



Approccio psichiatrico al disturbo da sintomi somatici

Prof. Simone Pisano

U.O.S.D. Neuropsichiatria infantile, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali,
Università degli studi di Napoli "Federico II"

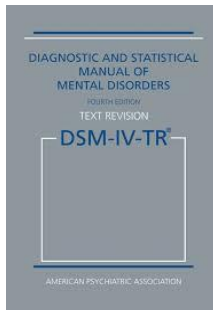
Non ho alcun coinvolgimento o interesse che possa far sorgere il problema di una distorsione nella presentazione, nel lavoro, nelle conclusioni o nelle opinioni espresse nella mia presentazione.



Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

- Disturbo da sintomi somatici
- Disturbo da ansia di malattia
- Disturbo di conversione (Disturbo da sintomi neurologici funzionali)
- Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche
- Disturbo fittizio (provocato a sé o ad altri)
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione

Disturbi somatoformi (DSM-IV-TR) e Disturbo da sintomi somatici (DSM-5)



VS



Assenza di spiegazione medica ai segni e sintomi somatici

Impairment globale e coinvolgimento emotivo, cognitivo e comportamentale causato dai segni e sintomi somatici



Disturbo da sintomi somatici

Criteria diagnostici:

A. Uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana.

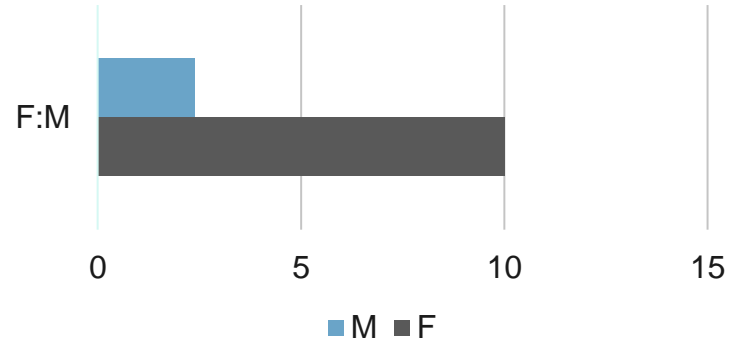
B. Pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati ai sintomi somatici o associati a preoccupazioni relative alla salute, come indicato da almeno uno dei seguenti criteri:

1. Pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi.
2. Livello costantemente elevato di ansia per la salute o per i sintomi.
3. Tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute.

C. Sebbene possa non essere continuamente presente alcuno dei sintomi, la condizione di essere sintomatici è persistente (tipicamente da più di 6 mesi).



Epidemiologia



Eziopatogenesi

- Eziologia sconosciuta



- Possibile disregolazione dei sistemi emotivi, di controllo dello stress e dei sistemi di arousal
- Fattori biologici, genetici, esperienze traumatiche (abuso), ipoaccudimento durante l'infanzia, abuso di alcol e/o sostanze, disoccupazione, norme culturali e sociali

Table 1

Predisposing, precipitating, and perpetuating factors

Predisposing	Precipitating Factors	Perpetuating
Chronic childhood illnesses	Medical illness	Chronic stressors
Childhood adversities	Psychiatric disorder	Maladaptive coping skills
Comorbid medical illness	Social and occupational stress	Negative health habits
Lifetime psychiatric diagnosis	Changes in social support	Disability payments
Poor coping ability		



Clinica

- Dolore
- Spossatezza
- Nausea
- Attenzione e preoccupazione eccessive relativamente ai sintomi
- Compromissione funzionamento globale



Disturbo da ansia di malattia

Criteri diagnostici:

- A. Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.
- B. I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono solo di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla (per es., in presenza di importante familiarità), la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata.
- C. È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo al proprio stato di salute.
- D. L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (per es., controlla ripetutamente il proprio corpo cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (per es., evita visite mediche e ospedali).
- E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo.
- F. La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di distorsione corporea, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante, tipo somatico.



Disturbo da conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)

Criteria diagnostici:

- A. Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale.
- B. I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche o mediche conosciute.
- C. Il sintomo o il deficit non sono meglio spiegati da un altro disturbo medico o mentale.
- D. Il sintomo o il deficit causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, oppure richiedono una valutazione medica.



