

DIAGNOSI E TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI DISTURBI D'ANSIA

Marilena Capriotti
Specialista in Neurologia- presidente SIMG Ancona

Introduzione.

Nella 1° Conferenza Nazionale per la Salute Mentale che si è tenuta a Roma dal 10 al 12 gennaio u.s. il Ministro della Sanità Veronesi ha riferito alcuni dati dell'Istituto Superiore della Sanità secondo cui i disturbi psichiatrici interesserebbero 10.192.000 italiani (6.992.000 femmine e 3.200.000 maschi), il 47,7% delle famiglie, ed i disturbi d'ansia in particolare, compresa la comorbidità, raggiungono il 37,2% cui andrebbe aggiunto un 5,8% di disturbi da somatizzazione.

I Medici di Medicina Generale (M.M.G.) lamentano che un numero sempre crescente di pazienti si rivolgono loro, anziché agli specialisti, per richiedere psicofarmaci come fossero medicine da banco, in particolare ansiolitici e sonniferi; gli studi fanno rilevare che almeno il 20% dei pazienti ambulatoriali che si rivolgono al MMG per motivi di natura medica presentano disturbi psichiatrici, associati ad altri disturbi, e che il 50% di pazienti affetti da disturbi dell'umore, dell'ansia, somatoformi, e da abuso alcolico, non viene diagnosticato, né curato, comportando un alto grado di sofferenza ed inabilità nonché costi elevati per l'assistenza sanitaria.

Il ruolo centrale e basilare che svolge il MMG nel tessuto sociosanitario territoriale e nelle famiglie va dunque rafforzato con appositi strumenti e con la costituzione in ogni Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di una funzione organizzativa definita di raccordo, formazione e informazione reciproca tra specialisti e MMG.

Possono rappresentare uno strumento utile al MMG anche quei sistemi che facilitano l'individuazione e la diagnosi rapida (5-10 minuti) ed accurata dei disturbi mentali più comuni riscontrati negli adulti utilizzando un questionario standardizzato contenente domande mirate ad individuare i sintomi più importanti sul piano diagnostico e di utilizzare un modello che facilita la diagnosi differenziale. Il MMG potrà effettuare un efficace screening e prendersi cura dei problemi semplici di natura psichiatrica ed affrontare in collaborazione con gli specialisti la gestione periferica di casi complessi.

I DISTURBI D'ANSIA, secondo il DSM IV° ancora in uso ed a cui facciamo riferimento nell'esposizione, comprendono numerose condizioni morbose:

1. F41.0 Disturbi di panico (DAP) senza agorafobia
2. F40.01 Disturbo di panico con agorafobia
3. F40.00 Agorafobia senza anamnesi di Disturbo di panico
4. F40.2 Fobia semplice o specifica
5. F40.1 Fobia sociale
6. F42.8 Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)
7. F43.1 Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)
8. F43.0 Disturbo acuto da stress (DAS)
9. F41.1 Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)
- 10.F06.4 Disturbo ansioso dovuto ad una Condizione Medica Generale o indotto da sostanze
- 11.F41.9 Disturbo d'Ansia non altrimenti specificato (NAS)

Come si può ben vedere una tale frammentazione categoriale amplia notevolmente il numero dei disturbi d'ansia con qualche vantaggio dal punto di vista comunicativo od epidemiologico, ma anche con notevoli svantaggi dal punto di vista clinico allorquando risulterebbe importante al fine terapeutico (terapia sintomatica o patogenetica?) stabilire piuttosto se l'ansia sia primaria o secondaria ad altri disturbi o se esista una diversità quantitativa o qualitativa dal punto di vista patogenetico.

Nella psicopatologia classica l'ansia rientrava tra i disturbi dell'affettività insieme alla depressione e alla mania, ed era considerata una manifestazione omogenea ed unitaria, differenziabile semplicemente per intensità e durata.

