



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo L'ansia
Data 26 febbraio 2006 alle 13:20:00
Autore R. Rossi

L'ANSIA

Ressa:

Se mi passi una battuta ti dirò che sono proprio ansioso di sapere cosa ci dirai sull'ansia.

Rossi:

Qualche minuto di pazienza e sarai accontentato. Prima però lasciami dire che si tratta di una condizione estremamente frequente, testimoniata dai dati di vendita delle benzodiazepine, i farmaci che di solito si usano (non sempre a proposito) per trattare questa situazione.

Ressa:

D'accordo, ma cosa intendiamo per ansia?

Rossi:

Per ansia si intende uno stato di disagio emotivo caratterizzato da apprensione, insicurezza, tensione nervosa fino ad arrivare ad una vera e propria paura. Non sempre il paziente ha la chiara percezione di questo stato emotivo, anzi spesso prova una sensazione indefinita di malessere che non sa spiegare o addirittura solo dei sintomi di tipo somatico. Di per sé l'ansia non è una reazione negativa. Si pensi per esempio ad una persona che debba affrontare un esame oppure una prova importante, un colloquio di lavoro, ecc. L'ansia potrà dare quella marcia in più per poter rendere al meglio delle proprie capacità e per superare la prova. O ancora si pensi ad un soldato durante un combattimento: l'ansia e la paura faranno in modo che egli possa essere sempre all'erta, pronto a reagire al minimo rumore o segno di pericolo. Quindi l'ansia motivata, vale a dire quella legata ad un pericolo o un evento reale, è un fenomeno fisiologico e positivo che porta l'organismo a migliorare le sue capacità e le sue prestazioni. Ressa:

Allora dov'è il problema?

Rossi:

Il problema nasce quando l'ansia diventa eccessiva, spropositata rispetto alla causa che l'ha generata oppure quando si sviluppa senza causa apparente, trasformandosi essa stessa in malattia. E' facile capire però come il confine tra fisiologia e patologia sia molto sfumato. In ogni caso si può generalmente dire che l'ansia diventa patologica quando va ad interferire con le normali attività quotidiane così da ridurre la qualità della vita del paziente.

Ressa:

Bene. La definizione mi pare chiara e semplice. Ho notato che alcuni soggetti vanno più frequentemente incontro a reazioni ansiose anche per stimoli minimi.

Rossi:

Vi è sicuramente una predisposizione di tipo individuale a sviluppare reazioni di tipo ansioso più o meno esagerate di fronte alle innumerevoli prove della vita. In certi casi definire la normalità e la patologia non è semplice. Un paziente affetto da malattia grave può benissimo sviluppare una reazione di tipo ansigeno accompagnata da vari sintomi somatici e/o depressione ma si tratta di una reazione del tutto comprensibile. Vi è sicuramente una predisposizione di tipo familiare perché spesso si notano tratti ansiosi in intere famiglie. Il MMG che segua per decenni padri e figli nota spesso che i disturbi d'ansia che affliggono i genitori si ripresentano, anche in giovane età, nei figli. Dire se vi sia un substrato organico o sia l'ambiente in cui i figli crescono a creare la propensione verso atteggiamenti ansiosi credo sia una questione ancora aperta.

Ressa:

Immagino che vi siano varie forme di patologia ansiosa, ma per favore non propinarci le solite tabelle, sai che le odio. Rossi:

IL DMS IV cioè il manuale che viene usato dagli specialisti per classificare i disturbi psichiatrici enumera vari quadri clinici provocati dall'ansia, ma si tratta di classificazioni complesse e comunque non usate nella medicina di famiglia. Più utile per il medico pratico questa classificazione semplificata:

1. attacco di panico
2. fobie
3. disturbo d'ansia generalizzato
4. ossessione
5. disturbo da stress post-traumatico

Ressa:

Cominciamo con il primo: l'attacco di panico.

