

# Cuprins

Clasificare DSM-5 .....	xiii
Prefață .....	xli

## Partea I Bazele DSM-5

Introducere .....	5
Utilizarea manualului .....	19
Atenționare privind utilizarea DSM-5 în situații medico-legale .....	25

## Partea II Criterii și coduri de diagnostic

Tulburările de neurodezvoltare .....	31
Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice .....	87
Tulburarea bipolară și tulburările înrudite .....	123
Tulburările depresive .....	155
Tulburările anxioase .....	189
Tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările înrudite .....	235
Tulburările asociate traumei și factorilor de stres .....	265
Tulburările disociative .....	291
Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite .....	309
Tulburările de comportament alimentar .....	329
Tulburările de eliminare .....	355
Tulburările ciclului somn-veghe .....	361
Disfuncțiile sexuale .....	423
Disforia de gen .....	451

Tulburările de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită .....	461
Tulburările legate de consumul de substanțe și dependențe.....	481
Tulburările neurocognitive.....	591
Tulburările de personalitate.....	645
Tulburările parafilice .....	685
Alte tulburări mintale .....	707
Tulburările de mișcare induse de medicamente și alte efecte adverse ale medicamentelor .....	709
Alte afecțiuni care pot justifica abordarea clinică.....	715

## **Partea III**

### **Măsurători și modele emergente**

Instrumente de evaluare clinică.....	733
Formularea bazată pe specificul cultural .....	749
Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburările de personalitate .....	761
Afecțiuni care necesită studii suplimentare .....	783

### **Anexă**

Repere ale modificărilor DSM-5 față de DSM-IV .....	809
Glosar cu termeni de specialitate .....	817
Glosar de concepte culturale ale suferinței psihice.....	833
Lista alfabetică a diagnosticelor și codurilor DSM-5 (ICD-9-CM și ICD-10-CM).....	839
Lista tabelară a diagnosticelor și codurilor DSM-5 (ICD-9-CM).....	863
Lista tabelară a diagnosticelor și codurilor DSM-5 (ICD-10-CM).....	877
Autori și consultanți ai DSM-5 .....	897
Index.....	917

# Tulburările anxioase

Tulburările anxioase cuprind acele tulburări care au în comun frica excesivă și anxietatea precum și perturbările de comportament asociate. *Frica* reprezintă răspunsul emoțional la un pericol iminent real sau presupus, în timp ce *anxietatea* constă în anticiparea unui pericol. Evident, aceste două stări se suprapun dar sunt și diferite, frica fiind mai frecvent asociată cu creșteri rapide ale stimulării vegetative, necesară în situații de luptă sau fugă, cu alte cuvinte de pericol imediat, și cu comportament de salvare, iar anxietatea se asociază mai des cu tensiune musculară și vigilență, necesare pregătirii pentru un pericol așteptat, precum și cu comportament precaut și evitant. Uneori gradul de frică sau anxietate este atenuat printr-un comportament pervaziv de evitare. *Atacurile de panică* ies în evidență în cadrul tulburărilor anxioase ca un tip particular de frică. *Atacurile de panică* nu sunt limitate la tulburările anxioase, putând fi întâlnite și în alte tulburări mintale.

Tulburările anxioase se diferențiază unele de altele prin tipurile de obiecte sau situații care induc frica, anxietatea sau comportamentul evitant precum și prin ideația asociată. Astfel, deși tulburările anxioase au tendința de a fi frecvent comorbide unele cu altele, ele pot fi diferențiate prin analiza tipurilor de situații care induc frica sau sunt evitate și prin conținutul ideilor sau convingerilor asociate.

Tulburările anxioase diferă de frica și anxietatea normale, specifice etapelor de dezvoltare, prin faptul că sunt excesive sau persistă după finalizarea etapelor de dezvoltare corespunzătoare. Ele diferă și de frica sau anxietatea tranzitorie, deseori induse de stres, prin caracterul prelungit (e.g., cu durată caracteristică de peste 6 luni) deși criteriul de durată reprezintă o recomandare generală, permițând un anumit grad de flexibilitate, durata fiind uneori mai scurtă la copii (așa cum se întâmplă în anxietatea de separare și mutismul selectiv). Deoarece în mod tipic indivizii cu tulburări anxioase supraestimează pericolul situațiilor de care se tem sau pe care le evită, aprecierea caracterului excesiv sau disproporționat al fricii sau anxietății este stabilit de medic, ținând cont de factorii contextului cultural. Multe tulburări anxioase se dezvoltă în copilărie și au tendința să persiste dacă nu sunt tratate. Majoritatea apar mai frecvent la femei decât la bărbați (raportul este de aproximativ 2:1). Orice tulburare anxioasă este diagnosticată doar dacă simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe sau medicament sau unei afecțiuni medicale, sau dacă nu sunt mai bine explicate de altă tulburare mintală.

Capitolul a fost organizat ținând cont de etapele de dezvoltare, tulburările succedându-se în funcție de vârsta tipică de debut. Individul cu anxietate de separare prezintă frică sau anxietate legată de despărțirea de persoanele de atașament, la un nivel inadecvat pentru etapa de dezvoltare. Sunt prezente frica sau anxietatea persistentă privind pericolul la care ar putea fi supuse persoanele de atașament, evenimente care ar putea conduce la pierderea sau separarea de acestea sau frica de a fi respinși, precum și coșmaruri și simptome somatice de disconfort. Deși simptomele se dezvoltă de obicei în copilărie, acestea se pot exprima și în perioada de adult.

Mutismul selectiv se caracterizează printr-o incapacitate constantă de a vorbi în situații sociale în care este necesar să vorbească (e.g., la școală), deși individul poate face acest lucru în alt context. Incapacitatea de a vorbi are consecințe semnificative în îndeplinirea sarcinilor școlare și profesionale sau influențează în alte privințe comunicarea socială normală.

Indivizii cu fobie specifică se tem sau sunt anxioși în prezența unor obiecte sau situații sau le evită. În această tulburare nu există o ideație specifică, așa cum se întâmplă în alte tulburări anxioase. Frica, anxietatea sau evitarea sunt induse aproape imediat de situația

fobică și au manifestare prelungită și disproporționată față de riscul real pe care îl implică. Există câteva tipuri de fobii particulare: de animale; de mediul natural; de sânge, injecții, răni; de anumite situații; și alte tipuri de fobii.

În tulburarea anxioasă socială (fobia socială), individul se teme sau este anxios în interacțiunile sociale și în situațiile în care este posibil să fie criticat sau le evită. Acestea cuprind interacțiunile sociale cum ar fi: întâlnirea unor persoane necunoscute, situațiile în care individul poate fi privit atunci când mănâncă sau bea, sau atunci când trebuie să vorbească în public. Din punct de vedere cognitiv, ideile specifice sunt legate de: evaluarea negativă de către ceilalți, de a fi ridicol, umilit sau respins, sau de a-i jigni pe ceilalți.

În tulburarea de panică, individul suferă în mod repetat atacuri de panică imprevizibile și este permanent preocupat sau îngrijorat că va avea din nou atacuri de panică sau își schimbă comportamentul în unul inadaptat datorită atacurilor de panică (e.g., evită efortul fizic sau locurile necunoscute). Atacurile de panică sunt caracterizate prin teamă sau disconfort intens care cresc rapid în intensitate, ating un vârf în câteva minute și sunt însoțite de simptome somatice și/sau cognitive. Atacurile de panică parțiale cuprind mai puțin de patru simptome. Atacurile de panică pot fi *previzibile*, așa cum se întâmplă când apar ca răspuns la obiecte sau situații anxiogene cunoscute, sau *imprevizibile* atunci când atacurile de panică apar fără un motiv aparent. Atacurile de panică reprezintă un indicator și un factor de prognostic pentru diagnostic, severitatea evoluției și comorbidităților aflate de-a lungul unui spectru de tulburări care cuprind, dar nu sunt limitate la, tulburările anxioase (e.g., tulburări ale consumului de substanțe, tulburări depresive și psihotice). Din acest motiv atacurile de panică pot fi utilizate ca specificator descriptiv pentru orice tulburare anxioasă precum și pentru alte tulburări mintale.

Indivizii cu agorafobie se tem și prezintă anxietate legată de două sau mai multe din următoarele situații: să utilizeze transportul în comun; să se afle în spații deschise; să se afle în spații închise; să stea la rând sau să se afle în mulțime; sau să se afle singur în afara casei în diverse alte contexte. Individul se teme de aceste situații deoarece se gândește că poate fi dificil să scape, sau ajutorul poate lipsi în eventualitatea în care ar dezvolta simptome de panică sau alte simptome care provoacă incapacitate sau jenă. Aceste situații induc aproape întotdeauna frică sau anxietate și sunt deseori evitate sau necesită compania altei persoane.

Caracteristicile fundamentale ale tulburării anxioase generalizate sunt anxietatea și îngrijorarea persistentă și excesivă privind diferite domenii cum ar fi activitățile profesionale și școlare pe care individul le consideră dificil de controlat. În plus, individul prezintă simptome somatice cum ar fi neliniște sau senzație de agitație sau de nervozitate; senzație de fatigabilitate; dificultăți de concentrare sau senzația de vid mental; iritabilitate; tensiune musculară; și perturbări ale somnului.

Tulburarea anxioasă indusă de substanțe/medicamente presupune ca anxietatea să fie cauzată de intoxicația sau sevrajul la o substanță sau de tratamentul cu un medicament. În tulburarea anxioasă cauzată de afecțiuni medicale, simptomele anxioase reprezintă consecința fiziologică a unei afecțiuni medicale.

Pentru a caracteriza corespunzător severitatea fiecărei tulburări anxioase și pentru a evalua modificările severității în timp sunt disponibile scale specifice fiecărei tulburări. Pentru simplitatea utilizării, în special în cazul indivizilor cu mai mult de o tulburare anxioasă, aceste scale au fost concepute în același format (dar axate pe domenii diferite) pentru toate tulburările anxioase și punctează simptomele comportamentale, cognitive și somatice relevante pentru fiecare tulburare.

## Tulburarea anxioasă de separare

### Criterii de diagnostic

**309.21 (F93.0)**

A. Frică și anxietate excesive, inadecvate pentru stadiul de dezvoltare, privind separarea de persoanele de atașament, evidențiate de cel puțin trei din următoarele :

1. Disconfort excesiv recurent atunci când individul anticipează sau trăiește despărțirea de casă sau de persoanele cele mai importante pentru el.

2. Preocuparea persistentă și excesivă privind pierderea persoanelor de atașament, sau posibilitatea ca acestea să sufere prin îmbolnăvire, rănire, dezastre sau deces.
  3. Preocuparea persistentă și excesivă că se va întâmpla un eveniment neplăcut (e.g., să se piardă, să fie răpit, să aibă un accident, să se îmbolnăvească) care ar putea cauza separarea de persoana de atașament.
  4. Ezitarea sau refuzul de a ieși din casă la școală, la serviciu sau altundeva din cauza fricii de separare.
  5. Frica excesivă și persistentă sau ezitarea de a rămâne acasă sau în alte locuri singur sau fără persoanele de atașament.
  6. Ezitarea sau refuzul de a dormi în afara casei sau de a se culca dacă nu se află în apropierea unei persoane de atașament.
  7. Coșmaruri repetate având ca temă separarea.
  8. Acuze repetate de simptome somatice (e.g., cefalee, gastralgii, greață, vărsături) atunci când este separat de persoanele de atașament sau când anticipează acest lucru.
- B. Frica, anxietatea sau evitarea este persistentă, cu durată de cel puțin 4 săptămâni la copii și adolescenți și, în mod caracteristic, peste 6 luni la adulți.
- C. Perturbarea cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, academic, profesional, sau în alte arii importante de funcționare.
- D. Perturbarea nu este mai bine explicată de altă tulburare mintală, cum ar fi refuzul de a părăsi casa din cauza rezistenței excesive la schimbare din tulburările din spectrul autist; ideile delirante sau halucinațiile privind separarea din tulburările psihotice; refuzul de a ieși din casă fără să fie însoțit de o persoană de încredere în cazul agorafobiei; preocuparea privind îmbolnăvirea sau alte nenorociri care se pot abate asupra persoanelor apropiate în tulburarea anxioasă generalizată; sau preocuparea de a avea o boală în tulburarea nosofobică.

## Elemente de diagnostic

Elementul principal de diagnostic al tulburării anxioase de separare este reprezentat de frica sau anxietatea excesivă privind separarea de casă sau de persoanele de atașament. Anxietatea depășește nivelul firesc pentru etapa de dezvoltare în care se află individul (Criteriul A). Indivizii cu tulburare anxioasă de separare prezintă simptome care îndeplinesc cel puțin trei din următoarele criterii: resimt în mod recurent un disconfort excesiv când se află în afara casei sau sunt separați de persoanele de atașament, sau când anticipează acest lucru (Criteriul A1). Sunt îngrijorați cu privire la starea de sănătate sau de posibilul deces al persoanelor de care sunt atașați, în special atunci când nu se află în prezența lor, simțind nevoia să știe unde se află și să țină permanent legătura cu ele (Criteriul A2). Sunt de asemenea îngrijorați cu privire la posibile evenimente nedorite care ar putea surveni în viața lor cum ar fi: să se piardă, să fie răpiți, sau să aibă un accident care i-ar putea împiedica să fie împreună cu persoanele de atașament (Criteriul A3). Indivizii cu tulburare anxioasă de separare ezită sau refuză să plece singuri din cauza fricii de separare (Criteriul A4). Prezintă frică sau ezitare persistentă și excesivă de a fi singuri sau în absența persoanelor de atașament, atât acasă cât și în alte locuri. Copiii cu tulburare anxioasă de separare nu pot sta sau pleca singuri într-o cameră și prezintă un comportament "de agățare", stând foarte aproape sau "fiind umbra" părintelui prin casă, sau solicită pe cineva să-i însoțească atunci când trebuie să ajungă în altă cameră din casă (Criteriul A5). Pot prezenta ezitări sau refuz permanent să meargă la culcare fără o persoană apropiată sau să doarmă în afara casei (Criteriul A6). Copiii cu această tulburare prezintă deseori probleme la culcare și insistă să rămână cineva cu ei până când adorm. Pe parcursul nopții își fac drum către patul părinților (sau al altor persoane apropiate cum ar fi un frate). Acești copii pot ezita sau refuza să meargă în tabără, să doarmă la prieteni sau să plece în excursii. Adulții se simt neplăcut când călătoresc singuri (e.g., să doarmă într-un hotel). Pot prezenta coșmaruri repetate al căror conținut reflectă anxietatea de separare a individului (e.g., distrugerea familiei prin incendiu, crimă sau alte catastrofe) (Criteriul A7). Simptomele somatice (e.g., cefalee, acuze abdominale, greață, vărsături) sunt frecvente la copii atunci când sunt despărțiți de persoanele de atașament sau anticipează acest lucru

(Criteriul A8). Simptomele cardiovasculare cum ar fi palpitațiile, amețeala și senzația de leșin sunt rare la copiii mai mici, dar pot fi prezente la adolescenți și adulți.

Perturbarea trebuie să persiste o perioadă de cel puțin 4 săptămâni la copiii și adolescenții sub 18 ani și depășește de obicei 6 luni la adulți (Criteriul B). Totuși, criteriul de durată la adulți trebuie utilizat ca recomandare generală, permițând un anumit grad de flexibilitate. Perturbarea trebuie să cauzeze disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, academic, sau profesional sau în alte arii importante de funcționare (Criteriul C).

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Atunci când sunt despărțiți de persoanele de atașament, copiii cu tulburare anxioasă de separare pot manifesta retragere socială, apatie, tristețe sau dificultăți de concentrare la teme sau joacă. În funcție de vârstă, indivizii pot prezenta frică de animale, monștri, întuneric, hoți, spărgători, hoți de copii, accidente de mașină, călătorii cu avionul sau de alte situații pe care le consideră periculoase pentru familie sau pentru ei înșiși. Unii indivizi suferă de nostalgie și au un sentiment de disconfort până la durere atunci când sunt plecați de acasă. Tulburarea anxioasă de separare la copii poate conduce la refuz școlar, urmat de probleme academice și izolare socială. Atunci când sunt foarte supărați de perspectiva separării, copiii pot manifesta mânie și uneori agresivitate față de cel care decide separarea. Când sunt singuri, în special seara sau pe întuneric, copiii mai mici povestesc uneori experiențe perceptiv neobișnuite (e.g., văd persoane care îi urmăresc în propria cameră, creaturi înfricoșătoare care se îndreaptă către ei, simt că îi privesc niște ochi). Copiii cu această tulburare sunt descriși ca fiind obositori, intruzivi și necesitând atenție permanentă, iar ca adulți par dependenți și hiperprotectori. Solicitățile excesive ale acestor indivizi devin deseori o sursă de frustrare pentru membrii familiei, conducând la resentimente și conflicte în familie.

## Prevalență

Prevalența la 12 luni a tulburării anxioase de separare la adulții din Statele Unite ale Americii este de 0,9-1,9%. La copii, prevalența între 6 și 12 luni este estimată la aproximativ 4%. La adolescenții din SUA prevalența la 12 luni este de 1,6%. Prevalența tulburării anxioase de separare scade din copilărie către adolescență și vârsta adultă, fiind cea mai frecventă tulburare anxioasă la copiii sub 12 ani. Pe eșantioanele clinice de copii, tulburarea este la fel de răspândită la ambele sexe. În comunitate este mai frecventă la sexul feminin.

## Debut și evoluție

Perioadele caracterizate prin anxietate de separare intensă de persoanele apropiate sunt normale în stadiile timpurii ale dezvoltării și pot indica dezvoltarea unor relații de atașament sigure (e.g., în jurul vârstei de un an, când copiii pot suferi de anxietate față de străini). Debutul tulburării anxioase de separare se poate situa cel mai devreme la vârsta preșcolară, dar poate apărea oricând pe parcursul copilăriei și mai rar în adolescență. În mod caracteristic, se manifestă prin perioade de exacerbare și remisiune. În unele cazuri, atât anxietatea legată de o posibilă separare cât și evitarea situațiilor care implică separarea de casă sau de nucleul familial (e.g., plecarea la liceu, mutarea la distanță de persoanele de care este atașat) pot persista pe parcursul perioadei de adult. Totuși, majoritatea copiilor cu tulburare anxioasă de separare nu vor mai prezenta, de-a lungul vieții, tulburări anxioase dizabilitante. Mulți adulți cu tulburare anxioasă de separare nu-și amintesc debutul unei astfel de tulburări în copilărie, deși își pot reaminti unele simptome.

Manifestările tulburării anxioase de separare variază cu vârsta. Copiii mai mici au ezitări mai mari să plece la școală sau evită complet școala. Aceștia nu manifestă îngrijorare sau frici specifice privind anumite pericole la care ar putea fi supuși părinții, casa sau ei înșiși, iar anxietatea se manifestă doar când are loc separarea. Pe măsură ce copiii cresc, apare îngrijorarea; sunt prezente deseori preocupări privind anumite tipuri de pericol (e.g., de accidente, răpire, jefuire, deces) sau îngrijorare ușoară legată de lipsa persoanelor de atașament. La adulți, tulburarea anxioasă de separare poate limita capacitatea de adaptare la schimbările de circumstanță (e.g., schimbarea domiciliului, căsătorie). Adulții cu această

tulburare sunt în mod caracteristic excesiv de îngrijorați cu privire la copiii sau partenerii lor și resimt un disconfort marcat când sunt separați de aceștia. De asemenea, pot prezenta perturbări semnificative la serviciu sau în circumstanțe sociale, din cauza nevoii de a verifica permanent unde se află persoanele apropiate.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de mediu.** Tulburarea anxioasă de separare se dezvoltă deseori după un stres de viață, în special o pierdere (e.g., decesul unei rude sau al unui animal de companie; îmbolnăvirea individului sau a unei rude; schimbarea școlii; divorțul părinților; mutarea într-o zonă nouă; emigrarea; un dezastru care presupune perioade de separare de persoanele de care este atașat). La adulții tineri, alte exemple de evenimente stresante majore cuprind: părăsirea casei părintești, debutul unei relații sentimentale și apariția rolului de părinte. Hiperprotecția și caracterul intruziv al părinților se pot asocia cu tulburarea anxioasă de separare.

**Factori genetici și fiziologici.** Tulburarea anxioasă de separare la copii poate fi moștenită. Caracterul ereditar a fost estimat la 73% într-un eșantion de gemeni cu vârsta de 6 ani din comunitate, cu frecvență mai mare la fete. Copiii cu anxietate de separare prezintă o sensibilitate deosebit de crescută la stimularea respiratorie prin utilizarea aerului îmbogățit cu CO<sub>2</sub>.

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Există variații culturale privind măsura în care se consideră dezirabilă tolerarea separării, obligațiile și oportunitățile de separare dintre părinți și copii fiind evitate în unele medii culturale. Spre exemplu, sunt prezente variații mari între diferite țări și medii culturale cu privire la vârsta la care este considerată normală părăsirea casei părintești de către copii. Este important să se facă diferența între tulburarea anxioasă de separare și importanța deosebită pe care unele medii culturale o acordă interdependenței strânse dintre membrii familiei.

## Elemente de diagnostic dependente de gen

Reticența sau evitarea de a merge la școală este mai frecventă la fete decât la băieți. Exprimarea indirectă a fricii de separare poate fi mai frecventă la bărbați comparativ cu femeile, de exemplu prin limitarea activităților independente, ezitarea de a se afla singuri în afara casei, sau disconfort atunci când partenerul sau copilul fac singuri anumite lucruri sau când contactul cu aceștia nu este posibil.

## Riscul de suicid

Tulburarea anxioasă de separare la copii se poate asocia cu creșterea riscului de suicid. Într-un eșantion din comunitate, prezența tulburărilor afective, anxioase sau ale consumului de substanțe a fost însoțită de ideea de suicidară și tentative de suicid. Totuși, această asociere nu este specifică pentru tulburarea anxioasă de separare, fiind prezentă în mai multe tulburări anxioase.

## Consecințe funcționale ale tulburării anxioase de separare

Indivizii cu tulburare anxioasă de separare își limitează de obicei activitățile independente din afara casei sau în absența persoanelor de care sunt atașați (e.g., copiii evită școala, nu merg în tabere, au probleme să adoarmă singuri; adolescenții nu vor să plece la liceu; adulții nu vor să părăsească casa părintească, să călătorească, să lucreze în afara casei).

## Diagnostic diferențial

**Tulburarea anxioasă generalizată.** Tulburarea anxioasă de separare se deosebește de tulburarea anxioasă generalizată prin faptul că anxietatea se referă predominant la îngrijorarea privind separarea de persoanele de atașament, iar alte cauze de îngrijorare, dacă apar, nu domină tabloul clinic.

