).

Minore è la percentuale di coloro per i quali c'è stato un riscontro clinico in merito (grafico 8, analisi dei dati).

Avendo divulgato il questionario tramite una piattaforma online non si può avere la certezza che il campione sia realmente costituito da infermieri; ciò è da considerare come un altro limite dello studio stesso.

## 4.2 Analisi dei risultati

Il campione è costituito da 211 unità, a maggioranza femminile con l'85,3 % (grafico 1), la distribuzione rispetto all'età anagrafica è variegata e dimostra un campionamento efficace per questa variabile (grafico 2).

Grafico 1

Genere

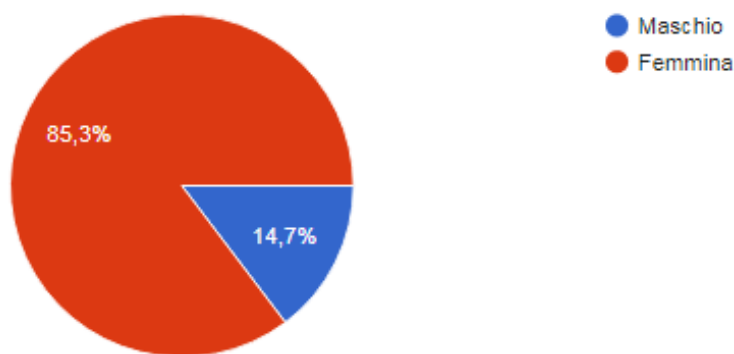
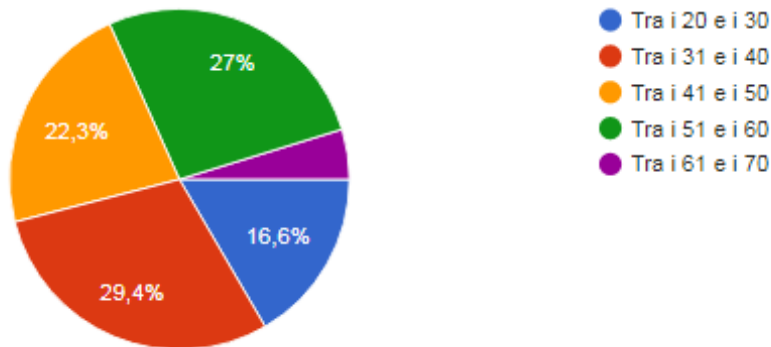


Grafico 2

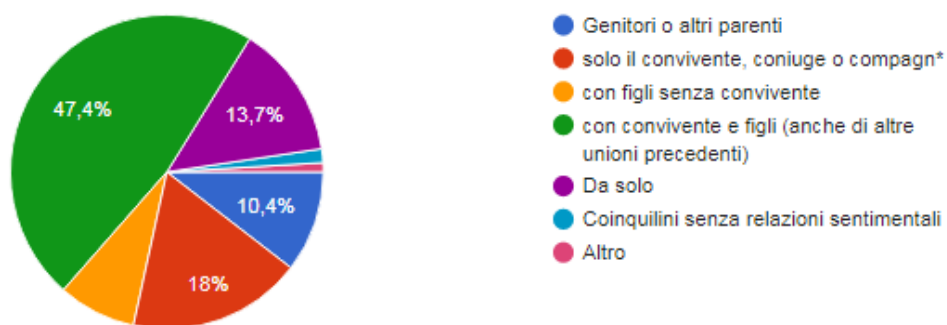
Età



Per quanto concerne la situazione familiare solo il 13,7% ha dichiarato di vivere da solo; per la restante percentuale, in proporzioni differenti, ma ben rappresentate, ognuno condivide la quotidianità con un familiare (grafico 3).

Grafico 3

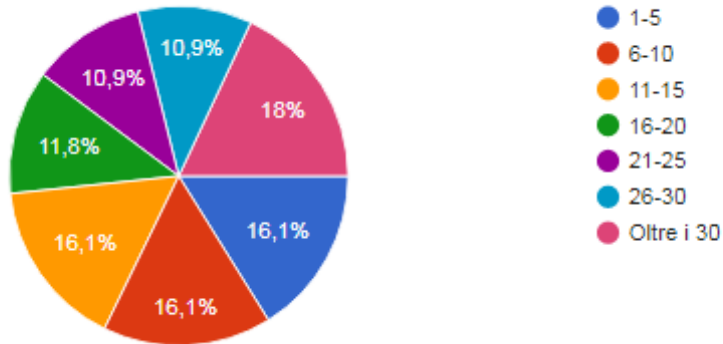
Vive con



Anche la variabile relativa agli anni di servizio configura una buona distribuzione (grafico 4) mentre sul ruolo ricoperto nel servizio si rileva che oltre il 55% del campione è rappresentato da infermieri turnisti h24 (grafico 5). Anche l'area lavorativa di appartenenza configura un campione di infermieri abbastanza eterogeneo (grafico 6).

#### Grafico 4

Anni di lavoro nel profilo professionale



#### Grafico 5

Ruolo ricoperto nel servizio

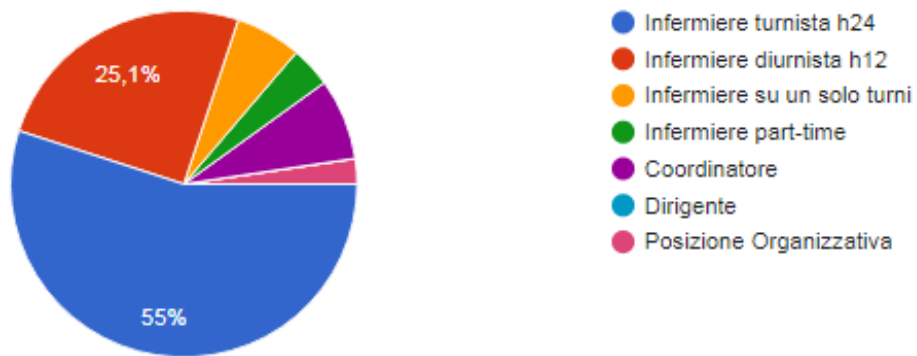


Grafico 6

Indichi l'area lavorativa dove lavora



Sulla totalità delle unità campionarie il 52,6 % (grafico7) pensa di soffrire di disturbi d'ansia generalizzato, ma soltanto il 22% ha avuto una diagnosi medica in tal senso (grafico 8).

