

I disturbi d'ansia in età evolutiva

Si definisce con il termine di ansia quello stato d'animo spiacevole legato sia ad una situazione traumatizzante attuale, sia all'attesa di un avvenimento imprevisto ed ignoto, ma vissuto come minaccioso.

Ogni bambino e adolescente si trova di fronte a compiti evolutivi verso i quali la reazione normale è una reazione di ansia, che si configura in questo senso come un fattore importante nel favorire il processo maturativo.

Ciò che definisce la natura fisiologica o patologica dell'ansia è la capacità del bambino di elaborarla, o quanto meno di tollerarla, o al contrario l'incapacità di gestire l'ansia, che quindi pervade la mente del bambino traducendosi in sintomi somatici o psichici.

- L'ansia è quindi una componente normale dello sviluppo, o una adeguata risposta ad eventi stressanti.
- Altre volte il livello di ansia appare superiore alle capacità di controllo del soggetto, provocando sofferenza soggettiva ed interferenza con le attività quotidiane, lavorative e scolastiche. Tali condizioni possono essere transitorie, oppure diventano stabili e durature

Disturbi d'Ansia (DSM-IV)

Disturbi ad esordio nell'infanzia-adolescenza

Disturbo da ansia di separazione
(Mutismo selettivo)

Forme comuni a bambini ed adulti:

Disturbo d'ansia generalizzata
Disturbo di panico (con o senza agorafobia)
Fobia sociale (ex disturbo di evitamento)
Fobia specifica
Disturbo ossessivo-compulsivo
Disturbo post-traumatico da stress
Disturbo d'ansia dovuto a condizione medica generale
Disturbo d'ansia indotto da sostanze
Disturbo d'ansia NAS

Disturbo d'ansia di separazione-1

In questo caso l'ansia è scatenata dalla separazione da persone familiari, di solito i genitori, o quando ci si allontana da casa. La reazione è eccessiva e anticipare la separazione può indurre lamentele o sintomi somatici. In seguito alla separazione il bambino può essere inconsolabile ed esprimere che il genitore non ritornerà, o che accadrà qualche tragedia che farà sì che il bambino non veda più il genitore.

La maggior parte dei casi sembra svilupparsi in reazione ad un importante stress e segue un decorso di intensità variabile per alcuni anni. Un denominatore comune è una costellazione familiare invischiata ed accudente. Per la diagnosi (DSM-IV) i sintomi che fanno parte dei criteri diagnostici devono essere presenti per 4 settimane.

Disturbo d'ansia di separazione-2

Il disturbo d'ansia di separazione e il disturbo d'ansia generalizzato sono strettamente associati.

La comorbidità con la depressione è osservata nel 30-50% dei casi.

Studi retrospettivi hanno dimostrato che l'insorgenza di un DAS della fanciullezza può essere un fattore di rischio per i disturbi d'ansia in età adulta.

Disturbo d'ansia di separazione-3

Si differenzia dalla “fobia scolare”, che si riscontra in bambini dai 6 ai 13 anni (più spesso maschi) che si rifiutano, spesso improvvisamente di andare a scuola e reagiscono con intense manifestazioni di ansia se costretti alla frequenza scolastica (panico, aggressività, fughe o sintomi neurovegetativi).

Al di fuori della situazione scolastica il bambino appare tranquillo e remissivo e spesso non rifiuta di applicarsi nello studio. Altre volte si riscontrano atteggiamenti oppositori o tirannici all'interno della famiglia che contrastano con l'inibizione in ambito familiare. E' frequente il riscontro di tratti ossessivi o depressivi, oppure di altre manifestazioni fobiche concomitanti. Importante anche il contesto familiare nel quale si presenta la fobia scolare.

Disturbo d'Ansia Generalizzato-1

E' caratterizzato da sentimenti pervasivi di preoccupazione o ansia resi evidenti da sintomi fisici che sono difficili da controllare e che persistono per un minimo di 6 mesi.

I sintomi devono essere sufficientemente gravi da causare disagio clinicamente significativo o compromissione di aree importanti del funzionamento e non devono essere dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale.

Disturbo d'Ansia Generalizzato-2

Ansia anticipatoria generalizzata di fronte alla maggior parte degli eventi che richiedono qualche forma di giudizio o di valutazione della prestazione o dell'aspetto del bambino.

Comportamento caratterizzato spesso da irrequietezza, atteggiamenti nervosi, tendenze perfezionistiche e bisogno di rinforzo e approvazione.

Esordio improvviso o graduale. Tendenza all'esacerbazione durante i periodi di stress.

Spesso in comorbidità con altri disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi correlati a sostanze.

