

Disturbi d'ansia

Guida rapida ai disturbi d'ansia

Una o più delle seguenti condizioni può essere diagnosticata in pazienti che presentano sintomi d'ansia salienti; un singolo paziente può manifestare contemporaneamente più di un disturbo d'ansia. Come sempre, il numero della pagina accanto a ogni voce indica dove inizia la discussione più dettagliata dell'argomento in questione.

Disturbi d'ansia primari

Disturbo di panico. Questi pazienti vivono attacchi di panico ripetuti, ovvero brevi episodi di intensa paura accompagnati da una varietà di sintomi fisici e psichici, con conseguente preoccupazione che si ripresentino gli attacchi e con i cambiamenti comportamentali e cognitivi (pag. 174).

Agorafobia. I pazienti affetti da questo disturbo temono situazioni o luoghi (come entrare in un negozio) in cui potrebbero avere difficoltà a trovare aiuto nel caso sviluppassero ansia (pag. 177).

Fobia specifica. In questo disturbo i pazienti temono specifici oggetti o situazioni; per esempio animali, temporali, altezze, sangue, aerei, luoghi chiusi, situazioni che possono causare emesi o soffocamento, possibilità di contrarre malattie (pag. 180).

Disturbo d'ansia sociale. Questi pazienti sono preoccupati di rimanere imbarazzati quando parlano, scrivono o mangiano in pubblico, oppure quando utilizzano un bagno pubblico (pag. 183).

Mutismo selettivo. In questo caso il bambino decide di non parlare, a meno che non si trovi da solo o in compagnia di intimi selezionati (pag. 185).

Disturbo d'ansia generalizzata. Nonostante non vivano episodi acuti di panico, questi pazienti provano tensione o ansia per la maggior parte del tempo e preoccupazione per svariate questioni (pag. 189).

Disturbo d'ansia di separazione. Il paziente diventa ansioso quando si separa da un genitore o da un'altra figura d'attaccamento (pag. 186).

Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. Gli attacchi di panico e i sintomi d'ansia generalizzati possono essere causati da numerose condizioni mediche (pag. 194).

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. L'uso di sostanze o farmaci ha causato l'attacco di panico o altri sintomi d'ansia (pag. 191).

Disturbo d'ansia con altra specificazione o senza specificazione. Tale categoria viene utilizzata per i disturbi con prevalenti sintomi d'ansia che non soddisfano i criteri di nessuno dei disturbi sopra nominati (pag. 196).

Altre cause d'ansia e sintomi correlati

Disturbo ossessivo-compulsivo. Questi pazienti sono afflitti da pensieri o comportamenti ripetitivi che possono apparire senza senso, anche a loro stessi (pag. 198).

Disturbo da stress post-traumatico. Un evento particolarmente traumatico, come un combattimento o un disastro naturale, viene rivissuto ripetutamente nel tempo (pag. 216).

Disturbo da stress acuto. Questa condizione è simile al disturbo da stress post-traumatico, fatta eccezione per il fatto che si verifica durante o immediatamente dopo un evento di vita stressante e ha una durata inferiore o uguale a un mese (pag. 222).

Disturbo evitante di personalità. Queste persone sono così timide ed estremamente sensibili alle critiche da essere particolarmente restie all'interazione con altre persone (pag. 551).

Disturbo depressivo maggiore con specificatore d'ansia. Alcuni pazienti con disturbo depressivo maggiore sono accompagnati da notevole tensione e ansia (pag. 158).

Disturbo da sintomi somatici e disturbo da ansia di malattia. Il panico e altri sintomi d'ansia sono spesso parte di un disturbo da sintomi somatici o di un disturbo da ansia di malattia (pagg. 249 e 258).

Introduzione

Le condizioni discusse in questo capitolo sono caratterizzate dalla presenza d'ansia e di comportamenti messi in atto per prevenirla o allontanarla. Il disturbo di panico, le varie fobie e il disturbo d'ansia generalizzata sono, nell'insieme, i disturbi più frequentemente riscontrati tra tutte le patologie psichiatriche elencate nel DSM-5. Tuttavia, nella loro trattazione, dobbiamo tenere a mente tre ulteriori fattori rispetto al concetto d'ansia.

Il primo di questi è che una certa quota d'ansia non solo è normale, ma è anche adattativa e forse vitale per il nostro benessere e il normale funzionamento. Per esempio, quando stiamo per affrontare un esame o prima di parlare in pubblico (o scrivere un libro), la paura di fallire ci sprona a prepararci adeguatamente. Allo stesso modo proviamo una quota d'ansia fisiologica quando pensiamo a debiti eccessivi, a criminali violenti e alle piante velenose.

L'ansia è anche un sintomo – riscontrabile in molti e, forse, nella maggior parte – dei disturbi psichiatrici. Vista la sua drammaticità, spesso focalizziamo la nostra attenzione sull'ansia, escludendo dati anamnestici e altri sintomi (depressione, uso di sostanze, problematiche di memoria, giusto per nominarne alcuni) che sono cruciali per la diagnosi. Ho avuto

colloqui con innumerevoli pazienti i cui sintomi d'ansia mascheravano disturbi dell'umore, disturbi da sintomi somatici o altro, tutte condizioni che spesso sono altamente trattabili quando opportunamente riconosciute, ma possono essere fatali quando non lo sono.

Il terzo punto che vorrei enfatizzare è che i sintomi d'ansia possono talvolta indicare la presenza di una problematica di uso di sostanze, una condizione medica sottostante o anche un disturbo mentale completamente differente (quali disturbi dell'umore, disturbo da sintomi somatici, cognitivi o correlati all'uso di sostanze). Queste condizioni dovrebbero essere considerate per tutti i pazienti che si presentano con sintomi d'ansia o con condotte di evitamento.

Ancora una volta ho scelto di non seguire l'ordine di classificazione del DSM-5, che sembra basarsi solo sull'età d'esordio più tipica (la maggior parte dei disturbi d'ansia esordisce quando il paziente è relativamente giovane). Inoltre, ho cominciato la descrizione dell'attacco di panico per via della sua presenza ubiquitaria nei disturbi d'ansia (e in molti altri disturbi).

Attacco di panico

Un individuo alle prese con un attacco di panico prova inquietudine – la sensazione di un disastro imminente in genere accompagnata da sintomi cardiaci (come battito irregolare o accelerato) e difficoltà respiratorie (fiato corto, dolore al petto). L'attacco insorge in genere all'improvviso e raggiunge velocemente il picco; l'intera e infelice esperienza solitamente dura meno di mezz'ora.

Ecco alcuni importanti dati a proposito degli attacchi di panico.

- Sono comuni (quasi il 30% degli adulti ne ha provato almeno uno). In un periodo di 12 mesi, più del 10% degli americani ne ha uno (sebbene siano apparentemente un terzo come frequenza rispetto agli europei).
- Le donne sono affette più frequentemente degli uomini.
- Possono avere luogo come esperienze isolate negli adulti sani; in questi casi non c'è alcuna diagnosi.
- Gli attacchi di panico possono verificarsi con diverse frequenze, da solo pochi episodi nel corso della vita per alcuni individui fino a numerose volte alla settimana per altri. Alcune persone possono addirittura essere risvegliate durante la notte da attacchi *notturni*.
- Se non trattati, possono essere gravemente debilitanti. Molti pazienti cambiano il proprio comportamento in reazione al timore di essere diventati psicotici o fisicamente ammalati dopo l'insorgenza dell'attacco di panico.
- Talvolta il trattamento è semplice, può essere sufficiente la rassicurazione o un sacchetto di carta in cui respirare.
- Ma in certi casi gli attacchi di panico mascherano altre patologie, da disturbi dell'umore a un infarto cardiaco.

- Alcuni attacchi di panico sono scatenati da situazioni specifiche, come attraversare un ponte o girovagare in un supermercato affollato. Tali attacchi sono definiti *attesi* o *situazionali*. Altri non hanno relazione con uno stimolo specifico, ma si presentano spontaneamente, come nel disturbo di panico. Questi sono definiti improvvisi o *spontanei*. Un terzo tipo di attacchi, quelli *predisposti da situazioni*, sono attacchi di panico durante i quali il paziente spesso (ma non sempre) viene sopraffatto dalla paura quando incontra lo stimolo.
- Il paziente può essere tranquillo o ansioso prima che inizi l'ondata dei sintomi di panico.
- Per definizione gli attacchi di panico non sono codificabili. I criteri vengono dati perché possano essere identificati e segnalati come specificatore, qualora fosse necessario, per altri disturbi. Ovviamente si verificano sempre nel disturbo di panico, ma in questo caso non è necessario specificarli: ne sono parte integrante.

Gli attacchi di panico patologici in genere insorgono all'età di 20 anni circa. Gli attacchi di panico possono verificarsi senza sintomi concomitanti (quando fanno parte di un disturbo di panico) o in presenza di un'ampia varietà di altri disturbi, che possono includere agorafobia, disturbo d'ansia sociale, fobia specifica, disturbo da stress post-traumatico, disturbi dell'umore e psicotici. Possono anche essere presenti nel disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica o indotto da sostanze.

Caratteristiche essenziali degli **attacchi di panico**

Un attacco di panico è una paura, talvolta un terrore estremo, che inizia improvvisamente ed è accompagnato da una varietà di sintomi della specie "combatti o fuggi" ("fight or flight"), più alcuni altri – dolore al petto, brividi, sensazione di calore eccessivo, respiro corto, tachicardia o cardiopalmo, formicolio o torpore, eccessiva sudorazione, nausea, vertigine, tremori. Di conseguenza, queste persone possono provare una sensazione di irrealtà o temere di essere in procinto di perdere la ragione o di morire. Per la diagnosi sono richiesti almeno quattro sintomi somatici.

Note di codifica

L'attacco di panico non è un disturbo codificabile. Fornisce le basi del disturbo di panico e può essere assegnato come specificatore in altre diagnosi. Queste includono il disturbo da stress post-traumatico, altri disturbi d'ansia e altri disturbi psichiatrici (tra cui disturbi dell'alimentazione, dell'umore, psicotici, di personalità, da uso di sostanze). Sono stati anche riscontrati in condizioni mediche che interessano il cuore, i polmoni e il tratto gastrointestinale.

Shorty Rheinbold

Seduto nella sala d'aspetto, Shorty Rheinbold avrebbe dovuto essere rilassato. Luce soffusa, musica di sottofondo; il divano su cui sedeva era soffice. Un pesce angelo nuotava pigramente nella sua boccia di vetro. Ma Shorty si sentiva tutto fuorché tranquillo. Forse era per via della segretaria all'accettazione – si chiedeva se sarebbe stata in grado di gestire un'emergenza con il suo tipo di problema. Assomigliava a un tasso, rintanata dietro il suo computer. Aveva cominciato a sentirsi peggio a ogni battito del suo cuore.