Disturbo da conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)

- Con attacchi epilettiformi o convulsioni (PNES)
- Con debolezza o paralisi
- Con movimento anomalo (tremore, disturbi della deambulazione)
- Con sintomi riguardanti la deglutizione
- Con sintomi riguardanti l'eloquio (disfonia, bisciamento)
- Con anestesia o perdita di sensibilità
- Con sintomi sensoriali specifici (problemi visivi, uditivi, olfattivi)
- Con sintomi misti



Disturbo da conversione con attacchi epilettiformi o convulsioni (PNES, Psychogenic non epileptic seizures)

Classificazione:

1) PNES motorie generalizzate

- convulsive (da lievi a severe)
- propriospinali

2) PNES motorie focali

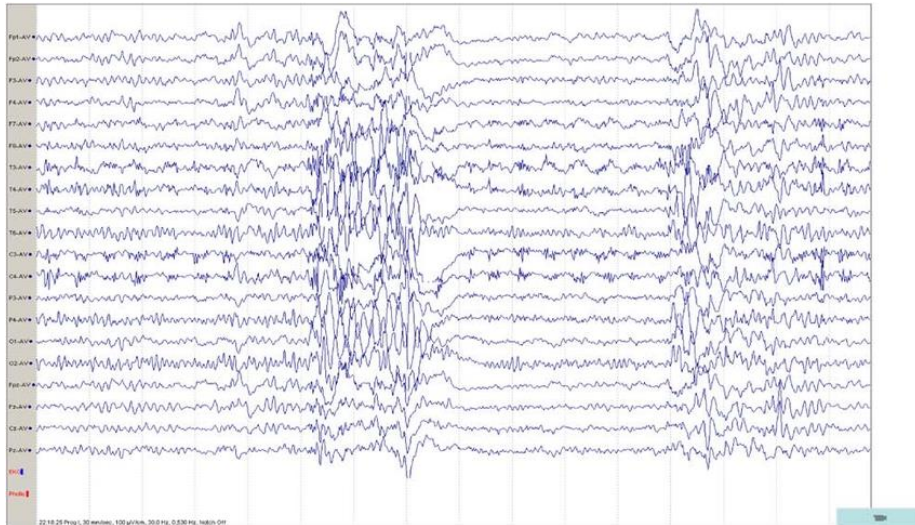
- distali unilaterali o bilaterali

3) PNES solo perdita di coscienza (compreso il mancato risveglio)

4) PNES con fenomeni oculari

Disturbo da conversione con attacchi epilettiformi o convulsioni (PNES, Psychogenic non epileptic seizures)

Diagnosi differenziale con epilessia

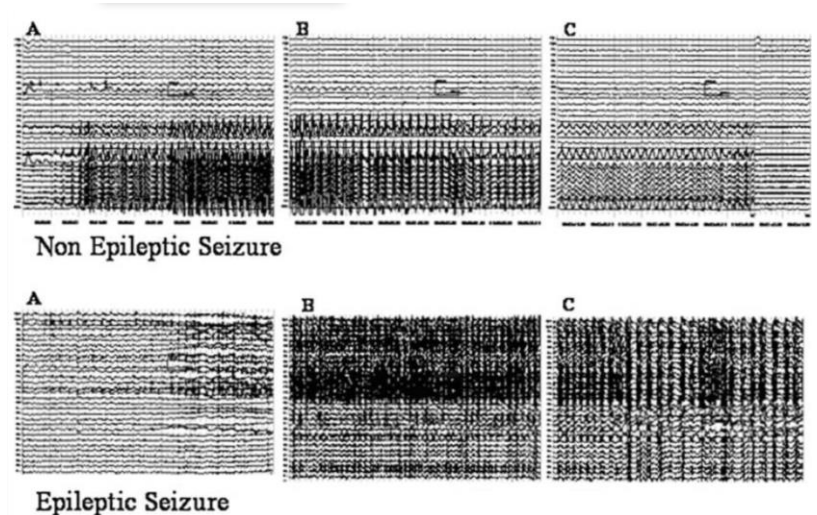


Assenza di alterazioni all'EEG
(meglio se video), se non artefatti
da movimento

Diagnosi differenziale PNES - Epilessia

"Convulsive" nonepileptic seizures have a characteristic pattern of rhythmic artifact distinguishing them from convulsive epileptic seizures

