



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Tulburările de anxietate

Protocol clinic național

PCN-278

Chișinău 2017

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 30.03.2017, proces verbal nr.1**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 302 din 14.04.2017
„Cu privire la elaborarea Protocolului clinic național „Tulburări de anxietate la adult”**

Elaborat de colectivul de autori:

Anatol Nacu	IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavîi	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu"
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	5
PREFATĂ.....	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	6
A.1. Diagnostic Exemple de formulare a diagnosticului clinic.....	6
A.2. Codul bolii (CIM 10): F 40.0 –48.9.....	6
A.3. Utilizatorii.....	6
A.4. Scopurile protocolului	6
A.5. Data elaborării protocolului: octombrie 2016	6
A.6. Data revizuirii următoare: decembrie 2021.....	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborare:	6
A.8. Recenzenții.....	7
A.9. Protocolul a fost discutat și aprobat de:.....	7
A.10. Definițiile folosite în document.....	7
A.11. Informația epidemiologică.....	9
B. PARTEA GENERALĂ.....	101
B.1. Nivelul asistenței medicale primare:	101
B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (Centrul Comunitar de Sănătate	101
B.3. Nivelul de staționar (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)	112
B.4. Nivelul de staționar (spitalul de psihiatrie).....	123
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ (în formă de diagramă sau schemă).....	13
C.1.1. Etapizarea îngrijirii pacientului cu anxietate	134
C.1.2. Screening-ul anxietății	145
C.1.3 Algoritmi de intervenții pe nivele.....	15
C.1.4. Algoritmul terapiei medicamentoase și alte	18
C.1.4.1 Algoritm Tulburarea de Panică Severă.....	18
C.1.4.2. Algoritm Tulburarea de Panică ușoară	19
C.1.4.3. Algoritm Hipocondria	190
C.1.4.4. Algoritm Fobia Specifică.....	201
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	212
C 2.1. Clasificarea clinică.....	21
C 2.2. Profilaxia – recomandări generale	212
C 2.2.1. Factorii de risc.....	22
C 2.2.2. Screening-ul	23
C 2. 3. Conduita pacientului cu anxietate.....	245
C 2.3.1. Anamneza	246
C 2.3.2. Examenul fizic (datele obiective).....	26
C 2.3.3. Investigațiile paraclinice.....	26
C 2.3.4. Diagnosticul tulburărilor de anxietate	25
C 2.3.5. Diagnosticul diferențiat al condițiilor medicale răspândite care mimează anxietatea	30
2.3.6. Pronosticul și evoluția.....	32
C 2.3.7. Condiții de tratament	33
2.3.7.1. Conduita în Anxietate	333
C 2.3.8. Criteriile de spitalizare (obligatoriu)	35
C 2.3.9. Tratamentul.....	35
C 2.3.9.1. Tratamentul psihologic al tulburărilor de anxietate.....	39
C 2.3.9.2. Tratamentul medicamentos al tulburărilor de anxietate.....	43
C 2.3.10. Evoluția.....	52
C 2.3.11. Supravegherea	53
C 2.3.11. Complicațiile.....	53
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	54
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI	56
ANEXE	57
Anexa 1. Ghidul pentru pacient.....	57
Anexa 2. Scala pentru Tulburare de Anxietate Generalizată (TAG 7)	60
Anexa 3. HAM-A - Scala Hamilton de evaluare a anxietăți (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS)	61
Anexa 4. Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger (<i>The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI</i>).....	64
Anexa 5. Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory – BAI).....	68

Anexa 6. Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS)	71
Anexa 7. Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ)	73
Anexa 8. Ierarhia dovezilor și puterea recomandărilor (după NICE)	75
Anexa 9. fisa standardizata de audit bazat pe criterii pentru TA.....	76
BIBLIOGRAFIE – toate sursele relevante utilizate la elaborarea PCN.....	77

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența Medicală Primară
CCSM	Centru Comunitar de Sănătate Mintală
CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
CT	Tomografie computerizată
DSM- IV	<i>Manualul de diagnostic și statistică al bolilor mintale</i> , ediția a 4
DSM- V	<i>Manualul de diagnostic și statistică al bolilor mintale</i> , ediția a 5
4DSQ	Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor
ECG	Electroencefalografie
ECSM	Echipa comunitară de sănătate mintală
FS	Fobie socială
HAM-A	Scala Hamilton de evaluare a anxietatii (Hamilton Anxiety Rating Scale)
HTA	Hipertensiune arterială
5 HT	5 Hidroxitriptamina
ICPC	Clasificarea Internațională a Îngrijirilor Primare
IM	Infarct miocardic
ISRS	Inhibitorii Selectivi ai Recaptării a Serotoninei
MS	Ministerul Sănătății
PCC	Psihoterapie Cognitiv Comportamentală
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
T ₃	Triodtironina
T ₄	Tiroxina
TAG	Tulburare de anxietate generalizată
TAG-7	Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată
TDC	Tulburarea dismorfică corporală
TIP	Terapie Interpersonală
TOC	Tulburarea obsesiv-compulsivă
TP	Tulburare de panică
TSP	Tratament de soluționare a problemelor
TSPT	Tulburarea de stres portraumatică
USG	Ultrasonografie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
DSM- IV	<i>Manualul de diagnostic și statistică al bolilor mintale</i> , ediția a 4
DSM- V	<i>Manualul de diagnostic și statistică al bolilor mintale</i> , ediția a 5
CCSM	Centru Comunitar de Sănătate Mintală
AMP	Asistența Medicală Primară
MS	Ministerul Sănătății
ECSM	Echipa comunitară de sănătate mintală
PCC	Psihoterapie Cognitiv Comportamentală
TIP	Terapie Interpersonală
TAG	Tulburare de anxietate generalizată
ISRS	Inhibitorii Selectivi ai Recaptării a Serotoninei
TPST	Tulburarea de stres portraumatică