L'ansia può ancora oggi essere definita come una risposta ad un pericolo irreali, immaginato e non identificabile, vissuto come imminente, un'apprensiva preoccupazione per la propria incolumità, un senso di insicurezza ed impotenza che si traduce in attesa nervosa e può originare alcune delle seguenti manifestazioni fisiologiche:

1. **fenomeni psichici, soggettivi o cognitivi:** apprensione, anticipazione di eventi negativi, sensazione di morte imminente, preoccupazione, incertezza, timore di perdere il controllo delle proprie idee e azioni, ecc.
2. **fenomeni somatici, neurovegetativi:** palpitazioni, sudorazione, tachicardia, tachipnea, senso di soffocamento, cefalea, tremori, pallore, diarrea, spasmi muscolari, dolore precordiale, pollachiuria, rialzo termico, ed interessano l'apparato cardiocircolatorio, gastroenterico, genito-urinario, muscolare e sensoriale;
3. **fenomeni psicosensoriali:** derealizzazione, depersonalizzazione, alterazioni dell'intensità luminosa, ecc.
4. **fenomeni comportamentali:** condotte di evitamento, reazioni di fuga o di blocco, perdita di autocontrollo.

In numerosi disturbi d'ansia si possono riscontrare anche altre manifestazioni importanti come l'attacco di panico e l'agorafobia.

L'Attacco di Panico si manifesta come episodio acuto d'ansia (acme in meno di 10 minuti, durata da qualche secondo ad un'ora) con sensazione di paura, impotenza, minaccia alla propria incolumità fisica. Può accompagnarsi a manifestazioni neurovegetative e vissuto catastrofico. Prevalgono i fenomeni somatici e comportamentali, ma anche cognitivi (paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo). Spesso siamo portati a non prendere in considerazione i sintomi somatici denunciati dal paziente in quanto non indicano alcuna grave condizione, o viceversa reagiamo in maniera esagerata prescrivendo indagini eccessive ed inutili, o pensiamo ad un attacco di panico come sintomo psicotico;

L'Agorafobia può manifestarsi da sola o con il disturbo di panico ed è caratterizzata dall'ansia che il paziente prova quando si trova in luoghi o situazioni da cui risulta difficile uscire o in cui risulta impossibile ricevere soccorso.

I Disturbi d'ansia, inquadrati nel DSM IV°, comprendono gran parte delle Sindromi Nevrotiche di un tempo, che davano dell'ansia una visione unitaria differenziata quantitativamente.

Abbandonato il termine "Nevrosi", il DSM IV parla di "Disturbo" (mentre l'ICD 10 parla ancora di "Sindromi nevrotiche", legate a stress e somatiformi, e di "Altre Sindromi nevrotiche", nevrastenia); così il Disturbo di Panico è divenuto un'entità nosografica importante riunendo in sé quelli che erano i quadri ansiosi, fobici, ipocondriaci e isterici del passato; l'Isteria è disgregata in quadri da Somatizzazione e da Conversione; la nevrosi fobica si identifica con la Fobia sociale, le Fobie Semplici, ed in parte con il Disturbo di Panico; la Nevrosi Ossessiva rimane invariata ed assume sempre più una rilevanza di entità nosografica autonoma.

Riteniamo opportuno a questo punto soffermarci sul Disturbo di Panico (DP), data anche l'importanza acquisita negli ultimi anni. Nel DP le manifestazioni di attacchi di panico si presentano in maniera ricorrente, differendo per intensità e concordando invece per la comparsa improvvisa e drammatica dei sintomi, la breve durata, l'esperienza ansiosa vissuta non come di origine psicologica, ma con un senso penoso di impotenza, paura, minaccia per la propria integrità fisica o psichica, ed infine la presenza di una fase post-critica, prolungata talora fino a molte ore, con marcata astenia, sensazione di testa confusa, difficoltà nella deambulazione, senso di sbandamento, vertigini, derealizzazione e depersonalizzazione.