Disturbo Post-traumatico da Stress

Si realizza in seguito ad una esperienza specifica di stress estremo e al trauma psicologico che comporta pericolo concreto o minaccia di morte o di serie lesioni.

Disagio clinicamente significativo e interferenza con aree importanti del funzionamento.

La reazione di paura nei bambini può essere espressa con un comportamento disorganizzato o agitato. L'evento traumatico è spesso rivissuto nei giochi ripetitivi in cui i temi o gli aspetti del trauma sono evidenti o rimessi in atto.

Gli adolescenti tendono a mostrare sintomi da adulti come depressione, ansia e alterazioni emotive, mentre i bambini più piccoli mostrano manifestazioni più comportamentali o lamentele fisiche.

La durata dei sintomi deve essere di almeno un mese.

Il Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
è un nuovo capitolo del DSM V.

La categoria comprende:

Disturbo ossessivo-compulsivo(DOC)

Disturbo di dismorfismo corporeo

**Disturbo da accumulo(persistente difficoltà di gettare via o
separarsi dai propri beni,a prescindere dal loro valore reale)**

Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)

**Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da
sostanze/farmaci**

**Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a
un'altra condizione medica**

Tricotillomania(disturbo da strappamento di peli)

IL DISTURBO OSSESSIVO- COMPULSIVO

Dimensione ossessivo-compulsiva:

Tendenza incoercibile a compiere movimenti, pensieri, comportamenti complessi, parzialmente o totalmente al di fuori del controllo della volontà, con un giudizio critico variabile nelle diverse condizioni e nei diversi soggetti.

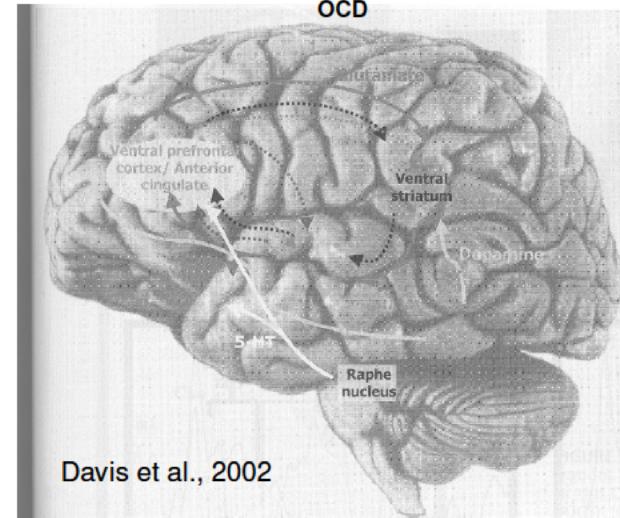
Dimensione riscontrata in diversi quadri clinici, accomunati dalla appartenenza ad un unico “spettro ossessivo-compulsivo”, e frequentemente associati tra loro nei soggetti affetti e nei loro familiari

Dimensione impulsiva: difficoltà nell'inibire o differire nel tempo una tendenza prepotente ad una azione, o nel valutare le conseguenze di quella azione, con tendenza a ripetere l'azione.

Una componente impulsiva è presente in tutte le manifestazioni compulsive.
Disturbi compulsivi e disturbi impulsivi sono frequentemente associati.

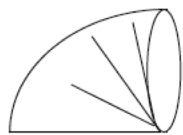
Il rapporto tra dimensione compulsiva e impulsiva rimanda ad un substrato biologico (parzialmente) comune?

CORTICO-STRIATO-THALAMO-CORTICAL NETWORK IN OCD

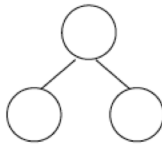


Davis et al., 2002

Implicazioni neuroanatomiche spettro OC



Corteccia orbitofrontale
integrazione
di informazioni sensoriali
con stati motivazionali interni



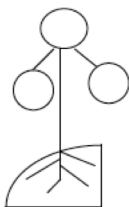
Gangli della base
controllo
dei programmi motori



**Nucleo dorso-mediale
talamico**
integrazione e trasmissione
di informazioni sensoriali ed enterocettive



Giro del Cingolo
attivazione
e controllo emozionale



**Complesso striato-
limbico-pallidale**
integrazione di informazioni
emozionali e motorie

CARATTERISTICHE CLINICHE DEI DISTURBI DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI (DSM IV TR)

- **Fallimento nel resistere all'impulso, alla spinta o alla tentazione di mettere in atto comportamenti potenzialmente dannosi per la persona o gli altri**
- **Una crescente tensione e arousal (attivazione) prima di commettere l'atto**
- **Un senso di piacere, gratificazione e sollievo nel momento in cui viene messo in atto il comportamento (acting out) o subito dopo**

A.P.A. 2000

La componente egodistonica (conflitto tra le ossessioni-compulsioni e la propria volontà) non sempre è presente in età evolutiva, quando il bambino o l'adolescente sembrano privi di critica sulla irragionevolezza dei loro comportamenti.