**Tulburarea de panică.** Teama de separare poate conduce la anxietate extremă și chiar la un atac de panică. În tulburarea anxioasă de separare, spre deosebire de tulburarea de panică, anxietatea este provocată mai curând de posibilitatea de a fi departe de persoanele de care este atașat și de îngrijorarea că anumite evenimente neplăcute se pot abate asupra lor, decât de teama de a deveni disfuncțional ca urmare a unui atac de panică imprevizibil.

**Agorafobia.** Spre deosebire de indivizii cu agorafobie, la cei care suferă de tulburare anxioasă de separare anxietatea nu provine din preocuparea de a fi blocat sau în incapacitate în situații din care ieșirea este percepută ca dificilă, în eventualitatea unor simptome de panică sau a altor simptome care provoacă incapacitate.

**Tulburarea de conduită.** Absența de la școală (chiulul) este obișnuită în tulburarea de conduită, pe când anxietatea de separare nu este răspunzătoare pentru absențele școlare, iar copilul sau adolescentul fuge mai curând de acasă decât să se întoarcă acolo.

**Tulburarea anxioasă socială.** Refuzul școlar poate fi cauzat de tulburarea anxioasă socială (fobia socială). În astfel de cazuri, evitarea școlii este cauzată de frica de a fi criticat de ceilalți mai curând decât de îngrijorarea privind separarea de persoanele de care este atașat.

**Tulburarea de stres posttraumatic.** Frica de separare de persoanele apropiate apare frecvent după evenimente traumatizante de tipul dezastrelor, mai ales atunci când perioadele de separare de acestea au fost trăite pe parcursul evenimentului traumatic. În tulburarea de stres posttraumatic (TSPT), simptomele centrale sunt reprezentate de intruziunea și evitarea rememorărilor asociate cu evenimentul traumatizant, în timp ce în tulburarea anxioasă de separare, preocupările se referă la starea de bine a persoanelor de atașament și evitarea separării de acestea.

**Tulburarea nosofobică.** Indivizii cu tulburare nosofobică sunt preocupați de posibilitatea de a avea anumite boli, dar principala îngrijorare în cazul acestora privește diagnosticul și nu posibilitatea de a fi separați de persoanele de atașament.

**Doliul.** Suferința intensă sau dorul de persoana decedată, regretul profund și durerea emoțională, precum și preocupările privind decedatul sau circumstanțele decesului constituie reacții firești care apar în doliu, în timp ce în tulburarea anxioasă de separare frica de despărțirea de celelalte persoane de atașament este tema centrală.

**Tulburările depresivă și bipolară.** Aceste tulburări se pot asocia cu refuzul de a părăsi locuința, dar preocuparea principală nu constă în îngrijorarea sau frica de evenimente neplăcute care se pot abate asupra persoanelor de atașament ci, mai curând, motivația redusă de a se implica în relațiile exterioare. Totuși, indivizii cu tulburare anxioasă de separare pot deveni deprimăți atunci când sunt separați sau anticipează separarea.

**Tulburarea de opoziție și comportament sfidător.** Copiii și adolescenții cu tulburare anxioasă de separare pot deveni negativiști atunci când sunt obligați să se separe de persoanele de atașament. Tulburarea de opoziție și comportament sfidător va fi avută în vedere doar atunci când este prezent un comportament negativist persistent, fără legătură cu anticiparea sau producerea separării de persoanele de atașament.

**Tulburările psihotice.** Spre deosebire de halucinațiile din tulburările psihotice, experiențele perceptiv neobișnuite care se pot manifesta în tulburarea anxioasă de separare au la bază, de obicei, perceperea eronată a unui stimul real, apar doar în anumite situații (e.g., în timpul nopții) și dispar în prezența unei persoane de atașament.

**Tulburările de personalitate.** Tulburarea de personalitate dependentă se caracterizează prin tendința nediscriminatorie de a se atașa de ceilalți, în timp ce în tulburarea anxioasă de separare apare preocuparea privind prezența și siguranța persoanelor de atașament

principale. Tulburarea de personalitate borderline se caracterizează prin frica de a fi abandonat de persoanele dragi, dar în același timp problemele legate de propria identitate, auto-control, funcționare interpersonală și impulsivitate sunt la fel de importante în definirea tulburării, însă acestea nu sunt trăsături principale în tulburarea anxioasă de separare.

## Comorbidități

La copii, tulburarea anxioasă de separare se asociază frecvent cu tulburarea anxioasă generalizată și cu fobii specifice. La adulți, comorbiditățile obișnuite sunt reprezentate de fobiile specifice, TSPT, tulburarea de panică, tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea anxioasă socială, agorafobia, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările de personalitate. Tulburările depresivă și bipolară sunt de asemenea comorbide cu tulburarea anxioasă de separare la adulți.

## Mutismul selectiv

### Criterii de diagnostic

**313.23 (F94.0)**

- A. Incapacitate constantă de a vorbi în situații sociale în care este de așteptat ca persoana să vorbească (e.g., la școală), deși în alte situații vorbește.
- B. Perturbarea influențează rezultatele școlare și profesionale sau comunicarea socială.
- C. Durata perturbării este de cel puțin 1 lună (nu se limitează la prima lună de școală).
- D. Incapacitatea de a vorbi nu este cauzată de lipsa cunoașterii sau de disconfortul de a vorbi în limbajul cerut de situația socială respectivă.
- E. Perturbarea nu este mai bine explicată de o tulburare de comunicare (e.g., tulburarea de fluentă verbală cu debut în copilărie) și nu apare exclusiv în cadrul unei tulburări din spectrul autist, schizofreniei sau altei tulburări psihotice.

## Elemente de diagnostic

Atunci când întâlnesc alți indivizi în interacțiunile sociale, copiii cu mutism selectiv nu inițiază o conversație sau nu răspund atunci când li se vorbește. Absența vorbirii apare în interacțiunile sociale cu copii sau adulți. Copiii cu mutism selectiv vorbesc acasă, în prezența membrilor apropiați ai familiei dar, de multe ori, nu o fac nici măcar față de prietenii apropiați sau rudele de gradul doi, cum ar fi bunicii sau verii. Perturbarea este deseori marcată de o anxietate socială severă. Copiii cu mutism selectiv refuză de cele mai multe ori să vorbească la școală, ceea ce provoacă scăderea performanțelor școlare sau educaționale, deoarece profesorilor le este dificil să evalueze diferite abilități cum ar fi cititul. Lipsa vorbirii influențează comunicarea socială, chiar dacă acești copii utilizează mijloace non-verbale (e.g., onomatopee, arătat, scris) pentru a comunica și uneori doresc sau sunt nerăbdători să se manifeste sau să se implice în activități sociale unde nu sunt nevoiți să vorbească (e.g., să fie personajul care nu vorbește în piesele școlare).

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Elementele asociate mutismului selectiv pot cuprinde timiditate excesivă, frica de ridicol în societate, izolare și retragere socială, trăsături compulsive, negativism, crize de nervi sau comportament opozițional ușor. Deși copiii cu această tulburare prezintă în general abilități verbale normale, uneori poate fi prezentă o tulburare de comunicare comorbidă dar nu a fost identificată nicio asociere particulară cu o astfel de tulburare. Chiar dacă sunt prezente aceste tulburări, se poate manifesta și anxietatea. În clinică, copiii cu mutism selectiv primesc aproape întotdeauna un diagnostic suplimentar al unei alte tulburări anxioase - de cele mai multe ori tulburare anxioasă socială (fobie socială).

## Prevalență

Mutismul selectiv este o tulburare relativ rară și nu a fost inclusă ca o categorie de diagnostic în studiile epidemiologice de prevalență a tulburărilor copilăriei. Prevalența obținută prin utilizarea eșantioanelor clinice sau școlare se situează între 0,03% și 1% în funcție de locație (e.g., clinic vs. școlar vs. populația generală) și de vârsta indivizilor incluși în eșantion. Se pare că prevalența tulburării nu variază în funcție de sex sau rasă/etnie. Tulburarea se manifestă cu o probabilitate mai mare la copiii mai mici comparativ cu adolescenții și adulții.

## Debut și evoluție

Mutismul selectiv debutează de obicei înaintea vârstei de 5 ani, dar perturbarea poate să nu ajungă în atenția medicului până la începutul școlii, când interacțiunile sociale și cerințele de performanță cresc, cum ar fi cititul cu voce tare. Persistența tulburării este variabilă. Deși rapoartele clinice sugerează că mulți indivizi "depășesc" mutismul selectiv, evoluția longitudinală a tulburării nu este cunoscută. În unele cazuri, mai ales la indivizii cu tulburare anxioasă socială, mutismul selectiv poate dispărea, dar simptomele tulburării anxioase sociale se mențin.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Factorii de risc legați de temperament pentru mutismul selectiv nu au fost identificați în totalitate. Afectivitatea negativă (caracterul nevrotic) sau inhibiția comportamentală pot juca un rol, ca și istoricul parental de timiditate, izolare socială și anxietate socială. Copiii cu mutism selectiv pot prezenta probleme subtile ale limbajului receptiv comparativ cu copiii de aceeași vârstă, dar limbajul receptiv se situează totuși în limite normale.

**Factori de mediu.** Inhibiția socială a părinților poate servi ca model în ceea ce privește reticenta socială și mutismul selectiv la copii. De asemenea, părinții copiilor cu mutism selectiv au fost descriși ca hiperprotectori sau exercitând un control mai intens decât părinții copiilor cu alte tulburări anxioase sau fără tulburări.

**Factori genetici și fiziologici.** Având în vedere suprapunerea semnificativă dintre mutismul selectiv și tulburarea anxioasă socială, este posibilă existența unor factori genetici comuni pentru ambele condiții.

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Copiii familiilor care au emigrat într-o țară în care se vorbește o altă limbă pot refuza să vorbească în noua limbă din cauza lipsei cunoașterii acesteia. Dacă înțelegerea noii limbi este adecvată dar refuzul de a o vorbi se menține, se justifică diagnosticul de mutism selectiv.

## Consecințe funcționale ale mutismului selectiv

Mutismul selectiv conduce la deficit de funcționare în context social deoarece copiii pot fi prea anxioși pentru a se implica în interacțiuni sociale cu ceilalți copii. Pe măsură ce se maturizează, acești copii se vor confrunta cu o izolare socială tot mai mare. La școală pot prezenta deficit școlar deoarece, deseori, nu le comunică profesorilor nevoile școlare sau personale (e.g., nu înțeleg obligațiile pe care le au la ore, nu cer voie să meargă la toaletă). Apare frecvent un deficit sever al funcționării școlare și sociale, la care contribuie și tachiările colegilor. În anumite circumstanțe, mutismul selectiv poate servi ca strategie compensatorie pentru a scădea trăirile anxioase în contextul interacțiunilor sociale.

## Diagnostic diferențial

**Tulburările de comunicare.** Mutismul selectiv trebuie diferențiat de perturbările vorbirii care aparțin mai curând unei tulburări de comunicare, cum ar fi tulburarea limbajului, tulburarea emiterii sunetelor vorbirii (cunoscută anterior ca tulburare fonologică), tulburarea fluenței verbale cu debut în copilărie (balbism) sau tulburarea comunicării pragmatice (sociale). Spre deosebire de mutismul selectiv, perturbarea vorbirii, în cazul acestor afecțiuni, nu este limitată la un anumit context social.

**Tulburările de neurodezvoltare, schizofrenia și alte tulburări psihotice.** Indivizii care prezintă o tulburare din spectrul autist, schizofrenie sau altă tulburare psihotică, sau cu dizabilitate intelectuală severă, pot avea probleme de comunicare socială, fiind incapabili să vorbească adecvat în diferite ocazii sociale. Spre deosebire de aceste afecțiuni, mutismul selectiv va fi diagnosticat doar atunci când copilul prezintă capacitatea dovedită de a vorbi în unele circumstanțe sociale (e.g., de obicei acasă).

**Tulburarea anxioasă socială (fobia socială).** Anxietatea socială și evitarea socială din tulburarea anxioasă socială se pot asocia cu mutismul selectiv. În astfel de cazuri pot fi stabilite ambele diagnostice.

## Comorbidități

Cele mai frecvente afecțiuni comorbide sunt celelalte tulburări anxioase: cel mai frecvent tulburarea anxioasă socială, urmată de tulburarea anxioasă de separare și de fobiile specifice. La copiii cu mutism selectiv a fost observat comportamentul negativist, de opoziție, dar acest comportament poate fi limitat la situațiile în care copilul trebuie să vorbească. Întârzierile sau tulburările comunicării pot apărea și ele la unii copii cu mutism selectiv.

## Fobia specifică

### Criterii de diagnostic

- A. Frică sau anxietate marcată privind un obiect sau o situație particulară (e.g., de zbor, înălțime, animale, injecție, vederea sângelui).  
**Notă:** La copii, frica sau anxietatea poate fi exprimată prin plâns, agitație, accese de furie, perplexitate sau agățarea de părinți.
- B. Obiectul sau situația fobică provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate imediată.
- C. Obiectul sau situația fobică este evitată conștient sau suportată cu frică sau anxietate intensă.
- D. Frica sau anxietatea este disproporționată față de pericolul real pe care îl implică obiectul sau situația respectivă și față de contextul socio-cultural.
- E. Frica, anxietatea sau comportamentul de evitare este persistent, având de obicei o durată de cel puțin 6 luni.
- F. Frica, anxietatea sau comportamentul evitant cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- G. Perturbarea nu corespunde mai bine simptomelor altei tulburări mintale cum ar fi: frica, anxietatea și evitarea situațiilor asociate cu simptome de panică sau cu alte simptome care provoacă incapacitate (ca în agorafobie); obiecte sau situații legate de obsesii (ca în tulburarea obsesiv-compulsivă); rememorarea evenimentelor traumatizante (ca în tulburarea de stres posttraumatic); părăsirea casei sau a persoanelor de atașament (ca în tulburarea anxioasă de separare); sau frica de situații sociale (ca în tulburarea anxioasă socială).

A se specifica dacă:

Codul bazat pe stimulul fobic:

**300.29 (F40.218) Animale** (e.g., păianjeni, insecte, câini).

**300.29 (F40.228) Mediu natural** (e.g., înălțime, furtună, apă).

**300.29 (F40.23x) Sânge-injecții-leziuni** (e.g., ace, proceduri medicale invazive).

**Recomandări de codificare:** Se va selecta codul ICD-10-CM specific după cum urmează: **F40.230** frica de sânge; **F40.231** frica de injecții și transfuzii; **F40.232** frica de alte îngrijiri medicale; sau **F40.233** frica de leziuni.

**300.29 (F40.248) Situațională** (e.g., avion, lift, spații închise).

**300.29 (F40.298) Altele** (e.g., situații care pot conduce la sufocare sau vărsături; la copii, e.g., sunete puternice sau personaje costumate).

**Notă privind codificarea:** Dacă este prezent mai mult de un stimul fobic, se vor menționa toate codurile ICD-10-CM care se aplică (e.g., pentru frica de șerpi și de zbor: F40.218 fobie specifică, de animale și F40.248 fobie specifică, situațională).

## Specificatori

Este un lucru obișnuit ca indivizii să prezinte mai multe fobii specifice. Individul cu fobie specifică are, în medie, trei obiecte sau situații de care se teme, și aproximativ 75% din indivizii cu fobie specifică prezintă mai mult de o situație sau obiect fobogen. În astfel de cazuri trebuie specificat diagnosticul mai multor fobii specifice, fiecare cu propriul cod de diagnostic reflectând stimulul fobic. Spre exemplu, dacă individul se teme de furtuni și de zbor, se vor menționa două diagnostice: fobie specifică, de mediul natural și fobie specifică, situațională.

## Elemente de diagnostic

Un element esențial al acestei tulburări este frica sau anxietatea limitată la prezența unei situații sau obiect particular (Criteriul A), care poate fi numit *stimul fobic*. Categoriile de situații sau obiecte anxiogene sunt menționate ca specificatori. Mulți indivizi se tem de obiecte sau situații care aparțin mai multor categorii, sau stimuli fobici. Pentru diagnosticul fobiei specifice, răspunsul trebuie să difere față de frica normală, tranzitorie care apare în mod obișnuit la populația normală. Pentru a îndeplini criteriile de diagnostic, frica sau anxietatea trebuie să fie intensă sau severă (i.e., "marcată") (Criteriul A). Intensitatea fricii resimțite poate varia în funcție de apropierea de obiectul sau situația anxiogenă, și poate să apară la anticiparea sau în prezența concretă a obiectului sau situației respective. De asemenea, frica sau anxietatea poate lua forma unui atac de panică parțial sau complet (i.e., anticiparea unui atac de panică). O altă caracteristică a fobiilor specifice este aceea că frica sau anxietatea apare aproape de fiecare dată când individul vine în contact cu stimulul fobic (Criteriul B). Astfel, un individ care devine anxios doar ocazional atunci când se confruntă cu situația sau obiectul (e.g., devine anxios atunci când zboară cu avionul doar la unul din cinci zboruri) nu va fi diagnosticat cu fobie specifică. Totuși, intensitatea fricii sau anxietății poate varia (de la anxietatea anticipativă la atacul complet de panică) în diverse situații în care apare obiectul sau situația fobică, ca urmare a factorilor contextuali variați, cum ar fi: prezența altor persoane, durata expunerii și alte elemente agravante cum ar fi turbulențele de zbor pentru indivizii care se tem de deplasarea cu avionul. Frica și anxietatea se exprimă deseori diferit la copii comparativ cu adulții. De asemenea, frica și anxietatea apar imediat după contactul cu obiectul sau situația fobică (i.e., cel mai frecvent imediat și nu cu întârziere).

Individul evită conștient situația, sau dacă nu poate să o evite sau decide să nu o facă, situația sau obiectul provoacă frică sau anxietate intensă (Criteriul C). *Evitare activă* înseamnă că individul se comportă intenționat într-un mod destinat să prevină sau minimizeze contactul cu obiectele sau situațiile fobice (e.g., alege mai curând să treacă prin tuneluri decât peste poduri, în drumul zilnic către serviciu, din cauza fricii de înălțime; evită să intre într-o cameră întunecată din cauza fricii de păianjeni; refuză un loc de muncă într-o locație unde un stimul fobic este mai des întâlnit). Comportamentul de evitare este deseori evident (e.g.,

un individ care se teme de sânge refuză să meargă la medic), dar uneori este mai puțin evident (e.g., un individ care se teme de șerpi refuză să privească imagini care se aseamănă cu forma sau mărimea unui șarpe). Mulți indivizi cu fobii specifice de lungă durată (ani) și-au modificat condițiile de viață astfel încât să evite pe cât posibil obiectul sau situația fobică (e.g., un individ diagnosticat cu fobie specifică de animale se mută pentru a locui într-o zonă din care lipsește animalul de care se teme). Ca urmare, aceste persoane nu mai prezintă frică sau anxietate în viața de zi cu zi. În astfel de cazuri, comportamentul de evitare sau refuzul constant de a se implica în activități care ar putea presupune expunerea la obiectul sau situația fobică (e.g., refuzul repetat de a accepta un loc de muncă în care trebuie să călătorească, din cauza fricii de zbor) poate fi util pentru a confirma diagnosticul în absența anxietății sau panicii manifeste.

Frica sau anxietatea este disproporționată față de pericolul pe care obiectul sau situația îl presupune, sau mai intensă decât se presupune că ar fi necesar (Criteriul D). Deși indivizii cu fobie specifică recunosc deseori că reacția lor este disproporționată, au tendința de a supraevalua pericolul situațiilor de care se tem, și de aceea medicul este cel care trebuie să aprecieze dacă reacția este disproporționată. De asemenea, trebuie luat în considerare contextul socio-cultural al individului. Spre exemplu, frica de intuneric poate fi explicabilă în contextul violenței permanente, iar frica de insecte poate fi mai severă în zonele în care se consumă insecte în alimentație. Frica, anxietatea sau evitarea este persistentă, cu durată în mod obișnuit de cel puțin 6 luni (Criteriul E), element ce poate fi util pentru diferențierea tulburării de frica tranzitorie care apare frecvent în populație, în special la copii. Totuși, criteriul de durată trebuie utilizat doar ca recomandare generală, fiind permis un anumit grad de flexibilitate. Fobia specifică trebuie să cauzeze disconfort sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare pentru a fi stabilit acest diagnostic (Criteriul F).

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Indivizii cu fobii specifice prezintă în mod obișnuit o creștere a stării de excitație fiziologică atunci când anticipează expunerea la un obiect sau situație fobică sau pe parcursul expunerii. Totuși, răspunsul fiziologic la situația sau obiectul anxios variabil. În timp ce indivizii cu fobii specifice situaționale, de mediu natural și de animale prezintă, mai probabil, hiperreactivitate a sistemului nervos simpatic, indivizii cu fobie specifică de sânge-injecție-leziuni manifestă o reacție vaso-vagală de sincopă sau iminență de sincopă, caracterizată prin accelerarea inițială de scurtă durată a frecvenței cardiace și creșterea tensiunii arteriale, urmate de scăderea acestora. Modelele actuale ale sistemelor neuronale au evidențiat rolul important al amigdalei cerebrale și structurilor asociate în fobia specifică, la fel ca și în alte tulburări anxioase.

## Prevalență

În Statele Unite ale Americii, prevalența estimată în comunitate la 12 luni a fobiei specifice este de aproximativ 7-9%. Rata prevalenței în țările europene este foarte asemănătoare cu cea din SUA (e.g., aproximativ 6%), dar în general este mai scăzută în țările din Asia, Africa și America Latină (2-4%). Rata prevalenței este de aproximativ 5% la copii și de aproximativ 16% la vârste între 13 și 17 ani. La indivizii mai în vârstă rata prevalenței este mai scăzută (aproximativ 3-5%), ceea ce sugerează probabil diminuarea severității la un nivel subclinic. Femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbații, raportul fiind de aproximativ 2:1, deși raportul variază în funcție de stimulul fobic. Astfel, fobiile specifice de animale, mediu natural și situaționale afectează mai des femeile, în timp ce fobia de sânge-injecții-leziuni apare aproape în mod egal la ambele sexe.

