

CAPITOLO SECONDO

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI

A) ASPETTI GENERALI INTRODUTTIVI

LA NEVROSI D'ANSIA: DA IPPOCRATE AL DSM-IV

ANXIETY: FROM IPPOCRATE TO DSM-IV

Maria Civita De Marco*, Francesco Salvatore Marra**

**Dipartimento di scienze psichiatriche e medicina psicologica,
Università degli studi di Roma "La Sapienza"*

***III Clinica psichiatrica, Università degli studi di Roma "La Sapienza"*

Riassunto

Negli anni '70 fu proposta una suddivisione dell'ansia clinica in due forme, l'ansia generalizzata e l'ansia legata al Disturbo da Attacchi di Panico. La disponibilità di strumenti diagnostici standardizzati per separare il panico dall'ansia generalizzata e l'aver collegato il panico all'agorafobia aumentò il numero di lavori clinici sulla validità di questa distinzione.

Parole chiave: *ansia, disturbo di panico*

Abstract

In the '70s, a division of clinic anxiety into two forms was proposed: generalized anxiety and anxiety connected with Panic Disorder. The availability of standard diagnostic instruments to divide panic from generalized anxiety, as well as the found linking between panic and agoraphobia increased the number of clinic works about the validity of this distinction.

Key words: *anxiety, panic disorder*

1. Ansia

Quello che oggi definiamo Disturbo da Attacchi di Panico ha questa denominazione da appena 20 anni.

Descrizioni di stati sintomatologici che oggi verrebbero classificati come attacchi di panico si possono ritrovare già in Ippocrate, che descrisse negli Sciiti la presenza di un quadro costituito da precordialgie, ansia, parestesie e dimagrimento; anche Teofrasto di Efeso (300 a.C.) e Galeno (131 d. C.), descrissero quadri caratterizzati da astenia a genesi emozionale.

Solo nella tarda metà del 19° secolo insorse l'interesse per l'ansia e i disturbi d'ansia, quando la psichiatria, nata come specialità medica a metà del 18° secolo, cominciò ad uscire dai manicomi e quindi ad entrare in contatto con malati non psicotici.

Nacquero nuovi termini diagnostici: "Neurastenia" (Bair), "psicoastenia" (Janet) e "isteria" (utilizzata in particolare negli scritti di Charchot).

Il termine ansia non acquistò importanza fino al 1895, quando Freud scrisse il suo articolo per distinguere la nevrosi d'ansia dalla neurastenia (FREUD, 1976).

Freud associava la nevrosi d'ansia con sintomi che denominava aspettativa ansiosa e irritabilità. Pazienti con nevrosi d'ansia venivano descritti da Freud come soggetti ad attacchi d'ansia caratterizzati da insorgenza di paura, disturbi della funzione respiratoria, sintomi cardiaci, sudorazione, tremori, vertigini, diarrea e insonnia. Questi sintomi sono approssimativamente gli stessi che caratterizzano il Disturbo di Attacchi di Panico nel DSM-III.

2. Ansia come continuum

L'esperienza degli psichiatri dell'esercito durante la I Guerra Mondiale attirò l'attenzione su vari tipi di nevrosi da guerra o traumatiche. Le condizioni di shock e di astenia neurocircolatoria acquistarono importanza così come l'effetto di traumi e le condizioni non psicotiche che ne derivavano. Si notarono alterazioni nelle funzioni organiche e nei sintomi di natura gastrointestinale e cardiaca, senza che vi fosse un danno delle funzioni mentali superiori, che invece si riscontrava in quei classici stati psicotici normalmente visti dagli psichiatri nelle istituzioni manicomiali.

Dalla fine della I Guerra Mondiale, vi fu un ampio accordo sul concetto di un modello d'ansia visto come un "continuum" (UHDE et al., 1985).

Sotto l'influenza delle teorie dell'evoluzione di Darwin, l'ansia fu considerata come l'equivalente clinico della normale paura (ROTH et al., 1962). Le condizioni nevrotiche, comprese le ossessioni e le compulsioni, le fobie e gli stati d'ansia, furono distribuite su di un "continuum" di gravità crescente. Secondo questo modello esiste un continuum di gravità che va dalla normale paura e tensione a livelli lievi di risposta allo stress, attraverso questi modesti livelli di ansia, quali quelli osservabili negli stati clinici di nevrosi d'ansia, per arrivare a gravi condizioni fobiche, come l'agorafobia. (Fig. 1)

Fig. 1- Teoria dell'ansia come continuum

Tensione normale/paure
Ansia come risposta ad uno stress
Nevrosi d'ansia
Fobie
Agorafobia