Anita Vinton ¹, John Carino, Simon Vogrin, Lachlan Macgregor, Christine Kilpatrick, Zelko Matkovic, Terence J O'Brien





Diagnosi differenziale PNES - Epilessia

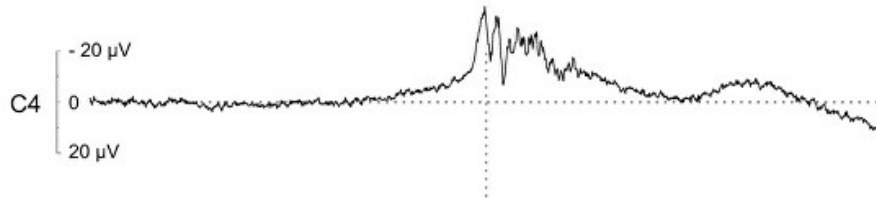
- Frequenza cardiaca stabile
- Occhi chiusi verso occhi aperti
- Movimenti pelvici
- Movimenti latero-laterali del capo tipo "no-no"
- Movimenti ritmici i cui artefatti possono simulare il punta-onda

"Convulsive" nonepileptic seizures have a characteristic pattern of rhythmic artifact distinguishing them from convulsive epileptic seizures

Anita Vinton ¹, John Carino, Simon Vogrin, Lachlan Macgregor, Christine Kilpatrick, Zelko Matkovic, Terence J O'Brien

Diagnosi differenziale PNES/mioclono funzionale - Epilessia

- EEG/EMG (potenziale pre-movimento Bereitschafts-potential)



- Prove di interferenza inibiscono il mioclono:
 - la contrazione volontaria dell'arto interessato e del controlaterale determina la scomparsa del fenomeno e la sua rapida ricomparsa alla fine della contrazione



Disturbo da conversione con movimento anomalo (tremore funzionale)

- Esordio improvviso
- Presente a riposo (mantenimento di posture) e durante l'azione (inusuale per un tremore organico)
- Variabilità della parte del corpo affetta e della severità (remissioni spontanee, cambia con il livello di attenzione)
- Peggiora durante l'esame neurologico



Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche

Criteria diagnostici:

- A. È presente un sintomo o una condizione medica (diversa da un disturbo mentale).
- B. Fattori psicologici o comportamentali influenzano negativamente la condizione medica in uno dei seguenti modi:
 1. I fattori hanno influenzato il decorso della condizione medica, come dimostrato da una stretta relazione temporale tra i fattori psicologici e l'insorgenza, o l'aggravamento, della condizione medica, o la sua ritardata guarigione.
 2. I fattori interferiscono con il trattamento della condizione medica (per es., scarsa aderenza).
 3. I fattori costituiscono ulteriori rischi accertati per la salute dell'individuo.
 4. I fattori influenzano la fisiopatologia sottostante, scatenando o aggravando i sintomi, o sollecitando attenzione medica.
- C. I fattori psicologici e comportamentali del Criterio B non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo di panico, disturbo depressivo maggiore, disturbo da stress post-traumatico).



Disturbo fittizio

Criteria diagnostici:

Disturbo fittizio provocato a sé

- A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associato a un inganno accertato.
- B. L'individuo presenta se stesso agli altri come malato, menomato o ferito.
- C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.
- D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Disturbo fittizio provocato ad altri (precedentemente, disturbo fittizio per procura)

- A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o induzione di un infortunio o di una malattia in un altro individuo, associato a un inganno accertato.
- B. L'individuo presenta un'altra persona (vittima) agli altri come malata, menomata o ferita.
- C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.
- D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.



Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati.