## Debut și evoluție

Fobiile specifice apar uneori în urma unui eveniment traumatizant (e.g., după ce individul

este atacat de un animal sau rămâne blocat în lift), după ce vede alte persoane trecând printr-un astfel de eveniment (e.g., asistă la înecul cuiva), după un atac de panică apărut într-o situație care va deveni fobică (e.g., un atac de panică imprevizibil, apărut în timpul călătoriei cu metroul), sau după transmiterea unei informații (e.g., comentarea foarte amănunțită de către mass-media a prăbușirii unui avion). Totuși, majoritatea indivizilor cu fobie specifică nu-și pot aminti motivul particular al debutului fobiei. Fobia specifică apare de obicei precoce în copilărie, majoritatea având debutul înaintea vârstei de 10 ani. Vârsta medie la debutul bolii este cuprinsă între 7 și 11 ani, cu media la aproximativ 10 ani. Fobiile specifice situaționale tind să debuteze la vârste mai avansate decât fobiile specifice de mediu natural, animale sau sânge-injecții-răni. Fobiile specifice care se dezvoltă în copilărie și adolescență au evoluție cu remisuni și exacerbări în această perioadă. Totuși, fobiile care persistă la vârsta de adult au o probabilitate redusă de a se remite la majoritatea acestor indivizi.

Când fobia specifică este diagnosticată în copilărie, trebuie avute în vedere două aspecte. În primul rând, copiii mici își pot exprima frica și anxietatea prin plâns, accese colerice, perplexitate sau agățare de cineva. În al doilea rând, copiii de această vârstă nu sunt capabili să înțeleagă conceptul de evitare. Din acest motiv, medicul trebuie să obțină informații suplimentare de la părinți, profesori sau de la alte persoane care cunosc bine copilul. Frica excesivă este destul de frecventă la copiii mici, dar de obicei este tranzitorie și are un impact minor asupra funcționării, fiind considerată adecvată stadiului de dezvoltare. În astfel de cazuri nu se va stabili diagnosticul de fobie specifică. Atunci când se are în vedere diagnosticul de fobie specifică la un copil este important să se evalueze gradul de afectare, durata fricii, anxietății sau evitării, precum și dacă aceasta este caracteristică stadiului particular de dezvoltare a copilului.

Deși prevalența fobiei specifice este mai scăzută la populația în vârstă, rămâne totuși una dintre cele mai frecvente tulburări ale perioadei târzii a vieții. Atunci când se stabilește diagnosticul de fobie specifică la populația vârstnică trebuie avute în vedere mai multe aspecte. În primul rând, persoanele în vârstă prezintă mai frecvent fobii specifice legate de mediul natural precum și fobia de cădere. În al doilea rând, la persoanele în vârstă fobiile specifice (precum și toate tulburările anxioase) au tendința de a se asocia cu preocupările de natură medicală, printre care boala coronariană și boala pulmonară obstructivă cronică. În al treilea rând, acești indivizi au o tendință mai mare de a atribui simptomele anxioase unor afecțiuni medicale. În al patrulea rând, la indivizii în vârstă anxietatea se manifestă mai frecvent într-un mod atipic (e.g., implicând atât simptome de anxietate cât și de depresie) ceea ce va conduce, cu o probabilitate mai mare, la diagnosticul de tulburare anxioasă nespecificată. În plus, prezența fobiei specifice la adulții vârstnici este asociată cu scăderea calității vieții și reprezintă un factor de risc pentru tulburarea neurocognitivă majoră.

Deși fobiile cele mai specifice se dezvoltă în copilărie și adolescență, fobia specifică se poate dezvolta la orice vârstă, deseori ca rezultat al unor experiențe traumatizante. Spre exemplu, fobia de sufocare apare aproape întotdeauna în urma unui eveniment care a condus la iminența de sufocare, survenit la orice vârstă.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Factorii de risc legați de temperament pentru fobii specifice, cum ar fi afectivitatea negativă (caracterul nevrotic) sau inhibiția comportamentală reprezintă factori de risc și pentru alte tulburări anxioase.

**Factori de mediu.** Factorii de risc legați de mediu pentru fobii specifice, cum ar fi protecția parentală excesivă, pierderea și despărțirea părinților, precum și abuzul fizic și sexual preciz, de asemenea, alte tulburări anxioase. Așa cum s-a menționat mai devreme, experiența traumatizantă sau negativă cu obiectul sau situația anxioasă precede uneori (dar nu întotdeauna) dezvoltarea fobiei specifice.

**Factori genetici și fiziologici.** Poate exista o susceptibilitate genetică față de o anumită categorie de fobii specifice (e.g., un individ cu o rudă de gradul întâi care prezintă fobie specifică de animale are o probabilitate semnificativ mai mare de a dezvolta aceeași fobie

specifică decât alte categorii de fobii). Indivizii cu fobie de sânge-injecție-răni prezintă o tendință particulară de a suferi sincopă vaso-vagală (leșin) în prezența stimulului fobic.

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

În Statele Unite ale Americii, asiaticii și latino-americanii raportează, cu o frecvență semnificativ mai redusă, fobii specifice comparativ cu albi care nu aparțin populației latino-americe, afro-americe și amerindiene. Alături de prevalența mai redusă a fobiilor specifice, în unele țări din afara Statelor Unite, în special cele din Asia și Africa, se observă tipuri diferite de fobii, precum și altă vârstă de debut și raport pe sexe.

## Riscul de suicid

Indivizii cu fobie specifică prezintă o probabilitate cu până la 60% mai ridicată de tentativă de suicid comparativ cu indivizii care nu au acest diagnostic. Totuși, este posibil ca acest procent ridicat să fie determinat, în principal, de comorbiditatea cu tulburările de personalitate și cu alte tulburări anxioase.

## Consecințe funcționale ale fobiilor specifice

Indivizii cu fobie specifică prezintă un model similar de afectare a funcționării psihosociale și de scădere a calității vieții ca și indivizii cu alte tulburări anxioase și cu tulburări ale consumului de alcool și substanțe, inclusiv deficite ale funcționării în sfera profesională și interpersonală. La adulții mai în vârstă, afectarea devine evidentă în îngrijirea personală și activitățile voluntare. De asemenea, la adulții în vârstă, frica de cădere poate conduce la reducerea mobilității și la scăderea funcționării fizice și sociale și poate determina necesitatea instituirii ajutorului formal sau informal la domiciliu. Disconfortul și deficitul cauzate de fobiile specifice au tendința să crească în funcție de numărul obiectelor și situațiilor fobogene. Astfel, un individ care se teme de patru obiecte sau situații, are o probabilitate mai mare să prezinte un deficit mai ridicat în funcționarea profesională și socială și o calitate mai scăzută a vieții comparativ cu un individ care se teme numai de un obiect sau situație. Indivizii cu fobie specifică de sânge-injecții-răni se feresc să solicite ajutor medical chiar și atunci când suspectează prezența unei afecțiuni medicale. În plus, teama de a vomita sau de sufocare poate reduce substanțial aportul alimentar.

## Diagnostic diferențial

**Agorafobia.** Fobia specifică situațională se poate asemăna cu agorafobia în ceea ce privește tabloul clinic datorită elementelor comune care apar în situațiile fobice (e.g., zbor, spații închise, lift). Dacă individul se teme doar de una din situațiile agorafobice, se va stabili diagnosticul de fobie specifică situațională. Dacă se teme de două sau mai multe astfel de situații, se justifică mai degrabă diagnosticul de agorafobie. De exemplu, un individ care se teme de avioane și lifturi (care se suprapun în cadrul situației agorafobice "transport public"), dar nu se teme de alte situații agorafobice, va fi diagnosticat cu fobie specifică situațională, în timp ce un individ care se teme de avioane, lifturi și mulțime (care se suprapun cu două situații agorafobice: "utilizarea transportului public" și "statul la rând sau în mulțime") va fi diagnosticat cu agorafobie. Criteriul B al agorafobiei (situațiile devin anxiogene sau sunt evitate "din cauza gândurilor că scăparea ar putea fi dificilă sau ajutorul ar putea să nu fie disponibil dacă ar suferi simptome de panică sau alte simptome care determină incapacitate sau jenă") poate fi de asemenea util pentru diferențierea agorafobiei de fobia specifică. Dacă situațiile sunt anxiogene din alt motiv, cum ar fi teama de a fi rănit direct de obiect sau situație (e.g., frica de prăbușire a avionului, frica de mușcătura de animal), diagnosticul de fobie specifică poate fi mai adecvat.

**Tulburarea anxioasă socială.** Dacă situațiile provoacă frică din cauza evaluării negative, se va stabili mai curând diagnosticul de tulburare anxioasă socială decât cel de fobie specifică.

**Tulburarea anxioasă de separare.** Dacă situațiile sunt anxiogene din cauza separării de persoana care îl îngrijește sau de persoana de atașament, se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă de separare și nu de fobie specifică.

**Tulburarea de panică.** Indivizii cu fobie specifică pot suferi atacuri de panică atunci când se confruntă cu situația sau obiectul fobogen. Se va stabili diagnosticul de fobie specifică dacă atacurile de panică au survenit doar ca răspuns la obiectul sau situația specifică, în timp ce diagnosticul de tulburare de panică se stabilește dacă individul a suferit și atacuri de panică imprevizibile (i.e., nu doar ca răspuns la obiectul sau situația fobogenă specifică).

**Tulburarea obsesiv-compulsivă.** Dacă frica sau anxietatea principală a individului de un obiect sau situație este rezultatul unei obsesii (e.g., frica de sânge din cauza gândurilor obsesive privind contaminarea cu agenți patogeni cu transmitere sanguină [i.e., HIV]; frica de a conduce din cauza imaginilor obsesive că provoacă un accident) și dacă sunt îndeplinite și alte criterii de diagnostic pentru tulburarea obsesiv-compulsivă, se va stabili diagnosticul de tulburare obsesiv-compulsivă.

**Tulburările asociate traumei și factorilor de stres.** Dacă fobia se dezvoltă ca urmare a unui eveniment traumatizant, se va avea în vedere diagnosticul de tulburare de stres posttraumatic (TSPT). Totuși, evenimentele traumatizante pot preceda atât debutul TSPT cât și al unei fobii specifice. În acest caz, se va stabili diagnosticul de fobie specifică doar dacă nu sunt îndeplinite toate criteriile pentru TSPT.

**Tulburările de comportament alimentar.** Nu se va stabili diagnosticul de fobie specifică dacă comportamentul evitant se limitează exclusiv la refuzul alimentelor sau la evitarea subiectelor pe teme alimentare, în acest caz avându-se în vedere diagnosticul de anorexie sau bulimie nervoasă.

**Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.** Atunci când frica și evitarea sunt cauzate de gândirea delirantă (așa cum se întâmplă în schizofrenie sau alte tulburări din spectrul schizofreniei și în alte tulburări psihotice) nu se justifică diagnosticul de fobie specifică.

## Comorbidități

Fobia specifică este rar întâlnită în instituțiile clinice medicale în absența unei alte psihopatologii, fiind mai frecventă în instituțiile de sănătate mintală nemedicale. Fobia specifică se asociază deseori cu diferite alte tulburări, în special cu depresia la adulții vârstnici. Datorită debutului precoce, fobia specifică este de obicei prima tulburare din punct de vedere cronologic. Indivizii cu fobie specifică prezintă un risc mai mare de a dezvolta alte tulburări printre care: alte tulburări anxioase, tulburări depresive și bipolare, tulburări legate de consumul de substanțe, tulburarea cu simptome somatice și tulburări înrudite, și tulburări de personalitate (în special tulburarea de personalitate dependentă).

## Tulburarea anxioasă socială (fobia socială)

### Criterii de diagnostic

**300.23 (F40.10)**

A. Frică sau anxietate marcată privind una sau mai multe situații sociale în care individul ar putea fi expus evaluării de către ceilalți. Astfel de exemple sunt interacțiunile sociale (e.g., să susțină o conversație, să întâlnească persoane necunoscute), să fie observat (e.g., în timp ce mănâncă sau bea) sau să apară în fața unui public (e.g., să țină un discurs).

**Notă:** La copii anxietatea trebuie să fie prezentă și în interacțiunea cu copiii, nu doar în interacțiunea cu adulții.

B. Individul se teme că ar putea acționa într-un mod sau ar putea fi evidente simptomele anxioase iar acestea vor fi apreciate negativ (i.e., va fi umilit sau pus în dificultate; va

- conduce la respingere sau îi va irita pe ceilalți).
- C. Situațiile sociale provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate.  
**Notă:** La copii frica sau anxietatea se poate exprima prin plâns, crize de nervi, perplexitate, agățare de părinți, ghemuire sau incapacitatea de a vorbi în public.
- D. Situațiile sociale sunt evitate sau suportate cu frică sau anxietate intensă.
- E. Frica sau anxietatea sunt disproporționate față de pericolul reprezentat de situația socială și față de contextul socio-cultural.
- F. Frica, anxietatea sau evitarea este persistentă, și durează de regulă cel puțin 6 luni.
- G. Frica, anxietatea sau evitarea cauzează disconfort sau deficit semnificativ clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- H. Frica, anxietatea sau evitarea nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe (e.g., drog de abuz, medicament) sau unei afecțiuni medicale.
- I. Frica, anxietatea sau evitarea nu este mai bine explicată de simptomele altei tulburări mintale, cum ar fi tulburarea de panică, tulburarea dismorfică corporală sau tulburări din spectrul autist.
- J. Dacă este prezentă o altă condiție medicală (e.g., boala Parkinson, obezitate, desfigurare ca urmare a arsurilor sau leziunilor) frica, anxietatea sau evitarea trebuie să fie evident lipsită de legătură cu afecțiunea sau să fie excesivă.

A se *specifica* dacă:

**Forma asociată doar discursului în public:** Dacă frica este limitată doar la susținerea unui discurs sau a unei prezentări în public.

## Specificatori

Indivizilor cu tulburare anxioasă socială doar la apariția în public le este frică de interpretările în public. În mod caracteristic, aceasta afectează în special viața profesională (e.g., muzicieni, dansatori, interpreți, atleți) sau rolurile care presupun susținerea regulată a unor discursuri publice. Frica de interpretare se poate manifesta și la locul de muncă, la școală sau facultate, unde sunt necesare apariții publice regulate. Indivizii cu acest tip de tulburare anxioasă socială nu se tem și nu evită situațiile sociale care nu presupun interpretarea în public.

## Elemente de diagnostic

Elementul principal de diagnostic al tulburării anxioase sociale constă în frica sau anxietatea marcată sau intensă de situațiile sociale în care individul ar putea fi evaluat de ceilalți. La copii, frica sau anxietatea trebuie să apară și în interacțiunile cu copiii, nu doar în interacțiunile cu adulții (Criteriul A). Atunci când este expus la astfel de situații sociale, individul se teme că va fi apreciat negativ. Individul este îngrijorat că va fi considerat anxios, slab, nebu, stupid, plictisitor, timid, enervant sau respingător. Se teme că va acționa sau va părea într-un anume fel, sau că va manifesta simptome anxioase precum eritem facial, tremor, transpirații, balbism sau fixarea privirii, care vor fi apreciate negativ de către ceilalți (Criteriul B). Unii indivizi se tem că i-ar putea irita pe ceilalți sau că, din acest motiv, vor fi respinși. Frica de a-i jigni pe ceilalți - de exemplu printr-o privire sau prin manifestarea simptomelor anxioase - poate reprezenta frica dominantă la indivizii proveniți din medii culturale cu puternică orientare colectivistă. Un individ care se teme că i-ar putea tremura mâna, va evita să bea, să mănânce, să scrie sau să indice ceva în public; individul care se teme că ar putea transpira va evita strângerea mâinii sau consumul alimentelor condimentate; iar un individ care se teme că ar putea roși va evita aparițiile în public, lumina intensă sau discuțiile despre subiecte intime. Unii indivizi se tem și evită să urineze în toalete publice când sunt prezenți și alți indivizi (i.e., paruresis sau "sindromul vezicii urinare rușinoase").

Situațiile sociale provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate (Criteriul C). Astfel, individul care devine anxios doar ocazional în situații sociale nu va fi diagnosticat cu tulburare anxioasă socială. Cu toate acestea, gradul și tipul de frică și anxietate pot varia

(e.g., anxietate anticipativă, atac de panică) cu diferite ocazii. Anxietatea anticipativă poate apărea uneori cu mult timp înainte de a se petrece un eveniment (e.g., îngrijorarea zilnică timp de mai multe săptămâni înaintea desfășurării unui eveniment social, repetarea unui discurs cu multe zile înainte). La copii, frica sau anxietatea de situații sociale se poate exprima prin plâns, țipete, perplexitate, agățare de părinți sau ghemuire. Individul va evita deseori situațiile sociale anxiogene. Altfel, aceste situații sunt suportate cu frică sau anxietate intensă (Criteriul D). Evitarea poate fi evidentă (e.g., individul nu se duce la petreceri, refuză să meargă la școală) sau subtilă (e.g., pregătește exagerat textul unui discurs, abate atenția către alții, contact vizual limitat).

Frica sau anxietatea este considerată disproporționată față de riscul real de a fi evaluat negativ sau față de consecințele unei astfel de aprecieri negative (Criteriul E). Uneori anxietatea nu este considerată excesivă deoarece este asociată unui pericol real (e.g., să fie intimidat sau torturat de alții). Totuși, indivizii cu tulburare anxioasă socială supravaluează de obicei consecințele negative ale situațiilor sociale și, în aceste cazuri, aprecierea caracterului excesiv va fi făcută de medic. Atunci când se face această apreciere trebuie avut în vedere contextul socio-cultural al individului. De exemplu, în anumite culturi, un comportament care de obicei este considerat ca anxietate socială, poate să fie privit ca fiind corespunzător situației sociale (e.g., poate fi privit ca semn de respect).

Durata perturbării este de obicei de cel puțin 6 luni (Criteriul F). Acest prag de durată ajută la diferențierea tulburării anxioase sociale de frica socială tranzitorie care este obișnuită, în special la copii și în comunitate. Totuși criteriul de durată trebuie privit ca o recomandare generală, permițând un anumit grad de flexibilitate. Frica, anxietatea sau evitarea trebuie să interfere semnificativ cu obiceiurile zilnice ale individului, cu funcționarea profesională sau școlară, sau cu activitățile sociale sau relațiile individului, sau trebuie să cauzeze disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare (Criteriul G). Spre exemplu, un individ care se teme să vorbească în public nu va primi diagnosticul de tulburare anxioasă socială dacă această activitate nu este întâlnită de rutină la serviciu sau în activitățile școlare și dacă individul nu este deranjat semnificativ de această teamă. Totuși, dacă individul evită sau renunță la un loc de muncă sau la studii pe care și le dorește cu adevărat din cauza simptomelor anxioase sociale, Criteriul G este îndeplinit.

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Indivizii cu tulburare anxioasă socială pot fi inadecvat de încrezători sau excesiv de docili sau, mai rar, doresc în mod exagerat să controleze conversația. Pot avea o postură prea rigidă a corpului sau un contact vizual inadecvat sau vorbesc cu voce foarte joasă. Acești indivizi pot fi timizi sau retrași, fiind mai puțin deschiși în conversație și dezvăluie puține lucruri despre ei. Caută de obicei să se angajeze pe posturi care nu necesită contact social, acest lucru nefiind valabil pentru indivizii cu tulburare anxioasă socială doar la apariția în public. Petrec acasă mai mult timp. Bărbații se căsătoresc și își întemeiază o familie mai târziu, în timp ce femeile care și-ar fi dorit să lucreze în afara casei trăiesc o viață de gospodină și mame. Acești indivizi își auto-administrează diverse substanțe ca medicație (e.g., beau înainte de a pleca la o petrecere). Anxietatea socială la indivizii mai în vârstă se poate manifesta prin exacerbarea simptomelor afecțiunilor medicale, cum ar fi amplificarea tremorului sau a tahicardiei. Înroșirea (eritemul facial) reprezintă răspunsul fiziologic specific în tulburarea anxioasă socială.

## Prevalență

Prevalența estimată la 12 luni a tulburării anxioase sociale în SUA este de aproximativ 7%. Valori mai mici ale prevalenței estimate la 12 luni se întâlnesc în mai multe zone ale lumii care utilizează același instrument de diagnostic, grupându-se în jurul valorii de 0,5-2,0%; prevalența medie în Europa este de 2,3%. Rata prevalenței la 12 luni pentru copii și adolescenți este comparabilă cu cea de la adulți. Rata prevalenței scade cu vârsta. Prevalența la 12 luni la adulții vârstnici se situează între 2 și 5%. În general, în populația generală frecvența tulburării anxioase sociale este mai mare la femei decât la bărbați (raportul situându-se între 1,5 și 2,2), iar diferența de prevalență în funcție de sex este mai pronunțată

la adolescenți și adulții tineri. Raportul pe sexe este echivalent sau ușor mai mare în favoarea bărbaților pe eşantioanele clinice, și se presupune că rolul social al bărbatului și așteptările sociale explică de ce bărbații caută ajutor medical mai frecvent decât femeile. Prevalența în SUA este mai mare la amerindieni și mai scăzută la persoanele originare din Asia, America Latină, la afro-americieni și afro-caraibieni comparativ cu albi non-hispanici.

## Debut și evoluție

Vârsta medie la debutul tulburării anxioase sociale în Statele Unite ale Americii este de 13 ani, iar 75% din indivizi au vârsta la debut cuprinsă între 8 și 15 ani. În studiile din SUA și Europa s-a pus în evidență că, uneori, tulburarea apare pe fondul unui istoric de inhibiție socială sau timiditate în copilărie. Debutul poate avea loc și în copilăria timpurie. Debutul tulburării anxioase sociale poate fi urmarea unei experiențe stresante sau umilitoare (e.g., după ce individul a fost brutalizat, după ce a vomitat în timpul unui discurs public), sau poate fi insidios, dezvoltându-se lent. Debutul în perioada de adult este relativ rar și apare cu probabilitate mai mare după un eveniment stresant sau umilitor sau după schimbări în viață care implică roluri sociale noi (e.g., căsătoria cu o persoană aparținând unei clase sociale diferite, o promovare la locul de muncă). Tulburarea anxioasă socială se poate ameliora după ce un individ care se teme de întâlniri romantice se căsătorește, și poate reapărea după divorț. La indivizii care se prezintă la medic pentru consultație, tulburarea are tendința de a fi persistentă.

Adolescenții prezintă un tipar mai larg de frică și evitare, inclusiv frica de întâlniri romantice, comparativ cu copiii mai mici. Adulții mai în vârstă au un nivel mai redus de anxietate socială dar aceasta se manifestă într-un număr mai mare de situații, în timp ce adulții mai tineri exprimă un nivel mai ridicat de anxietate socială în situații particulare. La adulții mai în vârstă, anxietatea socială poate fi asociată dizabilității cauzate de declinul funcțiilor senzoriale (auz, vâz), sau jenei legate de aspect (e.g., tremorul ca simptom al bolii Parkinson), sau limitărilor provocate de afecțiuni medicale, incontinență sau deficit cognitiv (e.g., uitarea numelor persoanelor). În comunitate, aproximativ 30% din indivizii cu tulburare anxioasă socială prezintă remisiunea simptomelor în decurs de un an, iar aproximativ 50% în decurs de câțiva ani. La aproximativ 60% din indivizii fără tratament specific pentru această tulburare evoluția durează câțiva ani sau mai mult.