Il suo cuore era proprio il punto chiave. Quando Shorty si era seduto, non l'aveva notato, proseguiva il suo ticchettio tranquillo, semplicemente facendo il suo lavoro all'interno del petto. Ma poi, senza alcun preavviso, aveva cominciato a richiedere la sua attenzione. Inizialmente aveva solamente saltato un battito o due, ma, dopo un minuto, aveva cominciato un assalto feroce alla parete del torace. Ogni battito era diventato doloroso, un colpo feroce che gli afferrava il torace. Provava a tenersi le mani sul petto, sotto la giacca in modo da non attirare troppo l'attenzione.

Il cuore pulsante e il dolore al petto potevano significare una sola cosa – dopo due mesi di attacchi quasi ogni giorno. Shorty cominciava a ricevere il messaggio. Poi, come da programma, iniziava a mancargli il respiro. Sembrava crescere dall'area sinistra del petto, dove il suo cuore stava facendo tutto il danno. Martellava per la sua strada, attraverso i polmoni e su verso la gola, facendo presa intorno al suo collo, cosicché poteva respirare solo con brevi ingurgitate d'aria.

Stava morendo! Ovviamente il cardiologo che Shorty aveva consultato la settimana precedente gli aveva assicurato che il suo cuore aveva il suono di una campana di ottone, ma in quel momento era certo che si fosse sbagliato. Non riusciva a capire come mai non fosse morto prima; durante ogni attacco aveva temuto di morire. In quel momento, gli sembrava impossibile sopravvivere anche a quello. Del resto, lo voleva? Questo pensiero gli fece subito venire voglia di vomitare.

Shorty si sporse in avanti così da poter afferrare sia il petto sia l'addome, nel modo meno appariscente possibile. In realtà non era in grado di afferrare nulla. I formicolii e il torpore, così familiari, iniziarono nelle sue dita; gli sembrava di sentire le sue mani scuotersi, come se cercassero di contenere i penosi accadimenti che si stavano verificando nel suo corpo.

Diede un'occhiata attraverso la stanza per vedere se Miss Tasso avesse notato qualcosa. Ma nessun aiuto stava giungendo da quel quartiere; stava ancora picchiettando sulla sua tastiera. Forse tutti i pazienti si comportavano in questo modo. Forse – all'improvviso, *c'era* un osservatore. Shorty si stava osservando! Una parte di lui aleggiava libera e sembrava sospesa a metà strada sul muro. Con questa visuale privilegiata, poteva guardare giù e vedere con pietà e sdegno il fremente essere umano che era, o era stato, Shorty Rheinbold.

Lo spirito di Shorty vedeva che il suo viso stava diventando di un rosso fiammante. Dell'aria calda aveva riempito la sua testa e sembrava espandersi a ogni boccata d'aria. Chiuse forte gli occhi, ma non riuscì a tenere fuori la luce accecante.

La depressione è così spesso riscontrata nei pazienti che presentano attacchi di panico ricorrenti che tale associazione non può non essere enfatizzata. Alcuni studi suggeriscono che più della metà dei pazienti con attacchi di panico abbiano anche un disturbo depressivo maggiore. Chiarmente è quindi necessario indagare attentamente i sintomi di un disturbo dell'umore in ogni individuo che si presenti con sintomi di panico.

Valutazione di Shorty Rheinbold

L'attacco di panico di Shorty era tipico: incominciava improvvisamente, si sviluppava velocemente e si presentava con una buona parte dei sintomi richiesti per la diagnosi. Il respiro corto (criterio A4) e le palpitazioni (A1) sono classici sintomi dell'attacco di panico; egli aveva anche dolore al petto (A6), vertigini (A8), formicolii alle dita (A10). La paura di morire di Shorty (A13) è una delle paure che tipicamente provano i pazienti durante un attacco di panico. La sensazione di guardarsi dall'esterno (depersonalizzazione – A11) è un sintomo meno comune nel panico. Sono necessari solo quattro di questi sintomi per formulare diagnosi di attacco di panico.

L'attacco di panico di Shorty fu occasionale, il che significa che sembrava essere avvenuto spontaneamente, senza uno stimolo. Egli non era in grado di riconoscere nessun evento, fatto o pensiero che avessero potuto scatenarlo.

Gli attacchi spontanei sono tipici del **disturbo di panico**, che però può anche includere attacchi prevedibili (o situazionali). Gli attacchi di panico che si sviluppano nel **disturbo d'ansia sociale** o nella **fobia specifica** sono indotti dallo stimolo che, in modo ripetitivo e prevedibile, “preme il grilletto”.

Gli attacchi di panico possono verificarsi in diverse **condizioni mediche**. Una di queste è l'infarto miocardico acuto, proprio la condizione che i pazienti con il panico temono di più. Sicuramente, quando necessario, i pazienti con sintomi simili a quelli di Shorty dovrebbero essere valutati per infarto miocardico o per altre condizioni mediche. Queste includono ipoglicemia, aritmie, prolasso mitralico, epilessia del lobo temporale, feocromocitoma (un raro tumore della ghiandola surrenale).

Gli attacchi di panico possono verificarsi anche durante l'intossicazione con numerose **sostanze psicoattive**, tra cui **amfetamine**, **marijuana** e **caffaina**. (Considerate inoltre che alcuni pazienti fanno un uso improprio di alcol o farmaci sedativi allo scopo di ridurre la severità dei loro attacchi di panico.)

Non c'è un numero di codifica associato all'attacco di panico. Formulerò più avanti la diagnosi completa della patologia di Shorty.

F41.0 [300.01] Disturbo di panico

Il disturbo di panico è un disturbo d'ansia comune nel quale il paziente vive attacchi di panico *inaspettati* (di solito numerosi, ma comunque sempre più di uno) e l'intensa preoccupazione che se ne verifichino di nuovi.

Nonostante gli attacchi di panico siano spesso spontanei, possono verificarsi anche attacchi di panico indotti da situazioni e attacchi attesi/situazionali (vedete le definizioni precedenti). Una minoranza di pazienti vive attacchi di panico notturni del tutto simili a quelli che si verificano durante la veglia. Circa la metà dei pazienti con il disturbo di panico ha anche sintomi di agorafobia (pag. 177), sebbene molti altri non ne abbiano.

Il disturbo di panico insorge tipicamente nella prima età adulta, intorno ai 20 anni. È uno dei disturbi d'ansia più comuni, riscontrato nell'1-4% della popolazione adulta (la cifra approssimativa degli attacchi di panico è nell'insieme del 10%). È particolarmente frequente tra le donne.

Caratteristiche essenziali del **disturbo di panico**

Come risultato di un attacco di panico inaspettato (vedete la descrizione precedente), il paziente teme che gli attacchi si verificheranno di nuovo o tenta di evitare ulteriori attacchi prendendo misure precauzionali (inefficaci), come abbandonare le attività preferite o evitare i luoghi in cui gli attacchi si sono verificati.

Nota bene

Non dimenticare le D: • Durata (1+ mese) • Disagio o disabilità (come sopra) • Diagnosi differenziale (uso di sostanze e patologie mediche, altri disturbi d'ansia, disturbi dell'umore o psicotici, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da stress post-traumatico, pericolo effettivo).

Shorty Rheinbold, ancora

Shorty aprì gli occhi e scoprì di essere sdraiato supino sul pavimento della sala d'aspetto. Due persone erano chine sopra di lui. Una era la segretaria dell'accettazione. Non riconobbe l'altra persona, ma suppose che si trattasse dello specialista psichiatra con cui avrebbe dovuto fare la visita.

“Mi sento come se mi avesse salvato la vita” disse.

“Non proprio” rispose il medico. “Lei sta bene. Le capita spesso?”.

“In questo periodo ogni due o tre giorni”. Shorty si mise cautamente a sedere. Dopo un momento lasciò che lo aiutassero a mettersi in piedi e che lo accompagnassero nell'ufficio interno.

Quando il suo problema era appena cominciato, non era del tutto chiaro di che cosa si trattasse. Shorty aveva 24 anni e aveva trascorso 4 anni nella Guardia Costiera. Dopo le dimissioni, si era guardato un po' attorno e in seguito si era trasferito presso i suoi genitori, dove lavorava nel campo dell'edilizia. Sei mesi fa aveva ottenuto un lavoro come cassiere presso una stazione di servizio.

Questa situazione gli andava bene, seduto tutto il giorno in una cabina di vetro, dando il resto, passando le carte di credito nello scanner elettronico e vendendo chewing-gum. Il salario non era entusiasmante, ma almeno non doveva pagare l'affitto. Anche cenando fuori quasi tutte le sere, Shorty riusciva comunque ad avere abbastanza denaro alla fine della settimana per portare fuori la sua ragazza il sabato sera. Nessuno dei due si ubriacava o usava droghe, quindi nemmeno questo faceva parte delle spese.

Il problema era cominciato dopo che Shorty stava lavorando da un paio di mesi, quando un giorno il capo gli disse di andare fuori con il carro attrezzi con Bruce, uno dei meccanici. Si fermarono lungo la statale est per prendere su una vecchia Buick Skylark, ormai distrutta. Per chissà quale ragione, ebbero qualche difficoltà a caricarla sul carro attrezzi. Shorty si trovava sul lato della strada del carro attrezzi e cercava di maneggiare l'argano secondo le istruzioni che Bruce dava ad alta voce. All'improvviso, il rimorchio di un autoarticolato gli passò accanto rombando. Il rumore e lo spostamento di vento colsero Shorty di sorpresa. Girò intorno al lato del carro attrezzi, cadde a terra e rotolò fino a fermarsi a poca distanza dagli enormi pneumatici che gli passavano a fianco.

Il colore di Shorty e il suo battito cardiaco dopo un po' ritornarono nella norma. La restante parte della storia era abbastanza semplice da raccontare. Continuò a uscire con il carro attrezzi, nonostante fosse terrorizzato e vicino all'attacco di panico ogni volta che lo faceva. Andava solo quando Bruce era con lui ed evitava attentamente il lato del traffico dei veicoli.