Pseudociesi: Un'erronea convinzione di essere incinta, associata a segni obiettivi e sintomi riferiti di gravidanza



Diagnosi

- Fondamentale per evitare overtreatment (danni iatrogeni ed economici) (Steinbrecher, 2011)
- Approccio multidisciplinare (internistico e psichiatrico)
- Mancata diagnosi per non corretta interpretazione della storia clinica e degli esami clinico-strumentali (p.e. EEG in PNES) o per reticenza paziente/caregiver



Diagnosi – Patient Health Questionnaire-15

	Not bothered at all	Bothered a little	Bothered a lot
1. Stomach pain	0	1	2
2. Back pain	0	1	2
3. Pain in your arms, legs, or joints (knees, hips, etc.)	0	1	2
4. Headaches	0	1	2
5. Chest pain	0	1	2
6. Dizziness	0	1	2
7. Fainting spells	0	1	2
8. Feeling heart pound or race	0	1	2
9. Shortness of breath	0	1	2
10. Constipation, loose bowels, or diarrhea	0	1	2
11. Nausea, gas, or indigestion	0	1	2
12. Feeling tired or having low energy	0	1	2
13. Trouble sleeping	0	1	2

Scoring: No somatic symptom disorder (0 to 4), mild (5 to 9), moderate (10 to 14), severe (15 or higher).

Management

- Coinvolgimento e costruzione di una solida alleanza terapeutica con il paziente.
- Anamnesi biopsicosociale ed esame obiettivo. La tecnica BATHE è uno strumento eccellente per coinvolgere il paziente e contemporaneamente valutare i fattori psicosociali

Box 7

The BATHE technique

B: Background: "What is going on in your life?" and "What brings you in today?"

A: Affect: "How do you feel about that?"

T: Trouble: "What bothers you the most about this situation?"

H: Handling: "How are you handling that?"

E: Empathy: "That must be very difficult for you"

- Valutazione diagnostica mirata per escludere malattie organiche
- Educare i pazienti sull'interazione tra fattori di stress psicosociale e sintomi
- Screening di depressione e ansia
- Valutare il carico dei sintomi somatici (Somatic Symptoms Scale (SSS-8))



Terapia

- Modifiche stile di vita
- CBT, meditazione, interventi di mindfulness
- Fitoterapici
- Trattamento farmacologico



Terapia - CBT

Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials

K Kroenke ¹, R Swindle



Terapia con fitoterapici

Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial

Thomas Müller ¹, Marcus Mannel, Harald Murck, Volker W Rahlfs

St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial

Hans-Peter Volz ¹, Harald Murck, Siegfried Kasper, Hans-Jürgen Möller



Terapia farmacologica - antidepressivi

Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes

P G O'Malley ¹, J L Jackson, J Santoro, G Tomkins, E Balden, K Kroenke



Comorbidità

La comorbidità psichiatrica nei pazienti che presentano disturbi somatici deve essere sospettata nei seguenti scenari:

- il numero di sintomi fisici è un potente predittore di comorbidità psichiatrica, perché la probabilità di coesistenza di depressione o ansia aumenta con il numero di sintomi fisici.
- Il rischio di depressione coesistente raddoppia quando i pazienti presentano 2 o più sintomi di dolore.
- Quando i sintomi somatici rimangono inspiegabili dopo un'accurata visita medica, aumenta la probabilità di una comorbidità psichiatrica.
- Le visite frequenti in clinica e l'elevato ricorso ai servizi sanitari sono un fattore predittivo di disagio psicologico.



Comorbidità

Il modello S4 (symptom count, stress, severity, and self-rated health) può aiutare il medico a riconoscere la necessità di esplorare i sintomi psicologici, agendo come un ottimo strumento per l'identificazione dei pazienti che potrebbero essere a rischio di un disturbo mentale sottostante:

- stress recente,
- elevato numero totale di sintomi somatici (con o senza causa spiegata)
- scarso stato di salute autovalutato
- gravità dei sintomi



Comorbidità

- 54% dei pazienti con sintomi somatici presenta depressione e/o ansia in comorbidità (Lowe B, 2008)
- 69%-73% dei pazienti con ansia o depressione presenta esclusivamente sintomi somatici (Simon G, 1999; Kirmayer, Robbins)
- Pazienti con GAD o Disturbo di panico presentano tipicamente sintomi somatici (Lowe B, 2003)



Comorbidity – Disturbo d'ansia generalizzato

A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).