Detectarea tulburării anxioase sociale la adulții în vârstă poate fi o provocare deoarece intervin mai mulți factori, printre care: concentrarea asupra simptomelor somatice, prezența afecțiunilor medicale comorbide, conștientizarea limitată, modificările mediului social sau ale rolului social care pot ascunde deficitele apărute în funcționarea socială, sau reticența privind descrierea suferințelor psihologice.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Trăsăturile de fond care predispun indivizii la tulburare anxioasă socială cuprind comportamentul inhibat și frica de apreciere negativă.

**Factori de mediu.** Frecvența crescută a maltratării în copilărie sau a altor adversități psihosociale cu debut precoce nu au un rol causal în dezvoltarea tulburării anxioase sociale. Cu toate acestea, maltratarea și dificultățile în copilărie reprezintă factori de risc pentru această tulburare.

**Factori genetici și fiziologici.** Trăsăturile care predispun indivizii la tulburare anxioasă socială, cum ar fi comportamentul inhibat, sunt puternic influențate genetic. Influența genetică reprezintă rezultatul interacțiunii genă-mediu; astfel, copiii cu comportament intens inhibat sunt mai susceptibili la influențele din mediu, cum ar fi modelul de anxietate socială al părinților. De asemenea, anxietatea socială este moștenită (mai puțin anxietatea legată doar de apariția în public). Rudele de gradul întâi prezintă o probabilitate de două până la șase ori mai mare de a avea tulburare anxioasă socială, responsabilă pentru tulburare fiind interacțiunea dintre factorii genetici specifici tulburării (e.g., frica de apreciere negativă) și cei nespecifici (e.g., caracterul nevrotic).

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Sindromul *taijin kyofusho* (e.g., în Japonia și Coreea) este deseori caracterizat prin temeri privind aprecierea socială, care îndeplinesc criteriile pentru tulburarea anxioasă socială asociate cu teama că individul face *alte* persoane să se simtă neplăcut (e.g., "Privirea mea îi supără pe ceilalți și de aceea se uită în altă parte și mă evită"), această frică fiind uneori trăită cu intensitate delirantă. Acest simptom poate fi întâlnit și în regiuni din afara Asiei. Alte manifestări ale *taijin kyofusho* pot îndeplini criteriile pentru tulburarea dismorfică corporală sau tulburarea delirantă. Statutul de emigrant este asociat cu o frecvență semnificativ mai scăzută a tulburării anxioase sociale la grupurile de albi de origine latină și de alte origini. Rata prevalenței pentru tulburarea anxioasă socială poate să nu coincidă cu nivelul de anxietate socială auto-declarată pentru aceeași cultură - cu alte cuvinte, societățile cu orientare puternic populistă pot declara un nivel ridicat de anxietate socială dar prevalență redusă a tulburării anxioase sociale.

## Elemente de diagnostic dependente de gen

Femeile cu tulburare anxioasă socială declară un număr mai mare de forme de frică socială și tulburare depresivă, bipolară și tulburări anxioase comorbide, în timp ce bărbații au o probabilitate mai mare să se teamă de întâlniri, să prezinte tulburare de opoziție și comportament sfidător sau tulburare de conduită și să consume alcool și droguri ilicite pentru a anula simptomele tulburării. Paruresis este mai frecvent la bărbați.

## Consecințe funcționale ale tulburării anxioase sociale

Tulburarea anxioasă socială este asociată cu o frecvență ridicată de abandon școlar și cu o scădere a stării de bine, a ocupării unui loc de muncă, a productivității la locul de muncă, a statusului socio-economic și a calității vieții. Tulburarea anxioasă socială se mai asociază cu singurătatea, starea civilă de necăsătorit sau divorțat și cu lipsa copiilor, în special la bărbați. La adulții în vârstă pot fi afectate activitățile de îngrijire și voluntare. Această tulburare împiedică, de asemenea, implicarea în activități plăcute. În ciuda intensității disconfortului și a deficitului social, asociate cu tulburarea anxioasă socială, în societățile vestice doar aproximativ jumătate din acești indivizi solicită la un moment dat tratament, iar acest lucru se întâmplă doar după 15-20 de ani de manifestare a simptomelor. Statutul de neangajat reprezintă un predictor puternic pentru persistența tulburării anxioase sociale.

## Diagnostic diferențial

**Timiditatea normală.** Timiditatea (i.e., reticența socială) reprezintă o trăsătură de personalitate obișnuită și nu este prin ea însăși patologică. În unele societăți, timiditatea este chiar apreciată pozitiv. Totuși, atunci când aceasta are un impact negativ semnificativ asupra domeniilor social, profesional sau a altor arii importante de funcționare, se va avea în vedere diagnosticul de tulburare anxioasă socială, iar dacă sunt îndeplinite toate criteriile acesteia se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă socială. În SUA, doar un număr redus (12%) din indivizii care se consideră timizi prezintă simptome care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea anxioasă socială.

**Agorafobia.** Indivizii cu agorafobie se tem de situațiile sociale și le evită (e.g., să meargă la film) deoarece poate fi dificil să scape sau ajutorul poate să nu fie disponibil în eventualitatea unor simptome de panică sau care determină incapacitate, în timp ce indivizii cu tulburare anxioasă socială se tem să fie priviți. Mai mult, indivizii cu tulburare anxioasă socială sunt de obicei calmi dacă sunt complet singuri, ceea ce nu se întâmplă în agorafobie.

**Tulburarea de panică.** Indivizii cu tulburare anxioasă socială pot prezenta atacuri de panică, dar subiectul îngrijorării este frica de aprecierea negativă, în timp ce în tulburarea de panică teama este de atacul de panică în sine.

**Tulburarea anxioasă generalizată.** Preocupările sociale sunt frecvente în tulburarea anxioasă generalizată, dar subiectul acestora este mai mult legat de natura relațiilor existente

decât frica de apreciere negativă. Indivizii cu tulburare anxioasă generalizată, în special copiii, sunt preocupați excesiv de calitatea performanței lor sociale, dar aceste preocupări se extind și asupra performanțelor din afara domeniului social și sunt prezente și atunci când indivizii nu sunt evaluați de alte persoane. În tulburarea anxioasă socială, preocupările se concentrează asupra performanței sociale și a aprecierii din partea celorlalți.

**Tulburarea anxioasă de separare.** Indivizii cu tulburare anxioasă de separare pot evita locurile publice (inclusiv refuz școlar) din cauza preocupării legate de separarea de persoana de atașament sau, în cazul copiilor, solicită prezența unui părinte deși acest lucru nu corespunde stadiului de dezvoltare. Indivizii cu tulburare anxioasă de separare se simt de obicei confortabil în locuri publice dacă persoana de atașament este prezentă sau dacă sunt acasă, în timp ce indivizii cu tulburare anxioasă socială nu se simt confortabil dacă intervin situații sociale acasă sau în prezența persoanelor de atașament.

**Fobiile specifice.** Indivizii cu fobii specifice se pot teme de situații stânjenitoare sau umilitoare (e.g., stânjeneala legată de sincopă atunci când li se recoltează sânge), dar în general nu se tem de aprecierea negativă în alte situații sociale.

**Mutismul selectiv.** Indivizii cu mutism selectiv pot fi incapabili să vorbească din cauza fricii de apreciere negativă, dar nu se tem de această apreciere în situațiile sociale în care nu li se cere să vorbească (e.g., joaca în tăcere).

**Tulburarea depresivă majoră.** Indivizii cu tulburare depresivă majoră se pot teme de evaluarea negativă din partea celorlalți deoarece se consideră răi sau că nu merită să fie apreciați. Spre deosebire de aceștia, indivizii cu tulburare anxioasă socială sunt îngrijorați de aprecierea negativă în cazul apariției anumitor tipuri de comportament social sau simptome somatice.

**Tulburarea dismorfică corporală.** Indivizii cu tulburare dismorfică corporală sunt preocupați de unul sau mai multe defecte sau imperfecțiuni ale aspectului fizic pe care cred că le au, dar pe care ceilalți nu le observă sau care sunt foarte ușoare; această preocupare cauzează deseori anxietate și retragere socială. Dacă frica și evitarea comunității sunt cauzate doar de convingerile legate de aspectul fizic, nu se justifică un diagnostic separat de tulburare anxioasă socială.

**Tulburarea delirantă.** Indivizii cu tulburare delirantă pot prezenta idei delirante și/sau halucinații nebizare, legate de tema delirantă care se concentrează asupra respingerii de către ceilalți sau a jignirii acestora. Deși gradul de conștientizare a convingerilor privind situațiile sociale variază, mulți indivizi cu tulburare anxioasă socială conștientizează corect faptul că aceste convingeri sunt disproporționate față de pericolul pe care îl reprezintă situația socială respectivă.

**Tulburarea din spectrul autismului.** Anxietatea socială și deficitul de comunicare socială reprezintă caracteristicile tulburării din spectrul autismului. Indivizii cu tulburare anxioasă socială prezintă în mod tipic relații sociale adecvate vârstei și capacitate de comunicare socială, deși par să prezinte deficit în aceste domenii atunci când vin pentru prima dată în contact cu persoane de aceeași vârstă sau cu adulți pe care nu-i cunosc.

**Tulburările de personalitate.** Datorită debutului frecvent în copilărie și a persistenței pe parcursul vieții de adult, tulburarea anxioasă socială se poate asemăna cu o tulburare de personalitate. Cea mai evidentă suprapunere este cu tulburarea de personalitate evitantă, în care indivizii prezintă un tipar de evitare mai larg decât cel din tulburarea anxioasă socială. Cu toate acestea, tulburarea anxioasă socială este, în mod caracteristic, comorbidă cu tulburarea de personalitate evitantă mai frecvent decât cu orice altă tulburare de personalitate, iar tulburarea de personalitate evitantă este mai des comorbidă cu tulburarea anxioasă socială comparativ cu celelalte tulburări anxioase.

**Alte tulburări mintale.** În cadrul schizofreniei se pot manifesta frica și disconfortul în contactele sociale, dar în acest caz de obicei sunt prezente simptome psihotice evidente. La indivizii cu o tulburare de comportament alimentar, înainte de a stabili diagnosticul de tulburare anxioasă socială este important să se determine dacă frica de aprecierea negativă a simptomelor sau comportamentului din cadrul acestei tulburări (e.g., purgația sau vărsăturile) nu reprezintă

singurul motiv al anxietății sociale. La fel, tulburarea obsesiv-compulsivă poate fi asociată cu anxietate socială, dar acest diagnostic suplimentar se utilizează doar dacă frica și evitarea contactului social sunt independente de tema obsesiilor și compulsiilor.

**Alte afecțiuni medicale.** Afecțiunile medicale provoacă uneori simptome care pot fi deranjante (e.g., tremorul din boala Parkinson). Atunci când frica de a fi apreciat negativ ca urmare a unei afecțiuni medicale este excesivă, se va avea în vedere diagnosticul de tulburare anxioasă socială.

**Tulburarea de opoziție și comportament sfidător.** Refuzul de a vorbi din cauza negativismului față de persoanele cu autoritate trebuie diferențiat de incapacitatea de a vorbi cauzată de frica de apreciere negativă.

## Comorbidități

Tulburarea anxioasă socială este deseori comorbidă cu alte tulburări anxioase, cu tulburarea depresivă majoră și cu tulburări ale consumului de substanțe, iar debutul său îl precede în general pe cel al celorlalte tulburări, cu excepția fobiei specifice și a tulburării anxioase de separare. Izolarea socială cronică din tulburarea anxioasă socială poate conduce la tulburare depresivă. Comorbiditatea cu depresia este mare și la adulții vârstnici. Individul poate utiliza substanțe ca auto-medicație pentru frica de contactele sociale, dar simptomele intoxicației sau sevrăului la substanțe, cum ar fi tremorul, pot reprezenta la rândul lor sursa fricii sociale (ulterioare). Tulburarea anxioasă socială este frecvent comorbidă cu tulburarea bipolară sau cu tulburarea dismorfică corporală; de exemplu, un individ prezintă tulburare dismorfică corporală, obiectul preocupării fiind o ușoară neregularitate a nasului, dar și tulburare anxioasă socială din cauza fricii intense de a părea lipsit de inteligență. Forma mai generalizată a tulburării anxioase sociale, nu și cea asociată doar discursului în public, este deseori comorbidă cu tulburarea de personalitate evitantă. La copii, comorbiditatea cu autismul cu nivel ridicat de funcționare și cu mutismul selectiv este frecventă.

## Tulburarea de panică

### Criteria de diagnostic

**300.01 (F41.0)**

A. Atacuri de panică imprevizibile, recurente. Un atac de panică reprezintă apariția bruscă a unei frici intense sau a unui disconfort intens care atinge un punct culminant în decurs de câteva minute, iar în acest interval se manifestă patru (sau mai multe) din următoarele simptome:

**Notă:** Manifestarea bruscă poate apărea fie pe fondul unei stări de calm, fie anxioase.

1. Palpitații, bătăi puternice ale inimii, sau accelerarea frecvenței cardiace.
2. Transpirații.
3. Tremor sau frisoane.
4. Senzație de respirație dificilă (dispnee) sau de sufocare.
5. Senzație de asfixie.
6. Dureri sau disconfort precordial.
7. Greață sau disconfort abdominal.
8. Senzație de amețeală, instabilitate, cap gol sau lipotimie.
9. Senzație de frig sau de căldură.
10. Paretezii (senzații de amorțeală sau furnicături).
11. Derealizare (sentimentul irealității) sau depersonalizare (detașarea de sine).
12. Frica de a pierde controlul sau de a "înebuni".
13. Frica de moarte.

**Notă:** Pot fi prezente simptome specifice culturii (e.g., tinitus, durere cervicală, cefalee, țipete sau plâns necontrolat). Astfel de simptome nu vor fi considerate ca unul din cele patru simptome necesare pentru diagnostic.

B. Cel puțin unul din atacurile de panică a fost urmat, timp de cel puțin o lună, de una sau ambele din următoarele:

1. Preocupare sau îngrijorare persistentă privind apariția unui nou atac de panică sau a consecințelor acestuia (e.g., pierderea controlului, apariția unui infarct, posibilitatea de a "înebbuni").
  2. O schimbare semnificativ dezadaptativă a comportamentului provocată de atac (e.g., un comportament menit să evite producerea atacurilor de panică, cum ar fi evitarea efortului fizic sau a situațiilor necunoscute).
- C. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (e.g., un drog de abuz, un medicament) sau unei afecțiuni medicale (e.g., hipertiroidism, boli cardio-pulmonare).
- D. Perturbarea nu este mai bine explicată de o altă tulburare mintală (e.g., atacurile de panică nu apar doar ca răspuns la situațiile sociale anxiogene, așa cum se întâmplă în tulburarea anxioasă socială; ca răspuns la obiecte sau situații fobice particulare, ca în fobia specifică; ca răspuns la obsesii, ca în tulburarea obsesiv-compulsivă; ca răspuns la rememorarea evenimentelor traumatizante, ca în tulburarea de stres posttraumatic; sau ca răspuns la despărțirea de persoanele de atașament, ca în tulburarea anxioasă de separare).

## Elemente de diagnostic

*Tulburarea de panică* se referă la recurența unor atacuri de panică ce apar imprevizibil (Criteriul A). Un atac de panică reprezintă apariția bruscă a unei frici intense sau a unui disconfort intens care atinge un punct maxim în decurs de câteva minute, iar în acest interval se manifestă patru sau mai multe din lista de 13 simptome somatice sau cognitive. Termenul *recurent* semnifică literal apariția imprevizibilă a mai mult de un atac de panică. Termenul *imprevizibil* se referă la un atac de panică pentru care nu este prezent niciun semn sau factor declanșator evident la momentul apariției - cu alte cuvinte, atacul de panică pare să apară din senin, de exemplu atunci când individul se relaxează sau se trezește din somn (atac de panică nocturn). În schimb, atacurile de panică *previzibile* sunt cele pentru care există un semn sau factor declanșator evident, cum ar fi o situație în care atacul de panică apare în mod tipic. Aprecierea caracterului previzibil sau imprevizibil al atacului de panică este făcută de medic, care realizează această judecată clinică pe baza coroborării datelor unui interviu atent cu privire la secvența de evenimente care preced sau conduc la atac, cu propria apreciere a individului dacă atacul pare să fi apărut fără niciun motiv aparent. Interpretările culturale pot influența încadrarea atacurilor de panică în previzibile sau imprevizibile (a se vedea secțiunea "Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural" din cadrul acestei tulburări). În SUA și Europa aproximativ jumătate din indivizii cu atacuri de panică prezintă atacuri de panică atât previzibile cât și imprevizibile. Astfel, prezența atacurilor de panică previzibile nu exclude diagnosticul de tulburare de panică. Pentru mai multe detalii cu privire la caracterul previzibil sau imprevizibil al atacurilor de panică, a se vedea secțiunea destinată atacurilor de panică (pag. 214-217).

Frecvența și severitatea atacurilor de panică variază larg. În ceea ce privește frecvența, atacurile pot avea frecvență moderată (e.g., unul pe săptămână) timp de câteva luni consecutive, sau pot exista perioade scurte cu atacuri mai frecvente (e.g., zilnic) separate de săptămâni sau luni fără atacuri sau cu atacuri mai rare (e.g., două pe lună) timp de mai mulți ani. Persoanele care prezintă atacuri de panică mai rare se aseamănă în ceea ce privește simptomele atacului de panică, caracteristicile demografice, comorbiditățile cu alte tulburări, istoricul familial și datele biologice, cu cele care au atacuri de panică mai frecvente. În ceea ce privește severitatea, indivizii cu atacuri de panică pot prezenta atât atacuri complete (patru sau mai multe simptome) cât și cu simptomatologie limitată (mai puțin de patru), iar numărul și tipul simptomelor atacului de panică diferă frecvent de la un atac de panică la altul. Totuși, pentru diagnosticul de tulburare de panică este necesară prezența a mai mult de un atac de panică complet, imprevizibil.

Preocupările privind atacurile de panică sau consecințele acestora se referă de obicei la: temeri de natură fizică, cum ar fi îngrijorarea că atacul de panică reflectă prezența unei afecțiuni grave (e.g., boală cardiacă, epilepsie); preocupări sociale cum ar fi jena sau frica de a fi judecat negativ de ceilalți din cauza simptomelor de panică vizibile; și îngrijorarea privind funcția mentală cum ar fi teama că "înebunește" sau de pierdere a controlului

(Criteriul B). Schimbările dezadaptative de comportament reprezintă încercări de a minimiza sau evita atacurile de panică sau consecințele acestora. Exemple cuprind: evitarea efortului fizic, reorganizarea vieții cotidiene astfel încât să fie sigur de disponibilitatea ajutorului în cazul unui atac de panică, restrângerea activităților zilnice obișnuite și evitarea situațiilor agorafobice cum ar fi: părăsirea casei, utilizarea transportului în comun sau cumpărăturile. Dacă este prezentă și agorafobia se va stabili și diagnosticul separat de agorafobie.

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Un tip de atac de panică imprevizibil este atacul de panică *nocturn* (i.e., trezirea din somn într-o stare de panică, diferită de panicarea după trezirea completă din somn). În SUA se estimează că acest tip de atac de panică apare cel puțin o dată la aproximativ un sfert până la o treime din indivizii cu tulburare de panică, din care majoritatea prezintă și atacuri de panică diurne. Alături de preocuparea privind atacurile de panică și consecințele acestora, mulți indivizi cu tulburare de panică raportează sentimente de anxietate permanente sau intermitente, legate mai ales de îngrijorarea față de sănătate în general și de sănătatea mintală. De exemplu, indivizii cu tulburare de panică anticipează deseori o evoluție catastrofală a unui simptom somatic sau a unui efect advers ușor la un medicament (e.g., se gândesc la o posibilă afecțiune cardiacă sau la faptul că o cefalee indică prezența unei tumori cerebrale). Acești indivizi prezintă, de obicei, intoleranță relativă la efectele adverse ale medicamentelor. În plus, pot fi prezente preocupări extensive privind capacitatea de a îndeplini sarcinile zilnice sau de a rezista la factorii zilnici de stres, pot utiliza în exces substanțe (e.g., alcool, medicamente prescrise sau droguri ilicite) pentru a controla atacurile de panică, sau pot prezenta tipuri de comportament extrem cu scopul de a controla atacurile de panică (e.g., restricții severe ale aportului de alimente sau evitarea anumitor alimente sau medicamente din cauza îngrijorării legate de simptomele somatice care provoacă atacuri de panică).

## Prevalență

În populația generală, prevalența estimată la 12 luni a tulburării de panică în SUA și unele țări europene este de aproximativ 2-3% la adulți și adolescenți. În SUA, un procent semnificativ mai scăzut al tulburării de panică a fost raportat la populația latino-americană, la afro-americieni, negrii caraibiieni și americanii asiatici comparativ cu alții care nu aparțin populației latino; dimpotrivă, la amerindieni procentul este semnificativ mai ridicat. Prevalențe estimate mai reduse au fost raportate în țările din Asia, Africa și America Latină, cuprinse între 0,1-0,8%. Femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbații, raportul fiind de aproximativ 2:1. Diferența pe sexe apare în adolescență, fiind deja observabilă înaintea vârstei de 14 ani. Deși atacurile de panică apar și la copii, prevalența globală a tulburării de panică este redusă înaintea vârstei de 14 ani (<0,4%). Frecvența tulburării de panică prezintă o creștere treptată pe parcursul adolescenței, în special la femei, și probabil după debutul pubertății, cu un vârf la vârsta adultă. Prevalența scade cu vârsta (i.e., 0,7% la adulții peste 64 de ani), reflectând probabil diminuarea severității până la un nivel subclinic.

## Debut și evoluție

Vârsta medie la debutul tulburării de panică în SUA este de 20-24 de ani. Într-un număr mic de cazuri debutează în copilărie, iar debutul după 45 de ani este rar dar poate fi întâlnit. Dacă tulburarea nu este tratată, evoluția obișnuită este cronică dar ondulatorie. Unii indivizi pot prezenta recidive periodice alternând cu ani de remisiune între episoade, în timp ce alții manifestă simptomatologie severă continuă. Doar un număr mic de indivizi prezintă remisiune completă, fără recidive ulterioare după câțiva ani. În mod tipic, evoluția tulburării de panică este complicată de un număr de alte tulburări, în special alte tulburări anxioase, tulburări depresive și tulburări ale consumului de substanțe (a se vedea secțiunea "Comorbidități" din cadrul acestei tulburări).