Ma questo non era il lato peggiore del problema – avrebbe sempre potuto lasciare quel lavoro e cercarne un altro. Più tardi Shorty iniziò ad avere questi attacchi anche in altri momenti, quando meno se li aspettava. Adesso sembrava che non ci fosse nulla di particolare a scatenare gli attacchi; si verificavano e basta, anche quando si trovava a casa o al lavoro nella sua gabbia di vetro. Mentre stava facendo acquisti settimana scorsa, aveva dovuto abbandonare il carrello carico degli alimenti che stava acquistando per sua madre. Non voleva nemmeno più andare al cinema con la sua ragazza. Infatti, durante gli ultimi fine settimana le aveva proposto di trascorrere il sabato sera a casa sua a guardare la TV. Lei non si era lamentata della cosa, ma lui sapeva che era solo una questione di tempo.

Sono abbastanza forte da poter sopportare questo durante tutto il giorno al lavoro disse Shorty. “Ma devo prendere in mano questa faccenda. Sono troppo giovane per trascorrere il resto della mia vita come un eremita in una grotta”.

Ulteriore valutazione di Shorty Rheinbold

Il fatto che Shorty soffrisse di attacchi di panico era già stato stabilito. Essi erano inizialmente associati a situazioni specifiche correlate al lavoro con il carro attrezzi. Da mesi ormai si verificavano di frequente ogni pochi giorni, spesso cogliendolo di sorpresa (criterio A del disturbo di panico). Egli era senza dubbio preoccupato e allarmato (B1) e arrivò a modificare le attività abituali con la sua ragazza (B2). Un vasto numero di **condizioni mediche** può causare attacchi di panico; tuttavia, un cardiologo aveva recentemente definito Shorty in buona salute. Anche il **disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci** (C) venne escluso dall'anamnesi: Shorty non faceva uso di droghe o alcol. (Tuttavia, prestate attenzione al paziente che “cura” i suoi attacchi di panico ricorrendo a droghe, farmaci o alcol.) Dopo aver escluso la presenza di una diagnosi psichiatrica più probabile, i suoi sintomi soddisfano pienamente la diagnosi di disturbo di panico.

Ma, come si dice di solito, aspettate, c'è dell'altro, in quanto dobbiamo considerare i sintomi di agorafobia. Nell'ultimo periodo Shorty temeva qualsiasi tipo di situazione che implicasse l'uscire fuori di casa – guidare, fare shopping, anche andare al cinema (criterio A dell'agorafobia) – situazioni che quasi sempre gli provocavano un attacco di panico (C). Evitava quindi tali situazioni o aveva bisogno di farsi accompagnare da Bruce o dalla sua ragazza (D). Il funzionamento di Shorty cominciò a risultare compromesso dalle sue paure; senza trattamento, era solo una questione di tempo dover lasciare il lavoro e restare a casa (G). Questi sintomi sono tipici; possiamo non prendere in considerazione la loro durata in quanto sono già molto gravi (F). Soddisfano pienamente i criteri per l'agorafobia, dopo aver escluso altre cause che spieghino i suoi sintomi (H, I). Avremmo anche potuto chiedergli direttamente se la paura fosse l'eventuale mancanza di aiuto o la difficoltà a fuggire (B), ma sono già abbastanza sicuro della risposta.

È possibile escludere le diagnosi di fobia specifica o di disturbo d'ansia sociale in quanto l'ansia di Shorty non era incentrata su un singolo elemento (come per esempio i luoghi chiusi) né su una situazione sociale. Anche i pazienti affetti da **disturbo da sintomi somatici**

lamentano sintomi d'ansia (sebbene non facciano parte dei criteri diagnostici), ma questa è una diagnosi improbabile per un uomo sano dal punto di vista fisico.

Il **disturbo depressivo maggiore** si presenta in comorbidità con il disturbo di panico nella metà dei casi, ma in questo caso clinico possiamo escludere questa possibilità. La difficoltà diagnostica sta nel fatto che spesso i drammatici sintomi d'ansia sovrastano i sottili sintomi depressivi, così che il clinico rischia di ignorarli completamente. Quando i criteri per entrambi i disturbi, depressivo maggiore e d'ansia, sono riscontrati, dovrebbero essere entrambi elencati. Il disturbo di panico può presentarsi in comorbidità anche con altri disturbi d'ansia; questi includono il **disturbo d'ansia generalizzata** e la **fobia specifica**.

L'umore di Shorty può essere definito ansioso, ma non depresso o irritabile. Gli ho attribuito un punteggio alla VGF di 61. La sua diagnosi sarebbe dunque la seguente:

F41.0 [300.01]	Disturbo di panico
F40.00 [300.22]	Agorafobia

Può essere molto difficile distinguere il disturbo di panico e l'agorafobia da altri disturbi d'ansia che inducano evitamento (in particolare la fobia specifica e il disturbo d'ansia sociale). La decisione finale spesso dipende dalla valutazione clinica, sebbene le seguenti informazioni possano essere utili:

1. Quanti attacchi di panico ha avuto il paziente e di che tipo erano (attesi, inaspettati, situazionali)? Attacchi inattesi suggeriscono la diagnosi di disturbo di panico; attacchi prevedibili suggeriscono la presenza di una fobia specifica o di disturbo d'ansia sociale. (Ma possono essere combinati.)
 2. In quante situazioni si verificano? Situazioni limitate suggeriscono la diagnosi di fobia specifica o un disturbo d'ansia sociale; attacchi che si verificano in svariate situazioni suggeriscono la presenza di disturbo di panico e agorafobia.
 3. Il paziente viene svegliato durante la notte da attacchi di panico? Questo è tipico di un disturbo di panico.
 4. Qual è il fulcro della paura? Se è quella di avere ulteriori attacchi, il disturbo di panico potrebbe essere la diagnosi corretta – se invece gli attacchi si verificano solo, per esempio, quando il paziente è su un aereo, in tal caso può essere correttamente diagnosticata una fobia specifica, di tipo situazionale.
 5. Il paziente è costantemente preoccupato di avere attacchi di panico, anche quando non si trova in prossimità di una situazione temuta (come per esempio salire in ascensore?) Questo elemento suggerisce un disturbo di panico e agorafobia.
-

F40.00 [300.22] Agorafobia

L'agorà era la piazza del mercato dell'antica Grecia. Nell'uso contemporaneo, il termine *agorafobia* si riferisce alla paura che alcune persone provano in situazioni o luoghi dai quali potrebbe risultare difficile o imbarazzante fuggire, o dove potrebbe essere difficile trovare aiuto nel caso si verificassero i sintomi d'ansia: per esempio, gli spazi aperti o pubblici, come i teatri o i supermercati affollati, e i viaggi o le situazioni in cui si è lontani da casa. Le per-

sone che soffrono di agorafobia presentano anche evitamento nei confronti dei luoghi temuti o di intere situazioni o, se sono costretti ad affrontarle, provano intensa ansia o necessitano della presenza di un compagno fidato. In ogni caso, il concetto di agorafobia non era noto ai Greci; il termine fu usato per la prima volta nel 1873.

L'agorafobia in genere si presenta in situazioni quali: essere lontano da casa; stare tra la folla; stare a casa da soli; essere su un ponte; viaggiare in autobus, automobile o treno. L'agorafobia può svilupparsi rapidamente, in poche settimane, in conseguenza a una serie di attacchi di panico (pag. 171), quando il paziente inizia a evitare di uscire di casa o di partecipare ad altre attività per paura che possano verificarsi altri attacchi. Alcuni pazienti invece sviluppano l'agorafobia senza alcun precedente attacco di panico.

Negli ultimi anni, le stime della prevalenza di agorafobia sono aumentate fino all'1-2%. Come per il disturbo di panico, le donne sono più suscettibili degli uomini; il disturbo in genere compare in adolescenza o nella prima età adulta, sebbene alcuni pazienti abbiano i primi sintomi dopo l'età di 40 anni. Spesso gli attacchi di panico precedono l'esordio dell'agorafobia. È presente una forte ereditarietà.

Caratteristiche essenziali dell'agorafobia

Questi pazienti provano spesso ansia marcata o timore quando si ritrovano soli o lontano da casa. Le situazioni temute sono potenzialmente tantissime: essere su un autobus (o su un altro mezzo di trasporto), fare shopping, partecipare a uno spettacolo teatrale. Per alcuni si tratta di una situazione ordinaria come camminare attraverso uno spazio aperto (un mercato, un parco giochi), ritrovarsi in mezzo a una folla o in coda. Quando si indaga il contenuto dei loro pensieri, queste persone temono che in quelle situazioni fuggire sarebbe impossibile o che non ci sarebbe la possibilità di aiuto (in caso di panico). Perciò evitano tali situazioni o le affrontano solo con un amico fidato o, se tutto fallisce, le vivono con estrema sofferenza.

Nota bene

Non dimenticare le D: • Durata (6+ mesi) • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale o personale) • Diagnosi differenziale (uso di sostanze e condizioni mediche, altri disturbi d'ansia, disturbi dell'umore o psicotici, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo d'ansia sociale o di separazione, fobie situazionali, disturbo di panico).

Lucy Gould

“Vorrei averla con me, se possibile.” Lucy Gould stava rispondendo al suggerimento del medico di fare attendere sua madre fuori dallo studio. “Al momento non ho alcun segreto con lei”.

Dall'età di 18 anni, Lucy non era andata in alcun posto senza sua madre. In realtà, negli ultimi sei anni, non era proprio andata da nessuna parte. “Non c'è possibilità che io esca da sola – è come entrare in un'area di guerra. Se non c'è qualcuno con me, posso a malapena andare a un appuntamento medico o cose simili. Ma sempre sentendomi estremamente nervosa”.

Al momento della visita Lucy lamentava nervosismo ma non attacchi di panico; non aveva mai provato la sensazione di non poter respirare o di essere sul punto di morire. Aveva invece provato un'intensa agitazione motoria che l'aveva costretta a fuggire da grandi magazzini, supermercati e cinema. Nessuno avrebbe potuto condurla su un mezzo di trasporto; autobus e treni la terrorizzavano. Aveva la sensazione, vaga ma sempre presente, che qualcosa di terrificante potesse accaderle. Sarebbe potuta diventare così ansiosa da svenire o essere incontinente e nessuno sarebbe stato in grado di aiutarla. Non era mai più stata da sola in pubblico dalla settimana precedente all'inizio della scuola superiore. Era stata in grado di salire sul palco per ricevere il diploma solo perché aveva con sé la sua migliore amica, che sapeva che cosa fare in caso di bisogno.

Lucy era sempre stata una ragazza timida, piuttosto sensibile. La prima settimana di scuola materna aveva pianto ogni volta che sua madre la lasciava sola a scuola. Ma suo padre aveva insistito sostenendo che si sarebbe “irrobustita” ed entro poche settimane avrebbe quasi dimenticato la sua paura. Successivamente, aveva mantenuto una frequenza quasi perfetta. In seguito, poco dopo il suo diciassettesimo compleanno, suo padre era morto di leucemia. Il suo terrore di trovarsi lontana da casa era iniziato poche settimane dopo il suo funerale.