B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre o più dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi):

Nota: Nei bambini è richiesto un solo sintomo.

Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle"

Facile affaticamento

Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria

Irritabilità

Tensione muscolare

Alterazioni del sonno

D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es, una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (es., ipertiroidismo).

F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.



Comorbidity – Disturbo d'ansia generalizzata

A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).

B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.

C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre o più dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi):

Nota: Nei bambini è richiesto un solo sintomo.

Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle"

Facile affaticamento

Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria

Irritabilità

Tensione muscolare

Alterazioni del sonno

D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es, una droga, un farmaco) o di un'altra condizione medica (es., ipertiroidismo).

F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.



Comorbidity – Disturbo d'ansia generalizzata

- La preoccupazione è una componente cognitiva dell'ansia (Borkovec, 1991).
- Con moderazione, la preoccupazione può fungere da processo adattivo che consente la risoluzione dei problemi, prepara gli individui a minacce future e aumenta la motivazione (Davey 1994).
- All'estremo opposto dello spettro, la preoccupazione patologica è di interesse clinico ed è caratterizzata da preoccupazioni eccessive che persistono nel tempo e causano disagio significativo. (Songco, 2020)
- Il pensiero negativo ripetitivo è definito come pensiero ripetitivo, incontrollabile e negativo con caratteristiche di ripetitività, invadenza, disengagement difficoltoso, viene percepito come improduttivo ed è capace di catturare la capacità mentale. (Ehring, 2011)
- RNT è associata a molteplici disturbi mentali tra cui depressione (Thomsen, 2006 ; Watkins, 2008), disturbo d'ansia generalizzato (Kircanski, 2015) e disturbo ossessivo-compulsivo (Wahl, 2011).
- La RNT contribuisce all'insorgenza e al mantenimento di diversi disturbi mentali e se ne suggerisce una valenza transdiagnostica.



Comorbidity – Disturbo d'ansia generalizzata

- Gli adulti con GAD tendono a preoccuparsi per circostanze quotidiane, routinarie, come responsabilità lavorative, questioni economiche, salute dei familiari, disgrazie che possono capitare ai propri figli oppure piccole cose.
- I bambini con GAD tendono a preoccuparsi per le proprie capacità o qualità delle prestazioni (APA DSM-5, 2013).
- Nei bambini la preoccupazione spesso coinvolge maggiormente la salute degli altri, il rendimento scolastico o le questioni familiari rispetto ai bambini con altri disturbi d'ansia. (Layne, 2009).
- L'intolleranza all'incertezza (UI) è stata definita come "l'incapacità disposizionale di un individuo a sopportare una risposta avversiva innescata dall'assenza percepita di informazioni salienti, chiave o sufficienti, e sostenuta dalla percezione associata di incertezza" (Carleton, 2016)
- Individui con un'IU elevata saranno più inclini a impegnarsi nella preoccupazione.



Comorbidity – Disturbo d'ansia generalizzata

- IU è un fattore di sviluppo e mantenimento della GAD ma anche del DOC e della disturbo depressivo maggiore negli adulti (Gentes e Ruscio, 2011), e per GAD e DOC nei bambini e negli adolescenti (Osmanagaogli, 2018; Gillett, 2018)
- IU è un fattore di sviluppo e mantenimento della GAD ma anche del DOC e della disturbo depressivo maggiore.
- Evidenze di una forte associazione tra IU e ansia e IU e preoccupazione in bambini e adolescenti.



Comorbidity – Disturbo d'ansia generalizzata

- D.D. DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI vs. GAD: Gli individui con disturbo d'ansia generalizzata temono numerosi eventi, situazioni o attività, uno solo dei quali può riguardare la loro salute. Il principale oggetto di preoccupazione non sono in genere i sintomi somatici o il timore di essere malati, diversamente da quanto avviene nel disturbo da sintomi somatici.
- D.D. DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA vs. GAD: Gli individui con disturbo d'ansia generalizzata temono numerosi eventi, situazioni o attività, uno solo dei quali può riguardare la loro salute. [...]