Il DSM IV ha inserito l'assenza di insight come specificatore che individua uno specifico sottotipo di DOC, con assenza di critica sulla irragionevolezza delle manifestazioni cliniche, nel quale il confine con manifestazione psicotiche simil-deliranti è piuttosto labile.

Il DOC è un disturbo eterogeneo, sul piano clinico e fisiopatologico. Una tipizzazione basata sulla analisi fattoriale delle manifestazioni cliniche (Y-BOCS) ha individuato 4 categorie di ossessioni-compulsioni validate (PET, genetica):

- 1) Ossessioni aggressive, sessuali, religiose, compulsioni di controllo.
- 2) Ossessioni e compulsioni di simmetria e di ordine (fenomeni "just right")
- 3) Ossessioni su sporco e contaminazioni, rituali di lavaggio
- 4) Ossessioni e compulsioni di accumulo

Sintomi OC in età evolutiva

- ✓ eccessiva meticolosità nella esecuzione dei compiti
- ✓ leggere ripetutamente brani scolastici
- ✓ cancellare ogni piccola imperfezione
- ✓ ripassare con la penna le lettere appena scritte
- ✓ paura di sporcarsi
- ✓ dubbi o ruminazioni esistenziali
- ✓ patofobia
- ✓ rituali sulle funzioni escretorie o sull'addormentamento
- ✓ richieste ai familiari di ripetere parole o frasi
- ✓ collezioni bizzarre

DOC subclinico

Frequenti ossessioni-compulsioni subcliniche nella popolazione generale: interesse eccessivo per la pulizia, rituali di ordine, abitudini ritualizzate, spinta a ripetere le azioni o le verbalizzazioni, accumulare oggetti.

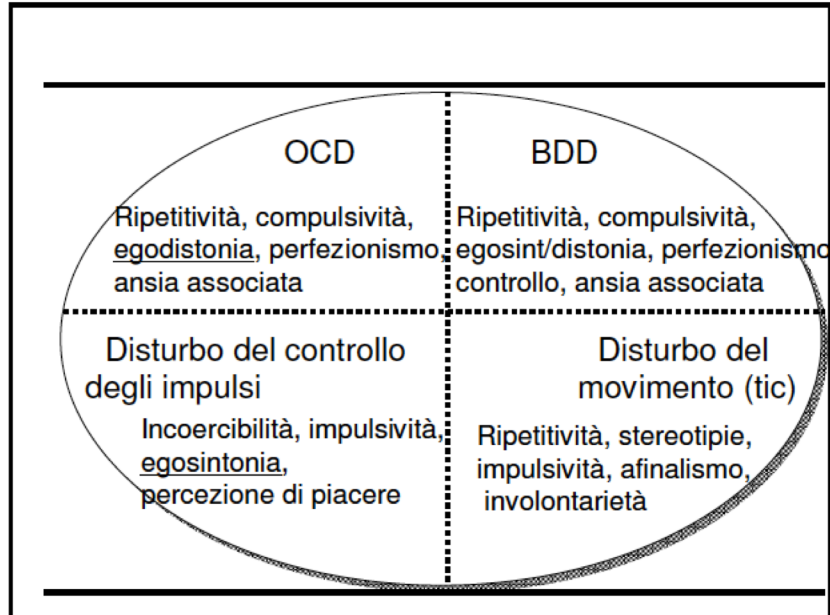
Il 20% riporta questi comportamenti, considerandoli privi di significato ma non invalidanti, l'8% riferisce che essi occupano almeno 1 ora al giorno, ed il 3% afferma che essi rappresentano un elemento frequentemente o costantemente disturbante.