Per far quadrare i conti, sua madre aveva venduto la loro casa e si erano trasferite in un condominio dall'altro lato della strada del liceo. “Fu l'unico modo per completare il mio ultimo anno” spiegò Lucy.

Per diversi anni, Lucy aveva badato alla casa, mentre sua madre assemblava schede di circuiti in un'azienda fuori città. Lucy era perfettamente a suo agio in questo ruolo, anche se sua madre restava fuori per ore. La sua salute fisica era buona; non aveva mai fatto uso di alcol o droghe; non si era mai sentita depressa, non aveva mai avuto idee suicidarie, deliri o allucinazioni. Ma un anno fa, Lucy aveva sviluppato un diabete insulino-dipendente che richiedeva frequenti visite dal medico. Aveva tentato di prendere l'autobus da sola, ma dopo diversi fallimenti aveva lasciato perdere – una volta, in mezzo al traffico, aveva forzato la porta posteriore ed era corsa verso casa. Ora sua madre stava facendo domanda per accompagnamento di invalidità così da poter rimanere a casa per dare l'aiuto e la presenza di cui Lucy necessitava.

Valutazione di Lucy Gould

A causa delle sue paure, eccessive e sproporzionate rispetto all'effettivo pericolo (criterio E), Lucy evitava svariate situazioni e luoghi, inclusi supermercati, centri commerciali, autobus, treni (A). Se vi si recava, richiedeva la presenza di un compagno (D). Non riusciva a esprimere esattamente che cosa sarebbe potuto accadere – ma solo che sarebbe stato tremendo e imbarazzante (avrebbe anche potuto perdere il controllo della sua vescica) e che non avrebbe potuto avere aiuto (B). Il fatto che i sintomi fossero comparsi nel momento in cui un altro problema (il diabete) le avesse impedito di restare in casa non è un fatto insolito; il diabete in sé non è associato a paure agorafobiche (H). Leggendo tra le righe di questo caso, è possibile verificare il criterio C (le situazioni provocano quasi sempre ansia) e G (la paziente presenta un disagio o una sofferenza clinicamente significativi).

Lucy presentava sintomi molteplici che consentivano di escludere la diagnosi di **fobia specifica** o **disturbo d'ansia sociale**. (Notate anche che nell'agorafobia il pericolo percepito deriva dall'ambiente; nel disturbo d'ansia sociale origina dalle relazioni con altre persone.)

Il suo problema non era la paura di essere lasciata da sola, come sarebbe stato nel caso del **disturbo d'ansia di separazione** (sebbene all'età di cinque anni presentasse dei chiari elementi per quella diagnosi). Non aveva subito un trauma rilevante, come sarebbe stato in caso di **disturbo da stress post-traumatico** (la morte del padre fu traumatica, ma i suoi sintomi non erano centrati sul rivivere questa esperienza). Non ci sono indizi per una diagnosi di **disturbo ossessivo-compulsivo**. E (finalmente!) abbiamo soddisfatto il criterio I.

L'agorafobia può presentarsi in comorbilità con diverse diagnosi, tra le quali la più importante è un disturbo dell'umore che implichi un episodio depressivo maggiore. Tuttavia Lucy negava di avere sintomi depressivi o psicotici, come pure l'uso di sostanze. Sebbene fosse affetta da diabete, esso si era sviluppato molti anni dopo l'esordio dei sintomi agorafobici. Inoltre, è difficile immaginare un collegamento fisiologico tra l'agorafobia e il diabete e i suoi sintomi d'ansia erano più significativi rispetto a una realistica preoccupazione che ci si può aspettare dalla media dei pazienti diabetici.

Dal momento che Lucy non aveva mai provato un attacco di panico distinto, non risponde ai criteri per il disturbo di panico in aggiunta all'agorafobia. Tuttavia, il fatto che fosse bloccata in casa le fa guadagnare un basso punteggio alla VGF (31).

F40.00 [300.22]	Agorafobia
E10.9 [250.01]	Diabete mellito insulino-dipendente

Fobia specifica

I pazienti affetti da fobie specifiche hanno paure ingiustificate di specifici oggetti o situazioni. Le più frequenti sono le fobie nei confronti di animali, sangue, altezze, volo in aeroplano, intrappolamento, temporali. L'ansia dovuta all'esposizione a uno di questi stimoli può indurre un attacco di panico o una sensazione più generalizzata d'ansia, ma è sempre diretta verso qualcosa di specifico. (Tuttavia questi pazienti sono anche preoccupati delle possibili conseguenze – svenire, essere presi dal panico, perdere il controllo – se dovessero affrontare l'oggetto della loro paura.) In genere, si sentono peggio quanto più si avvicinano allo stimolo temuto (e quanto più diventa difficile la possibilità di un'eventuale fuga).

Di solito, questi pazienti hanno più di una fobia specifica. Un individuo che sta per trovarsi di fronte a una delle situazioni o a uno degli oggetti temuti comincerà immediatamente a sentirsi nervoso o preso dal panico – una condizione nota come *ansia anticipatoria*. Tuttavia, il grado di disagio è in genere moderato, così che la maggior parte delle persone non richiede un consulto specialistico. L'ansia anticipatoria, quando porta il paziente a evitare le situazioni fobiche, può essere l'elemento che interferisce maggiormente con la vita del paziente l'inconveniente maggiore; compromettere l'attività lavorativa. I pazienti con fobie che riguardano sangue, ferite o iniezioni spesso provano quella che viene definita *reazione vaso-vagale*; si tratta di una riduzione della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna che determina un vero e proprio episodio lipotimico.

Nella popolazione generale la fobia specifica è uno dei disturbi d'ansia più riscontrati. Più del 10% degli adulti americani ha sofferto, più o meno gravemente, di una di queste fobie specifiche. Tuttavia, questi individui non possono in alcun modo corrispondere alla diagnosi secondo il DSM-5: il significato clinico di queste paure è molto difficile da valutare.

L'esordio si colloca in genere nell'infanzia o nell'adolescenza; in particolare, le fobie nei confronti di animali tendono a manifestarsi più precocemente. Anche se la presenza di comorbilità con altri disturbi psichiatrici è la regola, la fobia situazionale (come la paura di restare intrappolati o di viaggiare in aereo) è più frequentemente associata a depressione e abuso di sostanze. La prevalenza nel sesso femminile è nettamente superiore rispetto a quello maschile, con un rapporto di circa 2 a 1.

Caratteristiche essenziali della **fobia specifica**

Uno specifico oggetto o situazione causa abitualmente terrore o ansia immediati, eccessivi (e ingiustificati), determinando la tendenza all'evitamento o un'estrema ansia qualora debbano essere affrontati.

Nota bene

Non dimenticare le D: • Durata (6+ mesi) • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale o personale) • Diagnosi differenziale (uso di sostanze e condizioni mediche, agorafobia, disturbo d'ansia sociale, disturbo d'ansia di separazione, disturbi dell'umore o psicotici, anoressia nervosa, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da stress post-traumatico).

Note di codifica

Specificate tutti i tipi che fanno riferimento ai singoli codici ICD-10:

F40.218 [300.29] Animale (serpenti, ragni)

F40.228 [300.29] Ambiente naturale (temporali, altezze)

Sangue-iniezioni-ferite (aghi, interventi chirurgici):

F40.230 [300.29] Sangue

F40.231 [300.29] Iniezioni e trasfusioni

F40.232 [300.29] Altre cure mediche

F40.233 [300.29] Ferite

F40.248 [300.29] Situazionale (viaggiare in aereo, rimanere intrappolati)

F40.298 [300.29] Altro (situazioni in cui un individuo potrebbe vomitare o soffocare; nel caso dei bambini, rumori assordanti o persone che indossano maschere)

Esther Dugoni

Donna leggermente corpulenta di circa 70 anni, Esther Dugoni era in buona salute e in forma, sebbene nel corso dell'ultimo anno avesse sviluppato un tremore caratteristico di un iniziale morbo di Parkinson. Si occupava prevalentemente del suo giardino ormai da molti anni, da quando era andata in pensione dal suo lavoro di insegnante di botanica alle scuole medie. All'esposizione di fiori dell'anno prima, i suoi rododendri avevano vinto il primo premio.

Ma dieci giorni prima sua madre era deceduta a Detroit, quasi dall'altra parte dello Stato. Lei e sua sorella erano state nominate co-eredi. L'eredità era cospicua e per convalidare il testamento e poter disporre della casa avrebbe dovuto effettuare molti viaggi. Questo significava volare e questo era il motivo per cui aveva cercato aiuto presso la clinica psichiatrica.

“Non posso volare!” aveva detto al medico. “Sono 20 anni che non volo più da nessuna parte”.

Esther era cresciuta durante la Grande Depressione; da bambina non aveva mai avuto la possibilità di volare. Anche da adulta non aveva mai avuto la possibilità di viaggiare, avendo cresciuto 5 figli con lo stipendio da maestro del marito. Aveva fatto qualche breve volo anni prima, quando due dei suoi figli si erano sposati in altre città. Durante uno di questi viaggi, l'aereo aveva sorvolato la pista per circa un'ora, tentando di atterrare a Omaha in mezzo ai fulmini. Il volo era tremendamente turbolento; l'aereo era pieno; molte persone avevano il mal d'aria, incluso l'uomo seduto accanto a lei. Aveva tenuto gli occhi chiusi e respirato attraverso il suo fazzoletto per tentare di filtrare l'aria dagli odori della cabina.

Alla fine erano atterrati indenni, ma fu l'ultima volta che Esther salì a bordo di un aereo. “Non amo nemmeno andare all'aeroporto a prendere qualcuno” raccontava. “Persino questo mi fa mancare il fiato e mi fa sentire un crampo allo stomaco. Dopo mi viene un dolore sordo al petto e comincio a tremare – mi sento sul punto di morire o come se stesse per accadere qualcosa di terribile. Sembra così sciocco”.

Esther non aveva davvero alternative a prendere l'aereo. Non poteva restare a Detroit a sbrigare tutti gli affari; ci sarebbero voluti mesi. Il treno non collegava tutti i luoghi e il pullman era impensabile.

Valutazione di Esther Dugoni

I sintomi d'ansia di Esther erano scatenati dall'idea di un viaggio in aereo (criterio A); anche il recarsi all'aeroporto inevitabilmente le causava ansia (B) e aveva evitato i viaggi in aereo per anni (C, E). Riconosceva che la sua paura era immotivata (“sciocca”) e la metteva a disagio (D); inoltre avrebbe interferito con la modalità con cui avrebbe condotto i propri affari personali (F).