. Negli attacchi minori ci sono spesso vertigini, palpitazioni, senso di irrealtà, vampate di caldo e brividi. La deprivazione del sonno aumenta gli attacchi. Il primo attacco consegue spesso a condizioni drammatiche come lutti, pericolo di vita, ipertiroidismo, disendocrinie, stupefacenti, e risulta di una intensità mai provata prima facendo temere al p. l'infarto o l'ictus e che la drammatica esperienza si ripeterà. La frequenza degli episodi critici è in media di 2-4 alla settimana, talora si presentano attacchi di panico subentranti.

Agli attacchi si accompagna ben presto uno stato di paura e di ansietà e sintomi neurovegetativi. Ansia Anticipatoria e stato di allerta con ricerca di rassicurazione.

Il 20% circa delle crisi di Panico sfocia in Elaborazione Ipocondriaca, ossia ricorso a visite ed esami ripetuti ed al Pronto Soccorso senza trovare una causa o porre una diagnosi (o troppe diagnosi, una per ogni specialista) per scarsa rilevanza dei reperti obiettivi a fronte di una gran varietà di sintomi soggettivi.

Il p. struttura così una Condotta di Evitamento, associando gli attacchi a situazioni e luoghi specifici, giungendo a condotte di tipo agorafobico per evitare gli attacchi ed alla ricerca di rassicurazione. L'evitamento può strutturarsi in uno stile di vita che pur egodistonico per p. e familiari, viene interpretato come stranezza da accettare e assecondare; il p. strumentalizza i propri disturbi e manipola i rapporti interpersonali e l'ambiente. E' una condizione disabilitante e fastidiosa da cui sembra impossibile liberarsi e ciò comporta una demoralizzazione secondaria (70% dei casi di agorafobia) che si distingue dalla Depressione perché presenta solo depressione, colpa e sfiducia di poter condurre una vita normale e di raggiungere i normali traguardi sociali; non ci sono disturbi della sessualità, appetito, sonno, e nel proprio ambiente il soggetto è attivo e mantiene vivi molti interessi.

Va rilevato anche il rischio di suicidio poiché raggiunge nel D.P. il 20% (nella Dep: Maggiore raggiunge il 15%).

.Potremmo essere di fronte ad un Attacco di Panico anche quando, dopo un malore improvviso con ricorso alle cure del Pronto Soccorso il paziente parla con delusione delle cure avute o delle risposte fornite, esprime dubbi sulla guarigione, e timori sul ripetersi dell'evento.

Nel D.P. obiettivamente possiamo rilevare che il paziente è teso, inquieto, si muove in continuazione, si lamenta del suo disagio e chiede aiuto. I riflessi risultano esacerbati, il battito cardiaco è accelerato e può riscontrarsi un aumento pressorio episodico.

Nei casi di dubbi, come ausilio diagnostico al fine di escludere una patologia somatica, oltre all'esame fisico e neurologico, potrà essere utile richiedere una glicemia, valutare la Funzionalità Tiroidea (iper e ipo), un reperto clinico-auscultatorio e un ecocardiografia per verificare la presenza di eventuale prolasso mitralico (presente nel 50% dei casi), un esame vestibolare completo (vertigini), ed un EEG (epilessia temporale ed errori psicosensoriali). La diagnosi differenziale (DD) va posta inoltre con il Feocromocitoma, l'Ipo- e iperparatiroidismo, la Sindrome di Cushing, l'Astinenza da benzodiazepine, l'Assunzione di alcol, amfetamine, caffeina, Marijuana, cocaina, mescalina.