Deși tulburarea de panică este foarte rară în copilărie, prima apariție a unui "episod de frică" este de obicei datată retrospectiv în copilărie. Ca și la adulți, tulburarea de panică la adolescenți are tendința de a prezenta o evoluție cronică și este deseori comorbidă cu alte

tulburări anxioase, cu tulburarea depresivă și tulburarea bipolară. Până la ora actuală nu au fost puse în evidență diferențe în ceea ce privește tabloul clinic la adolescenți și adulți. Cu toate acestea, adolescenții pot fi mai puțin îngrijorați de apariția unui nou atac de panică în comparație cu adulții tineri. Prevalența mai scăzută a tulburării de panică la adulții vârstnici ar putea fi atribuită "atenuării" legate de vârstă a răspunsului sistemului nervos vegetativ. S-a observat că mulți indivizi în vârstă cu "senzații de panică" prezintă o simptomatologie "hibridă" de atacuri de panică cu simptome reduse și anxietate generalizată. De asemenea, adulții în vârstă tind să atribuie atacurile de panică anumitor evenimente stresante cum ar fi o procedură medicală sau participarea la diverse situații sociale. Indivizii vârstnici pot oferi explicații retrospective ale atacului de panică (care ar putea exclude diagnosticul de tulburare de panică) chiar dacă atacul de panică actual a fost imprevizibil în acel moment (ceea ce îl califică drept justificare pentru diagnosticul de tulburare de panică). Acest lucru poate conduce la sub-aprecierea atacurilor de panică imprevizibile la indivizii în vârstă. De aceea, la aceștia este necesar un interviu atent pentru a stabili dacă atacurile de panică au fost prevăzute înainte de apariția lor, pentru ca astfel atacurile de panică imprevizibile și diagnosticul de tulburare de panică să nu fie omise.

Frecvența scăzută a tulburării de panică la copii poate fi legată de dificultatea declarării simptomelor, dar aceasta pare puțin probabil deoarece copiii sunt capabili să raporteze frica intensă sau panica legată de separare sau de obiectul sau situația fobică. Adolescenții sunt de obicei mai puțin dispuși decât adulții să discute deschis despre atacurile de panică. Totuși, medicii trebuie să fie conștienți că atacurile de panică imprevizibile apar la adolescenți mai frecvent decât la adulți și să aibă în vedere această posibilitate atunci când examinează adolescenți cu episoade de frică și disconfort intens.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Afectivitatea negativă (caracterul nevrotic) (i.e., tendința de a trăi emoții negative) și sensibilitatea anxioasă (i.e., predispoziția de a crede că simptomele anxioase sunt periculoase) reprezintă factori de risc pentru declanșarea atacurilor de panică și, separat, pentru îngrijorarea privind panica, deși capacitatea acestor factori de a determina riscul pentru diagnosticul de tulburare de panică este necunoscută. Istoricul de "episoade de frică" (i.e., atacuri de panică pauci-simptomatice, care nu îndeplinesc criteriile complete pentru un atac de panică) poate reprezenta un factor de risc pentru atacuri de panică ulterioare și pentru tulburarea de panică. Deși tulburarea anxioasă de separare în copilărie, în special dacă este severă, poate preceda dezvoltarea ulterioară a tulburării de panică, aceasta nu reprezintă un factor de risc constant.

**Factori de mediu.** Declararea unor experiențe de abuz sexual și fizic în copilărie este mai frecventă în tulburarea de panică decât în alte tulburări anxioase. Fumatul reprezintă un factor de risc pentru atacurile de panică și tulburarea de panică. Majoritatea indivizilor declară prezența unor factori de stres identificabili în lunile care preced primul atac de panică (e.g., factori de stres interpersonal și factori de stres legați de starea de bine fizic, cum ar fi experiențele negative cu substanțe ilicite sau prescrise de medic, afecțiuni sau decese în familie).

**Factori genetici și fiziologici.** Se crede că există mai multe gene care conferă vulnerabilitate pentru tulburarea de panică. Cu toate acestea, genele exacte, producția genelor sau funcțiile legate de regiunile genelor implicate rămân necunoscute. Modelele actuale de sisteme neuronale pentru tulburarea de panică implică amigdala cerebrală și structurile asociate, ca și în cazul altor tulburări anxioase. Copiii părinților cu tulburare anxioasă, depresivă și bipolară au un risc crescut pentru tulburarea de panică. Afecțiunile respiratorii, cum ar fi astmul bronșic, se asociază cu tulburarea de panică în ceea ce privește istoricul personal, comorbiditățile și istoricul familial.

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Temerile privind simptomele mentale și somatice ale anxietății par să varieze în funcție de mediul cultural și pot influența frecvența atacurilor de panică și a tulburării de panică. De

asemenea perspectiva culturală poate influența clasificarea atacurilor de panică în previzibile și imprevizibile. De exemplu, un individ din Vietnam care prezintă un atac de panică după ce s-a plimbat într-o zonă în care bătea vântul (*trúng gió*; "bătut de vânt") poate atribui atacul de panică expunerii la vânt ca urmare a sindromului cultural care leagă aceste două situații, atacul de panică fiind clasificat ca previzibil. Diferite alte sindroame culturale sunt asociate cu tulburarea de panică, printre care: *ataque de nervios* ("criză de nervi") la latino-americieni și atacurile *khyâl* și "pierderea sufletului" la cambodgieni. *Ataque de nervios* constă în tremor, țipete sau plâns necontrolate, comportament agresiv sau suicidar și depersonalizare sau derealizare, care pot persista mai mult decât cele câteva minute tipice pentru atacul de panică. Unele tablouri clinice ale *ataque de nervios* îndeplinesc criteriile pentru alte tulburări decât atacul de panică (e.g., alte tulburări disociative specificate). Aceste sindroame influențează simptomele și frecvența tulburării de panică, inclusiv aprecierea individului ca fiind imprevizibile, deoarece sindroamele culturale pot genera frică de anumite situații, care variază de la certuri (asociate cu *ataque de nervios*), la diferite tipuri de efort (asociate cu atacurile *khyâl*) până la curenții atmosferici (asociați cu atacurile *trúng gió*). Clarificarea detaliilor legate de atribuirile culturale poate fi utilă în diferențierea atacurilor de panică previzibile de cele imprevizibile. Pentru mai multe informații privind sindroamele culturale, consultați "Glosarul de concepte culturale ale suferinței psihice" din Anexă.

Preocupările particulare privind atacurile de panică sau consecințele acestora variază frecvent de la un mediu cultural la altul (și de la un grup de vârstă sau de la un sex la altul). Eșantioanele comunitare de albi din SUA care nu aparțin populației latino prezintă, în cazul tulburării de panică, un deficit funcțional semnificativ mai redus comparativ cu afro-americii. La negrii caraibieni cu tulburare de panică, neapartenând populației latino, severitatea definită obiectiv este frecvent mai ridicată, iar la grupurile afro-american și afro-caraibian frecvența globală a tulburării de panică este mai redusă, sugerând faptul că la indivizii cu origine africană criteriile pentru tulburarea de panică pot fi îndeplinite doar atunci când este prezentă o severitate sau un deficit important.

## Elemente de diagnostic dependente de gen

Caracteristicile clinice ale tulburării de panică nu par diferite la bărbați și femei. Există unele dovezi privind dimorfismul sexual, cu o asociere între tulburarea de panică și gena pentru catecol-O-metiltransferază (COMT) doar la femei.

## Markeri de diagnostic

Substanțe cu mecanism diferit de acțiune, cum ar fi lactatul de sodiu, cafeina, isoproterenolul, yohimbina, dioxidul de carbon și colecistokina, provoacă atacuri de panică la indivizii cu tulburare de panică într-o mai mare măsură decât la subiecții de control sănătoși (iar în unele cazuri, mai mare decât la indivizii cu alte tulburări anxioase, tulburare depresivă sau bipolară fără atacuri de panică). De asemenea, la un anumit procent din indivizii cu tulburare de panică, atacurile de panică sunt asociate cu detectorii medulari sensibili la dioxid de carbon, conducând la hipocapnie și alte disfuncții respiratorii. Cu toate acestea, niciuna din aceste date de laborator nu stabilește diagnosticul de tulburare de panică.

## Riscul de suicid

Atacurile de panică și diagnosticul de tulburare de panică în ultimele 12 luni sunt asociate cu o frecvență mai mare a tentativelor de suicid și ideii de suicidare în ultimele 12 luni, chiar și atunci când sunt avute în vedere comorbiditățile, istoricul de abuz în copilărie și alți factori de risc suicidar.

## Consecințe funcționale ale tulburării de panică

Tulburarea de panică este asociată cu un grad mai ridicat de dizabilități sociale, profesionale și fizice; costuri economice considerabile; și cu cel mai mare număr de consultații medicale dintre toate tulburările anxioase, deși cele mai intense efecte se înregistrează în asociere cu

agorafobia. Indivizii cu tulburare de panică lipsesc frecvent de la serviciu sau școală din cauza vizitelor la medic sau la serviciile de urgență, ceea ce poate conduce la pierderea locului de muncă sau la abandon școlar. La adulții în vârstă afectarea este evidentă în activitățile de îngrijire și cele voluntare. Atacurile de panică cu simptomatologie completă se asociază, de regulă, cu un grad mai mare de morbiditate (e.g., solicitare mai frecventă a serviciilor de îngrijire, un nivel mai ridicat de dizabilitate, o calitate mai redusă a vieții) decât atacurile cu simptomatologie limitată.

## Diagnostic diferențial

**Alte tulburări anxioase specificate sau nespecificate.** Nu va fi diagnosticată tulburarea de panică dacă nu au fost prezente niciodată atacuri de panică (imprevizibile) complete. În cazul în care sunt prezente doar atacuri de panică imprevizibile cu simptomatologie limitată, se va lua în considerare diagnosticul de altă tulburare anxioasă specificată sau tulburare anxioasă nespecificată.

**Tulburarea anxioasă cauzată de afecțiuni medicale.** Nu se va stabili diagnosticul de tulburare de panică dacă se consideră că atacurile de panică sunt consecința fiziologică directă a unei afecțiuni medicale. Câteva exemple de afecțiuni medicale care pot cauza atacuri de panică sunt: hipertirodismul, hiperparatiroidismul, feocromocitomul, disfuncțiile vestibulare, tulburările convulsivante și afecțiunile cardio-pulmonare (e.g., aritmiile, tahicardia supraventriculară, astmul bronșic, boala pulmonară obstructivă cronică [BPOC]). Analizele de laborator corespunzătoare (e.g., calcemia pentru hiperparatiroidism; monitorizare Holter în cazul aritmiilor) sau examinarea fizică (e.g., pentru afecțiunile cardiace) pot fi utile în determinarea rolului etiologic al unei afecțiuni medicale.

**Tulburarea anxioasă indusă de substanțe/medicamente.** Nu se va stabili diagnosticul de tulburare de panică dacă se consideră că atacurile de panică reprezintă consecința fiziologică directă a unei substanțe. Intoxicația cu substanțe stimulante ale sistemului nervos central (e.g., cocaină, amfetamine, cafeină) sau cu canabis, precum și sevrul la substanțe care inhibă sistemul nervos central (e.g., alcool, barbiturice) pot precipita un atac de panică. Cu toate acestea, dacă atacurile de panică apar și în afara consumului substanței (e.g., după o perioadă îndelungată de la încetarea efectelor intoxicației sau sevrului) se va avea în vedere diagnosticul de tulburare de panică. În plus, deoarece atacurile de panică pot preceda consumul de substanțe, în cazul unor indivizi, iar acest lucru se asociază cu un consum crescut de substanțe, în special cu scop de auto-medicație, se va obține un istoric detaliat pentru a determina dacă individul a avut atacuri de panică înainte consumului excesiv de substanțe. Dacă acest lucru se confirmă, se va avea în vedere diagnosticul de tulburare de panică alături de cel de tulburare a consumului de substanțe. Unele caracteristici cum ar fi debutul după vârsta de 45 de ani sau prezența simptomelor atipice în timpul unui atac de panică (e.g., vertij, pierderea cunoștinței, incontinența sfincterelor anal și vezical, disartrie, amnezie) sugerează posibilitatea ca atacurile de panică să fie cauzate de o afecțiune medicală sau de o substanță.

**Alte tulburări mintale în care atacurile de panică reprezintă un element asociat (e.g., alte tulburări anxioase și tulburări psihotice).** Atacurile de panică ce apar ca simptom al altei tulburări anxioase sunt prevăzute (e.g., declanșate de întâlniri publice în tulburarea anxioasă socială, de obiectele sau situațiile fobogene în fobia specifică sau agorafobie, de îngrijorare în tulburarea anxioasă generalizată, de despărțirea de casă sau de persoanele de atașament în tulburarea anxioasă de separare) și din acest motiv nu îndeplinesc criteriile pentru tulburarea de panică. (Notă: Uneori, un atac de panică imprevizibil este asociat cu debutul altei tulburări anxioase, dar ulterior atacurile devin previzibile, pe când tulburarea de panică se caracterizează prin atacuri de panică recurente, imprevizibile). Dacă atacurile de panică apar exclusiv ca răspuns la stimuli specifici, se va menționa doar tulburarea anxioasă relevantă. Totuși, dacă individul suferă și atacuri de panică imprevizibile și prezintă îngrijorare permanentă și teamă sau modificări comportamentale din cauza atacurilor, se va avea în vedere diagnosticul suplimentar de tulburare de panică.

## Comorbidități

Tulburarea de panică apare rareori în context clinic în absența altei patologii psihice. Prevalența tulburării de panică este ridicată la indivizii cu alte tulburări, în special la cei cu alte tulburări anxioase (în special cu agorafobie), cu tulburare depresivă majoră, tulburare bipolară sau chiar cu tulburare ușoară a consumului de alcool. Deși, deseori, tulburarea de panică are un debut mai precoce decât tulburarea (tulburările) comorbidă, uneori debutează după tulburarea comorbidă și poate fi privită ca marker de severitate al afecțiunii comorbide.

Frecvența raportată pe tot parcursul vieții a comorbidității dintre tulburarea depresivă majoră și tulburarea de panică variază larg, fiind cuprinsă între 10-65% la indivizii cu tulburare de panică. La aproximativ o treime din indivizii cu ambele tulburări, depresia precede debutul tulburării de panică. La celelalte două treimi depresia apare simultan sau urmează debutului tulburării de panică. Un subgrup de indivizi cu tulburare de panică va dezvolta o tulburare legată de consumul de substanțe, care pentru unele persoane reprezintă o încercare de a-și trata anxietatea cu alcool sau medicamente. De asemenea este frecventă comorbiditatea cu alte tulburări anxioase și cu tulburarea nosofobică.

Tulburarea de panică apare frecvent în asocieri cu numeroase simptome și afecțiuni medicale generale, care cuprind dar nu sunt limitate la: amețală, aritmii cardiace, hipertiroidism, astm bronșic, BPOC și sindromul colonului iritabil. Totuși, natura acestei asocieri (e.g., cauză și efect) dintre tulburarea de panică și aceste afecțiuni este neclară. Deși prolapsul valvei mitrale și boala tiroidiană sunt mai frecvente la indivizii cu tulburare de panică decât în populația generală, diferențele privind prevalența nu sunt constante.

## Specificatorul atac de panică

**Notă:** Simptomele sunt prezentate cu scopul de a defini un atac de panică; totuși, atacul de panică nu reprezintă o tulburare mintală și nu poate fi codificat. Atacurile de panică pot apărea în contextul oricărei tulburări anxioase precum și al altor tulburări mintale (e.g., tulburări depresive, tulburarea de stres posttraumatic, tulburări ale consumului de substanțe) și în unele afecțiuni medicale (e.g., cardiace, respiratorii, vestibulare, gastrointestinale). Când este pus în evidență un atac de panică, acesta trebuie menționat ca specificator (e.g., "tulburare de stres posttraumatic cu atacuri de panică"). În cazul tulburării de panică, prezența atacului de panică este inclusă în criteriile de diagnostic și atacul de panică nu va fi utilizat ca specificator.

Apariția bruscă a unei frici intense sau a unui disconfort semnificativ, care atinge un maxim în decurs de câteva minute, iar în acest timp apar patru (sau mai multe) din următoarele simptome:

**Notă:** Apariția bruscă se poate manifesta pe fondul unei stări de calm, sau al unei stări anxioase.

1. Palpitații, bătăi puternice ale inimii sau tahicardie.
2. Transpirații.
3. Tremor sau frisoane.
4. Senzația de dificultate în respirație sau de sufocare.
5. Senzație de asfixie.
6. Dureri sau disconfort precordial.
7. Greață sau disconfort abdominal.
8. Senzație de amețală, instabilitate, cap gol sau lipotimie.
9. Senzație de frig sau de căldură.
10. Paretezii (senzații de amorțeală sau furnicături).
11. Derealizare (sentimentul irealității) sau depersonalizare (detașarea de sine).
12. Frica de a pierde controlul sau de a "înnebuni".
13. Frica de moarte.

**Notă:** Pot fi prezente simptome specifice culturii (e.g., tinitus, durere cervicală, cefalee, țipete sau plâns necontrolat). Astfel de simptome nu vor fi considerate ca unul din cele patru simptome obligatorii pentru diagnostic.

## Criteria

Criteriul esențial al unui atac de panică este reprezentat de apariția bruscă a unei frici sau a unui disconfort intens care atinge un maxim în decurs de câteva minute și pe parcursul căruia se manifestă patru sau mai multe din cele 13 simptome somatice și cognitive. Unsprezece din aceste 13 simptome sunt somatice (e.g., palpitații, transpirații) iar două sunt cognitive (i.e., frica de a pierde controlul sau de a înnebuni, frica de moarte). "Frica de a înnebuni" reprezintă o expresie uzuală, des folosită de indivizii cu atacuri de panică, fără intenție peiorativă sau de diagnostic. Termenul *în decurs de câteva minute* înseamnă că timpul până la maximumul intensității este în sens strict de numai câteva minute. Atacul de panică poate apărea fie pe fondul unei stări de calm, fie al unei stări anxioase, iar timpul până la intensitatea maximă trebuie evaluat independent de orice tip de anxietate anterioară. Cu alte cuvinte, debutul atacului de panică reprezintă momentul în care apare o creștere bruscă a disconfortului și nu momentul în care a apărut prima dată anxietatea. În același mod, atacul de panică revine fie la o stare anxioasă fie la una de calm și apoi poate atinge din nou un maxim. Atacul de panică se deosebește de anxietatea continuă prin durata până la atingerea intensității maxime - apare în câteva minute; prin natura episodică; și prin severitate - în mod caracteristic mai severă. Atacurile care îndeplinesc toate celelalte criterii dar se manifestă prin mai puțin de patru simptome somatice și/sau cognitive sunt denumite *atacuri cu simptomatologie limitată (parțiale)*.

Există două tipuri caracteristice de atacuri de panică: previzibile și imprevizibile. *Atacurile de panică previzibile* sunt acelea pentru care cauza sau factorul declanșator este evident, așa cum se întâmplă în situațiile în care atacurile de panică au mai apărut. *Atacurile de panică imprevizibile* sunt cele pentru care nu se poate decela nicio cauză sau factor declanșator la momentul apariției (e.g., în timpul relaxării sau al somnului [atacuri de panică nocturne]). Stabilirea caracterului previzibil sau imprevizibil al atacurilor de panică este realizată de medic, a cărui judecată clinică se bazează pe combinația dintre un istoric atent cu privire la secvența de evenimente care preced sau conduc la atac și propria apreciere a individului dacă atacul pare să fi apărut sau nu fără un motiv evident. Interpretările culturale pot influența încadrarea lor ca previzibile sau imprevizibile. Se pot întâlni simptome cu specific cultural (e.g., tinitus, sensibilitate cervicală, cefalee, strigăte sau plâns necontrolate); aceste simptome însă nu vor fi considerate ca făcând parte din cele patru necesare pentru diagnostic. Atacurile de panică pot apărea în contextul oricărei tulburări mintale (e.g., tulburări anxioase, depresive, bipolare, de comportament alimentar, obsesiv-compulsiv și tulburări înrudite, tulburări de personalitate, psihotice, ale consumului de substanțe) și al unor afecțiuni medicale (e.g., cardiace, respiratorii, vestibulare, gastrointestinale), majoritatea neîndeplinind niciodată criteriile pentru tulburarea de panică. Este necesară apariția recurentă a unor atacuri de panică imprevizibile pentru a stabili diagnosticul de tulburare de panică.

## Elemente asociate

Un tip special de atac de panică este *atacul de panică nocturn* (i.e., trezirea din somn într-o stare de panică), care diferă de panica apărută după trezirea completă din somn. Atacurile de panică se asociază mai frecvent cu tentative de suicid și ideatie suicidară, chiar și atunci când sunt avute în vedere comorbiditățile și alți factori de risc suicidar.

## Prevalență

În populația generală, prevalența la 12 luni estimată pentru atacurile de panică în SUA este de 11,2% la adulți. Estimările prevalenței la douăsprezece luni par să nu difere semnificativ la afro-americieni, asiaticii americani și populația latino. Prevalența estimată la 12 luni pentru țările europene este mai redusă și se situează între 2,7-3,3%. Femeile sunt afectate mai frecvent decât bărbații, dar această diferență este mai pronunțată pentru tulburarea de panică. Atacurile de panică pot apărea la copii, dar sunt relativ rare până la pubertate când rata prevalenței crește. Rata prevalenței scade la indivizii vârstnici, reflectând probabil diminuarea severității la un nivel subclinic.

## Debut și evoluție

Vârsta medie la debutul atacurilor de panică în SUA este de aproximativ 22-23 de ani la adulți. Evoluția atacurilor de panică este probabil influențată de evoluția altor tulburări mintale concomitente și de evenimentele de viață stresante. La copiii preadolescenți, atacurile de panică sunt neobișnuite, iar atacurile de panică imprezvizibile sunt rare. Adolescenții sunt mai puțin dispuși decât adulții să discute deschis despre atacurile de panică pe care le suferă, chiar dacă manifestă episoade de frică sau disconfort intens. Prevalența mai redusă a atacurilor de panică la persoanele mai în vârstă poate fi asociată cu răspunsul vegetativ mai redus la stările emoționale comparativ cu indivizii mai tineri. Indivizii în vârstă pot fi mai puțin înclinați să utilizeze cuvântul "frică" și preferă mai curând cuvântul "disconfort" pentru a descrie atacurile de panică. Indivizii vârstnici cu "sentimente de panică" pot prezenta o simptomatologie hibridă care constă în atacuri cu simptomatologie limitată și anxietate generalizată. În plus, acești indivizi au tendința să atribuie atacurile de panică anumitor situații stresante (e.g., proceduri medicale, locuri publice) oferind explicații retrospective pentru atacurile de panică deși acestea au fost imprezvizibile la acel moment. Aceasta conduce la sub-aprecierea atacurilor de panică imprezvizibile la persoanele vârstnice.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Afectivitatea negativă (caracter nevrotic) (i.e., tendința de a trăi emoții negative) și sensibilitatea anxioasă (i.e., predispoziția de a considera că simptomele anxietății sunt grave) reprezintă factori de risc pentru debutul atacurilor de panică. Un istoric de "scurte perioade de frică" (i.e., atacuri cu simptomatologie limitată, care nu îndeplinesc toate criteriile pentru un atac de panică) pot reprezenta un factor de risc pentru atacuri de panică ulterioare.