La fobia specifica non è in genere associata ad alcuna **condizione medica** o **disturbo indotto da sostanze**. In risposta ai deliri, i pazienti affetti da **schizofrenia** talvolta evitano oggetti o situazioni (il telefono che è “sotto controllo”, il cibo “avvelenato”), ma questi pazienti non hanno la consapevolezza che le loro paure siano infondate. Le fobie specifiche devono essere senz'altro distinte dalle paure associate ad altri disturbi (come l'**agorafobia**, **disturbo ossessivo-compulsivo**, **disturbo da stress post-traumatico**, **disturbo d'ansia sociale** – G). Il medico di Esther dovrebbe indagare l'eventuale presenza di altre patologie in comorbidità. In attesa di ciò, e con un punteggio alla VGF di 75, la sua diagnosi sarebbe la seguente (Esther aveva una sola fobia, di tipo situazionale; la media è di tre, ciascuna delle quali deve essere elencata separatamente con il suo codice.)

F40.248 [300.29]	Fobia specifica, situazionale (paura di volare)
G20 [332.0]	Morbo di Parkinson, primario
Z63.4 [V62.82]	Lutto non complicato

Le paure che riguardano gli animali (di qualsiasi tipo) sono estremamente comuni. Soprattutto i bambini sono suscettibili per le fobie animali e molti adulti non amano molto ragni, serpenti o scarafaggi. Ma la diagnosi di una fobia specifica, di tipo animale, non dovrebbe essere posta senza che un paziente sia seriamente disturbato dai sintomi. Per esempio, non fareste diagnosi di fobia dei serpenti in un prigioniero condannato all'ergastolo – in tali circostanze difficilmente potrebbe imbattersi in un serpente e limitare le proprie attività per tale motivo.

F40.10 [300.23] Disturbo d'ansia sociale

Il disturbo d'ansia sociale (SAD, Social Anxiety Disorder) corrisponde alla paura di apparire goffo, ridicolo o vergognoso. Questi pazienti temono di fare butte figure in pubblico, come strozzarsi mentre mangiano, tremare mentre scrivono o non essere in grado di esibirsi in un discorso o nel suonare uno strumento. Utilizzare un bagno pubblico causa ansia ad alcuni uomini. La paura di arrossire colpisce soprattutto le donne, le quali non sono poi in grado di esprimere a parole cosa ci sia di così terribile nell'arrossire. La paura di strozzarsi spesso insorge dopo un episodio di soffocamento con il cibo; può verificarsi in ogni momento, dall'infanzia all'età senile. Alcuni pazienti temono (ed evitano) numerose di queste situazioni pubbliche.

Molti individui affetti da SAD, sia uomini sia donne, hanno evidenti sintomi fisici: rossore, raucedine, tremore, sudorazione. Questi pazienti possono avere veri e propri attacchi di panico. I bambini possono esprimere la propria ansia aggrappandosi, piangendo, immobilizzandosi, tirandosi indietro, facendo capricci o rifiutandosi di parlare.

Gli studi sulla popolazione generale riportano una prevalenza di SAD compresa tra il 4 e il 13%. Tuttavia, se si considerano solo quei pazienti che sono realmente disturbati dai propri sintomi, le cifre della prevalenza sono probabilmente minori. Qualunque siano i numeri reali, tali risultati dimostrano che la SAD non è rara, come si riteneva un tempo. Forse sono i clinici che non indagano accuratamente la presenza di una condizione che i pazienti patiscono silenziosamente. Se si prendono in considerazione i luoghi di cura, la SAD è più frequente nei maschi, mentre nella popolazione generale è più diffusa tra le femmine.

L'esordio è tipicamente nell'adolescenza. I sintomi della SAD si sovrappongono a quelli del disturbo evitante di personalità; il secondo è più grave, entrambi hanno un esordio precoce, durano molti anni e presentano alcune caratteristiche in comune per quanto riguarda la familiarità. È stato infatti riportato che la SAD possa avere una base genetica.

Caratteristiche essenziali del disturbo d'ansia sociale

Un'ansia eccessiva è connessa a circostanze in cui il paziente può essere osservato da vicino dalle altre persone – parlare o esibirsi in pubblico, mangiare o bere, scrivere, quasi anche solo parlare con un'altra persona. Poiché queste attività causano quasi sempre una paura sproporzionata di essere a disagio o di un rifiuto sociale, il paziente evita tali situazioni o le affronta con estrema ansia.

Nota bene

Nei bambini, con il termine “altri” si fa riferimento ai pari, oltre che agli adulti.

Non dimenticare le D: • Durata (6+ mesi) • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale o personale) • Diagnosi differenziale (uso di sostanze e condizioni mediche, disturbi dell’umore o psicotici, anoressia nervosa, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo evitante di personalità, normale timidezza, altri disturbi d’ansia – in particolare l’agorafobia).

Note di codifica

Specificare se:

Legata solo alla performance. Il paziente teme di parlare o esibirsi in pubblico, ma non in altre situazioni.

Valerie Tubbs

“Comincia proprio qui e si diffonde come un incendio. Intendo proprio come un fuoco!” Valerie Tubbs indicava il lato destro del collo, attentamente nascosto da una sciarpa blu. Succedeva almeno da dieci anni, ogni volta che si trovava con altre persone; era peggio quando c’era molta gente. Poi si sentiva come se tutti se ne fossero accorti.

Sebbene non ci avesse mai provato, Valerie era convinta che la sua reazione fosse qualcosa di non controllabile. Diventava rossa non appena pensava che le persone la stessero guardando. Cominciò tutto al liceo, durante un corso di dizione, quando dovette tenere un discorso. Si era confusa parlando della differenza tra un polipo e una medusa e uno dei ragazzi aveva fatto un commento sulla macchia rossa che era comparsa sul suo collo. Era poi subito diventata tutta rossa e aveva dovuto sedersi, in mezzo alle risate di tutta la classe.

“Era come essere il centro di un bersaglio” diceva. Da allora Valerie aveva evitato di parlare in pubblico, se non con una manciata di persone. Aveva rinunciato al sogno di diventare una fashion buyer per un grande magazzino, poiché non avrebbe potuto tollerare l’esame minuzioso a cui sarebbe stata sottoposta in quel tipo di lavoro. Negli ultimi cinque anni, invece, si era occupata di vestire i manichini dello stesso negozio.

Valerie riconosceva che era stupido avere così paura. Non era solo perché diventava rossa; diventava rossa come un peperone. “Sento piccole punte spinose di calore che strisciano attraverso il collo fino alla guancia. Mi sento il viso in fiamme e la pelle graffiata da un rasoio arrugginito”. Ogni volta che arrossiva, non si trattava esattamente di panico. Era una sensazione d’ansia e inquietudine che le faceva desiderare che il suo corpo appartenesse a qualcun altro. Anche il solo pensiero di incontrare persone nuove la faceva sentire nervosa e agitata.

Valutazione di Valerie Tubbs

Per anni Valerie aveva avuto paura di arrossire ogni volta che parlava con altre persone (in una sola frase ecco i criteri A, B, C e F). La sua paura era eccessiva (E) e ne era consapevole – tuttavia ai fini diagnostici non serve prendere in considerazione il grado di consapevolezza

di malattia. Con il suo rifiuto di parlare in pubblico (e con la sua sciarpa), evitava di esporsi alla valutazione altrui rifiutandosi di parlare in pubblico (e indossando la sciarpa blu) (D). L'ansia le aveva anche impedito di fare il lavoro che preferiva (G).

Non essendo presenti veri e propri attacchi di panico, e avendo escluso la presenza di **disturbo d'ansia indotto da un'altra condizione medica** o **indotto da sostanze**, la diagnosi differenziale si completa con l'esclusione della diagnosi di fobie specifiche (I). È possibile escludere facilmente questa diagnosi, dato che dalla storia clinica non emerge alcun elemento caratteristico. Le persone con **agorafobia** potrebbero evitare di uscire a cena per paura del disagio conseguente a un attacco di panico in pubblico. Pertanto, si può diagnosticare la SAD solo se presente prima dell'esordio dell'agorafobia e non correlata a essa. (A volte, anche i medici specializzati nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi d'ansia possono presentare difficoltà nel distinguere queste due condizioni.) I pazienti affetti da **anoressia nervosa** evitano di mangiare, ma l'attenzione è posta sul peso, non sull'imbarazzo che potrebbe derivare dal soffocarsi mangiando o dall'averne del cibo in bocca.

È importante differenziare la SAD dalla **normale timidezza**, così comune nei bambini e negli adolescenti; per questo motivo è molto importante il criterio del DSM-5 per cui i sintomi devono essere presenti per almeno sei mesi, sia per gli adulti che per i bambini. Bisogna inoltre tenere a mente che molte persone si preoccupano o si sentono a disagio in attività sociali come parlare in pubblico (**terrore da palcoscenico** o **da microfono**). Per questi individui non deve essere formulata la diagnosi di SAD, a meno che la paura non comprometta il loro funzionamento lavorativo, sociale o personale.

La fobia sociale (come si è soliti nominare la SAD) si associa spesso a **disturbi dell'umore** e tentativi di suicidio. Ogni paziente affetto da SAD corre il rischio di automedicarsi con **droghe** o **alcol**; il medico di Valerie dovrebbe indagare attentamente queste condizioni. La SAD ha elementi in comune con il **disturbo evitante di personalità**, con cui è spesso in comorbilità e che può essere una diagnosi appropriata per un paziente che si presenta socialmente inibito, ipersensibile e con sentimenti di inadeguatezza. Altri disturbi psichiatrici che talvolta vanno esclusi – non nel caso di Valerie – sono il **disturbo di panico**, il **disturbo d'ansia di separazione**, il **disturbo di dismorfismo corporeo**, i **disturbi dello spettro dell'autismo**.

Valerie non ha solo paura di esibirsi in pubblico, quindi non possiamo aggiungere lo specificatore. Con un punteggio alla VGF di 61, la sua diagnosi sarebbe la seguente:

F40.10 [300.23] Disturbo d'ansia sociale

F94.0 [313.23] Mutismo selettivo

Il mutismo selettivo caratterizza bambini che tendono a rimanere in silenzio, tranne quando si trovano da soli o in un piccolo gruppo di persone intime. Il disturbo esordisce tipicamente in età prescolare (a 2-4 anni), dopo il normale sviluppo del linguaggio. Un bambino che parla adeguatamente a casa tra i familiari, ma che diventa relativamente silenzioso in mezzo agli estranei, può non attirare l'attenzione clinica fino all'inizio delle scuole. Sebbene siano spesso timidi, la maggior parte di questi bambini ha intelligenza e udito nella norma. Quando parlano, non presentano alcuna alterazione nell'articolazione del linguaggio, della sintassi e del vocabolario. Questa condizione spesso si risolve spontaneamente in settimane o mesi,

sebbene ancora non sia possibile identificare i pazienti con una buona prognosi prima che tale miglioramento si verifichi.