Comorbidity – Disturbo di panico

A) Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro o più dei seguenti sintomi: palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia; sudorazione; tremori fini o a grandi scosse; dispnea o sensazione di soffocamento; sensazione di asfissia; dolore o fastidio al petto; nausea o disturbi addominali; sensazioni di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento; brividi o vampate di calore; parestesie; derealizzazione o depersonalizzazione; paura di perdere il controllo o di “impazzire”; paura di morire.

B) Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese o più di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l’insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, “impazzire”).
2. Significativa alterazione disattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l’evitamento dell’esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

C) L’alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un’altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D). Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d’ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d’ansia di separazione)

Nota: La comparsa improvvisa di paura può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso



Comorbidity – Disturbo di panico

- Il picco di insorgenza del disturbo di panico è tra i 15 e i 19 anni (Von Korff, 1985)
- Ci sono alti livelli di comorbilità, con circa il 90% degli adolescenti con disturbo di panico che sperimentano un altro disturbo d'ansia o dell'umore (Birmaher & Ollendick, 2004).
- La sensibilità all'ansia (Anxiety sensitivity) è definita come la paura dei sintomi dell'ansia.
- Le persone con AS alta temono che i sintomi di ansia portino a conseguenze fisiche (p. es., infarto), psicologiche (p. es., pazzia) e sociali (p. es., imbarazzo) indesiderate (Reiss & McNally, 1985).
- L'AS è un fattore di rischio per la patologia dell'ansia (Cox, 2008; Maller & Reiss, 1992; Schmidt, 2010) e in particolare per i sintomi del disturbo di panico.
- Livelli più elevati di AS sono associati a una maggiore intensità e numero di attacchi di panico (Deacon & Abramowitz, 2006; Diacono e San Valentino, 2001; McNally, 2002; Schmidt, 2008).
- La paura dei sintomi fisici ha la più forte associazione con i sintomi di ansia e il disturbo di panico (Naragon-Gainey, 2010), (Pérez Benítez, 2009).



Comorbidità – Disturbi d'ansia (terapia)

- “AACAP recommends (1C) that cognitive-behavioral therapy (CBT) be offered to patients 6 to 18 years old with social anxiety, generalized anxiety, separation anxiety, specific phobia, or panic disorder. ”
- CBT è l'unica psicoterapica con sufficienti dati da essere meta-analizzati.
- Efficacia su vari outcomes (clinicians, child and parent rated), molto più evidenti se comparati con waiting list (meno forti se comparati su active control)

AACAP OFFICIAL ACTION

 Check for updates

Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders

Heather J. Walter, MD, MPH, Oscar G. Bukstein, MD, MPH, A. Reese Abright, MD, Helene Keable, MD, Ujjwal Ramtekkar, MD, MPE, MBA, Jane Ripperger-Suhler, MD, Carol Rockhill, MD, PhD, MPH



Comorbidità – Disturbi d'ansia (terapia)

- “AACAP recommends (1B) that selective serotonergic reuptake inhibitors (SSRIs) be offered to patients 6 to 18 years old with social anxiety, generalized anxiety, separation anxiety, or panic disorder.”
- Evidenza più chiare su parent e clinician report, response/remission, meno su child report, outcomes secondari e social functioning
- Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Paroxetina hanno i dati maggiori e sono inclusi nella meta-analisi di riferimento
- Warning per suicide ideation and behaviour (NNH 143, NNT 3)

AACAP OFFICIAL ACTION

 Check for updates

Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders

Heather J. Walter, MD, MPH, Oscar G. Bukstein, MD, MPH, A. Reese Abright, MD, Helene Keable, MD, Ujjwal Ramtekkar, MD, MPE, MBA, Jane Ripperger-Suhler, MD, Carol Rockhill, MD, PhD, MPH



Comorbidity – Anxiety Disorders (therapy)

- “AACAP suggests (2C) that combination treatment (CBT and an SSRI) could be offered preferentially over CBT alone or an SSRI alone to patients 6 to 18 years old with social anxiety, generalized anxiety, separation anxiety, or panic disorder.”
- Solo 2 RCT
- Evidence of superiority compared to single therapies
- Data are uncertain but supported by CAMS
- In long-term follow-up (study CAMELS) the superiority of combined therapy is lost
- Predictor of better long-term outcome is early response