Grafico 7

Soffre pensa, di soffrire, o di aver sofferto di

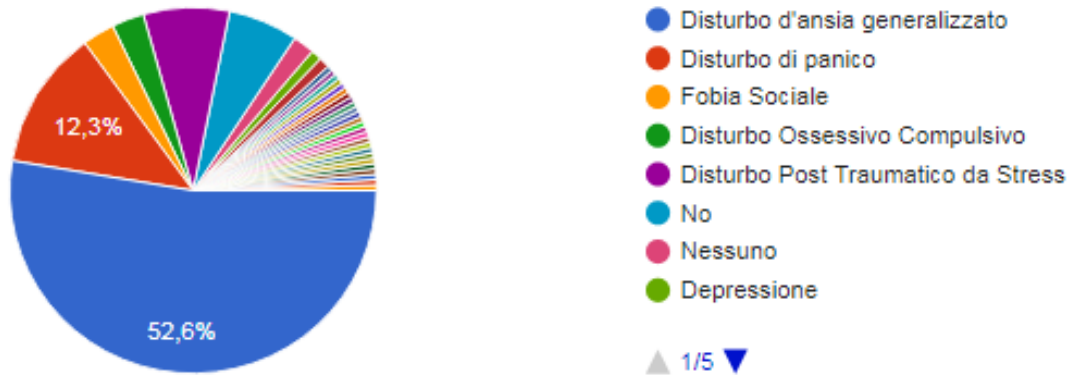
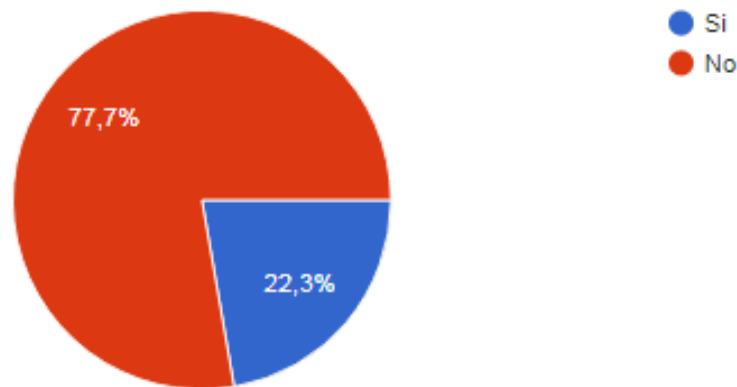
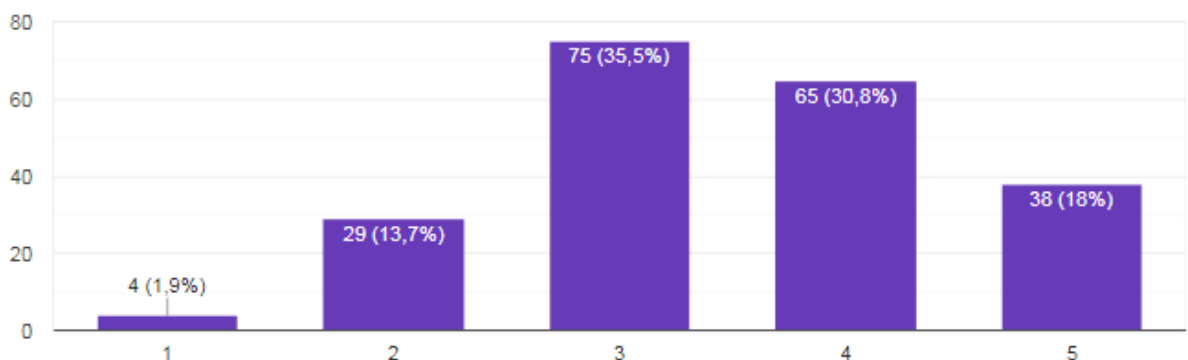


Grafico 8  
Ha avuto diagnosi medica di questo disturbo



Valutando la conoscenza dell'ansia in una scala che va da uno a cinque quasi il 50% (48,8%) pensa di avere un grado di conoscenza medio alto ed alto, mentre solo un 15,6% pensa di avere una conoscenza insufficiente (grafico 9).

Grafico 9  
Che livello di conoscenza dei disturbi d'ansia pensa di avere



Il 56,4% ritiene che la definizione più corretta di ansia sia la seguente: “la risposta emozionale, fisica e comportamentale alla percezione di una minaccia esterna” (grafico 10). Analizzando la conoscenza della differenza tra ansia di stato e ansia di tratto il 43,1% le definisce come: ansia di stato è una situazione temporanea, l'ansia di tratto invece è una caratteristica stabile della personalità. Questa distinzione, tra ansia di stato e ansia di tratto è stata introdotta da Cattell and Sheier (1961) e successivamente rielaborata da Spielberger e collaboratori i quali hanno ideato la scala di autovalutazione: “State-Trait Anxiety Inventory STAI (1970)” che è stata anche utilizzata per questo studio. (grafico 11).

Grafico 10

Quale definizione trova più corretta per l'ansia:



Grafico 11

Conosce la differenza tra ansia di stato e ansia di tratto



Tra le unità campionarie, inoltre, è stata valutata la conoscenza infermieristica e clinica dei vari disturbi d'ansia. Nel disturbo d'ansia generalizzato, nell'attacco di panico e nel disturbo da stress post traumatico sono prevalse le palpitazioni o la tachicardia, mentre per quanto riguarda il disturbo ossessivo compulsivo sono risultati maggiori i comportamenti ripetitivi. Nell'attacco di panico come negli altri disturbi le palpitazioni e la tachicardia sono stati i segni e sintomi predominanti, ma sono particolarmente presenti anche il dolore retrosternale e sensazione di soffocamento (tabella 12).



Lo studio è finalizzato anche all'individuazione della conoscenza delle caratteristiche definenti dell'ansia, secondo la tassonomia NANDA I. La domanda prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

Il 78,7% del campione ha riferito come caratteristica definente le alterazioni del sonno; il 71,6% ha scelto alterazioni della respirazione; il 65,9% l'agitazione continua; il 64% l'alterazione della concentrazione. Infine il 60,7% ha indicato, come caratteristica, la paura (grafico 13).

Allo stesso modo sono stati presi in considerazione i vari fattori correlati tra quelli elencati da NANDA I, con la possibilità di dare più risposte: il 94,3% ha individuato i fattori di stress come fonte di ansia; i cambiamenti importanti sono stati riportati dal 74,4% e l'abuso di sostanze per un 59,2% (grafico 14).

Per quanto riguarda gli obiettivi sono stati analizzati, nella classificazione NOC, quelli che, secondo il campione, sono legati all'ansia: per il 69,2% avere abilità nelle interazioni sociali e per il 55,5% avere conoscenze sul regime terapeutico (grafico 15).