Il mutismo selettivo è infrequente, con una prevalenza al di sotto dell'1 su 1.000; maschi e femmine sono egualmente affetti. La familiarità è spesso positiva per disturbo d'ansia sociale e mutismo selettivo. Condizioni in comorbilità includono altri disturbi d'ansia (in particolare il disturbo d'ansia di separazione e disturbo d'ansia sociale). *Non* tendono ad avere disturbi "esternalizzati", come nel disturbo oppositivo provocatorio o nel disturbo della condotta.

Caratteristiche essenziali del **mutismo selettivo**

Sebbene parli normalmente in altri momenti, il paziente abitualmente non parla in alcune situazioni in cui ci si aspetta un discorso, come in classe.

Nota bene

Durante il primo mese del primo anno di scuola un bambino spesso presenta ansia, non vanno quindi presi in considerazione i comportamenti che si manifestano in questo periodo.

Non dimenticare le D: • Durata (1+ mese) • Disagio o disabilità (in ambito sociale o lavorativo/scolastico) • Diagnosi differenziale (mancanza di familiarità con la lingua, un disturbo della comunicazione come la balbuzie, disturbi psicotici, disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo d'ansia sociale).

F93.0 [309.21] Disturbo d'ansia di separazione

Per anni il disturbo d'ansia di separazione (SepAD, Separation Anxiety Disorder) veniva diagnosticato nell'infanzia e lì rimaneva. Tuttavia, recentemente, sono state raccolte alcune evidenze che tale condizione colpisca anche gli adulti. Questo può accadere in due modi. Quasi un terzo dei bambini con SepAD continua ad avere i sintomi del disturbo anche in età adulta. Tuttavia, alcuni pazienti sviluppano i sintomi *de novo* in tarda adolescenza o anche in età adulta. Il SepAD ha una prevalenza nel corso della vita di circa il 4% nei bambini e del 6% negli adulti; per gli adulti, la prevalenza annuale è di circa il 2%. È più comune nel sesso femminile rispetto a quello maschile, tuttavia i maschi ricorrono più spesso a un consulto.

Nei bambini, il SepAD può esordire in concomitanza di un evento precipitante, come il trasferimento in una nuova casa o in una nuova scuola, un intervento medico o una grave patologia fisica, la perdita di un amico importante o di un animale (o di un genitore). Spesso i sintomi si manifestano con il rifiuto di andare a scuola, ma i bambini più piccoli possono anche mostrare riluttanza a essere lasciati con una baby-sitter o all'asilo nido. I bambini possono manifestare lamentele fisiche, più o meno reali, come pretesto per rimanere a casa con i genitori.

Anche gli adulti possono temere che accada qualcosa di terribile a una figura reputata importante – il compagno o anche il figlio. Di conseguenza, sono riluttanti a lasciare casa (o qualsiasi posto reputato sicuro); possono perfino temere di dormire da soli e hanno incubi

riguardanti la separazione. Quando si trovano lontani dalla principale figura di attaccamento, possono necessitare di un contatto telefonico o di altro tipo più volte al giorno. Alcuni possono cercare di proteggersi programmando le proprie giornate in base alla routine dell'altra persona.

Quando l'esordio è precoce nell'infanzia, è probabile che la condizione regredisca con il tempo; con un esordio tardivo, i sintomi tendono a perdurare nell'età adulta e a condizionare un disagio più significativo (anche se ci possono essere delle oscillazioni di intensità). I bambini affetti da SepAD tendono poi a sviluppare forme subcliniche o stati non clinicamente evidenti. La maggior parte degli adulti e dei bambini è affetta anche da altri disturbi (in particolare disturbi dell'umore, d'ansia e uso di sostanze), sebbene il SepAD sia spesso la condizione presente per più tempo.

Spesso i genitori dei bambini affetti da SepAD presentano la forma adulta del disturbo e, come per la maggior parte dei disturbi d'ansia, esiste una forte componente genetica.

Caratteristiche essenziali del **disturbo d'ansia di separazione**

Questi pazienti cercano di evitare di stare da soli in quanto temono che qualcosa possa accadere a un genitore o a una persona importante per la loro vita. Immagmano che il genitore possa morire o che si perda (o che saranno loro a morire o a perdersi), perciò anche il solo pensiero di una separazione può causare ansia e incubi, o crisi di vomito o altre lamentele di sintomi fisici. Di conseguenza, sono riluttanti a recarsi a scuola, al lavoro o a dormire fuori da casa – talvolta anche nel proprio letto.

Nota bene

Non dimenticare le D: • Durata (6+ mesi negli adulti, sebbene la presenza di sintomi molto gravi – come il rifiuto totale di recarsi a scuola – possa giustificare la diagnosi dopo una durata minore; 4+ settimane nei bambini) • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale, personale) • Diagnosi differenziale (disturbo dell'umore, altri disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico).

Nadine Mortimer

All'età di 24 anni, Nadine Mortimer viveva ancora a casa dei suoi genitori. Al medico raccontò che l'unica ragione per cui aveva chiesto un consulto, era che sua madre e il suo patrigno avevano appena firmato per unirsi ai Corpi di Pace; lei, Nadine, avrebbe dovuto rimanere da sola. “So solo che non potrò sopportarlo” singhiozzava nel fazzoletto.

Essere da sola spaventava Nadine fin da piccola. Riteneva che questa paura fosse insorta al momento della morte di suo padre: era un meccanico e guidava per hobby una macchina da corsa, fino al giorno in cui andò a sbattere contro un muro sull'ultima curva della strada che conduceva alla loro città natale. La reazione di sua madre fu stranamente impassibile. “Penso di essermi presa l'incarico di portare il lutto per entrambe” commentò Nadine. Entro la fine dell'anno, sua madre si era risposata.

Il primo giorno della prima elementare, Nadine era così impaurita che sua madre era dovuta rimanere in classe. “Temevo che sarebbe potuto accadere qualcosa di terribile anche a lei e per sicurezza volevo che restasse lì con me. Dopo alcune settimane, Nadine riusciva a rimanere a scuola, ma l’anno successivo aveva presentato sintomi di nausea e vomito quando la scuola era ricominciata. Dopo poche tristi settimane, in seconda elementare si era ritirata e aveva proseguito gli studi a casa.

Quando si trovava in terza media, la sua preparazione in matematica e in letteratura era pari a quella di uno studente del liceo. “Ma le mie abilità sociali erano quasi nulle. Non ero mai stata a dormire a casa di un’amica” disse. Perciò, i suoi genitori cercarono di aiutarla regalándole un cellulare, con la promessa che avrebbe potuto chiamarli in ogni momento. Quando Nadine iniziò l’università, che non si trovava molto distante dal liceo, si fece regalare uno smartphone con il GPS, in modo da poter controllare la posizione della madre con uno scarto di pochi metri. “Grazie a ciò” disse “potevo vagabondare senza stress per negozi e quant’altro, poiché potevo verificare la posizione di mia madre ogni qualvolta lo desiderassi”. Una volta, quando la batteria si esaurì, ebbe un attacco di panico.

Sebbene non si fosse ancora laureata, dopo un semestre tornò a casa per stare con sua madre. “So che sembra strano” disse all’intervistatore “ma immagino sempre che un giorno lei non tornerà a casa da me. Proprio come papà”.

Valutazione di Nadine Mortimer

Da quando aveva cominciato la scuola (criterio B), Nadine aveva manifestato chiari sintomi di SepAD. Era preoccupata che sarebbe potuto accadere qualcosa di brutto a sua madre ed era gravemente angosciata quando erano separate; aveva vomitato alla sola idea di un nuovo anno di scuola (A). Di conseguenza, era praticamente senza amici e non aveva mai dormito fuori di casa (C). Non era possibile escludere la presenza di altri disturbi (D).

Molti suoi sintomi si erano mantenuti anche nell’età adulta, seppur lievemente modificati – per esempio aveva sintomi di panico quando non poteva controllare la madre, dalla quale rifiutava di separarsi. Continuava ad avere paura che, se si fossero separate, avrebbe potuto succedere qualcosa di male alla madre. Era terrorizzata all’idea che i genitori potessero partire per iniziare una nuova carriera. Anche se Nadine non aveva avuto sintomi nella prima infanzia, il suo disturbo da adulta era sufficientemente grave da soddisfare la diagnosi di SepAD.

Nella diagnosi differenziale di SepAD rimane una questione significativa: come è possibile distinguerla dalla agorafobia? I due disturbi presentano una certa sovrapposizione, ma mentre nella SepAD i pazienti temono di allontanarsi da un genitore o da una persona significativa, i pazienti con agorafobia hanno paura di trovarsi in un luogo da cui è difficile scappare. Il dato clinico relativo allo smartphone di Nadine dimostra che la sua ansia era di tipo primario e non secondario.

F93.0 [309.21] Disturbo d’ansia di separazione

I criteri del DSM-IV per il SepAD descrivono comportamenti che sono tipici dei bambini, forse per questa ragione non veniva riscontrata nell’adulto; inoltre la presenza di sintomi di panico può spesso confondere i clinici nel riconoscimento del SepAD nell’adulto.

F41.1 [300.02] Disturbo d'ansia generalizzata

Il disturbo d'ansia generalizzata (GAD, General Anxiety Disorder) può essere difficile da diagnosticare. I sintomi sono relativamente aspecifici; l'ansia è moderata e cronica; non vi sono attacchi di panico. Inoltre, si tratta, dopo tutto, solo di preoccupazione, qualcosa che tutti hanno provato almeno una volta. Ma ci sono delle differenze. La normale preoccupazione è in qualche modo meno grave; si è in grado (la maggior parte delle volte) di metterla da parte e di concentrarsi su altre questioni più immediate. La preoccupazione presente nel GAD spesso insorge spontaneamente, apparentemente senza una causa. Inoltre tale preoccupazione è allo stesso tempo difficile da controllare. Alla sensazione di irrequietezza si sommano una serie di sintomi fisici, in un susseguirsi di sofferenze.