Rossi:

Nel disturbo da attacco di panico (DAP) il paziente riferisce una sintomatologia ad esordio acuto che dura in genere



pochi minuti. L'attacco può manifestarsi in seguito a determinate situazioni (ben note al paziente: per esempio quando si trova in luoghi pubblici come ristoranti, chiese, supermercati, ecc.) ma può avvenire anche in assenza di esse. I sintomi sono allarmanti: il paziente si sente mancare il respiro, avverte un senso di oppressione toracica o alla gola; altri sintomi: tachicardia, nausea o disturbi addominali, tremori, parestesie diffuse agli arti o al viso, sensazione di morte imminente. Il soggetto impara a conoscere le situazioni o gli ambienti che possono scatenare la crisi e cerca di evitarli. Ovviamente il ripetersi degli attacchi condiziona il comportamento e la vita del paziente che può arrivare a rimanere chiuso in casa evitando di uscire pur di non essere preda di un attacco.

Spesso nel DAP vi è un'iperventilazione che accentua i sintomi; una misura utile in questi casi è far respirare il paziente (più spesso la paziente) in un sacchetto di carta. Nel giro di pochi minuti i sintomi si attenuano o scompaiono, provare per credere. Ressa:

Non è sempre così. A me è capitato qualche caso in cui il sacchetto di carta ha funzionato poco e si è reso necessario somministrare del diazepam per via parenterale.

Aggiungo che non si muore di attacchi di panico, cosa che dico sempre a chi ci soffre. Andiamo avanti: le fobie.

Rossi:

Le fobie sono caratterizzate dal fatto che le manifestazioni acute d'ansia si realizzano in seguito a stimoli specifici. Per esempio situazioni sociali (come cene, riunioni, viaggi, ecc.) oppure vista del sangue, contatto con animali, paura delle altezze, ecc. Alcuni manifestano la paura di comparire o parlare in pubblico perché temono di essere giudicati o derisi dagli altri. In un certo senso potremmo dire che la fobia sociale è una timidezza elevata a potenza. Quando la fobia sociale è molto pronunciata il paziente tende a isolarsi e a ridurre al minimo la sua vita di relazione.

Ressa:

Da distinguere, beninteso, da chi non vuol perdere tempo con situazioni e/o persone insulse! Passiamo al disturbo d'ansia generalizzato.

Rossi:

In questi casi l'ansia tende ad assumere un andamento cronicizzante: il paziente si preoccupa anche per gli aspetti più banali del vivere quotidiano, è in uno stato di tensione e nervosismo continui; spesso si associano somatizzazioni, insonnia, astenia, vertigini, oppure sensazione di testa vuota e pesante se non di vera cefalea, nodo in gola, bocca secca, parestesie al viso. Il malato riferisce sintomi apparentemente dovuti ad una malattia organica e richiede una terapia per questi mentre solo se interrogato, e non sempre, denuncia lo stato d'ansia sottostante, che alcune volte viene negato. Non di rado si sottopone a lunghi e complessi accertamenti diagnostici alla ricerca di una qualche patologia che possa spiegare i suoi disturbi, creando frustrazione nel medico e insoddisfazione nel paziente. Ressa:

Veniamo alle ossessioni (dette anche disturbo ossessivo-compulsivo).

Rossi:

In questo tipo di disturbo ansioso il pensiero del paziente è preso costantemente da una preoccupazione specifica, per esempio l'idea che gli oggetti siano sporchi e possano contagiarlo di una qualche infezione oppure è continuamente roso dal pensiero di essere vittima di una malattia. Le ossessioni scatenano dei comportamenti reattivi (per esempio il lavaggio continuo delle mani o lo spolverare i mobili appena puliti, ecc.); in altri casi il paziente richiede in modo "ossessivo" esami ed accertamenti per placare il dubbio di avere una qualche malattia che non si riesce a diagnosticare (atteggiamento ipocondriaco).

Ressa:

Veniamo all'ultimo quadro, il disturbo da stress post-traumatico.

Rossi:

Riguarda persone che hanno vissuto da vicino esperienze pericolose o drammatiche come minaccia di morte, guerre, sequestri di persona, attentati, dirottamenti, ecc.

Ressa:

Bene, in tutte queste classificazioni ho riconosciuto un mucchio di miei pazienti.

Ho una signora di 38 anni che richiede almeno una visita alla settimana, è convinta di soffrire di tutte le malattie che si trovano nell'indice dell'Harrison e ha una documentazione medica che spaventa solo a vederne la mole. E ogni volta che entra in ambulatorio mi devo prendere un ansiolitico per calmare il MIO, di attacco di panico. Rossi:

Eh, di pazienti così ne abbiamo tutti.