DOC: comorbidità in età evolutiva - I

	%	
Asse I	>70	<i>Thomsen, 2000 Flament, 1999</i>
D. Ansia	26-70	<i>Swedo e coll., 1989 Geller e coll., 1996</i>
D. Umore	20-75	<i>Flament, 1990 Geller e coll., 1996</i>
D. da Tic	17-40	<i>Toro e coll., 1992 Geller e coll., 1996 Zohar e coll., 1992</i>

DOC: comorbidità in età evolutiva - II

	%	
D. condotta	>30	<i>Bolton, 1984</i>
Abuso sostanze	>30	<i>Kiessling e coll., 1993</i>
ADHD	30	<i>Blum e coll., 1995</i>
S. coreiforme	20-73	<i>Flament, 1990</i>
D. dirompente	22	<i>Geller e coll., 1996</i>
D. psicotici	13-28	<i>Reddy e coll., 2000</i>
DCA	10	<i>Bejerot, 2001</i>
BDD	10	<i>Stanley e coll., 1990 Rabe e coll., 2001</i>



DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO

- Esordio più frequente in adolescenza
- Preoccupazione per un difetto nell'aspetto corporeo, immaginario o sproporzionato
 - . Faccia (naso, bocca), testa, capelli, acne, rughe, cicatrici, pallore, rossore, sudorazione, peluria, ecc.
 - . Altre parti: genitali, mammelle, natiche, addome, cosce.
 - . Estrema sofferenza soggettiva, grave limitazione funzionale.

DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO

- . Continue verifiche (superfici riflettenti)
- . Continue manipolazioni (pulizia, pettinarsi, eliminazione di peli, cosmetici, ecc).
- . Evitamento (specchi, lavaggio, ecc.).
- . Manovre di miglioramento (diete, attività fisica, abbigliamento)
- . Aspetti deliranti, persecutori, riferimento
- . Isolamento sociale (scuola, lavoro, amicizie)
- . Interventi chirurgici correttivi
- . Rischio suicidario

Disturbo transitorio da tic: tic motori e/o vocali, singoli o multipli, che durano più di 4 settimane, ma meno di 12 mesi.

Disturbo cronico da tic: tic motori o vocali, durata > 12 mesi, interruzioni non > 3 mesi (?).

Sindrome di Gilles de la Tourette: tic motori e vocali, non necessariamente concomitanti, durata > 12 mesi (?), con interferenza funzionale

Diverse modalità di espressione nell'ambito dello stesso continuum, derivante da una comune vulnerabilità genetica.

SINDROME DI TOURETTE (ST)

- Tic motori, semplici (clonici o tonici), complessi (tipo compulsioni), coproprassia, ecoprassia, comportamenti autolesivi (?)
- Tic fonici: semplici (suoni), complessi (parole o frasi), a volte ritualistiche (contare, ripetere), coprolalia (5% in bambini, 25% in adulti), ecolalia, palilalia.
- Andamento fluttuante, con variazioni anche in tempi brevi. Possibilità di inibizione temporanea.

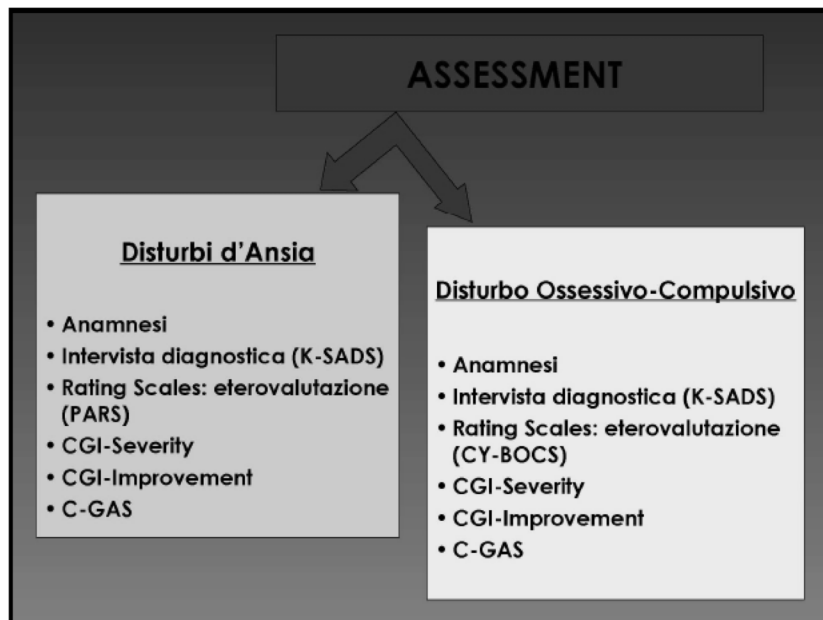
DOC: 0.5% in età scolare, 1-3% in adolescenza (5-10% forme subcliniche). Il 30-50% di tutti i DOC esordisce prima dei 15 anni.

In età adulta non significative differenze di sesso, in età evolutiva prevalenza del sesso maschile.

I maschi hanno un esordio più precoce, hanno più frequente familiarità, anche per s. di Tourette. Le forme precoci sono più spesso familiari.

Misconoscimento delle forme ad esordio precoce.