Sebbene alcuni pazienti affetti da GAD siano in grado di stabilire che cosa li renda nervosi, molti non vi riescono. La preoccupazione del GAD non è collegata a specifici fattori oggettivi, ma a moltissimi aspetti (praticamente “tutto”). Il disturbo esordisce tipicamente intorno ai 30 anni; molti pazienti affetti da GAD rimangono asintomatici per anni senza giungere all'attenzione medica. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che spesso il GAD non implica una compromissione significativa del funzionamento. Fattori genetici giocano un ruolo importante nello sviluppo del GAD. Nella popolazione generale adulta ha una prevalenza del 9% (nel corso della vita) e, come per quasi tutti i disturbi d'ansia, è predominante nel sesso femminile.

Caratteristiche essenziali del **disturbo d'ansia generalizzata**

Una preoccupazione eccessiva, e difficile da controllare, per numerose questioni – riguardanti la salute, la famiglia, il denaro, la scuola, il lavoro – che si manifesta con sintomi fisici e psichici: tensione muscolare, irrequietezza, affaticabilità, irritabilità, difficoltà di concentrazione, insonnia.

Nota bene

Non dimenticare le D: • Durata (per la maggior parte dei giorni per 6+ mesi) • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale, personale) • Diagnosi differenziale (uso di sostanze, condizione medica, disturbo dell'umore, altri disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da stress post-traumatico, preoccupazione realistica).

Bert Parmalee

Per la maggior parte della sua vita adulta, Bert era stato una persona ansiosa. All'età di 35 anni faceva ancora sogni in cui veniva bocciato da tutti i suoi corsi universitari. Inoltre recentemente si sentiva come se camminasse su una fune. Negli ultimi anni era stato l'assistente amministrativo del capo esecutivo di un'azienda molto importante, facente parte della classifica “Fortune 500”, dove aveva inizialmente lavorato come ingegnere di prodotto.

“Accettai il lavoro perché sembrava un buon modo per fare carriera e salire di grado” disse “ma quasi ogni giorno ho la sensazione di scivolare da un momento all’altro”.

Ciascuno dei sei ambiziosi vice-presidenti della compagnia vedeva Bert come il proprio filo diretto con l’amministratore delegato. Il suo capo era un accanito lavoratore, ogni giorno aveva idee brillanti e pretendeva che venissero messe in pratica già per il giorno prima. Molte volte aveva detto a Bert di essere contento del suo rendimento. Infatti Bert lavorava meglio di qualsiasi altro assistente amministrativo avesse mai avuto, ma ciò non sembrava rassicurarlo.

“Da quando ho cominciato questo lavoro, sono teso quasi ogni giorno. Il mio capo si aspetta azioni e risultati. Non ha pazienza per stare a pensare a come far quadrare tutto. I nostri vice-presidenti vogliono fare di testa loro. Molti di loro mi fanno capire che io non li aiuto, mi metteranno in cattiva luce con il capo. Devo sempre guardarmi le spalle”.

Bert aveva difficoltà a concentrarsi al lavoro; la sera era esausto, ma non riusciva ad addormentarsi. Quando poi dormiva, aveva un sonno agitato. A casa era diventato perennemente irritabile, tanto da sgridare spesso i suoi figli senza motivo. Non aveva mai avuto un attacco di panico e non pensava di essere depresso. In realtà, provava ancora piacere per le sue due attività preferite: il football in tv la domenica pomeriggio e fare l’amore con sua moglie il sabato notte. Ma recentemente, lei gli aveva proposto di andare con i ragazzi da sua madre per qualche settimana, per dargli un po’ di sollievo. Questo bastò a far riemergere le sue antiche preoccupazioni di non essere abbastanza per lei – e che l’avrebbe lasciato per qualcun altro.

Bert era in leggero sovrappeso e stempiato e aveva l’aria preoccupata. Era curato nell’aspetto e un po’ agitato; parlava in modo chiaro, coerente, pertinente e spontaneo. Negava di avere ossessioni, compulsioni, fobie, deliri o allucinazioni. Al Mini-Mental State Examination ottenne un perfetto 30. Diceva che il suo principale problema – anzi, il suo unico problema – era la sua ansia opprimente.

Il valium lo intontiva. Aveva provato a fare meditazione, ma il risultato era stato solo quello di concentrarsi in modo più efficace sui suoi problemi. Per un certo periodo, aveva provato a bere un cocktail prima di cena; questo da un lato lo rilassava, ma dall’altro gli aveva fatto temere di diventare alcolista. Una o due volte era anche andato con suo cognato agli incontri degli Alcolisti Anonimi. “Ma ora ho deciso di provare ad affrontare le paure giorno per giorno”.

Valutazione di Bert Parmalee

Bert si preoccupava di numerosi aspetti della sua vita (il suo lavoro, essere un alcolista, perdere sua moglie); ciascuna di queste preoccupazioni era esagerata rispetto ai fatti (criterio A). Le sue preoccupazioni eccessive si differenziano dall’ansia fisiologica. Nonostante numerosi sforzi (meditazione, farmaci, assicurazioni), non era stato in grado di controllare le sue paure (B). In aggiunta, aveva almeno quattro o cinque sintomi fisici (ne sono richiesti solo tre): difficoltà di concentrazione (C3), affaticamento (C2), irritabilità (C4) e disturbi del sonno (C6). Aveva presentato difficoltà quasi ogni giorno per più dei sei mesi richiesti (A). E i suoi sintomi gli causavano un disagio considerevole, quasi più di altri pazienti affetti da GAD (D).

Una delle difficoltà nella diagnosi di GAD è che vi sono molte altre condizioni da escludere (E). Un gran numero di **condizioni mediche** può causare sintomi d'ansia; una attenta valutazione della condizione d'ansia di Bert dovrebbe prendere in considerazione tutte queste possibilità. Dalle informazioni presenti nel caso clinico, è possibile escludere il **disturbo d'ansia indotto da sostanze**.

Praticamente ogni disturbo psichiatrico può presentare sintomi d'ansia, compresi i **disturbi psicotici, dell'umore** (depressione o mania), **dell'alimentazione, da sintomi somatici e cognitivi**. Dall'anamnesi di Bert nessuna di queste condizioni appare verosimile (F). Per esempio il **disturbo dell'adattamento con ansia** viene escluso perché Bert soddisfa già i criteri per un altro disturbo psichiatrico.

Ai fini diagnostici è importante escludere che l'ansia e la preoccupazione non siano solo una caratteristica di un altro disturbo mentale, soprattutto di un altro disturbo d'ansia. Per esempio, egli non dovrebbe preoccuparsi “soltanto” del proprio aumento di peso come in caso di **anoressia nervosa**, della contaminazione (**disturbo ossessivo-compulsivo**), della separazione da una figura di riferimento (**disturbo d'ansia di separazione**), dell'imbarazzo in pubblico (**disturbo d'ansia sociale**) o di avere patologie fisiche (**disturbo da sintomi somatici**). Tuttavia, va sottolineato che il GAD può presentarsi in comorbilità con un altro disturbo psichiatrico un altro disturbo psichiatrico – spesso si tratta di un disturbo dell'umore o di un altro disturbo d'ansia – dopo aver dimostrato che i sintomi del GAD sono indipendenti dall'altra condizione.

Il GAD è una di quelle condizioni che non prevede specificatori o indicatori di gravità, pertanto la diagnosi di Bert, oltre a un punteggio alla VGF di 70, sarà solo quella di:

F41.1 [300.02] Disturbo d'ansia generalizzata

È ragionevole porsi la seguente domanda: formulare la diagnosi di GAD in un paziente depresso può aiutare la valutazione? Dopo tutto, i sintomi d'ansia possono scomparire una volta che la depressione è stata adeguatamente trattata. Suppongo che il valore aggiunto sia il fatto che contestualizzare anche i sintomi d'ansia consente di avere un quadro più completo della patologia del paziente. Inoltre in un secondo momento potrebbe essere necessario trattare specificatamente i sintomi d'ansia.

Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci

Quando i sintomi d'ansia o panico possono essere indotti da una sostanza, deve essere posta la diagnosi di disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci. Può verificarsi durante un'intossicazione acuta (o dopo un uso abbondante, come con la caffeina) o durante una sindrome astinenziale (come in caso di alcol o farmaci sedativi), ma i sintomi possono essere più gravi di quello che ci si aspetterebbe da un'ordinaria intossicazione o astinenza, al punto tale da richiedere attenzione clinica.

Molte sostanze possono provocare sintomi d'ansia, ma le più comuni sono associate sono marijuana, amfetamine e caffeina. Vedete la Tabella 15.1 per un riassunto delle sostanze che possono indurre sintomi d'ansia in caso di intossicazione o di astinenza. Se è coinvolta più di una sostanza, ognuna deve essere codificata separatamente. Francamente, questi disturbi sono abbastanza rari.

Caratteristiche essenziali del **disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci**

L'uso di alcune sostanze appare correlato alla manifestazione di sintomi d'ansia o di attacchi di panico da parte del paziente.

Nota bene

Per suggerimenti sull'identificazione della sostanza in causa, vedete lo schema a pag. 96.

Non dimenticare le D: • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale, personale) • Diagnosi differenziale (ordinari intossicazione o astinenza da sostanze, delirium, disturbi fisici, disturbi dell'umore, altri disturbi d'ansia).

Note di codifica

Specificare se:

Con esordio durante {l'intossicazione}{l'astinenza}. Questo viene segnalato in coda alla vostra diagnosi.

Con esordio dopo l'uso di un farmaco. Questo specificatore può essere utilizzata in aggiunta ad altre.

Per le specifiche procedure di codifica, vedete la Tabella 15.2.

Bonita Ramirez

Bonita Ramirez, una studentessa di 19 anni al primo anno di università, fu portata in pronto soccorso da due amici. Sveglia, vigile, orientata, collaborante nel colloquio.

I genitori di Bonita erano entrambi laureati e avevano una posizione lavorativa solida. Vivevano in un agiato quartiere di San Diego. Bonita era la primogenita e l'unica femmina. Educata severamente alla fede cattolica, non le era stato permesso di uscire con un ragazzo fino all'anno prima. Fino al momento della festa della sua associazione studentesca, l'unica bevanda alcolica che aveva avuto modo di assaggiare era il vino versato durante la cerimonia della Comunione. Sia lei sia i suoi amici raccontavano che circa due settimane prima aveva iniziato il campus ed era felice, in buona salute e vivacevivace quando era giunta al campus circa due settimane prima.

In due settimane era cambiata molto. Bonita ora sedeva rannicchiata davanti alla scrivania del medico, con i piedi tirati su e raggomitolati sotto di sé. Si abbracciava le ginocchia e tremava in modo evidente. Sebbene fosse solo settembre, indossava una felpa e si lamentava per il freddo. Continuava a cercare la bacinella dietro di sé, come se dovesse vomitare di nuovo.