Ressa:

Parlaci della terapia.

Rossi:

La terapia dell'ansia si basa sulle benzodiazepine. Bisogna dire però che solo il disturbo d'ansia generalizzato risponde abbastanza bene mentre le ossessioni e il disturbo da attacco di panico sono più sensibili agli antidepressivi (SSRI o triciclici). L'uso di un ansiolitico comunque non è sbagliato.

Ressa:

In commercio esistono molti tipi di benzodiazepine. Sono veramente così diverse le une dalle altre?

Rossi:

Le benzodiazepine (BDZ) si distinguono sulla base della loro durata d'azione e la suddivisione in BDZ ansiolitiche ed ipnotiche non ha nessun razionale farmacologico. L'effetto ipnotico o ansiolitico dipende unicamente dalla dose e la scelta di commercializzare una BDZ più come ipnotica o come ansiolitica risponde più che altro ad una



scelta di mercato. Per esempio il diazepam a dosaggi di 5-20 mg ha un'azione ansiolitica e a dosaggi di 20-60 mg ha un'azione ipnotica, il lorazepam a dosaggi di 1-2 mg ha un'azione ansiolitica mentre a 2,5-5 mg ha un'azione ipnotica. Ressa:

Vero, mi capita spesso di prescrivere una benzodiazepina proposta come ansiolitico per l'insonnia e vedo che funziona egregiamente.

Quali sono i criteri che ci devono guidare nella scelta di una benzodiazepina?

Rossi:

In linea generale è preferibile scegliere una BDZ a breve durata d'azione se si vuol ottenere un effetto prevalentemente ipnotico e a medio-lunga durata d'azione se si vuol ottenere una azione prevalentemente ansiolitica.

Ressa:

A disposizione del medico ci sono talmente tanti prodotti (e marche) che creano francamente un po' di confusione...

Rossi:

Proprio l'abbondanza dei prodotti presenti nel mercato rende necessario che il medico prenda confidenza con alcune molecole e impari a usare solo quelle. Questo fa a pugno con l'abitudine dei pazienti di cambiare farmaco (dietro consiglio di specialisti o di amici o altro) ed è anche vero che la risposta è del tutto individuale per cui è difficile stabilire delle regole. In base alla loro emivita le benzodiazepine vengono classificate in:

- 1) BDZ a emivita medio-lunga (> 24 ore): Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Clordiazepossido, Clorazepato
- 2) BDZ a emivita breve: Alprazolam, Bromazepam, Estazolam, Lorazepam, Triazolam, Temazepam, Oxazepam

Le BDZ si somministrano per via orale. La via intramuscolare è sconsigliata perché l'assorbimento non è più rapido e inoltre è più irregolare. La via endovenosa è riservata a situazioni molto rare di emergenza per sedazione nei casi di gravi stati di agitazione o nelle convulsioni (la somministrazione deve avvenire molto lentamente per il pericolo di ipotensione e arresto respiratorio). Ressa:

Parlaci ora degli effetti collaterali delle BNZ.

Rossi:

Gli effetti collaterali sono sedazione, alterazione dei riflessi (vietato guidare dopo la loro assunzione), astenia, confusione mentale. Negli anziani questi effetti collaterali sono più frequenti e più gravi e in taluni casi possono esserci anche effetti paradossi come agitazione e stati di eccitazione.

Ressa:

A proposito di anziani ricordo che le benzodiazepine possono aumentare il rischio di cadute con conseguenti fratture (rischio aggravato dalla frequente contemporanea assunzione di ipotensivi).

Anche l'uso cronico di questi farmaci può provocare dei problemi...

Rossi:

Sì, l'uso cronico delle BDZ può portare alla dipendenza. Sono perciò opportune alcune regole (dosi basse, limitare l'assunzione al periodo strettamente necessario) per minimizzare questo fenomeno che purtroppo invece è molto frequente e difficile da combattere. La "disintossicazione" (se vogliamo usare un termine che i parenti spesso adoperano per i soggetti con problemi di alcolismo) non è semplice...