TABELLA 12

Segni e sintomi dei disturbi d'ansia

	<b>DAG</b>	<b>Disturbo da panico</b>	<b>PTSD</b>	<b>DOC</b>
<b>Palpitazione o tachicardia</b>	177	180	117	96
<b>Dolore retrosternale</b>	41	125	45	35
<b>Disturbi del sonno</b>	120	57	116	66
<b>Comportamenti ripetitivi</b>	20	17	40	127
<b>Sentirsi stanchi facilmente</b>	80	21	76	27
<b>Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria</b>	87	44	95	46
<b>Calo del tono dell'umore</b>	70	18	72	35
<b>Sintomi dissociativi</b>	12	21	49	77
<b>Sensazione di soffocare</b>	37	110	24	9
<b>Anedonia</b>	43	10	68	32

Grafico 13

Caratteristiche definenti dell'ansia 000146 NANDA-I

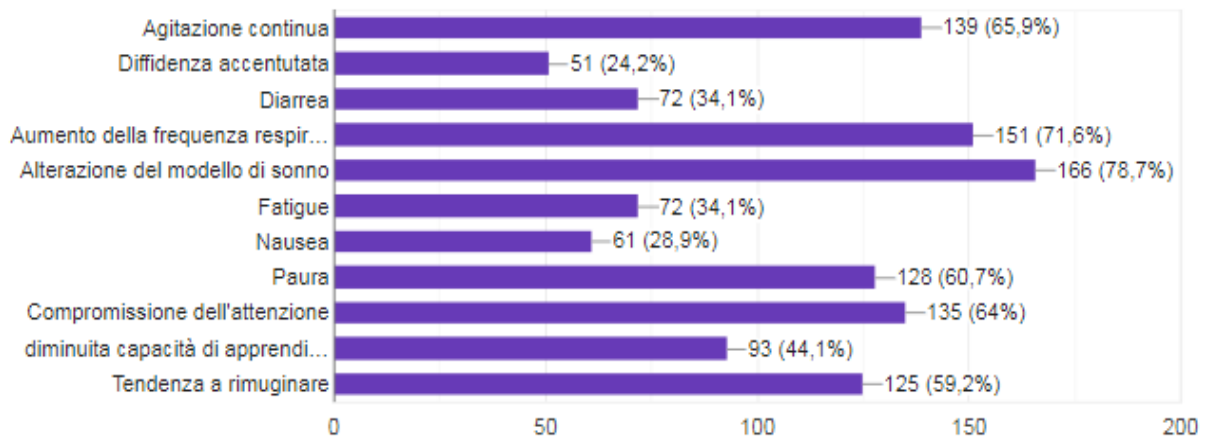


Grafico 14

Fattori correlati all'ansia 000146 NANDA-I

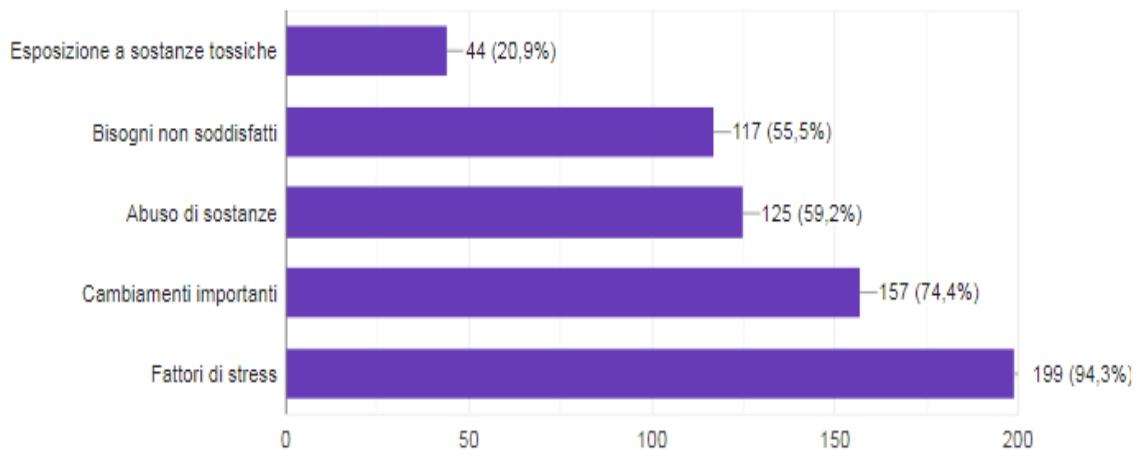
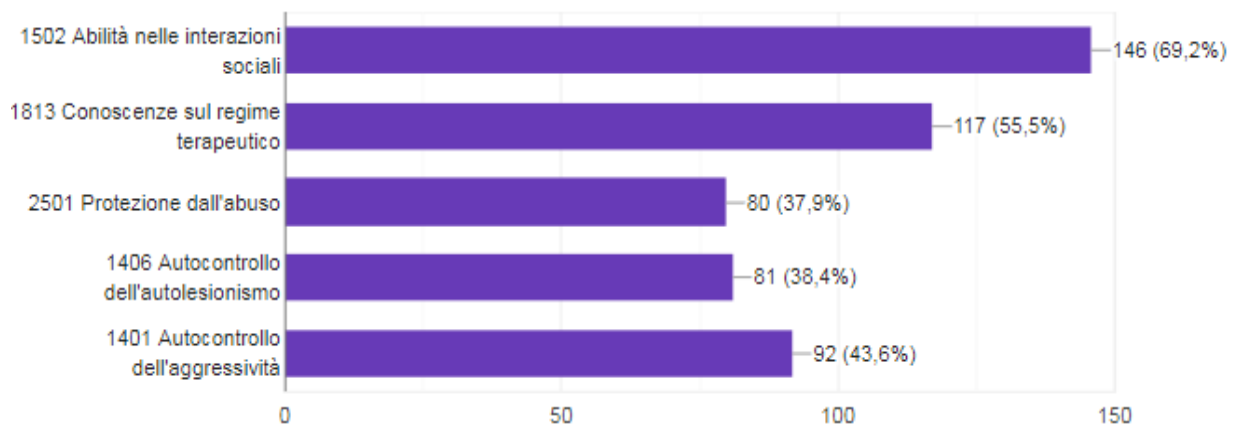


Grafico 15

Obiettivi NOC legati all'ansia 000146 possono essere



In merito alla conoscenza delle caratteristiche definenti della Paura (00148) dallo studio effettuato è emerso che le più selezionate risultano essere:

irrequietezza al 75,4%, tremulti al 60,2%, secchezza delle fauci al 59,7%, incubi al 58,%, comportamento di attacco al 48,8%, pallore al 44,1% ed infine irritabilità gastrica al 41,7%. (grafico 16)

Relativamente alla classificazione NOC del disturbo da stress post traumatico sono stati selezionati i seguenti obiettivi: il 71,1% autocontrollo della paura, il 57,3% autocontrollo degli impulsi, il 55% recupero dell'abuso emotivo, il 51,7% conoscenza del regime terapeutico ed il 33,2% autocontrollo dell'autolesionismo (grafico 17).

Gli interventi che sono stati valutati attraverso la classificazione NIC, inerenti all'Ansia (00146), alla paura (00148) al controllo degli impulsi inefficace (00126) ed alla sindrome post traumatica (00141) vengono presi in considerazione: miglioramento del coping (5230), potenziamento dell'autostima (5400), limiti comportamentali (4380), gruppo di sostegno (5430), miglioramento della socializzazione (5100), sostegno emozionale (5270), ascolto attivo (4920) e counseling (5240). La possibilità di fornire più risposte per ogni diagnosi infermieristica ha fornito la percezione degli infermieri su quegli interventi ritenuti più indicati. Il miglioramento del coping è risultato essere l'intervento privilegiato per gli infermieri in tutte e 4 le diagnosi proposte. per Nell'ansia e nella paura sono risultati il potenziamento dell'autostima e l'ascolto attivo al secondo e terzo posto. Nella sindrome post traumatica al secondo posto troviamo il gruppo di sostegno, seguito da potenziamento dell'autostima e sostegno emozionale. Il controllo degli impulsi inefficace vede invece, dietro al miglioramento del coping, un deciso appiattimento delle scelte di intervento infermieristico. (grafico18).