La sua voce tremava quando disse che niente di simile le era mai capitato prima. “Ho bevuto una birra settimana scorsa. Non mi ha per nulla infastidita, fatta eccezione per il mal di testa la mattina seguente”.

Quella sera c'era stata una festa di “sorellanza” alla confraternita in cui Bonita era appena entrata a far parte. Aveva bevuto della birra che poi l'aveva spinta a fare alcuni tiri da una sigaretta di marijuana che qualcun altro aveva preparato. La birra doveva averle intorpidito la gola, poiché fu in grado di aspirare il fumo fino ai polmoni e trattenerlo, proprio come le mostravano le sue amiche.

Per circa dieci minuti non aveva notato nulla. Poi cominciò a sentirsi la testa stretta, come se i suoi capelli fossero una parrucca che le stava troppo piccola. Improvvisamente, quando tentò di inspirare, il petto “urlò di dolore” ed ebbe la sensazione immediata di stare per morire. Tentò di correre via, ma le sue molli gambe si rifiutavano di sostenerla.

Le altre ragazze non avevano molta esperienza con le reazioni alle droghe, ma chiamarono uno dei ragazzi della confraternita a fianco, che arrivò e tentò di calmare Bonita. Dopo un'ora aveva ancora la tremenda certezza che sarebbe presto morta o diventata pazza. A quel punto decisero di portarla in pronto soccorso.

Alla fine disse: “Mi avevano detto che mi avrebbe rilassato e avrebbe espanso le mie sensazioni. Voglio solo che diminuiscano di nuovo”.

Valutazione di Bonita Ramirez

La diagnosi emerge chiaramente dalla storia di Bonita – era una ragazza in buona salute fino al momento dell'ingestione di una sostanza che, soprattutto in chi non ne ha mai fatto uso prima, può causare sintomi d'ansia (criteri A, B). Altre sostanze che comunemente possono causare sintomi d'ansia includono le **amfetamine**, che possono anche scatenare attacchi di panico, e **caffaina**, quando assunta a dosi elevate. Tuttavia, dal momento che i sintomi d'ansia possono essere riscontrati in vari momenti durante l'uso della maggior parte delle sostanze, un disturbo d'ansia secondario al loro uso può essere diagnosticato quasi per ognuna di esse, tenendo conto che i sintomi d'ansia sono peggiori di quelli che ci si possa aspettare da una normale **astinenza** o **intossicazione da sostanze**. Questo fu il caso di Bonita, poiché furono necessari una valutazione in urgenza e un trattamento specifico (E).

Nonostante la vicinanza temporale tra lo sviluppo dei sintomi e l'uso della sostanza (C), va comunque esclusa la presenza di un'altra **patologia medica** sottostante (o che i sintomi siano dovuti al **trattamento farmacologico** di una condizione medica) che potrebbe spiegare i suoi sintomi.

Anche se al momento dell'accesso in pronto soccorso era in preda al panico, il suo punteggio di VGF è relativamente alto (80), in quanto i suoi sintomi d'ansia non hanno condizionato una reale compromissione del funzionamento (ma notevole disagio), e inoltre sarebbero stati transitori; altri clinici potrebbero non essere però d'accordo. Non avendo mai fatto uso di marijuana in precedenza, non era affetta da un disturbo da uso di sostanze e la codifica deriva dalla riga “nessuno” per la cannabis della Tabella 15.3.

F12.980 [292.89] Disturbo d'ansia indotto da cannabis, con esordio durante l'intossicazione

F06.4 [293.84] Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica

Molte condizioni mediche possono causare sintomi d'ansia, che sono spesso simili ai sintomi del disturbo di panico o del disturbo d'ansia generalizzata. Occasionalmente possono assumere la forma di ossessioni o compulsioni. La maggior parte dei sintomi d'ansia non è indotta da una condizione medica, ma è estremamente importante identificare quando invece lo sono. I sintomi di una condizione medica non trattata possono evolvere dall'ansia fino a una compromissione permanente (basta pensare ai rischi correlati a un tumore cerebrale in espansione).

Caratteristiche essenziali del disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica

Una condizione medica è in grado di indurre attacchi di panico o ansia marcata.

Nota bene

Per i suggerimenti su come determinare se una condizione medica sia alla base del disturbo d'ansia, vedete la nota a pag. 97.

Non dimenticare le D: • Disagio o disabilità (in ambito lavorativo/scolastico, sociale, personale) • Diagnosi differenziale (disturbo da uso di sostanze, delirium, disturbi dell'umore, altri disturbi d'ansia, disturbo dell'adattamento).

Note di codifica

Nella codifica della diagnosi, specificare la denominazione della condizione medica responsabile ed elencarla per *prima*, con il proprio codice.

Millicent Worthy

“Mi chiedo se è possibile lasciare la porta aperta”. Millicent Worthy si alzò dalla sedia e aprì la porta dello studio. Non era mai stata ferma durante la prima parte della visita. In alcuni momenti sembrava non prestare attenzione del tutto. “Mi sento meglio se non sono rinchiusa”. Quando finalmente si risiedette, cominciò a raccontare la sua storia.

Millicent aveva 24 anni ed era divorziata. Non aveva mai fatto uso di droghe o alcol. In realtà, prima di quattro mesi fa, era sempre stata bene. Fece una visita psichiatrica una sola volta prima di quella, quando aveva 12 anni: i suoi genitori avevano problemi coniugali e l'intera famiglia si era rivolta a un consultorio.

La prima volta che si sentì nervosa si trovava nella cassa del negozio di videonoleggio dove lavorava. Cominciò a sentirsi soffocare, senza via di fuga, come se dovesse a tutti i costi muoversi e camminare. Un pomeriggio, in un momento in cui era l'unica dipendente presente e doveva restare alla cassa, le cominciò a martellare il cuore, sudava e le mancava l'aria. Pensò di essere sul punto di morire.

Nel corso delle settimane seguenti, si manifestarono progressivamente gli altri sintomi. Le tremavano le mani; l'aveva notato un giorno, alla fine del turno, mentre stava aggiungendo le ricevute al registro cassa. Aveva un appetito vorace, ma nelle ultime sei settimane il suo peso era calato di circa quattro chili. Amava ancora vedere film, ma con il tempo alla sera cominciò a sentirsi così stanca che a malapena riusciva a rimanere sveglia davanti alla TV. Il suo umore era irritabile.

“Pensandoci, realizzai che tutto era cominciato quando il mio fidanzato e io avevamo deciso di sposarci. Avevamo convissuto per un anno e l'amavo davvero. Ma ero rimasta scottata dal mio primo matrimonio. Ho pensato che fosse quella la causa dei miei disturbi, così gli ho restituito l'anello e me ne sono andata. In realtà, mi sento peggio di prima”.

Diverse volte durante la visita Millicent cambiò posizione sulla sedia. L'eloquio era accelerato, sebbene fosse possibile interromperla. Gli occhi sembravano sporgere leggermente e, sebbene avesse perso peso, un rigonfiamento a livello del collo suggeriva la presenza di un gozzo. Ammise di avere problemi a tollerare il caldo. “Non c'è aria condizionata nel nostro negozio. L'estate scorsa non era stato un problema – lasciavamo la porta aperta. Ma ora è terribile! E se sul lavoro indosso meno vestiti di così finiranno per darmi una scrivania nella sezione dei video per adulti”.

Gli esami della funzione tiroidea di Millicent si dimostrarono nettamente fuori dalla norma. Entro due mesi un endocrinologo riportò sotto controllo la sua tiroide iperattiva e i suoi sintomi d'ansia scomparvero del tutto. Sei mesi più tardi lei e il suo fidanzato si sposarono.

Valutazione di Millicent Worthy

Millicent ha avuto almeno un attacco di panico (criterio A); il suo disagio era palese (E). Ora bisogna solo escludere altre possibili cause dei suoi disturbi.

Se avesse avuto attacchi di panico ripetuti e se non fosse stato valutato il gozzo avrebbe potuto avere una diagnosi errata di **disturbo di panico**. La sua irrequietezza avrebbe potuto essere mal interpretata come un **disturbo d'ansia generalizzata**; le sue sensazioni di sentirsi prigioniera e rinchiusa potrebbero far pensare a una **fobia specifica**. (Anche Millicent interpretò i propri sintomi come di origine psicologica, C.) Questi dati sottolineano come sia di fondamentale importanza durante la diagnosi differenziale considerare prima di tutto le condizioni mediche.

L'irritabilità, l'iperattività e la perdita di peso suggeriscono un **episodio maniacale**, ma di solito questi sintomi sono accompagnati da una sensazione soggettiva di aumento delle energie, non di stanchezza. L'eloquio accelerato di Millicent poteva essere interrotto; in un episodio maniacale spesso non è possibile. L'assenza di precedenti episodi depressivi o maniacali è un ulteriore supporto per l'esclusione di un disturbo dell'umore. Dai dati anamnestici è possibile escludere un **disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci**. La sua capacità di attenzione e di orientamento era nella norma, pertanto possiamo escludere il **delirium** (D). Infine, è noto che l'ipertiroidismo può indurre sintomi d'ansia come quelli di Millicent (B).

Ho deciso di segnalare la fine del fidanzamento non in quanto possibile causa dell'insorgenza dei sintomi d'ansia, ma in quanto aspetto da affrontare all'interno di un progetto terapeutico completo. Le assegnerei un punteggio alla VGF di 85, come una persona quasi sana, ma che necessita comunque di un supporto.

E05.00 [242.00]	Ipertiroidismo con gozzo senza tempesta tiroidea
F06.4 [293.84]	Disturbo d'ansia dovuto a ipertiroidismo
Z63.0 [V61.10]	Separazione dal fidanzato

F41.8 [300.09] Disturbo d'ansia con altra specificazione

Il disturbo d'ansia con altra specificazione può essere utilizzato per codificare quei pazienti che manifestano evidenti sintomi d'ansia, paura, evitamento fobico ma che non soddisfano i criteri per uno specifico disturbo d'ansia – e deve essere specificato il motivo per cui non può essere incluso in una categoria diagnostica meglio definita. Il DSM-5 suggerisce diverse possibilità:

Attacchi paucisintomatici. Questa categoria include attacchi di panico o disturbo d'ansia generalizzata con troppo pochi sintomi.

Presentazione atipica.

Sindromi culturali. Il DSM-5 ne menziona numerose nel Glossario dei concetti culturali di sofferenza a pag. 967.

F41.9 [300.00] Disturbo d'ansia senza specificazione