Ressa:

Anzi, direi che è un compito arduo. Mi sono capitate anche delle revoche per aver insistito su questo punto. Rossi: La sospensione non deve essere brusca ma graduale (pena la comparsa di una vera e propria sindrome da astinenza, specialmente per le BDZ a durata d'azione molto breve), tuttavia anch'io ho constatato che, nella maggior parte dei casi, si tratta di un'impresa quasi disperata. Per altri particolari sull'uso delle BDZ si rimanda al capitolo sull'insonnia.

Ressa:

La mia esperienza comunque è che i farmaci sono dei "tappabuchi" ma non risolvono che raramente i problemi dei pazienti.

Rossi:

In effetti è così.

I farmaci, nell'ansia, possono essere una risposta momentanea, sicuramente necessaria ma non sufficiente. Il fatto è i pazienti ansiosi esprimono in modo conscio o inconscio uno stato di disagio e manifestano una richiesta di aiuto. I farmaci possono aiutare nel ridurre l'intensità di alcuni sintomi ma non bisogna mai dimenticare che conta spesso di più un ascolto partecipe del paziente, una sua presa in carico.

Ressa:

Temo che nei casi di ansia cronica questo serva a pochissimo se non a nulla.

Si parla tanto di counselling, ma già il fatto di usare un termine straniero la dice lunga, non mi sembra che si tratti di una pratica tipica della mentalità italiana... Rossi:

Mah, a parte il termine usato, credo che i MMG il counselling, più o meno, l'abbiano sempre fatto, anche se magari in modo non formalizzato e strutturato.

Comunque se non ci si sente in grado di praticarlo in modo adeguato si può inviare il paziente presso specialisti in psicoterapie e tecniche di rilassamento, ma alcuni punti possono comunque essere affrontati già a livello di medicina di base: spiegare al paziente che è normale, entro certi limiti, che lo stress, i problemi e le preoccupazioni quotidiane



provochino nervosismo, insonnia, sintomi fisici e che non necessariamente si tratta di una patologia in cui si devono usare i farmaci, apprendere tecniche di rilassamento e applicarle ogni giorno può essere più utile che ricorrere alla pillola (la quale farà scomparire il sintomo ma crea dipendenza e ricomparsa dei disturbi, magari accentuati, quando si interrompe).

Ressa:

Tecniche di rilassamento... Per esempio?

Rossi:

Per esempio si può consigliare al paziente di ritagliarsi uno spazio temporale nella giornata in cui stare con se stesso, distendersi in ambiente tranquillo e praticare una respirazione lenta e profonda cercando di sciogliere la muscolatura tesa e contratta. Ho trovato che non di rado chi mette in pratica queste raccomandazioni ne trae un certo beneficio.

Ressa:

Altri consigli?Rossi:

Conviene spiegare anche che i sintomi che compaiono durante gli attacchi di panico non significano che si ha una cardiopatia o che si soffre di asma o che si sta facendo una "paralisi" ma è semplicemente l'ansia che si esprime facendo soffrire il corpo, se il paziente mostra delle fobie dirgli che evitare le situazioni scatenanti fa peggiorare sempre di più il disturbo mentre è più utile cercare di affrontarle (anche se può essere difficile), in modo graduale così da abituarsi ad esse.

Resta comunque il fatto che la gestione del soggetto ansioso rimane problematica: da una parte i pazienti richiedono una soluzione immediata alle loro difficoltà e un sollievo ai sintomi, fidando ciecamente in una medicina tecnologica che promette miracoli e pillole della felicità, dall'altra è forte la tentazione del medico di prescrivere in fretta un ansiolitico o un sonnifero.

Ressa:

Beh, bisogna capire anche la NOSTRA, di ansia.

Dare un farmaco rientra nell'immaginario comune e il medico spesso vi ci si rifugia nel tentativo di dare una risposta falsamente "medica" a situazioni che egli stesso trova difficoltoso affrontare e per le quali soluzioni diverse sono ardue da far accettare.

Insomma tante volte ho l'impressione di prescrivere il farmaco tanto per "fare qualcosa", per non far credere al paziente che non mi interessa di lui.

Rossi:

E' un'impressione e un malessere che proviamo un po' tutti.