Grafico 16

Caratteristiche definenti della Paura 00148 NANDA-I

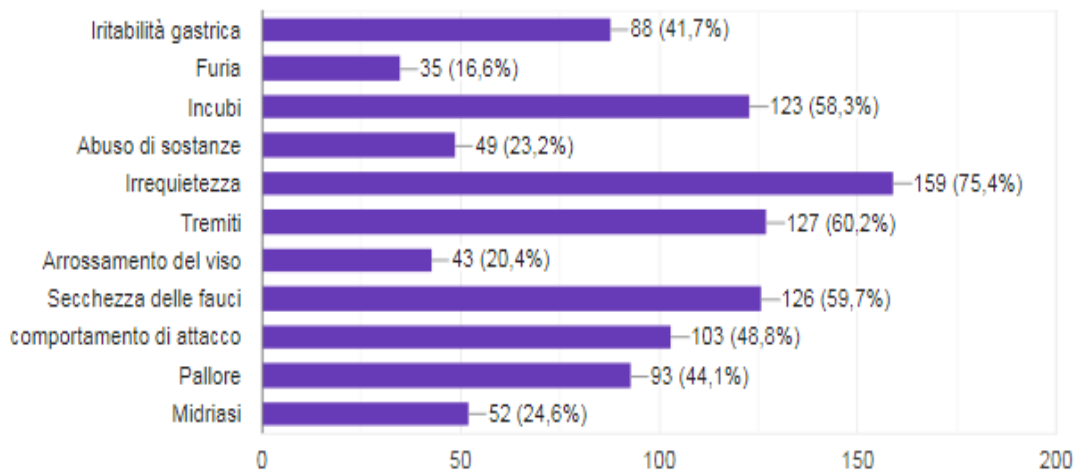
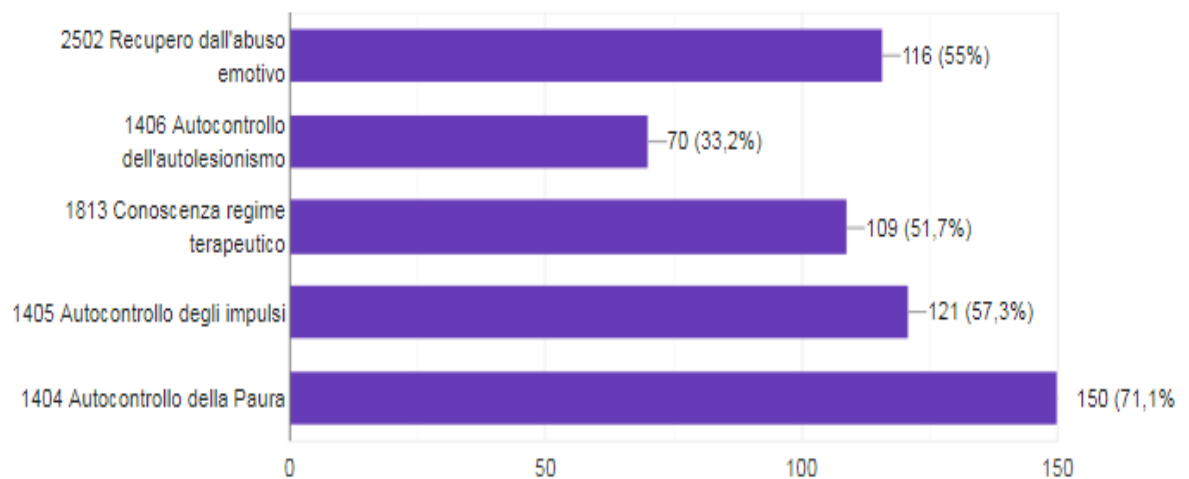


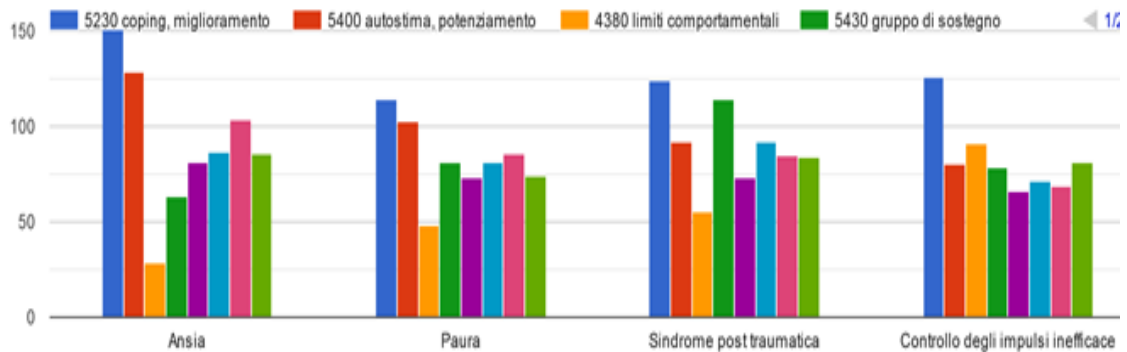
Grafico 17

Obiettivi NOC legati alla sindrome post traumatica 00141 possono essere



## Grafico 18

### Interventi NIC



La rilevazione eseguita tramite la Beck Depression Inventory (AT Beck, 1967) mostra che nelle ultime settimane il 55,9% degli intervistati non si sente triste (grafico19), mentre un 8,5% pensa seriamente alla propria morte come possibilità, anche con progetti suicidari già strutturati. (grafico20), un 64,9% non si sente pessimista riguardo al futuro (grafico 21). Solo il 54% degli intervistati ha ancora una percezione di soddisfazione (grafico 22) ma meno del 50% ha ancora interesse nei confronti degli altri rispetto al passato (grafico 23); L'indecisione colpisce il 45,5% degli intervistati (grafico24) ed quasi il 50% non sente di lavorare bene come in passato (grafico 25) difatti solo il 22,3% del campione riferisce di non stancarsi più del solito con il 60,2% che tende a stancarsi molto più facilmente ed un 18,5% che lamenta stanchezza nel fare qualsiasi cosa (grafico 26).