**Factori de mediu.** Fumatul reprezintă un factor de risc pentru atacurile de panică. Majoritatea indivizilor declară prezența unor factori stresanți identificabili în lunile dinaintea primului atac de panică (e.g., factori de stres interpersonal și factori de stres legați de starea de bine fizic, cum ar fi unele experiențe negative legate de substanțe ilicite sau prescrise, boli sau deces în familie).

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Interpretările culturale pot influența încadrarea atacurilor de panică în prezvizibile și imprezvizibile. Se pot întâlni simptome cu specific cultural (e.g., tinitus, sensibilitate cervicală, cefalee, strigăte sau plâns necontrolate); aceste simptome însă nu vor fi considerate ca făcând parte din cele patru necesare pentru diagnostic. Frecvența fiecăruia din cele 13 simptome variază în funcție de cultură (e.g., frecvența mai mare a paresteziilor la afro-americani și a amețelilor în unele grupuri asiatice). Sindroamele culturale influențează și ele manifestarea caracteristică din punct de vedere cultural a atacurilor de panică, ceea ce va conduce la profiluri simptomatice diferite pentru diverse grupuri culturale. Există diverse exemple: atacurile *khyâl* (vânt), un sindrom cultural cambodgian caracterizat prin amețeală, tinitus și dureri cervicale; și atacurile *trúng gió* (legate de vânt), un sindrom cultural vietnamez asociat cu cefalee. *Ataque de nervios* (criza de nervi) este un sindrom cultural la latino-americani care presupune tremor, strigăte sau plâns necontrolate, comportament agresiv sau suicidar precum și depersonalizare sau derealizare, care poate dura mai mult de câteva minute. Unele tablouri clinice ale *ataque de nervios* îndeplinesc criteriile pentru alte condiții decât atacul de panică (e.g., altă tulburare disociativă specificată). De asemenea, așteptările culturale pot influența clasificarea atacurilor de panică în prezvizibile și imprezvizibile deoarece sindroamele culturale pot crea frică de anumite situații, care variază de la certuri (asociate cu *ataque de nervios*), la diferite tipuri de efort (asociate cu atacurile *khyâl*), până la curenți atmosferici (asociate cu atacurile *trúng gió*). Clarificarea detaliilor legate de atribuirile culturale poate fi utilă în diferențierea atacurilor de panică prezvizibile de cele imprezvizibile. Pentru mai multe informații legate de sindroamele culturale a se vedea "Glosarul de concepte culturale ale suferinței psihice" din Apedicele acestui manual.

## Elemente de diagnostic dependente de gen

Atacurile de panică sunt mai frecvente la femei decât la bărbați, dar caracteristicile clinice și simptomele atacurilor de panică nu diferă în funcție de sex.

## Markeri de diagnostic

Înregistrările fiziologice ale atacurilor de panică, apărute spontan la indivizii cu tulburare de panică, indică apariția bruscă a stării de alertă, de obicei cu modificarea frecvenței cardiace, care atinge un maxim în câteva minute și scade în câteva minute, iar la un procent din acești indivizi atacul de panică poate fi precedat de instabilitate cardio-respiratorie.

## Consecințe funcționale ale atacurilor de panică

În contextul tulburărilor mintale concomitente care cuprind tulburările anxioase, depresive, bipolară, tulburările consumului de substanțe, psihotice și de personalitate, atacurile de panică se asociază cu o severitate mai mare a simptomelor, o frecvență mai mare a comorbidităților și comportamentului suicidar, și cu un răspuns mai slab la tratament. De asemenea, atacurile de panică cu simptomatologie completă sunt asociate cu o morbiditate mai ridicată (e.g., utilizarea mai frecventă a serviciilor de sănătate, un grad mai ridicat de dizabilitate, o calitate mai slabă a vieții) comparativ cu atacurile cu simptomatologie limitată.

## Diagnostic diferențial

Alte episoade paroxistice (e.g., "crizele de mânie"). Nu se va stabili diagnosticul de atac de panică dacă episoadele nu conțin criteriul esențial de apariție rapidă a unei frici sau disconfort intense ci, mai curând, alte stări emoționale (e.g., mânie, doliu).

**Tulburarea axioasă secundară unei afecțiuni medicale.** Afecțiunile medicale care pot cauza sau pot fi eronat diagnosticate drept atacuri de panică cuprind: hipertiroidismul, hiperparatiroidismul, feocromocitomul, disfuncțiile vestibulare, afecțiunile convulsivante și bolile cardiopulmonare (e.g., aritmii, tahicardie supraventriculară, astm, boală pulmonară obstructivă cronică). Analizele de laborator corespunzătoare (e.g., calcemia pentru hiperparatiroidism; monitorizarea Holter pentru aritmii) și examinarea fizică (e.g., pentru afecțiunile cardiace) pot fi utile în determinarea rolului etiologic al unei afecțiuni medicale.

**Tulburarea anxioasă indusă de substanțe/medicamente.** Intoxicația cu substanțe stimulante ale sistemului nervos central (e.g., cocaină, amfetamine, cafeină) sau canabis și sevrajul la substanțe care inhibă sistemul nervos central (e.g., alcool, barbiturice) pot precipita un atac de panică. Se va obține un istoric detaliat pentru a determina dacă individul a avut atacul de panică înaintea consumului excesiv de substanță. Unele elemente, cum ar fi vârsta la debut peste 45 de ani, sau prezența simptomelor atipice în timpul unui atac de panică (e.g., vertij, pierderea cunoștinței, pierderea controlului sfincterian anal sau urinar, disartrie sau amnezie), sugerează posibilitatea ca atacul de panică să fie cauzat de o afecțiune medicală sau substanță.

**Tulburarea de panică.** Repetarea imprevizibilă a atacurilor de panică este necesară dar nu suficientă pentru diagnosticul tulburării de panică (i.e., trebuie să fie îndeplinite toate criteriile de diagnostic pentru tulburarea de panică).

## Comorbidități

Atacurile de panică se asociază frecvent cu diferite tulburări mintale printre care tulburările anxioase, depresive, bipolare, de control al impulsurilor, și ale consumului de substanțe. Atacurile de panică se asociază cu probabilitate crescută de dezvoltare ulterioară a tulburărilor anxioase, depresive, bipolare și posibil a altor tulburări.

## Agorafobia

Criterii de diagnostic

300.22 (F40.00)

- A. Frică sau anxietate marcate privind două (sau mai multe) din următoarele cinci situații:
1. Utilizarea transportului public (e.g., automobile, autobuze, trenuri, vapoare, avioane).
  2. Prezența în spații deschise (e.g., parcuri, piețe, poduri).
  3. Prezența în spații închise (e.g., magazine, teatre, cinematografe).
  4. Statul la rând sau în mulțime.
  5. Ieșirea singur în afara casei.
- B. Individul se teme sau evită aceste situații deoarece se gândește că poate fi dificil să scape sau poate lipsi ajutorul în eventualitatea dezvoltării unor simptome de panică sau a altor simptome care determină incapacitate sau jenă (e.g., frica de a cădea la vârstnici; frica de incontinență).
- C. Situațiile agorafobice provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate.
- D. Situațiile agorafobice sunt evitate activ, necesită prezența unei companii sau sunt suportate cu frică sau anxietate intense.
- E. Frica sau anxietatea este disproporționată față de pericolul actual pe care îl presupune situația agorafobică și contextul socio-cultural.
- F. Frica, anxietatea sau evitarea sunt persistente, și în mod tipic durează cel puțin 6 luni.
- G. Frica, anxietatea sau evitarea cauzează disconfort sau deficit semnificative clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- H. Chiar dacă este prezentă o altă afecțiune medicală (e.g., boală inflamatorie intestinală, boala Parkinson), frica, anxietatea sau evitarea sunt clar excesive.
- I. Frica, anxietatea sau evitarea nu pot fi mai bine explicate de simptomele altei tulburări mintale - de exemplu simptomele nu sunt limitate la fobie specifică, forma situațională; nu implică doar locuri publice (ca în tulburarea anxioasă socială); și nu sunt legate exclusiv de obsesii (ca în tulburarea obsesiv-compulsivă), de presupuse defecte sau imperfecțiuni ale aspectului fizic (ca în tulburarea dismorfică corporală), de amintirile evenimentului traumatizant (ca în tulburarea de stres posttraumatic), sau de frica de separare (ca în tulburarea anxioasă de separare).

**Notă:** Agorafobia este diagnosticată indiferent de prezența tulburării de panică. Dacă tabloul clinic al unui individ îndeplinește criteriile atât pentru tulburarea de panică cât și pentru agorafobie, se vor menționa ambele diagnostice.

### Elemente de diagnostic

Elementul de diagnostic esențial al agorafobiei constă în frică sau anxietate marcată sau intensă declanșată de expunerea reală sau anticipată la o gamă largă de situații (Criteriul A). Diagnosticul necesită evidențierea simptomelor apărute în cel puțin două din următoarele cinci situații: 1) utilizarea transportului public, cum ar fi automobilele, autobuzele, trenurile, vapoarele sau avioanele; 2) prezența în spații deschise (e.g., parcuri, piețe, poduri); 3) prezența în spații închise (e.g., magazine, teatre, cinematografe); 4) statul la rând sau în mulțime; 5) ieșirea singur în afara casei. Exemplele date pentru fiecare situație nu sunt exhaustive; pot exista și alte situații anxiogene. Când resimte frică sau anxietate declanșate de astfel de situații, individul se gândește de obicei că se poate întâmpla ceva groaznic (Criteriul B). Indivizii cred deseori că scăparea din astfel de situații poate fi dificilă (e.g., "nu se poate ieși de aici") sau că se poate ca ajutorul să nu fie disponibil (e.g., "nu este nimeni care să mă ajute") atunci când apar simptome de panică sau alte simptome care cauzează incapacitate sau jenă. "Simptomele de panică" se referă la oricare din cele 13 simptome menționate în criteriile pentru atacul de panică, cum ar fi amețeala, lipotimia sau frica de moarte. "Alte simptome care provoacă incapacitate sau jenă" cuprind simptome cum ar fi vărsăturile sau simptomele colonului iritabil, precum și frica de cădere, la vârstnici, sau sentimentul de dezorientare sau de a se pierde, la copii.

Intensitatea fricii resimțite poate varia în funcție de proximitatea față de situația

anxiogenă și poate apărea la anticiparea sau la prezența efectivă a situației agorafobice. De asemenea, frica sau anxietatea poate lua forma unui atac de panică parțial sau complet (i.e., atac de panică vizibil). Frica sau anxietatea reapare aproape de fiecare dată când individul vine în contact cu situația anxioasă (Criteriul C). Astfel, un individ care devine anxios doar ocazional într-o situație agorafobică (e.g., devine anxios când stă la rând doar în una din cinci astfel de ocazii) nu va fi diagnosticat cu agorafobie. Individul evită activ situația sau, dacă nu este posibil sau decide să nu o evite, aceasta îi provoacă frică sau anxietate intensă (Criteriul D). *Evitarea activă* înseamnă că individul se comportă în aceste situații într-un mod care are ca scop prevenirea sau minimizarea contactului cu situațiile agorafobice. Evitarea poate fi de tip comportamental (e.g., schimbarea obiceiurilor zilnice, alegerea unui loc de muncă prin care evită utilizarea transportului în comun, comandarea unor alimente pentru a evita să intre în magazine sau supermarket) precum și de tip cognitiv (e.g., utilizarea unor stimuli care îi distrag atenția pentru a trece prin situațiile agorafobice). Evitarea poate deveni atât de severă încât persoana nu mai poate părăsi domiciliul. Deseori individului îi este mai ușor să se confrunte cu o situație anxioasă atunci când este însoțit de cineva cum ar fi partenerul de viață, un prieten sau cineva din personalul medical.

Frica, anxietatea sau evitarea trebuie să fie disproporționată față de pericolul actual pe care îl reprezintă situația agorafobică și de contextul socio-cultural (Criteriul E). Diferențierea fricii agorafobice semnificative clinic de frica motivată (e.g., părăsirea casei în timpul unei furtuni puternice) sau de situațiile considerate periculoase (e.g., plimbarea într-o parcare sau utilizarea transportului în comun într-o zonă cu criminalitate ridicată) este importantă din mai multe motive. În primul rând, evitarea este dificil de apreciat în diferite contexte culturale și socio-culturale (e.g., pentru femeile ortodoxe musulmane din anumite zone ale lumii este adecvat socio-cultural să evite plecarea de acasă neînsoțite, iar în acest caz o astfel de evitare nu este considerată ca argument pentru agorafobie). În al doilea rând, adulții vârstnici au tendința să atribuie în mod exagerat frica limitărilor legate de vârstă, și mult mai rar o consideră disproporționată față de pericolul real. În al treilea rând, indivizii cu agorafobie au tendința să supraestimeze pericolul în funcție de simptomele de panică sau alte simptome somatice. Agorafobia este diagnosticată doar dacă frica, anxietatea sau evitarea persistă (Criteriul F) și cauzează disconfort sau deficit semnificativ clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare (Criteriul G). Durata "tipică de cel puțin 6 luni" are ca scop excluderea indivizilor cu probleme de scurtă durată, tranzitorii. Cu toate acestea, criteriul de durată trebuie utilizat ca recomandare generală, permițând un anumit grad de flexibilitate.

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

În formele sale cele mai severe, agorafobia face ca indivizii să devină complet legați de casă, incapabili să părăsească locuința și dependenți de serviciile sau ajutorul celorlalți pentru a le asigura chiar și nevoile de bază. Demoralizarea și simptomele depresive precum și abuzul de alcool și medicamente sedative, ca strategii inadecvate de auto-medicație, sunt frecvente.

## Prevalență

În fiecare an aproximativ 1,7% din adolescenți și adulți sunt diagnosticați cu agorafobie. Femeile au o probabilitate de două ori mai mare decât bărbații să sufere de agorafobie. Agorafobia poate apărea în copilărie, dar vârful incidenței se situează spre sfârșitul adolescenței și perioada de adult tânăr. Prevalența la douăsprezece luni la indivizii peste 65 de ani este de 0,4%. Rata prevalenței nu pare să varieze semnificativ între diferitele grupuri culturale/rasiale.

## Debut și evoluție

Procentul indivizilor cu agorafobie care declară că atacurile de panică sau tulburarea de panică au precedat debutul agorafobiei se situează între 30% în eșantioanele din comunitate și peste 50% în cele clinice. Majoritatea indivizilor cu tulburare de panică prezintă semne de

anxietate și agorafobie înainte de debutul tulburării de panică.

În două treimi din cazurile de agorafobie, debutul inițial este înaintea vârstei de 35 de ani. Incidența riscului este semnificativ mai ridicată la sfârșitul adolescenței și perioada de adult tânăr, dar există dovezi ale unei a doua faze cu incidență ridicată a riscului, după vârsta de 40 de ani. Debutul în copilărie este rar. Vârsta medie la debutul agorafobiei este de 17 ani, dar vârsta la debut la indivizii care nu au prezentat anterior atacuri de panică sau tulburare de panică este de 25-29 de ani.

Evoluția agorafobiei este în mod caracteristic persistentă și cronică. Remisiunea completă este rară (10%) cu excepția cazului în care agorafobia este tratată. Cu cât agorafobia este mai severă cu atât rata remisiunii complete scade, în timp ce frecvența recurenței și a cronicizării crește. Evoluția agorafobiei poate fi complicată de diverse afecțiuni, în special alte tulburări anxioase, tulburări depresive, tulburări ale consumului de substanțe și tulburări de personalitate. Evoluția pe termen lung și prognosticul agorafobiei sunt asociate cu un risc semnificativ crescut pentru tulburare depresivă majoră secundară, tulburare depresivă persistentă (distimie) și tulburare a consumului de substanțe.

Elementele clinice ale agorafobiei sunt relativ constante de-a lungul vieții, chiar dacă tipul situațiilor agorafobice care declanșează frica, anxietatea sau evitarea precum și tipul percepțiilor pot varia. De exemplu, la copii situația anxioasă cea mai frecventă este de a fi singuri în afara casei, în timp ce la adulții vârstnici cele mai frecvente sunt magazinele, statul la rând și spațiile deschise. De asemenea, temerile sunt legate de posibilitatea de a se pierde (la copii), de a suferi simptome de panică (la adulți), sau de cădere (la vârstnici).

Prevalența redusă a agorafobiei la copii poate sugera dificultățile de raportare a simptomelor de către aceștia, o astfel de evaluare la copiii mici presupunând obținerea informațiilor din mai multe surse, care includ părinții și profesorii. Comparativ cu adulții, adolescenții, mai ales de sex masculin, sunt mai rar dispuși să discute deschis despre temerile și evitarea agorafobice; cu toate acestea, agorafobia poate debuta înaintea vârstei adulte și trebuie evaluată la copii și adolescenți. La vârstnici, tulburarea cu simptome somatice comorbidă precum și perturbările motorii (e.g., senzația de cădere sau de a avea complicații medicale) sunt frecvent menționate de acești indivizi ca motiv pentru frică și evitare. În aceste condiții trebuie evaluat dacă frica și evitarea sunt disproporționate față de pericolul real pe care îl implică.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Inhibiția comportamentală și dispoziția nevrotică (i.e., afectivitatea negativă [caracter nevrotic] și sensibilitatea anxioasă) sunt strâns legate de agorafobie, dar sunt comune pentru majoritatea tulburărilor anxioase (tulburările fobice, tulburarea de panică, tulburarea anxioasă generalizată). Sensibilitatea anxioasă (predispoziția de a considera că simptomele anxioase sunt periculoase) este de asemenea caracteristică și indivizilor cu agorafobie.

**Factori de mediu.** Evenimentele negative din copilărie (e.g., despărțire, decesul părinților) și alte evenimente stresante cum ar fi atacul sau jaful, se asociază cu apariția agorafobiei. În plus, indivizii cu agorafobie descriu climatul familial și comportamentul legat de creșterea copilului ca fiind caracterizate prin afecțiune redusă și protecție excesivă.

**Factori genetici și fiziologici.** Caracterul ereditar al agorafobiei este de 61%. Dintre toate fobiile, agorafobia prezintă asocierea cea mai puternică și specifică cu factorii genetici care determină predispoziția către fobii.

## Elemente de diagnostic dependente de gen

Femeile prezintă un tipar diferit de comorbidități față de bărbați. În ceea ce privește diferența pe sexe a prevalenței tulburărilor mintale, bărbații prezintă o frecvență mai mare a tulburărilor comorbide ale consumului de substanțe.

## Consecințe funcționale ale agorafobiei

Agorafobia se asociază cu un grad ridicat de deficit și dizabilitate în ceea ce privește

atribuțiile, productivitatea muncii și zilele de dizabilitate. Severitatea agorafobiei reprezintă un factor determinant puternic al gradului de dizabilitate, indiferent de prezența comorbidităților: tulburarea de panică, atacurile de panică și alte afecțiuni. Peste o treime din indivizii cu agorafobie sunt complet legați de casă și incapabili să muncească.

## Diagnostic diferențial

Atunci când sunt îndeplinite criteriile complete atât pentru agorafobie cât și pentru altă tulburare, vor fi menționate ambele diagnostice cu excepția situației în care frica, anxietatea sau evitarea din agorafobie pot fi atribuite celeilalte tulburări. Cântărirea criteriilor și judecata clinică pot fi utile în unele cazuri.

**Fobia specifică, forma situațională.** Diferențierea agorafobiei de fobia situațională specifică poate fi dificilă în unele cazuri, deoarece ambele afecțiuni au în comun câteva simptome caracteristice și criterii. Va fi diagnosticată fobia specifică, forma situațională și nu agorafobia dacă frica, anxietatea sau evitarea este limitată la una din situațiile agorafobice. Cerința ca frica să provină din două sau mai multe situații agorafobice reprezintă o justificare puternică pentru diferențierea agorafobiei de fobiile specifice, în special de subtipul situațional. Alte elemente utile pentru diferențiere includ ideația. Astfel, dacă situația este anxiogenă din alte motive decât simptome de panică sau alte simptome care provoacă incapacitate sau jenă (e.g., frica de a fi rănit direct de situația în sine, cum ar fi frica de prăbușirea avionului la un individ care se teme de zbor), diagnosticul cel mai potrivit este cel de fobie specifică.

**Tulburarea anxioasă de separare.** Tulburarea anxioasă de separare poate fi diferențiată de agorafobie în mod optim prin examinarea ideației. În tulburarea anxioasă de separare, gândurile sunt legate de despărțirea de persoanele importante și de mediul casei (i.e., părinți sau alte persoane de atașament), în timp ce în agorafobie individul se concentrează asupra simptomelor de panică sau asupra altor simptome care provoacă incapacitate sau jenă în situațiile anxiogene.

**Tulburarea anxioasă socială (fobia socială).** Agorafobia trebuie diferențiată de tulburarea anxioasă socială, în primul rând pe baza tipurilor de situații care declanșează frica, anxietatea sau evitarea și pe baza ideației. În tulburarea anxioasă socială, individul se concentrează asupra fricii de a fi apreciat negativ.

**Tulburarea de panică.** Atunci când sunt îndeplinite criteriile pentru tulburarea de panică nu se va stabili diagnosticul de agorafobie în cazul în care comportamentul evitant care însoțește atacurile de panică nu presupune evitarea a mai mult de două situații agorafobice.

**Tulburarea acută de stres și tulburarea de stres posttraumatic.** Tulburarea acută de stres și tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) pot fi diferențiate de agorafobie stabilind dacă frica, anxietatea sau evitarea are legătură doar cu situațiile care îi amintesc individului evenimentul traumatizant. Dacă frica, anxietatea sau evitarea sunt limitate la amintirile traumatizante, iar comportamentul de evitare nu se extinde la mai mult de două situații agorafobice, nu se justifică diagnosticul de agorafobie.

**Tulburarea depresivă majoră.** În tulburarea depresivă majoră, individul poate evita plecarea din casă din cauza apatiei, lipsei de energie, respectului de sine scăzut și anhedoniei. Dacă evitarea nu are legătură cu frica de simptomele de panică sau de alte simptome care provoacă incapacitate sau jenă, nu se va stabili diagnosticul de agorafobie.