AACAP OFFICIAL ACTION

 Check for updates

Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders

Heather J. Walter, MD, MPH, Oscar G. Bukstein, MD, MPH, A. Reese Abricht, MD, Helene Keable, MD, Ujjwal Ramtekkar, MD, MPE, MBA, Jane Ripperger-Suhler, MD, Carol Rockhill, MD, PhD, MPH

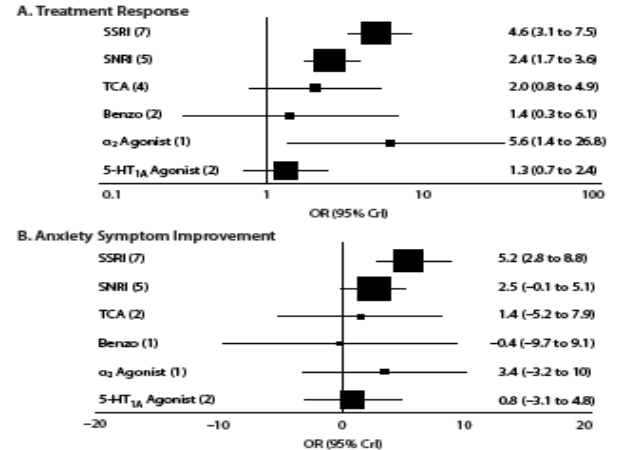
Comorbidity – Anxiety Disorders (therapy)

- Substantial absence of efficacy of benzodiazepines
- Inferiority of TCAs vs SSRI and SNRI
- Possible efficacy of alpha agonists

Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapy for Pediatric Anxiety Disorders: A Network Meta-Analysis

Eric T. Dobson, MD^{a,b}; Michael H. Bloch, MD, MS^c; and Jeffrey R. Strawn, MD^{a,d}

Figure 2. Forest Plot of Medication Class Efficacy Relative to Placebo for Treatment Response (A) and Anxiety Symptom Improvement (B)[†] and Funnel Plots for Treatment Response (C), Anxiety Symptom Improvement (D), All-Cause Discontinuation (E), and Discontinuation Due to Adverse Events (F)



Comorbidity – Disturbi d'ansia (terapia)

- Inizio di efficacia in 2 settimane, miglioramento clinico in 6, completa efficacia in 12
- SSRI dalla seconda settimana sono più efficaci degli SNRI (anche se entrambi mostrano un miglioramento statisticamente significativo)
- Scarso effetto della dose (high vs low) a 12 settimane

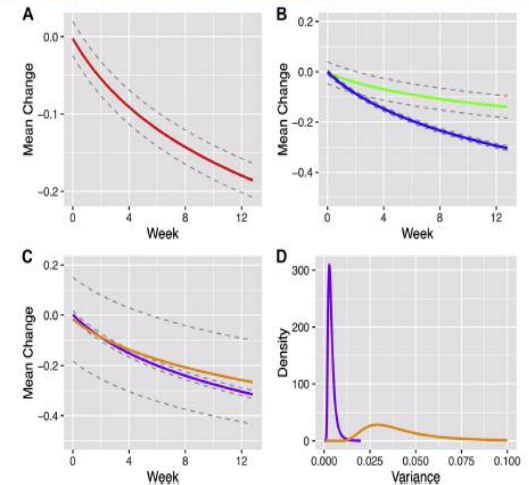
NEW RESEARCH

Check for updates

The Impact of Antidepressant Dose and Class on Treatment Response in Pediatric Anxiety Disorders: A Meta-Analysis

Jeffrey R. Strawn, MD, Jeffrey A. Mills, PhD, Beau A. Sauley, MA, Jeffrey A. Welge, PhD

FIGURE 1 Response Trajectory in Antidepressant-Treated Youth With Generalized, Separation, and Social Anxiety Disorders