La teoria dell'ansia come continuum fu universalmente sostenuta sino al termine della II Guerra Mondiale. Non era prassi comune l'uso di categorie diagnostiche psichiatriche quale base delle ricerche di epidemiologia clinica. I critici sottolinearono la modesta affidabilità delle valutazioni diagnostiche e dell'alto numero di forme transitorie o miste d'ansia che si osservavano in individui posti di fronte a pericoli esterni come in combattimento o durante i raids aerei. Negli anni 60, il modello dell'ansia come continuum fu posto in discussione dagli sviluppi delle ricerche cliniche. Alcuni studi clinici furono resi possibili dalla disponibilità dei computers e dalle analisi statistiche multivariate. Altre ricerche cliniche furono rese possibili dall'efficacia di nuovi psicofarmaci come gli inibitori delle mono amminossidasi e gli antidepressivi triciclici. Lo sviluppo delle tecniche di analisi statistica multivariata e la disponibilità di computers ad alta velocità resero applicabili queste tecniche ai dati di psicopatologia derivati da campioni allargati. In Gran Bretagna un'ampia discussione seguì l'uso delle tecniche multivariate, in modo particolare l'uso della funzione discriminante e dell'analisi fattoriale, per identificare i sottotipi all'interno della depressione. In questo lavoro vi fu una controversia tra il gruppo di Newcastle, guidato da Roth e coll. (HELLIOTT et al., 1986), e il gruppo di Londra di Lewis

(BREIER et al., 1986) e dei suoi studenti, in modo particolare Kendell (FAVA et al., 1988).

Gli sforzi furono indirizzati a distinguere gli stati ansiosi da quelli depressivi. Studi basati sul metodo dell'analisi fattoriale identificarono fattori distinti per l'ansia e la depressione su molte scale valutative, particolarmente sulla Hopkins Symptom Checklist. Sebbene queste scale mostrassero un'indipendenza fattoriale negli studi statistici, nella pratica clinica le scale per l'ansia e la depressione erano fortemente correlate. Ricerche in questa area non si dimostrarono apparentemente in grado di risolvere il punto critico della continuità o della discontinuità tra ansia e depressione.

Maggior successo ebbero gli sforzi indirizzati verso la classificazione delle fobie. Un'insieme di ricerche cliniche e studi di analisi fattoriale portarono alla proposta di dividere le fobie in tre tipi: agorafobia, fobia sociale e fobia semplice (FINLAY-JONES et al., 1981).

3. Ansia generalizzata e disturbo di panico

Una linea di ricerca importante, ma per certi versi differente, fu intrapresa negli Stati Uniti negli anni '60 e '70'. A seguito delle osservazioni effettuate in Gran Bretagna sull'efficacia degli inibitori delle MAO sulle depressioni atipiche, furono condotti degli studi per valutare la possibile efficacia degli antidepressivi triciclici nella stessa indicazione. Donald Klein notò il manifestarsi degli attacchi di panico nel quadro sintomatologico di pazienti con grave agorafobia, che spesso venivano diagnosticati come schizofrenici borderline o pseudo nevrotici (Last et al., 1984).

In uno studio randomizzato in doppio cieco che confrontava l'imipramina alla clorpromazina, Klein osservò un inatteso effetto della imipramina nel ridurre il numero di attacchi di panico. Basandosi su questa osservazione clinica, egli diede il via ad una serie di studi tendenti a definire la sindrome clinica degli attacchi di panico ed a valutare l'efficacia terapeutica dell'imipramina e degli altri antidepressivi triciclici per il loro trattamento.

Sulla base di queste ricerche, negli anni '70 fu proposta una suddivisione dell'ansia clinica in due forme, l'ansia generalizzata e l'ansia legata al Disturbo da Attacchi di Panico. Questa suddivisione fu codificata nel Research Diagnostic Criteria (RDC) (FARAVELLI, 1985) e dalle ricerche del NIMH Collaborative Program in the Psychobiology of Depression (ROY-BYRNE et al., 1986), che usò il SADS-RDC. La

disponibilità di strumenti diagnostici standardizzati per separare il panico dall'ansia generalizzata e l'aver collegato il panico all'agorafobia aumentò il numero di lavori clinici sulla validità di questa distinzione. Studi farmacologici indicarono che due classi di antidepressivi, gli anti-MAO ed i triciclici, erano usati nel trattamento di questa condizione.

Molti di questi concetti nosologici furono inclusi nel DSM-III (LIEBOWITZ et al., 1985) pubblicato dalla American Psychiatric Association nel 1980. Questa pubblicazione, sebbene contenesse gran parte dei punti di vista favorevoli alla visione della discontinuità dell'ansia, nello stesso tempo ha dato inizio a molte controversie ed ha stimolato importanti ricerche sperimentali.

Nel DSM-III sono raccolti importanti cambiamenti nell'approccio all'ansia ed ai disturbi d'ansia. La nevrosi quale categoria unificante ed entità nosologica fu abbandonata, al pari della precedente teoria del continuum. La precedente categoria delle condizioni nevrotiche fu divisa in numerose categorie separate. I disturbi d'ansia furono inclusi nel DSM-III e nel DSM-III-R (MAGRAF et al., 1986), in cui il Disturbo da Attacchi di Panico fu separato dall'ansia generalizzata.