Passando in rassegna la DD con altri Disturbi Mentali accenneremo conseguentemente anche ai disturbi d'ansia:

1. Fobia Sociale Primaria: il p. teme ed evita le situazioni che l'espongono al giudizio altrui o d'imbarazzo. Non ha episodi critici di panico. La paura non dipende dal pensiero di subire un AP. Non risente delle rassicurazioni. Più rari i sintomi di irrealtà, vertigini, paura di morire o perdita di controllo. Nel DP la Fobia Sociale è secondaria al timore di crisi in pubblico.
2. Fobia semplice: ansia solo di fronte all'oggetto scatenante. Nell'agorafobia è aumentata la possibilità di un AP, non è scontato.
3. GAD - Disturbo d'Ansia Generalizzato: si distingue dall'Ansia Anticipatoria perché ha un'apprensione e preoccupazione indefinite e quotidiane, non sensibili alla rassicurazione.
4. Ipocondria primaria: il p. rifiuta interpretazioni psicopatologiche e terapie. Nella secondaria a DP il contrario.

5. Disturbo di Conversione: si caratterizza per la perdita di funzionamento fisico, manca la crisi acuta d'ansia, evitamento, ecc.
6. Disturbo di Somatizzazione: caratterizzato da lamentele somatiche di lunga durata (osteoarticolari, gastrointestinali, cardiopolmonari, pseudoneurologici, sessuali); manca l'AP oppure possono coesistere i due disturbi e si porranno le due diagnosi.
7. Depressione: i sintomi sono diversi. Nella secondaria a DP avremo demoralizzazione, anedonia, sensi di colpa e ridotta autostima, ma permane la reattività agli stimoli e manca il rallentamento psicomotorio. Possono coesistere entrambe le diagnosi.
8. Disturbo Schizoide o Schizotipico di Personalità: le condotte di evitamento del DP possono portare ad una vita restrittiva con ritiro sociale e bizzarrie comportamentali; alcuni fenomeni psicosensoriali e la scarsa coscienza di malattia di p. e familiari, complicano la DD. Ma nel DP il p. vive tutto ciò in maniera egodistonica e si lamenta di non poter condurre una vita normale, oltre agli episodi critici ed alla familiarità specifica per i Disturbi d'Ansia.

Infine accenniamo brevemente alla terapia dei disturbi d'ansia iniziando dal trattamento degli **Attacchi di Panico sporadici**, senza compromissione dell'adattamento sociale, in cui viene consigliato un supporto aspecifico, la somministrazione occasionale di benzodiazepine e l'osservazione del p. nel tempo per controllarne l'evoluzione verso una forma conclamata.

In caso di **Disturbo di Panico con o senza Agorafobia** e nell'**Agorafobia** occorre :

1. una riorganizzazione cognitiva del p. nei confronti del proprio disturbo che dovrà apparire ben inquadrabile e curabile al fine di ridurre l'Ansia anticipatoria e favorire l'assunzione della terapia farmacologica. Visite di controllo ravvicinate per assicurare il p. e dargli istruzioni per affrontare le situazioni temute. Raccomandazioni igieniche (eliminare caffè, alcol; non perdere il sonno, ecc.).
2. una valutazione del numero degli attacchi, della gravità dell'evitamento fobico, dell'intensità dell'ansia anticipatoria, e della presenza di depressione, come indice prognostico.
3. il trattamento farmacologico con:
 - TCA: imipramina, clomipramina, desimipramina (10-25 mg. al dì; aumento graduale di 25 mg ogni 3 gg. fino a 150-200 mg.); qualche risultato dopo 3-4 settimane.
 - IMAO: fenelzina-nc., tranilcipromina 10-60 mg.,
 - RIMA: moclobemide 300 mg.
 - Benzodiazepine ad elevata potenza (alprazolam 4-6 mg., clonazepam).
 - Valproato (dati preliminari), Carbamazepina (dati contrastanti).
 - SSRI: paroxetina, citalopram, fluoxetina; inizio con 5-10 mg, aumento ogni tre gg. fino a 20-40 mg.; fluvoxamina, sertralina, inizio con 25 mg., aumento ogni 3 gg., fino a 100-200 mg. .