## Grafico 19

### Tristezza

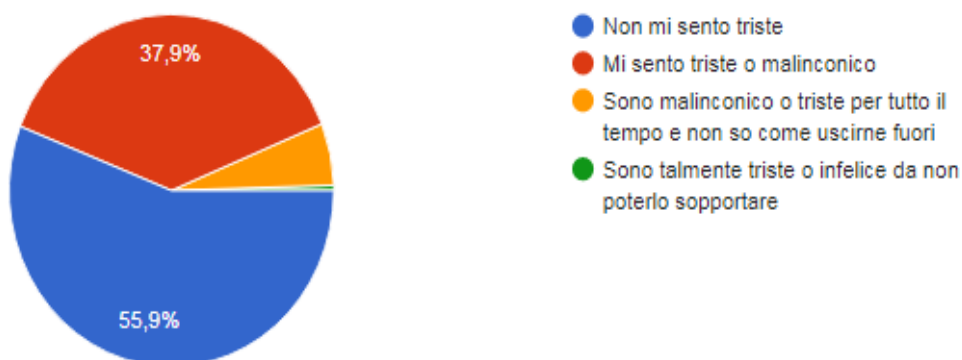
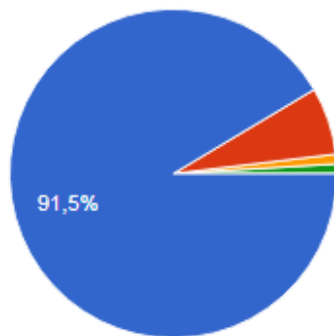


Grafico 20

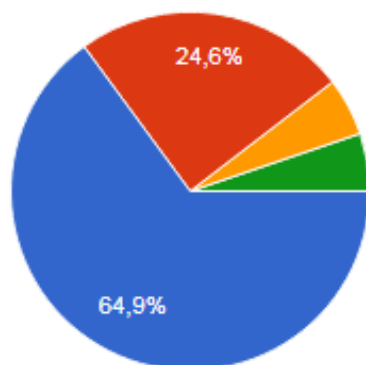
Suicidio



- Non penso affatto di farmi male
- Penso che sarebbe meglio che io fossi morto
- Ho fatto dei progetti precisi di suicidio
- Mi ucciderei se ne avessi la possibilità

Grafico 21

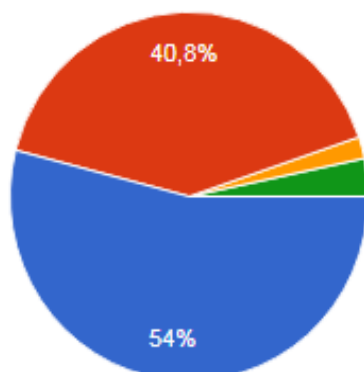
Pessimismo



- Non mi sento particolarmente pessimista o scoraggiato riguardo al futuro
- Mi sento scoraggiato riguardo al futuro
- Mi sembra che, per il futuro, non mi attenda nulla di positivo
- Mi sembra che il futuro sia senza speranza e che le cose non possano migliorare

Grafico 22

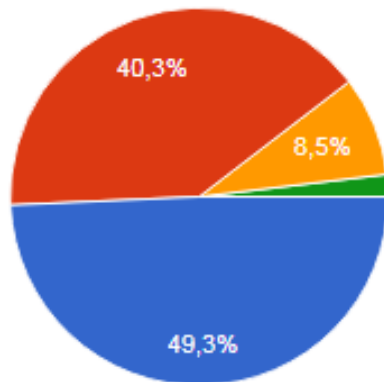
Insoddisfazione



- Non sono particolarmente insoddisfatto
- Non mi godo più le cose come in passato
- Non c'è più niente che riesca a darmi soddisfazione
- Sono insoddisfatto in tutto

Grafico 23

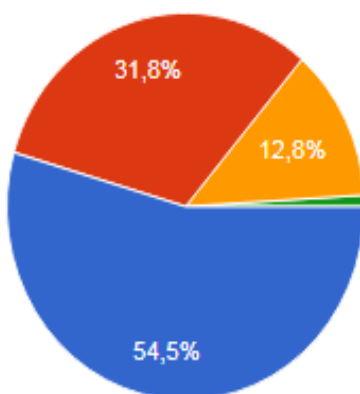
Perdita di interessi



- Non ho perso l'interesse per gli altri
- Rispetto al passato sono meno interessato agli altri
- Ho perso la maggior parte del mio interesse per gli altri
- Ho perso qualsiasi interesse per gli altri e non mi preoccupa affatto di loro

Grafico 24

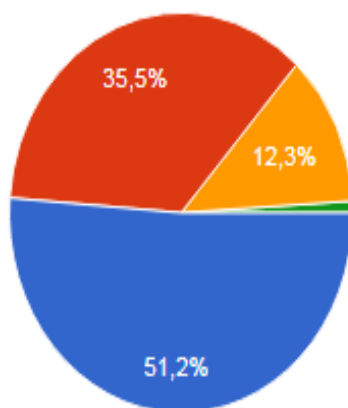
Indecisione



- Prendo le mie decisioni come prima
- Tendo a rimandare le decisioni
- Ho notevole difficoltà a prendere le decisioni
- Non sono più capace di prendere alcuna decisione

Grafico 25

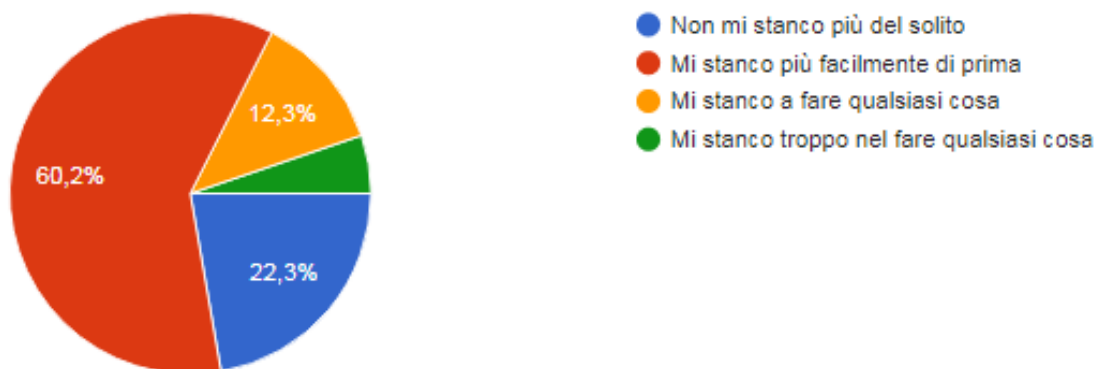
Lavoro



- Lavoro bene come in passato
- Per iniziare a fare qualcosa mi occorre uno sforzo maggiore
- Devo sforzarmi molto per fare qualsiasi cosa
- Non riesco più a fare niente

Grafico 26

Fatica



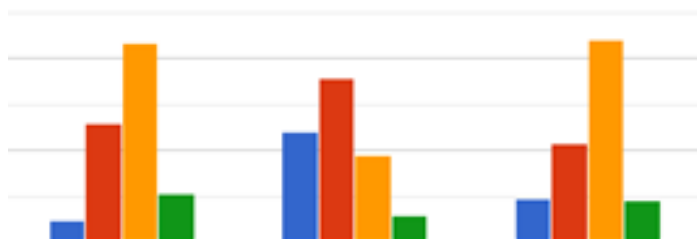
La scala di autovalutazione “STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY- ANSIA DI TRATTO” (Spielberger, 1983; Adattamento italiano a cura di Pedrabissi e Santinello, 1989) vuole valutare come si sentono gli infermieri in quel momento attraverso espressioni di un giudizio nei riguardi delle affermazioni presentate dalla scala.(grafico 27)

Grafico 27

Valuti come si sente in questo momento, esprimendo un giudizio per ciascuna delle seguenti affermazioni. “In generale, io..” Utilizzi la seguente scala:



Le possibili alternative proposte sono:

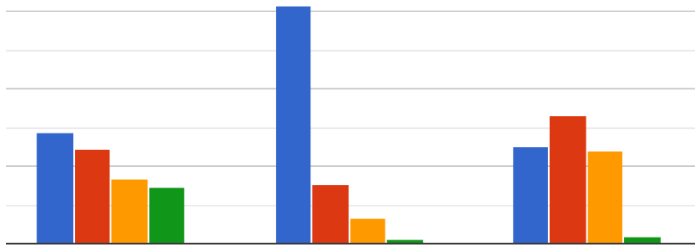


1Mi sento bene;

2Mi sento teso/a, o irrequieto/a;

3Sono insoddisfatto/a di me stesso/a.