Il punto essenziale nella diagnosi di panico è l'esperienza del paziente di uno o più attacchi di panico: episodi distinti, limitati nel tempo, ad inizio improvviso, di intensa paura ed ansia. Gli episodi sono accompagnati da caratteristici sintomi somatici (quali sudorazione, palpitazioni, tremori, indicanti il coinvolgimento del simpatico) associati a specifici cambiamenti cognitivi e comportamentali, tipicamente paura di morire, di perdere il controllo di sé, di diventare pazzo, di svenire e/o intenso desiderio di fuggire dalla situazione contingente che è percepita come pericolosa.

La diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico è presente anche nella bozza della 10a Edizione dell'International Classification of Diseases dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (MARKS, 1988). Sebbene la validità della diagnosi del Disturbo da Attacchi di Panico sia ancora controversa, comincia ad essere accettata sia da un punto di vista clinico che sperimentale.

Bibliografia

ALDER C.A, CRASKE G., BARLOW D.H., "Relation induced-panic (RIP): when resting isn't placeful", *Integrative Psychiatry*, 5: 94, 1987

BREIER A., CHARNEY D.S., HENINGER G.R., "Agoraphobia with panic attacks, development, diagnostic stability and course and illness", *Arch. Gen. Psychiatry*, 43: 1029, 1986

BULLER R., MAIER W., BENKERT O., "Clinical subtypes in panic disorder: their descriptive and prospective validity", *J. Affective Disorder*, 11: 105, 1986

COX B.J., NORTON G.R., DORWARD J., FERGUSON P.A., "The relationship between panic attacks and chemical dependencies", *Addictive Behaviors*, 14: 5, 1989

FARAVELLI C., "Life events preceding the onset of panic disorder", *J. Affective Disord.*, 9: 103, 1985

FAVA G.A., KELLNER R., ZIELERNY M., "A Prodromal Symptoms in panic disorder with agoraphobia", *Am. J. Psychiatry*, 145: 1564, 1988

FINLAY-JONES R., BROWN G.W., "Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders", *Psychol. Med*, 11: 803, 1981

FREUD S., *Lutto e Melanconia*. Opere di Sigmund Freud. Boringhieri, Torino 1976, VIII, 1917

HELLIOTT P., MARKS I., Mc NAMEE G., TOBENA A., "Onset of Panic Disorder with agoraphobia", *Arch. Gen. Psychiatry*, 46, 1000, 1986

LAST C., BARLOW D.H. et al., "Precipitants of agoraphobia. Role of stressful life events", *Psychol. Rep.*, 54: 567, 1984

LESSER I.M., "The relationship between panic and depression", *J. Affect. Dis.*, 2: 3, 1988

LIEBOWITZ M. R., GORMAN J. M., FYER A. J. et al., "Lactate provocation of panic attacks II: biochemical and psychological findings", *Arch. J. Psychiatry*, 42: 709, 1985

MAGRAF J., EHLERS A., ROTH W.T., "Sodium lactate induction, a review and critique", *Psychosom. Med.*, 48: 23, 1986

MARKS I.M., "Overview: towards integration in panic and phobia", in Hand I, Wittchn HU (eds). *Treatment of panic and phobia*. New York, NY, Springer-Verlag NY 1988

MELLMAN T.A., UHDE T.W., "Sleep panic attacks: new clinical findings and theoretical implications", *Am. J. Psychiatry*, 146: 1204, 1989

MYERS J.K., WEISSMAN M.M., TISCHLER C.E., HOLZER C.E. et al., "Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities", *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: 959, 1984

ROBINS E., GUZE S.B., "Classification of affective disorders: the primary-secondary; endogenous-reactive and the neurotic-psychotic concept", in Williams TA, Katz MM, Shiel JA (eds). *Recent advances in the psychobiology of depressive illness*. DHEW Publication No. (HSM) 79 9033 US Government Printing Office

ROTH M., HARPER M., "Temporal lobe epilepsy and Phobic anxiety-Depersonalization Syndrome. Part III: practical and theoretical considerations", *Compr. Psychiatry*, 3, 215, 1962

ROY-BYRNE P., GERACI M., HUDE T.W., "Life events and the onset of Panic Disorder", *Am. J. Psychiatry*, 143: 1424, 1986

UHDE T., BAULANGER J.P., ROY-BURNUE B.P., et al. "Longitudinal course of panic disorders: clinical and biological consideration", *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 9: 39, 1985

UHDE T.W., MELLMAN T.A., "Commentary on relaxation-induced panic (RIP): when resting isn't peaceful", *Integrative Psychiatry*, 5: 101, 1987