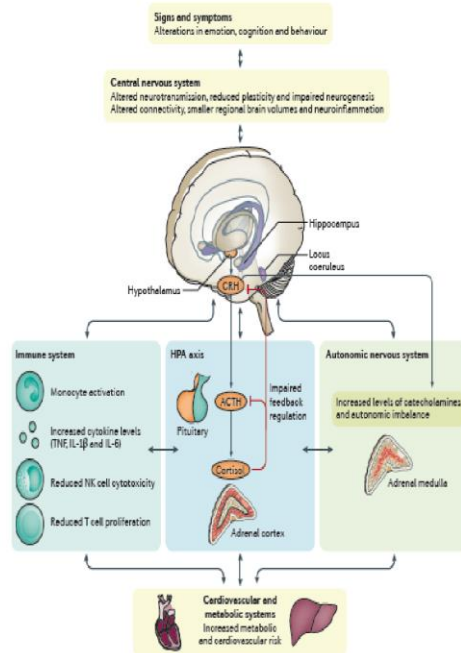


Comorbidità – Disturbi d'ansia (terapia)

- 695 pts exposed to sertraline 245 pts psychotherapy only
- 3 years follow up
- No significant effect on height or tanner stage
- Change in mean standardized weight across time associated to cumulative dose of sertraline
- Not confirmed for BMI-z score
- Globally, sertraline is associated to normal development. The effect on weight is of small magnitude and on higher doses.

Effects of Long-Term Sertraline Use on Pediatric Growth and Development: The Sertraline Pediatric Registry for The Evaluation of Safety (SPRITES)

Comorbidità – Episodio depressivo maggiore



Box 1 | Definition of MDD according to DSM-5

- An individual will show five (or more) of the following symptoms, which should be present during the same 2-week period nearly every day and should represent a change from previous functioning:
 - Depressed mood*
 - Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities*
 - Considerable weight loss when not dieting, weight gain, or decrease or increase in appetite
 - Insomnia or hypersomnia
 - Psychomotor agitation or retardation
 - Fatigue or loss of energy
 - Feelings of worthlessness, or excessive or inappropriate guilt, which might be delusional; that is, not merely self-reproach or guilt about being sick
 - Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness
 - Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan; the individual has made a suicide attempt or a specific plan for committing suicide

* The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning

* The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition

* The occurrence of the episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder or other psychotic disorders

* The individual has never had a manic episode or a hypomanic episode

Specifiers of major depressive disorder (MDD) according to DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition¹) are:

- Severity
- With anxious distress
- With mixed features
- With melancholic features
- With psychotic features
- With peripartum onset
- With seasonal pattern

*Depressed mood and/or diminished interest or pleasure must be evident for a diagnosis.



Prognosi disturbi da sintomi somatici

- Tendenza alla cronicizzazione
- Sintomi altalenanti
- Alcuni studi hanno dimostrato che i pazienti possono guarire: 50%-75% dei pazienti con sintomi medicalmente inspiegabili mostra un miglioramento, mentre il 10%-30% peggiora. (Hartman T, 2009)
- Prognosi migliore: minor numero di sintomi somatici e di un migliore funzionamento al basale (Creed F, 2004)



Take home messages

- I disturbi da sintomi somatici vanno sempre indagati quando i sintomi fisici restano inspiegati nonostante visite ed esami diagnostici (modello S4).
- Non andare alla ricerca della causa ma avere come obiettivo quello di ridurre l'impairment funzionale.
- Evitare overtreatment ed esami non necessari e invasivi
- Oltre a un colloquio clinico completo e alla valutazione dei criteri diagnostici, l'utilizzo di strumenti di screening, come il Patient Health Questionnaire-15 o la Somatic Symptom Scale-8, dovrebbe essere preso in considerazione nei pazienti con sospetto disturbo da sintomi somatici.
- La terapia cognitivo-comportamentale e la terapia basata sulla mindfulness sono efficaci per il trattamento del disturbo da sintomi somatici.
- L'amitriptilina e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono efficaci trattamenti farmacologici per il disturbo da sintomi somatici.
- Altri antidepressivi (inibitori delle monoamino-ossidasi, bupropione [Wellbutrin]), anticonvulsivanti e antipsicotici sono inefficaci per il trattamento del disturbo da sintomi somatici e dovrebbero essere evitati.
- Trattare sempre le comorbidità



Grazie per l'attenzione

Prof. Simone Pisano