**Alte afecțiuni medicale.** Nu se va stabili diagnosticul de agorafobie dacă se consideră că evitarea situațiilor reprezintă consecința fiziologică a unei afecțiuni medicale. Această concluzie se bazează pe istoric, rezultatele analizelor de laborator și examinarea fizică. Astfel de afecțiuni medicale relevante pot cuprinde tulburările neurodegenerative cu disfuncții motorii asociate (e.g., boala Parkinson, scleroza multiplă) precum și afecțiuni cardiovasculare. Indivizii cu anumite afecțiuni medicale pot evita unele situații din cauza îngrijorării realiste privind incapacitatea (e.g., pierderea cunoștinței la un individ cu accidente vasculare tranzitorii) sau riscul de a fi pus în situații jenante (e.g., diareea la un individ cu boală Crohn). Diagnosticul de agorafobie este stabilit numai dacă frica sau evitarea sunt evident excesive față de cele asociate în mod obișnuit cu aceste afecțiuni.

## Comorbidități

Majoritatea indivizilor cu agorafobie prezintă și alte tulburări mintale. Cel mai frecvent diagnostic suplimentar sunt celelalte tulburări anxioase (e.g., fobiile specifice, tulburarea de panică, tulburarea anxioasă socială), tulburările depresive (tulburarea depresivă majoră), TSPT și tulburare a consumului de alcool. În timp ce celelalte tulburări anxioase (e.g., tulburarea anxioasă de separare, fobiile specifice, tulburarea de panică) preced frecvent debutul agorafobiei, în mod tipic tulburările depresive și cele ale consumului de substanțe apar secundar agorafobiei.

## Tulburarea anxioasă generalizată

### Criteria de diagnostic

**300.02 (F41.1)**

- A. Anxietate și îngrijorare (anticipare anxioasă) excesive, prezente majoritatea zilelor, timp de cel puțin 6 luni, cu privire la unele evenimente sau activități (cum ar fi performanțele la serviciu sau la școală).
- B. Individului îi este dificil să-și controleze îngrijorarea.
- C. Anxietatea și îngrijorarea se asociază cu trei (sau mai multe) din următoarele șase simptome (dintre care cel puțin câteva simptome au fost prezente majoritatea zilelor, în ultimele 6 luni):

**Notă:** La copii este necesar doar un simptom.

1. Neliniște sau senzație de nerăbdare sau de a fi la limită.
  2. Obosește ușor.
  3. Dificultăți de concentrare sau senzație de golire a minții.
  4. Iritabilitate.
  5. Tensiune musculară.
  6. Perturbări ale somnului (dificultăți de adormire sau de a menține somnul, sau neliniște, somn nesatisfăcător).
- D. Anxietatea, îngrijorarea sau simptomele somatice cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
  - E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (e.g., un drog de abuz, un medicament) sau altei afecțiuni medicale (e.g., hipertiroidism).
  - F. Perturbarea nu este mai bine explicată de altă tulburare mintală (e.g., anxietatea sau îngrijorarea privind declanșarea unor atacuri de panică în tulburarea de panică, evaluarea negativă în tulburarea anxioasă socială [fobia socială], contaminarea sau alte obsesii în tulburarea obsesiv-compulsivă, separarea de persoanele de atașament în tulburarea anxioasă de separare, amintirea evenimentelor traumatizante în tulburarea de stres posttraumatic, creșterea în greutate în anorexia nervoasă, acuzele somatice în tulburarea cu simptome somatice, imperfecțiuni ale aspectului fizic în tulburarea dismorfică corporală, frica de a avea o boală gravă în tulburarea nosofobică, sau conținutul ideilor delirante în schizofrenie sau tulburarea delirantă).

### Elemente de diagnostic

Elementul principal al tulburării anxioase generalizate este reprezentat de anxietatea și îngrijorarea (anticipare anxioasă) excesivă cu privire la diferite evenimente sau activități. Intensitatea, durata sau frecvența anxietății și îngrijorării sunt disproporționate față de probabilitatea de a se întâmpla sau impactul evenimentului anticipat. Individului îi este dificil să controleze îngrijorarea și să împiedice interferența gândurilor îngrijorătoare cu îndeplinirea activităților imediate. Adulții cu tulburare anxioasă generalizată sunt deseori îngrijorați cu privire la circumstanțele vieții cotidiene, de rutină, cum ar fi posibilele responsabilități la serviciu, sănătate și finanțe, sănătatea membrilor familiei, eșecurile copiilor, sau motive minore (e.g., îndeplinirea treburilor casnice sau întârzierea la programări). Copiii cu tulburare anxioasă generalizată au tendința să fie excesiv de

îngrijorați cu privire la competența sau calitatea performanței. Pe parcursul evoluției tulburării, motivul îngrijorării se poate schimba.

Câteva caracteristici diferențiază tulburarea anxioasă generalizată de anxietatea nepatologică. În primul rând, îngrijorarea din tulburarea anxioasă generalizată este excesivă și influențează, în mod caracteristic, funcționarea psihosocială, în timp ce îngrijorarea din viața de zi cu zi nu este excesivă și este percepută ca fiind mai ușor de controlat, chiar poate dispărea dacă apar situații mai presante. În al doilea rând, îngrijorarea asociată cu tulburarea anxioasă generalizată este mai persistentă, pronunțată și neplăcută; are o durată mai lungă; și deseori apare fără factori precipitanți. Cu cât este mai mare numărul de situații de viață care îngrijorează persoana (e.g., financiare, siguranța copiilor, performanța la locul de muncă), cu atât este mai mare probabilitatea de a îndeplini criteriile tulburării anxioase generalizate. În al treilea rând, grijile zilnice au o probabilitate mai redusă de a fi însoțite de simptome somatice (e.g., neliniște sau sentimentul de nerăbdare sau de a fi la limită). Indivizii cu tulburare anxioasă generalizată raportează un disconfort subiectiv cauzat de îngrijorarea constantă și deficitul asociat în domeniile social, profesional și în alte arii importante de funcționare.

Anxietatea și îngrijorarea sunt însoțite de cel puțin trei din următoarele simptome suplimentare: neliniște sau senzația de nerăbdare sau de a fi la limită, obosește ușor, dificultăți de concentrare sau senzația de golire a minții, iritabilitate, tensiune musculară și perturbarea somnului, la copii fiind însă obligatoriu doar un singur simptom suplimentar.

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Alături de tensiunea musculară pot apărea tremor, spasme, senzația de instabilitate precum și dureri musculare sau sensibilitate musculară. Mulți indivizi cu tulburare anxioasă generalizată prezintă și simptome somatice (e.g., transpirații, greață, diaree) precum și reacție de tresărire exagerată. Simptomele hiperexcitabilității vegetative (e.g., tahicardie, dispnee, amețelă) sunt mai puțin severe în tulburarea anxioasă generalizată comparativ cu alte tulburări anxioase, cum ar fi tulburarea de panică. Alte afecțiuni care pot fi asociate cu stresul (e.g., sindromul colonului iritabil, cefaleea) însoțesc frecvent tulburarea anxioasă generalizată.

## Prevalență

Prevalența la 12 luni a tulburării anxioase generalizate este de 0,9% la adolescenți și de 2,9% la adulți în comunitatea generală din SUA. Prevalența la 12 luni a tulburării în alte țări este cuprinsă între 0,4-3,6%. Riscul de morbiditate pe tot parcursul vieții este de 9,0%. Femeile au o probabilitate de aproape două ori mai mare decât bărbații să sufere de tulburare anxioasă generalizată. Prevalența diagnosticului atinge un vârf în perioada de mijloc a vieții și scade în ultimii ani de viață.

Indivizii de proveniență europeană au tendința de a prezenta această tulburare mai frecvent decât indivizii cu altă origine (i.e., din Asia, Africa, amerindienii și populația din insulele Pacificului). În plus, de-a lungul vieții, indivizii din țările dezvoltate raportează mai frecvent simptome care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea anxioasă generalizată decât indivizii din țările nedezvoltate.

## Debut și evoluție

Mulți indivizi cu tulburare anxioasă generalizată declară că s-au simțit anxioși și nervoși pe tot parcursul vieții. Vârsta medie la debut pentru tulburarea anxioasă generalizată este de 30 de ani; cu toate acestea vârsta la debut este cuprinsă într-un interval foarte larg. Vârsta medie la debut este mai mare decât în cazul altor tulburări anxioase. Simptomele de îngrijorare și anxietate excesivă pot apărea devreme în cursul vieții, dar se manifestă ulterior ca temperament anxios. Debutul tulburării are loc rareori înainte de adolescență. Simptomele tulburării anxioase generalizate au tendința de a deveni cronice și de a oscila de-a lungul vieții, fluctuând între forma sindromală și subsindromală a tulburării. Ratele remisiunii complete sunt foarte scăzute.

Expresia clinică a tulburării anxioase generalizate este relativ constantă de-a lungul întregii vieți. Principala diferență între grupele de vârstă o reprezintă conținutul îngrijorării. Copiii și adolescenții tind să se îngrijoreze mai mult în legătură cu performanțele școlare și sportive, în timp ce adulții vârstnici declară preocupări crescute cu privire la starea de bine a familiei sau cu privire la propria stare de sănătate. Astfel, conținutul preocupărilor indivizilor are tendința să fie specific vârstei. Aduții mai tineri prezintă o severitate mai mare a simptomelor decât adulții mai în vârstă.

Cu cât un individ prezintă mai devreme simptome care îndeplinesc criteriile pentru tulburarea anxioasă generalizată, cu atât are tendința de a avea mai multe comorbidități și de a prezenta un deficit mai accentuat. Apariția unei afecțiuni medicale cronice poate reprezenta un motiv important de îngrijorare excesivă la vârstnici. La vârstnicii mai fragili, îngrijorarea cu privire la siguranță - în special cu privire la cădere - poate limita activitățile. La persoanele cu deficit cognitiv precoce, ceea ce pare la prima vedere o îngrijorare excesivă, cum ar fi căutarea obiectelor, ar trebui considerată mai degrabă realistă, având în vedere deficitul cognitiv.

La copiii și adolescenții cu tulburare anxioasă generalizată, anxietatea și îngrijorarea se referă frecvent la preocupările legate de performanța sau competența la școală sau la evenimentele sportive, chiar și atunci când această performanță nu este evaluată de alții. Poate fi prezentă o grijă excesivă pentru punctualitate. Sunt preocupați uneori de evenimente catastrofale, cum ar fi cutremurele sau războiul nuclear. Copiii cu această tulburare pot fi exagerat de conformiști, perfecționiști și nesiguri de ei, având tendința să repete anumite activități din cauza insatisfacției legate de realizarea lor nu tocmai perfectă. Sunt deseori foarte zeloși să obțină reasigurare și aprobare, și solicită prea multe aprecieri privind performanțele și alte lucruri care-i îngrijorează.

Tulburarea anxioasă generalizată poate fi supradiagnosticată la copii. Când se ia în considerare acest diagnostic la copii, trebuie realizată o evaluare amănunțită a prezenței altor tulburări anxioase și mintale ale copilăriei pentru a determina dacă îngrijorarea nu poate fi explicată mai bine de una dintre aceste tulburări. Tulburarea anxioasă de separare, tulburarea anxioasă socială (fobia socială) și tulburarea obsesiv-compulsivă sunt deseori însoțite de preocupări care pot semăna cu cele descrise în tulburarea anxioasă generalizată. De exemplu, un copil cu tulburare anxioasă socială poate fi îngrijorat de performanțele școlare din cauza fricii de a fi umilit. Preocupările legate de boală pot fi, de asemenea, explicate mai bine de tulburarea anxioasă de separare sau de tulburarea obsesiv-compulsivă.

## Factori de risc și prognostic

**Factori de temperament.** Inhibiția comportamentală, afectivitatea negativă (caracter nevrotic) și evitarea pericolului au fost asociate cu tulburarea anxioasă generalizată.

**Factori de mediu.** Deși evenimentele negative în copilărie și părinții hiperprotectori au fost asociate cu tulburarea anxioasă generalizată, nu a fost identificat niciun factor de mediu specific tulburării anxioase generalizate sau necesar ori suficient pentru a stabili diagnosticul.

**Factori genetici și fiziologici.** O treime din riscul de a dezvolta o tulburare anxioasă generalizată este genetic, iar acești factori genetici se suprapun cu riscul pentru caracterul nevrotic, fiind comuni cu cei pentru alte tulburări anxioase și afective, în special cu tulburarea depresivă majoră.

## Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Există o variație culturală considerabilă în modul de exprimare a tulburării anxioase generalizate. De exemplu, în unele medii culturale, simptomele somatice predomină în manifestările tulburării, în timp ce în altele sunt mai frecvente simptomele cognitive. Aceste diferențe pot fi mai evidente la consultul inițial decât la cele ulterioare, deoarece în timp sunt declarate tot mai multe simptome. Nu sunt disponibile informații cu privire la tendința către anxietate excesivă în funcție de cultură, în schimb subiectul îngrijorării poate avea specific cultural. Este important să se aibă în vedere contextul social și cultural atunci când se evaluează caracterul excesiv al îngrijorării privind anumite situații.

## Elemente de diagnostic dependente de gen

În instituțiile clinice, tulburarea anxioasă generalizată este diagnosticată relativ mai frecvent la femeii decât la bărbați (aproximativ 55-60% din cei care se prezintă cu această tulburare sunt femei). În studiile epidemiologice, aproximativ două treimi sunt femei. Femeile și bărbații cu tulburare anxioasă generalizată prezintă simptome similare dar au tipare diferite de comorbidități, corespunzătoare diferențelor în funcție de sex ale prevalenței tulburărilor. La femeii comorbiditățile sunt limitate la tulburările anxioase și la depresia unipolară, în timp ce la bărbați comorbiditățile se extind, cel mai probabil, și la tulburări ale consumului de substanțe.

## Consecințe funcționale ale tulburării anxioase generalizate

Starea excesivă de îngrijorare afectează capacitatea individului de a îndeplini activități rapid și eficient, atât acasă cât și la serviciu. Starea de îngrijorare consumă timp și energie; simptomele suplimentare de tensiune musculară și senzația de nerăbdare sau de a fi la limită, astenia, dificultățile de concentrare și perturbările somnului contribuie la acest deficit. Foarte important este faptul că îngrijorarea excesivă poate afecta capacitatea indivizilor cu tulburare anxioasă generalizată de a încuraja încrederea la proprii copii.

Tulburarea anxioasă generalizată este asociată cu un grad semnificativ de dizabilitate și disconfort, care sunt independente de tulburările comorbide, iar majoritatea adulților neinstituționalizați, care suferă de această tulburare, prezintă dizabilitate moderată sau severă. În populația din SUA, tulburarea anxioasă generalizată este răspunzătoare pentru 110 milioane de zile de incapacitate temporară de muncă pe an.

## Diagnostic diferențial

**Tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale.** Diagnosticul de tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale va fi avut în vedere dacă se consideră, pe baza istoricului, a rezultatelor analizelor de laborator și a examinării fizice, că anxietatea și îngrijorarea individului reprezintă efectul fiziologic al unei afecțiuni medicale particulare (e.g., feocromocitom, hipertiroidism).

**Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente.** Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente se deosebește de tulburarea anxioasă generalizată prin faptul că se consideră că o substanță sau un medicament (e.g., un drog de abuz, expunerea la o substanță toxică) este legată etiologic de anxietate. Spre exemplu, anxietatea severă apărută doar în contextul consumului excesiv de cafea va fi diagnosticată ca tulburare anxioasă indusă de cafeină.

**Tulburarea anxioasă socială.** Indivizii cu tulburare anxioasă socială prezintă deseori anxietate anticipativă concentrată asupra unor întâlniri publice care urmează și în care individul trebuie să expună sau să fie apreciat de alții, în timp ce individul cu tulburare anxioasă generalizată este îngrijorat indiferent dacă este sau nu evaluat.

**Tulburarea obsesiv-compulsivă.** Câteva caracteristici deosebesc îngrijorarea excesivă din tulburarea anxioasă generalizată de gândurile obsesive din tulburarea obsesiv-compulsivă. În tulburarea anxioasă generalizată, obiectul îngrijorării îl reprezintă probleme viitoare, caracterul excesiv al îngrijorării cu privire la evenimente viitoare fiind anormal. În tulburarea obsesiv-compulsivă, obsesiile reprezintă idei inadecvate care iau forma gândurilor, impulsurilor sau imaginilor intruzive și nedorite.

**Tulburarea de stres posttraumatic și tulburările de adaptare.** Anxietatea este invariabil prezentă în tulburarea de stres posttraumatic. Nu se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă generalizată dacă anxietatea și îngrijorarea sunt mai bine explicate de simptomele tulburării de stres posttraumatic. Anxietatea este prezentă și în tulburarea de adaptare, dar această categorie reziduală va fi utilizată doar atunci când nu sunt îndeplinite criteriile pentru nicio altă tulburare (inclusiv pentru tulburarea anxioasă generalizată). Mai mult, în

tulburările de adaptare, anxietatea apare ca răspuns la un factor de stres identificabil, în decurs de 3 luni de la începutul manifestării acestuia, și nu persistă mai mult de 6 luni de la finalizarea acțiunii factorului de stres sau a consecințelor acestuia.

**Tulburările depresivă, bipolară și psihotică.** Anxietatea generalizată reprezintă o caracteristică suplimentară a tulburărilor depresivă, bipolară și psihotică și nu va fi diagnosticată separat dacă îngrijorarea excesivă a apărut doar pe parcursul acestor tulburări.

## Comorbidități

Indivizii al căror tablou clinic îndeplinește criteriile pentru tulburarea anxioasă generalizată au o probabilitate crescută să fi îndeplinit cândva sau să îndeplinească la momentul actual criteriile pentru alte tulburări anxioase și depresive unipolare. Caracterul nevrotic sau labilitatea emoțională care stau la baza acestui tipar de comorbidități se asociază cu antecedente temperamentale și cu factori de risc genetici și de mediu, comuni acestor tulburări, dar sunt posibile și variante independente. Comorbiditatea cu tulburări ale consumului de substanțe, tulburarea de conduită, psihotică, de neurodezvoltare și neurocognitivă este mai puțin frecventă.

## Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente

### Criterii de diagnostic

- A. Atacurile de panică sau anxietatea domină tabloul clinic.
- B. Sunt prezente dovezi din istoric, examenul clinic sau rezultatele analizelor de laborator că sunt îndeplinite ambele condiții (1) și (2):
1. Simptomele descrise la Criteriul A s-au dezvoltat pe parcursul sau la scurt timp după intoxicația sau sevrăjul la o substanță sau după expunerea la un medicament.
  2. Substanța sau medicamentul implicat este capabil să producă simptomele de la Criteriul A.
- C. Perturbarea nu este mai bine explicată de o tulburare anxioasă care nu este indusă de substanțe sau medicamente. Dovezile prezenței unei tulburări anxioase independente pot cuprinde următoarele:
- Simptomele preced debutul consumului de substanțe sau medicamente; simptomele persistă o perioadă semnificativă de timp (e.g., aproximativ o lună) după încetarea sevrăjului acut sau a intoxicației severe; sau sunt prezente alte dovezi care sugerează existența unei tulburări anxioase independente, care nu a fost indusă de substanțe sau medicamente (e.g., istoric de episoade recurente fără legătură cu substanțe sau medicamente).
- D. Perturbarea nu apare exclusiv pe parcursul unui delirium.
- E. Perturbarea provoacă disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

**Notă:** Acest diagnostic va fi stabilit în locul celui de intoxicație cu substanțe sau sevrăj la substanțe doar atunci când simptomele din Criteriul A predomină în tabloul clinic și sunt suficient de severe pentru a justifica intervenția clinică.

**Notă privind codificarea:** Codurile ICD-9-CM și ICD-10-CM pentru tulburările anxioase induse de [substanța sau medicamentul particular] sunt indicate în tabelul de mai jos. Se observă că în ICD-10-CM codul depinde de prezența sau nu a unei tulburări comorbide a consumului aceleiași clase de substanțe. Dacă tulburarea consumului de substanțe, comorbidă cu tulburarea anxioasă indusă de acea substanță este ușoară, caracterul de pe poziția a 4-a a codului este "1" iar medicul va înregistra "tulburare ușoară a consumului [substanța]" înainte de tulburarea anxioasă indusă de acea substanță (e.g., "tulburare ușoară a consumului de cocaină cu tulburare anxioasă indusă de cocaină"). Dacă tulburarea

consumului de substanțe, comorbidă cu tulburarea anxioasă indusă de acea substanță este moderată sau severă, caracterul de pe poziția a 4-a a codului este "2" iar medicul va înregistra "tulburare moderată a consumului [substanța]" sau "tulburare severă a consumului [substanța]" în funcție de severitatea tulburării comorbide a consumului de substanțe. Dacă nu este prezentă nicio tulburare comorbidă a consumului de substanțe (e.g., după un singur consum excesiv al substanței) caracterul de pe poziția a 4-a a codului este "9" iar medicul va înregistra doar tulburarea anxioasă indusă de substanță.

	ICD-9-CM	ICD-10-CM		
		Cu tulburare a consumului, ușoară	Cu tulburare a consumului, moderată sau severă	Fără tulburare a consumului
Alcool	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeină	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Canabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidină	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Alte substanțe halucinogene	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Substanțe inhalante	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Substanțe opioide	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedative, hipnotice sau anxiolitice	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Amfetamină (sau alte substanțe stimulante)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaină	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Alte substanțe (sau substanțe necunoscute)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

A se specifica dacă (a se vedea tabelul 1 din capitolul "Tulburări legate de consumul de substanțe și dependențe" pentru diagnosticul asociat fiecărei clase de substanțe):

**Cu debut în timpul intoxicației:** Acest specificator se aplică dacă sunt îndeplinite criteriile pentru intoxicația cu acea substanță, iar simptomele se dezvoltă pe parcursul intoxicației.

**Cu debut în timpul sevrăului:** Acest specificator se aplică dacă sunt îndeplinite criteriile pentru sevrăul la acea substanță, iar simptomele se dezvoltă în timpul sau la scurt timp după sevră.

**Cu debut după administrarea de medicamente:** Simptomele pot apărea fie la inițierea medicației, fie după o modificare a consumului.

## Proceduri de înregistrare

ICD-9-CM. Denumirea tulburării anxioase induse de substanțe sau medicamente începe cu menționarea substanței particulare (e.g., cocaină, salbutamol) care se presupune că a cauzat simptomele anxioase. Codul de diagnostic este selectat din tabelul inclus în setul de criterii, având la bază clasa de substanțe. Pentru substanțele care nu pot fi incluse în niciuna din aceste clase (e.g., salbutamol) se va utiliza codul pentru "alte substanțe"; iar în cazul în care se crede că factorul etiologic este o substanță dar clasa din care face parte nu este cunoscută, se va utiliza categoria "substanță necunoscută".