Raggiunta la remissione degli episodi critici, dopo due o tre mesi si ha la progressiva riduzione dell'ansia anticipatoria e delle condotte di evitamento . Infine verrà superata l'agorafobia. Il mantenimento della terapia psicofarmacologica si protrarrà per 8-10 mesi dal momento di completo benessere.

La riduzione dello psicofarmaco dovrà comunque essere graduale, in 3-6 mesi (25 mg. ogni 20gg.). La sospensione completa avverrà solo a miglioramento stabile e superate le problematiche disadattive secondarie. Se riducendo lo psicofarmaco ad una certa dose soglia si ripresentassero attacchi minori, insicurezza, ansia anticipatoria e condotte di evitamento occorrerà riaggiustare la dose per evitare ricadute.

La sintomatologia può talora riaffiorare dopo alcuni mesi dall'interruzione della terapia, sarà opportuno quindi prevedere visite di controllo bimestrali almeno per un anno.

Nei casi resistenti e Agorafobici sarebbe opportuno affiancare alla terapia farmacologica quella cognitivo-comportamentale di esposizione o costruttivista razionalista. Non esistono studi controllati a lungo termine sull'efficacia di tale terapia; i controlli fanno riferimento ad un benessere soggettivo e ad un miglioramento globale del funzionamento, considerando quindi remissione anche un adattamento del paziente al disturbo.

Il trattamento della **Fobia Sociale** è prevalentemente farmacologico e si avvale di:

- IMAO e RIMA, efficaci ma poco maneggevoli.
- Alprazolam e clonazepam
- SSRI : fluoxetina (40-80 mg.), fluvoxamina (150-300 mg.), sertralina (50-100 mg.), paroxetina, citalopram.
- Buspirone e clonidina (rilievi clinici non controllati).
- betabloccanti a prevalente azione periferica come l'atenololo, nell'ansia prestazionale (inizio con 1/2 cp , dopo 15 gg. 1 cp., ponendo attenzione all'ipotensione ed alla bradicardia); ci si attende una risposta dopo 2/3 settimane e si protrarrà la cura per sei mesi.

L'efficacia della terapia cognitivo comportamentale resta ancora da definire.

Nelle **Fobie Specifiche** invece non sono disponibili farmaci di provata efficacia. La terapia cognitivo comportamentale ha sviluppato alcune tecniche basate sull'esposizione agli oggetti e situazioni fobici.

Nel **Disturbo d'Ansia Generalizzato** (GAD), diagnosticato quando da almeno sei mesi persistano Ansia e Preoccupazione irrealistica ed eccessiva, non controllabile, con faticabilità, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione, disturbi del sonno, e compromissione dell'adattamento sociale e lavorativo. Non esistono esami da fare al p., tranne la scala per l'ansia di Hamilton. Per quanto concerne il trattamento il problema è se e quando farlo, accompagnato comunque ad un sostegno psicoterapeutico sulle cause scatenanti. Il trattamento si avvale di benzodiazepine (oxazepam, lorazepam, alprazolam), triciclici, SSRI, Trazodone.

Il **Disturbo Ossessivo Compulsivo** (DOC) fa oramai storia a sé, tale è la sua specificità ed importanza, e ci sembra una forzatura inquadralo nell'ambito dei disturbi d'ansia. Antidepressivi Triciclici e serotoninergici ad alti dosaggi e per periodi prolungati costituiscono il trattamento di elezione. Possono essere associati sali di litio o carbamazepina, clonazepam e talora neurolettici a basso dosaggio.

Nel **Disturbo post-traumatico da stress** (DPTS) è indicato un intervento psicoterapeutico (cognitivo o grupale) per rielaborare l'evento traumatico. Il trattamento farmacologico utilizza benzodiazepine, triciclici e serotoninergici, trazodone, stabilizzatori del tono dell'umore, clonidina, neurolettici a basso dosaggio.

Ed infine nel **Disturbo acuto da stress** (DAS) si predilige l'intervento farmacologico con benzodiazepine, triciclici, e serotoninergici.