- Tendenza a nascondere il disturbo, scarso insight
- Diagnosi sbagliata
- Confusione tra forme transitorie e forme stabili
- Mancanza di compromissione funzionale



QUADRO CLINICO

Temperamento con perfezionismo ansioso, meticolosità, attenzione ai dettagli, desiderio di compiacere.

Ma nel 30% irritabili, oppositori, impulsivi.

Ossessioni: pensieri, immagini o impulsi da cui il soggetto non riesce a liberarsi, e che spesso vive come intrusivi e privi di significato (contaminazioni, tematiche corporee, sessuali, religiose, cattivi pensieri, incidenti a carico della famiglia).

Compulsioni: comportamenti (es. lavarsi le mani, mettere in ordine, controllare) o atti mentali (es. contare, pregare) che il soggetto si sente ripetitivamente costretto a mettere in atto, prevalentemente in risposta ad una ossessione.

Nei bambini vaga sensazione che “altrimenti potrebbe accadere qualcosa di male”.

Tali comportamenti non determinano una soddisfazione; più spesso sono associati a disforia, ansia, dubbio, disgusto, ecc., crescente sensazione soggettiva di tensione che tende ad aumentare fino a che il rituale non ha raggiunto il suo compimento.

Spesso la ripetizione del rituale non comporta un rilascio della tensione, ma addirittura una sua progressiva intensificazione.

Ogni tentativo di ostacolare la ripetitività determina un acuto aumento di tensione ed impulsività-aggressività, spesso associata al DOC.

Tali manifestazioni possono modificarsi nel tempo, senza evidenti pattern di progressione, e talvolta più rituali possono coesistere.

Sono rare le forme pure ossessive o compulsive.

Spesso le compulsioni sono mentali, e possono essere confuse con le ossessioni.

Es. ossessione di essere dominato dal peccato, compulsione a silenziose preghiere mentali, spesso inapparenti dall'esterno.

Confine tra tic complessi e compulsioni.

I rituali sono preceduti da una volontà o una intenzione, i tic sono privi di componente mentale. Ma: molti tic complessi hanno, prima del fenomeno motorio, una componente cognitiva, mentre in età evolutiva alcuni rituali sono talmente automatici da essere molto simili a tic.

La comorbidità con ST individua un sottotipo distinto di DOC, specifico per prevalenza nei maschi, età di esordio più precoce, caratteristiche fenomenologiche (ad es. minore frequenza di ossessioni di contaminazione con lavaggi, e maggiore presenza ossessioni violente, rituali di ordine, simmetria e controllo), risposta ai trattamenti farmacologici (minore risposta a monoterapia con farmaci serotonergici).

DIAGNOSI

Diagnosi clinica: bambini ed adolescenti possono nascondere il disturbo e mancare di insight.

Soglia di compromissione funzionale al di là della quale il disturbo diventa invalidante.

Sintomi OC transitori in infanzia o pubertà (es. rituali di addormentamento o defecazione), non troppo intensi: vulnerabilità di base? Più significativi se associati a familiarità per DOC o s. di Tourette, o a caratteristiche cognitive e temperamentali ossessive: monitoraggio, esteso anche alle condizioni cliniche più frequentemente associate (tic e s. di Tourette, ansia e umore, ADHD).

Strumento diagnostico: Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), per progressione della malattia, e risposta ai trattamenti.

STORIA NATURALE

Andamento cronico ed oscillante.

Remissione nel 10% dei casi.

Risposta significativa ai farmaci in circa il 50-65%.

Fattori prognostici positivi: maggiore insight, decorso episodico, prevalenza di ossessioni, esordio non precoce, breve durata, efficacia di trattamenti precedenti.

Fattori prognostici negativi: decorso cronico, prevalenza di compulsioni, esordio precoce, lunga durata, scarso insight, familiarità psichiatrica, gravità dei sintomi DOC, comorbidità con tic e s. di Tourette, o con disturbo della condotta (minore compliance).

Sospensione del trattamento: ricomparsa dei sintomi in 50-80% dopo 2 anni di interruzione. La frequenza di ricadute è ridotta da intervento cognitivo-comportamentale.

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Intervento psicoeducativo: natura del disturbo, strategie di gestione (famiglia), trattamenti.

Psicoterapia cognitivo-comportamentale:
potenziamento strategico di capacità di resistere alle ossessioni e compulsioni, attraverso comprensione della natura del disturbo (ristrutturazione cognitiva), graduale esposizione a stimoli, prevenzione di risposta.

La psicoterapia può ampliare l'impatto della farmacoterapia sulla vita quotidiana, ridurre il rischio di ricadute dopo sospensione della farmacoterapia.