Denumirea tulburării este urmată de specificatorul privind debutul (i.e., debut în timpul intoxicației, debut în timpul sevrăului, debut în timpul consumului unui medicament). Spre deosebire de procedurile de înregistrare din ICD-10-CM, care combină tulburarea indusă de o substanță și tulburarea consumului acelei substanțe într-un singur cod, în ICD-9-CM

se stabilește un cod de diagnostic separat pentru tulburarea consumului de substanțe. De exemplu, în cazul simptomelor anxioase apărute pe parcursul sevrajului, la un bărbat cu tulburare severă a consumului de lorazepam, diagnosticul este: 292.89 tulburare anxioasă indusă de lorazepam, cu debut în timpul sevrajului. Se va menționa și diagnosticul suplimentar: 304.10 tulburare severă a consumului de lorazepam. Dacă se consideră că mai multe substanțe joacă un rol semnificativ în dezvoltarea simptomelor anxioase, fiecare din acestea va fi menționată separat (e.g., 292.89 tulburare anxioasă indusă de metilfenidat, cu debut în timpul intoxicației; 292.89 tulburare anxioasă indusă de salbutamol, cu debut după administrarea medicației).

**ICD-10-CM.** Denumirea tulburării anxioase induse de substanțe sau medicamente începe cu menționarea substanței particulare (e.g., cocaină, salbutamol) despre care se presupune că a cauzat simptomele anxioase. Codul de diagnostic este selectat din tabelul inclus în setul de criterii și are la bază clasa de substanțe și prezența sau absența unei tulburări comorbide a consumului substanței. Pentru substanțele care nu pot fi incluse în niciuna din aceste clase (e.g., salbutamol), se va utiliza codul pentru "alte substanțe"; iar pentru cazurile în care se crede că unul din factorii etiologici este o substanță dar nu se cunoaște clasa particulară de substanțe, se va utiliza categoria "substanță necunoscută".

Când se înregistrează denumirea tulburării, tulburarea comorbidă a consumului de substanțe (dacă există) va fi menționată prima, urmată de cuvântul "cu", apoi de denumirea tulburării anxioase induse de substanță, urmată de menționarea debutului (i.e., debut în timpul intoxicației, debut în timpul sevrajului, cu debut în timpul administrării medicației). De exemplu, în cazul simptomelor anxioase care apar pe parcursul sevrajului la un bărbat cu tulburare severă a consumului de lorazepam, diagnosticul este: F13.280 tulburare severă a consumului de lorazepam, cu tulburare anxioasă indusă de lorazepam, cu debut în timpul sevrajului. Nu se va menționa separat diagnosticul de tulburare comorbidă severă a consumului de lorazepam. Dacă tulburarea anxioasă indusă de substanțe nu este însoțită de o tulburare comorbidă a consumului acelei substanțe (e.g., după un singur episod de consum excesiv al substanței) nu se va nota niciun diagnostic adițional de tulburare a consumului substanței (e.g., F16.980 tulburare anxioasă indusă de psilocibină, cu debut în timpul intoxicației). Dacă se consideră că mai mult de o substanță joacă un rol semnificativ în apariția simptomelor anxioase, fiecare dintre ele va fi menționată separat (e.g., F15.280 tulburare severă a consumului de metilfenidat, cu tulburare anxioasă indusă de metilfenidat, cu debut în timpul intoxicației; F19.980 tulburare anxioasă indusă de salbutamol, cu debut după administrarea medicației).

## Elemente de diagnostic

Elementul principal al tulburării anxioase induse de substanțe sau medicamente este reprezentat de simptomele severe de panică sau anxietate (Criteriul A) care sunt considerate efectele unei substanțe (e.g., un drog de abuz, un medicament, expunerea la o substanță toxică). Simptomele de panică sau anxietate trebuie să se dezvolte pe parcursul sau la scurt timp după intoxicația sau sevrajul la substanță sau după expunerea la un medicament, iar substanța sau medicamentul trebuie să aibă capacitatea de a provoca simptomele (Criteriul B2). Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente, provocată de un tratament prescris pentru o tulburare mintală sau pentru o afecțiune medicală, trebuie să debuteze în timp ce individul primește medicamentul (sau pe parcursul sevrajului, dacă medicamentul provoacă sevraj). După întreruperea tratamentului, simptomele de panică sau anxietate se ameliorează sau se remit de obicei în decurs de câteva zile sau săptămâni până la o lună (în funcție de timpul de înjumătățire al substanței sau medicamentului și de prezența sevrajului). Nu se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente dacă debutul simptomelor de panică sau anxietate precede intoxicația sau sevrajul la substanțe sau medicamente, sau dacă simptomele persistă o perioadă suficientă (de obicei mai mult de o lună) de la momentul intoxicației sau sevrajului sever. Dacă simptomele de panică sau anxietate persistă o perioadă lungă de timp, se vor avea în vedere alte cauze pentru aceste simptome.

Se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente și în cel de intoxicație sau sevraj la substanțe doar atunci când simptomele de la Criteriul A domină tabloul clinic și sunt suficient de severe pentru a justifica o evaluare clinică separată.

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Panica sau anxietatea pot apărea în asociere cu intoxicația cu următoarele clase de substanțe: alcool, cafeină, canabis, fenciclidină, alte substanțe halucinogene, substanțe inhalante, substanțe stimulante (inclusiv cocaina) și alte substanțe (sau substanțe necunoscute). Panica sau anxietatea pot apărea în asociere cu sevrăjul la următoarele clase de substanțe: alcool; opioide; sedative, hipnotice și anxiolitice; substanțe stimulante (inclusiv cocaina); și alte substanțe (sau substanțe necunoscute). Printre medicamentele care declanșează simptome anxioase se află anesteziicele și analgezicele, simpatomimeticele și alte bronhodilatatoare, anticolinergicele, insulina, preparatele tiroidiene, contraceptivele orale, antihistaminicele, medicația antiparkinsoniană, corticosteroizii, medicația antihipertensivă și cardiovasculară, anticonvulsivantele, carbonatul de litiu, medicația antipsihotică și medicația antidepresivă. Metalele grele și substanțele toxice (e.g., insecticidele organofosforice, gazele cu tropism nervos, monoxidul de carbon, dioxidul de carbon, substanțele volatile cum ar fi benzina și coloranții) pot cauza, de asemenea, simptome de panică sau anxietate.

## Prevalență

Prevalența tulburării anxioase induse de substanțe sau medicamente nu este clară. Datele din populația generală sugerează că tulburarea ar putea fi rară, cu o prevalență la 12 luni de aproximativ 0,002%. Cu toate acestea, în populația clinică, prevalența este probabil mai ridicată.

## Markeri de diagnostic

Analizele de laborator (e.g., analizele toxicologice urinare) pot fi utile pentru a măsura gradul intoxicației cu substanțe ca parte a evaluării tulburării anxioase induse de substanțe sau medicamente.

## Diagnostic diferențial

**Intoxicația cu substanțe și sevrăjul la substanțe.** În contextul intoxicației și sevrăjului la substanțe apar frecvent simptome anxioase. Diagnosticul de intoxicație cu o substanță particulară sau de sevrăj la o substanță particulară se stabilește pe baza simptomelor care alcătuiesc tabloul clinic la prezentare. Diagnosticul de tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente se va stabili adițional la cel de intoxicație sau sevrăj la substanțe atunci când simptomele de panică sau anxietate domină tabloul clinic și sunt suficient de severe pentru a justifica o evaluare clinică separată. De exemplu, simptomele de panică sau anxietate sunt caracteristice sevrăjului la alcool.

**Tulburarea anxioasă (independentă de substanțe sau medicamente).** Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente este considerată ca fiind asociată etiologic cu substanța sau medicamentul. Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente se deosebește de o tulburare anxioasă primară prin debut, evoluție și alți factori dependenți de substanță sau medicament. Pentru drogurile de abuz trebuie să fie prezente dovezi din istoric, examenul fizic sau datele analizelor de laborator privind consumul, intoxicația sau sevrăjul. Tulburările anxioase induse de substanțe sau medicamente apar doar în asociere cu stările de intoxicație sau sevrăj, în timp ce tulburările anxioase primare pot preceda debutul consumului de substanțe sau medicamente. Prezența unor simptome atipice pentru o tulburare anxioasă primară, cum ar fi vârsta atipică la debut (e.g., debutul tulburării de panică după vârsta de 45 de ani) sau simptome atipice (e.g., simptome atipice ale atacului de panică de tip vertij real, pierderea echilibrului, pierderea cunoștinței, incontinență urinară, cefalee, disartrie) pot sugera etiologia indusă de substanțe sau medicamente. Diagnosticul de tulburare anxioasă primară se justifică dacă simptomele de panică sau anxioase persistă o perioadă suficientă de timp (aproximativ o lună sau mai mult) după încetarea intoxicației cu substanța sau a sevrăjului acut la acea substanță, sau atunci când este prezent un istoric de tulburare anxioasă.

**Delirium.** Dacă simptomele de panică sau anxietate apar exclusiv pe parcursul unui delirium, acestea sunt considerate elemente asociate ale deliriumului, nefiind diagnosticate separat.

**Tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale.** Dacă simptomele de panică sau anxietate sunt atribuite consecințelor fiziologice ale unei afecțiuni medicale (i.e., mai curând decât medicației administrate pentru acea afecțiune), se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale. De obicei anamneza furnizează datele pentru o astfel de concluzie clinică. Uneori poate fi necesară schimbarea tratamentului pentru acea afecțiune medicală (e.g., înlocuirea sau întreruperea medicamentului) pentru a stabili dacă medicamentul este factorul causal (în acest caz, simptomele pot fi explicate mai bine de tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente). Dacă perturbarea poate fi atribuită atât afecțiunii medicale cât și consumului substanței, se vor menționa ambele diagnostice (i.e., tulburare anxioasă indusă de o afecțiune medicală și tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente). Când nu există suficiente dovezi pentru a stabili dacă simptomele de panică sau anxioase pot fi atribuite unei substanțe sau medicament sau unei afecțiuni medicale, sau dacă sunt primare (i.e., nu pot fi atribuite nici unei substanțe, nici unei afecțiuni medicale) este indicat diagnosticul de alte tulburări anxioase specificate sau nespecificate.

## Tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale

Criterii de diagnostic

293.84 (F06.4)

- A. Atacurile de panică sau anxietatea domină tabloul clinic.
- B. Sunt prezente dovezi din istoric, examenul fizic sau rezultatele analizelor de laborator că perturbarea este consecința fiziopatologică directă a unei afecțiuni medicale.
- C. Perturbarea nu poate fi mai bine explicată de o altă tulburare mintală.
- D. Perturbarea nu apare exclusiv pe parcursul unui delirium.
- E. Perturbarea cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

**Notă privind codificarea:** Se va include denumirea afecțiunii medicale în denumirea tulburării mintale (e.g., 293.84 [F06.4] tulburare anxioasă secundară unui feocromocitom). Afecțiunea medicală va fi codificată și menționată separat, imediat înaintea tulburării anxioase secundare afecțiunii medicale (e.g., 227.0 [D35.00] feocromocitom; 293.84 [F06.4] tulburare anxioasă secundară unui feocromocitom).

### Elemente de diagnostic

Elementul principal al tulburării anxioase secundare unei afecțiuni medicale este anxietatea semnificativă clinic, considerată ca fiind cel mai bine explicată ca efect fiziologic al acelei afecțiuni medicale. Simptomele cuprind anxietate severă sau atacuri de panică (Criteriul A). Concluzia că simptomele sunt cel mai bine explicate de afecțiunea medicală asociată are la bază dovezi din istoric, examenul fizic sau rezultatele testelor de laborator (Criteriul B). În plus, trebuie să existe certitudinea că simptomele nu pot fi mai bine explicate de o altă tulburare mintală, în special tulburarea de adaptare cu anxietate, în care factorul de stres este reprezentat de afecțiunea medicală (Criteriul C). În acest caz, un individ cu tulburare de adaptare este deosebit de afectat de semnificația sau consecințele afecțiunii medicale asociate. În schimb este prezentă deseori o componentă somatică importantă, asociată anxietății (e.g., dificultate în respirație), atunci când anxietatea este cauzată de o afecțiune medicală. Nu se va stabili acest diagnostic dacă simptomele anxioase apar exclusiv pe parcursul unui delirium (Criteriul D). Simptomele anxioase trebuie să cauzeze disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare (Criteriul E).

Pentru a determina dacă simptomele anxioase pot fi atribuite unei afecțiuni medicale, medicul trebuie să stabilească întâi prezența acelei afecțiuni. Cu alte cuvinte trebuie stabilit că simptomele anxioase pot fi legate etiologic de afecțiunea medicală printr-un mecanism

fiziologic înainte de a decide că aceasta reprezintă cea mai bună explicație a simptomelor la un anumit individ. Pentru a ajunge la această concluzie este necesară o evaluare atentă și completă a mai multor factori. Trebuie avute în vedere mai multe aspecte ale tabloului clinic: 1) prezența unei asocieri temporale evidente între debutul, exacerbarrea sau remisiunea afecțiunii medicale și ale simptomelor anxioase; 2) prezența unor elemente atipice pentru o tulburare anxioasă primară (e.g., vârsta atipică la debut sau evoluția atipică); și 3) dovezi existente în literatura de specialitate că un mecanism fiziologic cunoscut (e.g., hipertiroidism) cauzează anxietate. În plus, perturbarea nu trebuie să fie mai bine explicată de o tulburare anxioasă primară, o tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente, sau de o altă tulburare mintală primară (e.g., tulburarea de adaptare).

## Elemente asociate care susțin diagnosticul

Sunt cunoscute mai multe afecțiuni medicale care includ anxietatea ca manifestare simptomatică. Câteva exemple sunt afecțiunile endocrine (e.g., hipertiroidism, feocromocitom, hipoglicemie, hiperadrenocorticism), afecțiunile cardiovasculare (e.g., insuficiența cardiacă congestivă, embolismul pulmonar, aritmiile de tipul fibrilației atriale), afecțiunile respiratorii (e.g., boala pulmonară obstructivă cronică, astmul bronșic, pneumonia), dezechilibrele metabolice (e.g., deficitul de vitamină B<sub>12</sub>, porfirie) și afecțiunile neurologice (e.g., neoplasmele, disfuncția vestibulară, encefalita, afecțiunile convulsivante). Anxietatea cauzată de o afecțiune medicală este diagnosticată atunci când se știe că afecțiunea medicală induce anxietate și când afecțiunea precede debutul anxietății.

## Prevalență

Prevalența tulburării anxioase secundare unei afecțiuni medicale este neclară. Se pare că prevalența tulburării anxioase la indivizii cu diverse afecțiuni medicale cum ar fi astmul bronșic, hipertensiunea arterială, ulcerul și artrita este ridicată. Totuși, această prevalență crescută poate avea și alte motive decât legătura causală directă dintre tulburarea anxioasă și afecțiunea medicală.

## Debut și evoluție

Debutul și evoluția tulburării anxioase cauzate de o afecțiune medicală urmează de obicei evoluția afecțiunii de bază. În acest diagnostic nu s-a intenționat includerea tulburărilor anxioase primare, care apar în contextul afecțiunilor medicale cronice. Acest lucru este important de avut în vedere în cazul persoanelor vârstnice care pot suferi de afecțiuni medicale cronice și dezvoltă apoi tulburări anxioase independente, secundare afecțiunii medicale cronice.

## Markeri de diagnostic

Sunt necesare investigații de laborator și/sau consult medical pentru a confirma diagnosticul afecțiunii medicale asociate.

## Diagnostic diferențial

Deliriumul. Nu se va stabili diagnosticul separat de tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale dacă perturbarea anxioasă apare exclusiv pe parcursul unui delirium. Totuși, diagnosticul de tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale poate fi menționat alături de diagnosticul de tulburare neurocognitivă majoră (demență) dacă se consideră că anxietatea este consecința fiziologică a procesului patologic care cauzează tulburarea neurocognitivă și dacă anxietatea reprezintă o parte importantă a tabloului clinic.

Tablou clinic cu simptome mixte (e.g., afective și anxioase). Dacă tabloul clinic cuprinde un amestec de simptome de tipuri diferite, diagnosticul de tulburare mintală specifică

secundare unei afecțiuni medicale depinde de simptomele care predomină în tabloul clinic.

**Tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente.** Dacă sunt prezente dovezi ale unui consum recent sau prelungit de substanțe (inclusiv medicamente cu efecte psihoactive), ale unui sevrăj la o substanță sau ale expunerii la o substanță toxică, se poate avea în vedere diagnosticul de tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente. Anumite medicamente cresc anxietatea (e.g., corticosteroizii, estrogenii, metoclopramidul), iar în aceste cazuri medicamentul poate fi cea mai probabilă etiologie, deși poate fi dificil de stabilit dacă anxietatea poate fi atribuită medicației sau afecțiunii medicale. Atunci când se stabilește diagnosticul de anxietate indusă de substanțe, iar acestea sunt droguri recreaționale sau substanțe neprescrise, poate fi util screening-ul toxicologic urinar sau sanguin pentru droguri sau alte analize de laborator relevante. Simptomele care apar pe parcursul sau la scurt timp după (i.e., în decurs de 4 săptămâni) intoxicația sau sevrăjul la o substanță sau după administrarea unui medicament pot fi deosebit de relevante pentru o tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente, în funcție de tipul, durata sau cantitatea de substanță utilizată. Dacă tulburarea este asociată atât cu o afecțiune medicală cât și cu consumul unei substanțe, se pot stabili ambele diagnostice (i.e., tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale și tulburare anxioasă indusă de substanțe sau medicamente). Unele caracteristici cum ar fi debutul după vârsta de 45 de ani sau prezența simptomelor atipice în timpul unui atac de panică (e.g., vertij, pierderea cunoștinței, incontinența sfincterelor urinar sau anal, disartrie, amnezie) sugerează posibilitatea ca simptomele atacului de panică să fie cauzate de o afecțiune medicală sau de o substanță.

**Tulburarea anxioasă (neprovocată de o afecțiune medicală cunoscută).** Tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale trebuie diferențiată de alte tulburări anxioase (în special de tulburarea de panică și de tulburarea anxioasă generalizată). În tulburările anxioase primare nu poate fi pus în evidență niciun mecanism fiziologic specific și direct cauzal, asociat cu o afecțiune medicală. Vârsta avansată la debut, simptomele atipice și absența unui istoric personal sau familial de tulburare anxioasă sugerează necesitatea unei evaluări amănunțite pentru a exclude diagnosticul de tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale. Tulburările anxioase pot exacerba sau se pot asocia cu un risc crescut pentru unele afecțiuni medicale cum ar fi evenimentele cardiovasculare și infarctul miocardic, iar în aceste cazuri nu se va stabili diagnosticul de tulburare anxioasă secundară unei afecțiuni medicale.

**Tulburarea nosofobică.** Tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale trebuie diferențiată de tulburarea nosofobică. Tulburarea nosofobică se caracterizează prin teama exagerată de a avea o boală, îngrijorarea legată de durere și preocupări somatice. În cazul tulburării nosofobice, indivizii pot fi sau nu diagnosticați cu afecțiuni medicale. Deși un individ cu tulburare nosofobică și cu o afecțiune medicală diagnosticată are o mare probabilitate să prezinte anxietate cu privire la afecțiunea medicală, aceasta din urmă nu este legată fiziologic de simptomele anxioase.

**Tulburările de adaptare.** Tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale trebuie diferențiată de tulburările de adaptare cu anxietate sau cu anxietate și dispoziție depresivă. Diagnosticul de tulburare de adaptare se justifică atunci când indivizii au un răspuns dezadaptativ la stresul cauzat de prezența unei afecțiuni medicale. Reacția la stres implică, de obicei, semnificația sau consecințele stresului, spre deosebire de simptomele anxioase sau afective apărute ca o consecință fiziologică a unei afecțiuni medicale. În tulburarea de adaptare, simptomele anxioase sunt legate în mod caracteristic de adaptarea la stresul cauzat de prezența unei afecțiuni medicale generale, în timp ce în tulburarea anxioasă cauzată de o afecțiune medicală indivizii au o probabilitate mai mare de a avea simptome somatice marcate și de a se concentra asupra altor subiecte decât stresul cauzat de boala în sine.

**Ca element asociat al altor tulburări mintale.** Simptomele anxioase pot reprezenta un element asociat al unei alte tulburări mintale (e.g., schizofrenie, anorexie nervoasă).

**Altă tulburare anxioasă specificată sau nespecificată.** Acest diagnostic este stabilit atunci când nu se poate determina dacă simptomele anxioase sunt primare, induse de substanțe sau asociate cu o afecțiune medicală.

## Altă tulburare anxioasă specificată

300.09 (F41.8)

Această categorie se aplică acelor tablouri clinice în care simptomele caracteristice unei tulburări anxioase, care cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare, predomină dar nu îndeplinesc criteriile complete pentru niciuna din tulburările din clasa de diagnostic a tulburărilor anxioase. Categoriile de diagnostic "altă tulburare anxioasă specificată" se utilizează în situațiile în care medicul decide să menționeze motivul particular pentru care tabloul clinic nu îndeplinește criteriile pentru nicio tulburare anxioasă particulară. Acest lucru este realizat prin înregistrarea "altă tulburare anxioasă specificată" urmată de motivul specific (e.g., "anxietate generalizată nemanifestată în majoritatea zilelor").

Exemple de tablouri clinice care pot fi înregistrate utilizând descrierea "altă...specificată" sunt următoarele:

1. **Atacuri cu simptomatologie limitată (parțiale).**
2. **Anxietate generalizată nemanifestată în majoritatea zilelor.**
3. **Khyâl cap (atacuri cauzate de vânt):** a se vedea "Glosarul de concepte culturale ale suferinței psihice" în Anexă.
4. **Ataque de nervios (criză de nervi):** a se vedea "Glosarul de concepte culturale ale suferinței psihice" în Anexă.

## Tulburare anxioasă nespecificată

300.00 (F41.9)

Această categorie se aplică acelor tablouri clinice în care simptomele caracteristice unei tulburări anxioase, care cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare, predomină dar nu îndeplinesc criteriile complete pentru niciuna din tulburările din clasa de diagnostic a tulburărilor anxioase. Categoriile de diagnostic "tulburare anxioasă nespecificată" se utilizează în situațiile în care medicul decide să *nu* menționeze motivul particular pentru care nu sunt îndeplinite criteriile pentru nicio tulburare anxioasă specifică și cuprinde acele tablouri clinice pentru care nu sunt disponibile suficiente informații pentru a stabili un diagnostic mai specific (e.g., în serviciile de urgență).