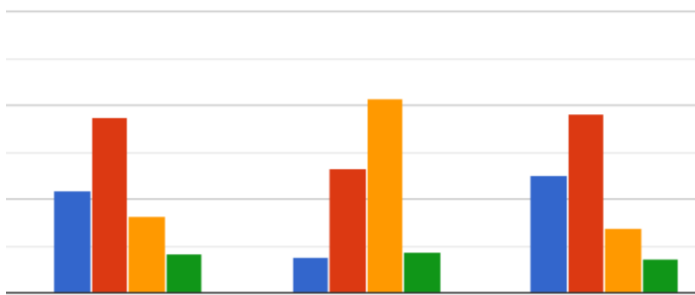




4Vorrei poter essere felice come sembrano tutti gli altri;

5Mi sento un fallito/a;

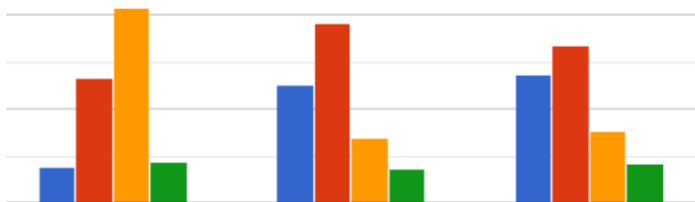
6Mi sento riposato/a.



7Sono calmo/a, tranquillo/a e padrone di me stesso/a;

8Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare:

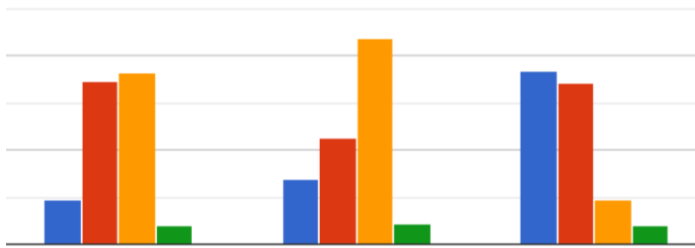
9Mi preoccupo troppo di cose che non hanno importanza.



10Sono felice;

11Mi vengono pensieri negativi;

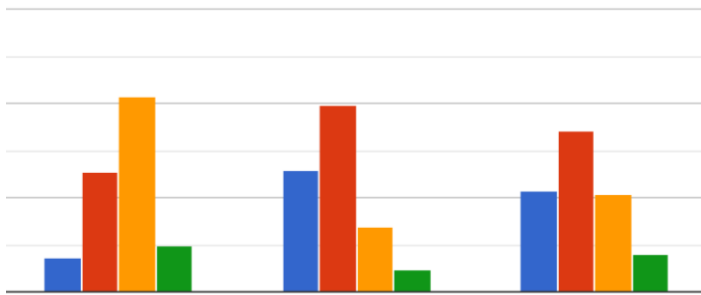
12Manco di fiducia in me stesso/a.



13Mi sento sicuro/a;

14Prendo decisioni facilmente;

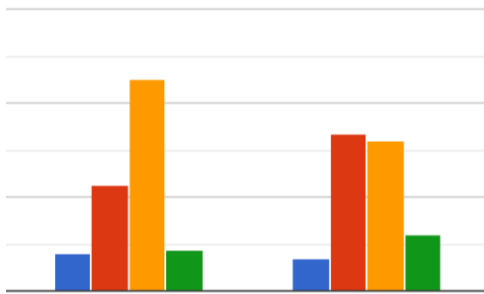
15Mi sento inadeguato/a.



16Sono contento/a;

17Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono;

18Vivo le decisioni con tanta partecipazione da non potermele togliere dalla testa.



19Sono una persona costante;

20Divento teso/a e turbato/a quando penso alle mie preoccupazioni.

La Briefe COPE è una autovalutazione, che indaga le modalità di reazione agli eventi stressanti. La scala è costituita dai seguenti giudizi: per niente, poco, abbastanza, molto.

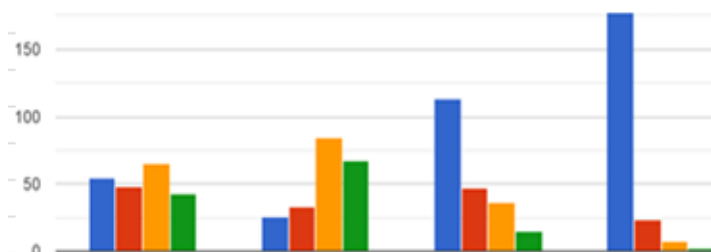
In questo caso la scala di giudizio prevede le seguenti alternative:

■ non faccio questo   ■ poche volte   ■ in misura moderata   ■ faccio proprio così

(grafico 28).

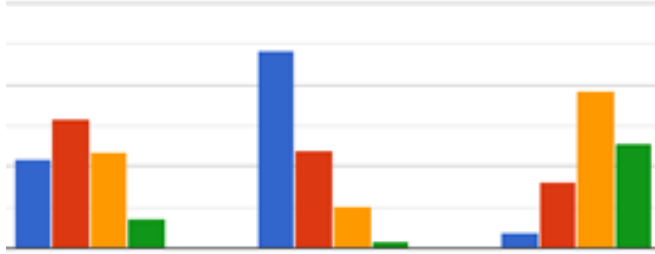
Grafico 28

Abitualmente...



1Mi applico al lavoro o ad altre attività sostitutive per distogliere la mente dagli eventi;

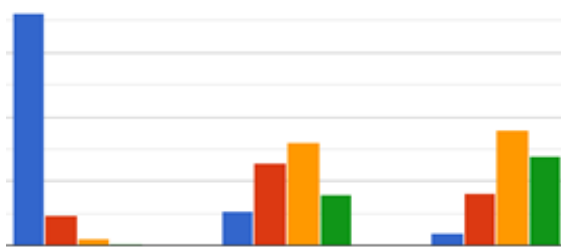
- 2Concentro i miei sforzi per fare qualcosa nella situazione in cui mi trovo;
- 3Mi dico questo non è reale;
- 4faccio uso di alcool o di stupefacenti per sentirmi meglio.



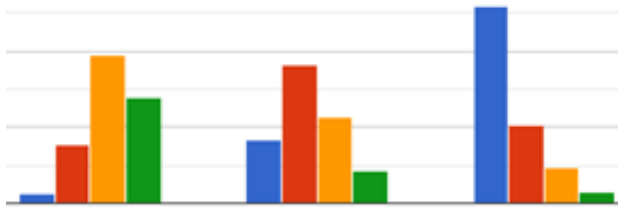
- 5Cerco un supporto emotivo dagli altri;
- 6Rinuncio a cercare di occuparmene;
- 7Metto in atto azioni per cercare di migliorare la situazione.



- 8Rifiuto di credere che sia accaduto;
- 9Dico cose che lasciano venir fuori i miei sentimenti spiacevoli;
- 10Cerco aiuto e consigli da parte degli altri.



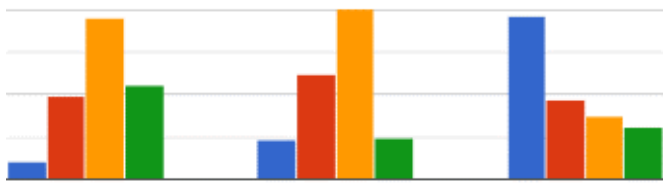
- 11Faccio uso di alcool e droghe per aiutarmi a superare questo;
- 12Cerco di vedere la cosa con una luce diversa per farla apparire più positiva;
- 13Sono autocritico.



14 Cerco di trovare una strategia per ciò che si deve fare;

15 Cerco conforto e comprensione dagli altri;

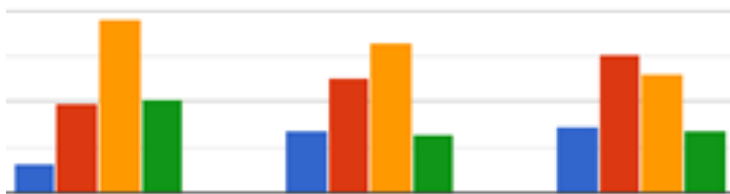
16 rinuncio a tentare di affrontare la situazione.



17 Accetto la realtà del fatto che ciò è accaduto;

18 Esprimo le mie sensazioni negative;

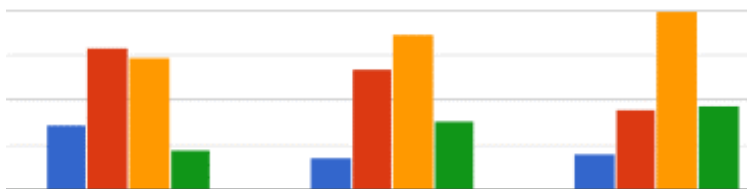
19 Cerco di trovare conforto nella mia religione o nelle mie convinzioni spirituali;



20 Cerco di trovare qualcosa di buono in ciò che è accaduto;

21 Ci scherzo sopra;

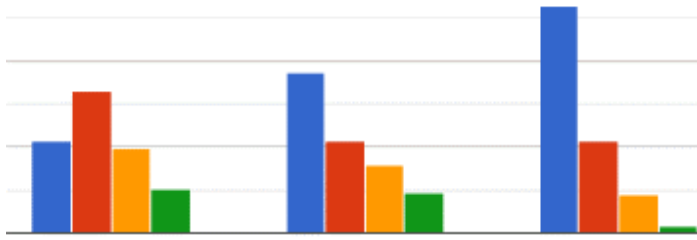
22 Faccio qualcosa per pensare di meno a questo.



23 Cerco di ottenere dagli altri consigli o aiuti su ciò che è necessario fare;

24 Imparo a convivere;

25 Penso seriamente a quali mosse fare;



26 Rimprovero me stesso per quanto è accaduto;

27 Prego o medito;

28 Metto in ridicolo la situazione.

## 5. Discussione

Con lo studio sono stati ricercati diversi aspetti che danno la possibilità di capire se un infermiere conosce i disturbi d'ansia nella loro variabilità e le sue caratteristiche principali; in più sono stati ricercati aspetti che potrebbero essere più o meno correlati con la sintomatologia ansiogena.

Il campione che ha partecipato in maniera volontaria allo studio risulta essere rappresentativo della realtà infermieristica italiana (maggiore presenza del sesso femminile e maggior risposta da parte di personale che lavora come turnista nelle 24 ore). La distribuzione anagrafica, di esperienza professionale e rispetto al luogo di lavoro identifica un campione eterogeneo dove sono rappresentate tutte le variabili in maniera proporzionale.

Il 52,6% pensa di soffrire o di aver sofferto di disturbi d'ansia generalizzata, ma solo il 22,2% ha avuto una diagnosi medica certa di questi disturbi, questo delinea una popolazione sensibile alla problematica, quindi si potrebbe ipotizzare una migliore conoscenza della problematica. Questo lo ritroviamo infatti nella loro presunta conoscenza dei disturbi legati all'ansia che si colloca ad un livello medio alto.

Andando ad approfondire questa conoscenza sui disturbi d'ansia, tramite il quesito su quale sia la definizione di ansia, vediamo però che solo il 56,4% l'ha definita come "risposta emozionale, fisica e comportamentale alla percezione di una minaccia esterna"; ed al quesito su quale sia la differenza tra ansia di stato ed ansia di tratto solo il 43,1% riconosce l'ansia di stato come una situazione temporanea e l'ansia di tratto come una caratteristica stabile della personalità. Entrambe queste domane denotano una

carenza formativa importante nel campione autodefinitosi con conoscenza medio alta e particolarmente sensibile alla problematica.

Oltre a verificare le difficoltà relative alla conoscenza dell'ansia ed alla differenza tra ansia di stato ed ansia di tratto abbiamo preso in considerazione quattro diverse patologie riconducibili a problemi di ansia: il DAG, gli attacchi di panico, il PTSD ed infine il DOC. Per ognuno di questi disturbi gli infermieri hanno associato segni e sintomi che, secondo la loro conoscenza, erano caratterizzanti quello specifico disturbo. L'analisi delle risposte evince che il personale infermieristico possiede una scarsa conoscenza dei segni e sintomi propri del disturbo d'ansia generalizzato, confondendoli con quelli distintivi dell'attacco di panico. Anche per il disturbo da stress post traumatico sono stati attribuiti segni e sintomi che non corrispondono a quelli enunciati dal DSM V. Per il DOC, su un campione di 211 persone, 127 hanno associato correttamente a questo disturbo i comportamenti ripetitivi, tuttavia, la restante parte non ha attribuito i giusti segni e sintomi.

Questo studio dimostra che non tutti i professionisti hanno una chiara conoscenza sui vari segni e sintomi delle patologie riconducibili a disturbi d'ansia e, di conseguenza, possono mettere in atto degli interventi che non permettono il raggiungimento degli obiettivi degli assistiti, così come possono fornire informazioni fuorvianti agli altri componenti dell'equipe.

Anche relativamente alla conoscenza degli obiettivi della classificazione NOC il 55,5% del campione riconosce come validi la conoscenza del regime terapeutico e, per il 37,9%, la protezione dell'abuso, che però non sono presenti nella letteratura relativa.

Lo stesso emerge per il disturbo da stress post traumatico, in questo caso si riscontra che il 51,7% sceglie come obiettivo la conoscenza del regime terapeutico, non previsto come obiettivo nei manuali dei collegamenti NANDA-I e NOC. Emerge però la sensazione degli infermieri che buona parte dell'ansia provata dai propria assistiti sia relativa alla scarsa conoscenza dei farmaci assunti.

Per quanto concerne gli interventi abbiamo visto che gli infermieri indicano il miglioramento del coping come intervento di elezione in tutte le diagnosi infermieristiche proposte, concordando con quanto proposto dalla letteratura. Anche gli altri interventi indicati coincidono con quelli proposti dai ricercatori internazionali come i più indicati negli interventi infermieristici, anche se non sempre con la precedenza

rilevata nel campione. Solo per l'Ansia viene indicato da ben 129 infermieri il potenziamento dell'autostima, intervento non rilevato nella letteratura ma plausibile con alcune caratteristiche definenti della diagnosi: esprime insicurezza, sentirsi indifesi, contatto visivo ridotto, ecc... che possono delineare una autostima ridotta

Della scala Beck Depression Inventory (AT Beck, 1967) emerge in maniera incisiva la percezione riguardo alla Fatica, quasi l'80% del campione riferisce di stancarsi più facilmente di prima, con punte di stanchezza veramente alte. Ambiti come la tristezza, Osservando i della tristezza, l'insoddisfazione, l'indecisione, l'aspetto, il lavoro e la perdita di interesse verso gli altri si nota come la metà del campione rilevi un peggioramento della situazione. Il risultato della perdita dell'interesse verso gli altri (oltre il 50%) evidenzia chiaramente il rischio di burn out degli operatori, proprio delle professioni di aiuto. Vedere che gli Infermieri riducono il loro interesse verso i loro assistiti, soprattutto dopo il percorso sociale e clinico della pandemia è un segnale molto forte da investigare ulteriormente.

Decisamente preoccupate anche il dato relativo al rischio suicidario, ben 18 persone pensano alla morte come soluzione. Questo dato anche merita una profonda valutazione Prendendo in esame alcune risposte della scala di autovalutazione della Briefe COPE possiamo analizzare che molti infermieri chiedono poco aiuto e non si danno consigli l'un l'altro, con questi dati possiamo affermare che non c'è un forte senso di equipe e di gruppo.

Un altro dato emerso dalla Briefe COPE è il mancato affidamento alla fede da parte degli Infermieri, la spiritualità non viene utilizzata dalla maggior parte del campione per ridurre le varie condizioni di stress.

Taluni riferiscono uso di sostanze ed alcol per fronteggiare le situazioni stressanti.

## 6. Conclusione

Attraverso la diffusione del questionario è stato raggiunto l'obiettivo prefissato e sono state trovate conferme a quanto ricercato.

La formazione di base degli Infermieri e l'esperienza professionale non sono sufficienti ad avere una buona preparazione per riconoscere e valutare le situazioni di ansia degli assistiti. Seppure con alcune difficoltà gli Infermieri cercano di intervenire in queste situazioni, anche con discrete conoscenze fornite dall'esperienza pratica.

Da questo si rileva come la formazione base, ma anche la post base, debbano prevedere una formazione adeguata sul tema.

Per quello che riguarda la propria situazione di ansia, gli Infermieri, sono profondamente convinti di avere problematiche di ansia, anche se poche volte questa viene confermata da un giudizio clinico, e talvolta procedono con interventi di automedicazione farmacologica. La situazione relativa a come si percepiscono delinea che una metà del campione (ricordiamo che oltre la metà si percepisce “ansioso”) ha problemi relativamente alla rilevazione effettuata con la scala Beck Depression Inventory, alcuni anche molto gravi.

Tra le modalità di coping vediamo che molte possono essere le strategie non attuate, anche qui la leva formativa potrebbe essere di aiuto; mentre per alcuni casi più delicati (uso di sostanze ed alcool) il supporto psicologico e la supervisione appare fondamentale.

Attraverso questo studio si voleva far luce su ciò che era oscuro sull’ansia, in particolar modo sensibilizzare sulla problematica e creare maggiore curiosità nei professionisti del caso.

Soprattutto perché “l’ansia è un rumore che non cambia il domani, ma rovina l’oggi” (Simone Savogin).

## 7. Bibliografia

-American Psychiatric Association. (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Raffaello Cortina Editore.

-AlmaPhysio (2019). *Ansia: 8 esercizi di respirazione utili.*

Disponibile in: <https://www.almaphysio.com/ansia/ansia-8-esercizi-di-respirazione/>

- Dott.ssa Debelli, E. *Sostegno psicologico.*

Disponibile in: <https://www.psicoterapiaatorino.it/interventi/sostegno-psicologico>

- Fava, G., Rafanelli, C., & Savron, G. (1998). L’ansia. *Caledoiscopio Italiano*, 121, 3-79.

-Istituto A. T. BECK Terapia Cognitivo- Comportamentale. *Disturbo da stress post-traumatico.*

Disponibile in: <https://www.istitutobeck.com/disturbo-post-traumatico-da-stress>



-Mancini, F., & Gragnani, A. (2005). *L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica di accettazione*. *Cognitivismo Clinico*. 2, 1, 38-58.

Disponibile in: <https://studicognitivi.it/sassuolo/tecnica/esposizione-con-prevenzionedella-risposta-erp/>

-Maria Luigia ospedale privato accreditato e poliambulatorio.(2021) *Disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Diagnosi, sintomi e cura*.

Disponibile in: <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-trauma-stress/ptsd-disturbo-post-traumatico-da-stress/>

-Mogentale, C., Centro phoenix. Centro di psicologia, neuropsicologia, riabilitazione, psicoterapia. *Utilità del biofeedback*.

Disponibile in: <https://www.centrophoenix.net/adulti/utilita-biofeedback/>

-Psychiatry Online Italia. *Ansia di stato ansia di tratto*.

Disponibile in: <http://www.psychiatryonline.it/node/3606>

-Ricchi, L. *Ansia: attacco o fuga*.

Disponibile in: [http://www.terapiaconsulenza.it/1/ansia\\_attacco\\_o\\_fuga\\_9697479.html](http://www.terapiaconsulenza.it/1/ansia_attacco_o_fuga_9697479.html)

-Sreevani, R. , Reddem, K (2009) The individual with neurotic disorder. In Sreevani, R. , Prasanthi, N. &. (Ed.), *A Guide to MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING. Second edition* (pp. 110-123). New Dheli: Jaypee Brothers, Medical Publishers

-U.S. Department of Veterans Affairs (2021). *Disturbo da stress post-traumatico: Centro nazionale per il disturbo da stress post-traumatico*.

Disponibile in: <https://www.ptsd.va.gov/>

- Videbeck, S. L. (2010). *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.

-Gulanick, M., & Myers, J. L. (2016). *Piani di assistenza infermieristica. Diagnosi infermieristiche, risultati di salute ed interventi infermieristici*, ed. it. a cura di Luisa Anna Rigon ed Orietta Meneghetti, CEA: Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