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie cu suportul proiectului **“Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova”** implementat de către consorțiul format din Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții din Olanda), Institutul NIVEL (Institutul Național pentru Cercetare în domeniul Serviciilor de

Sănătate din Olanda), Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală.

Protocolul clinic este elaborat în baza sumarului următoarelor documente: a) NICE Quality Standard Anxiety disorders, 2014; NICE clinical guideline 123. Common mental health disorders, 2011; NICE clinical guideline 26. Post-traumatic stress disorder, 2005; NICE clinical guideline 31. Obsessive-compulsive disorder and tulburare de corp dismorfic, 2005. NICE clinical guideline 113. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults. 2011; NICE clinical guideline 159. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment, 2013.; b) Ghidul multidisciplinar olandez referitor la anxietate (ediția 3, 2013); c) Ghidul olandez de anxietate al medicilor generaliști (2012), va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnostic Exemple de formulare a diagnosticului clinic

1. Tulburări anxios – fobice. Agorafobie cu atacuri de panică.
2. Tulburări anxios – fobice. Fobii sociale
3. Tulburare de anxietate generalizată cu anxietate paroxistică episodică.
4. Tulburare de anxietate și depresivă mixtă.
5. Tulburare obsesiv-compulsiv cu gânduri și acte obsesionale mixte.
6. Reacție acută la stres cu sindrom depresiv.
7. Tulburări de adaptare cu anxietate generalizată.
8. Tulburare de stres post-traumatic .
9. Hipocondrie cu episod depresiv ușor.

A.2. Codul bolii (CIM 10): F 40.0 –48.9

A.3. Utilizatorii

1. Medici de familie, asistente medicale din oficiile medicilor de familie, centre ale medicilor de familie;
2. Psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale din centrele comunitare de sănătate mintală, spitale de psihiatrie, secții psihiatrice;
3. Medici ai serviciului de asistență medicală de urgență.

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului

- Depistarea precoce a pacienților cu diverse tulburări de anxietate.
- Îmbunătățirea procesului de diagnosticare a tulburărilor de anxietate.
- Managementul calității tratamentului și sporirea calității vieții pacientului cu tulburări de anxietate.

A.5. Data elaborării protocolului: aprilie 2017

A.6. Data revizuirii următoare: 2019

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborare:

Numele	Funcția
Anatol Nacu	șef catedră, dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

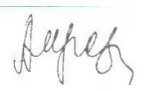
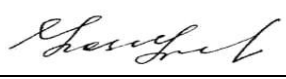
Numele	Funcția
Ghenadie Curocichin	șef catedră, dr. hab. în med., prof. univ., catedra Medicina de Familie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asistent universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

A.8. Recenzenții

Cobîleanschi Oleg - dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Cărăușu Ghenadie - conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

A.9. Protocolul a fost discutat și aprobat de:

Denumirea	Numele și semnătura
Societatea Psihiatrilor și Narcologilor din Republica Moldova	
Asociația medicilor de familie	
Seminarul Științific de Profil Psihiatrie și Narcologie	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.10. Definițiile folosite în document

Caseta 1. Definiția generală

Anxietatea implică sentimente subiective (de exemplu îngrijorarea), răspunsuri fiziologice (de exemplu, tahicardie, hipercortizolemie), precum și răspunsuri comportamentale (de exemplu, evitarea). anxietatea poate fi benefică, pregătind organismul pentru acțiune, având un rol de protecție față de un posibil pericol și rol adaptativ, dar poate fi anormală atunci, când acaparează și perturbă viața de zi cu zi, limitând existența individului la strategii de evitare sau de compensare.

Aspectul istoric al anxietății

Anxietatea a fost definită de către Janet ca fiind o „teamă fără obiect“, apoi de Delay ca o „trăire penibilă a unui pericol iminent și nedefinit, ca o stare de așteptare încordată”.

Anxietatea se caracterizează printr-o senzație difuză, neplăcută, vagă, de teamă sau neliniște, însoțită de simptome vegetative: cefalee, transpirație, palpitații, tahicardie, disconfort gastric, etc. Este deci constituită din două componente, una fiziologică și alta psihologică, individul fiind conștient de existența ambelor.

Anxietatea afectează gândirea, percepția și învățarea, putând produce distorsionarea percepțiilor, scăzând puterea de concentrare, memoria asociativă și de evocare. Un alt aspect important este efectul său asupra selectivității atenției. Astfel, o persoană anxioasă va selecta anumite lucruri sau evenimente din jur și va exagera importanța altora în încercarea de a-și justifica anxietatea ca răspuns la o situație înfricoșătoare.

Caseta 2. Definiții ale Tulburărilor de Anxietate

- **Simptome anxioase sau anxietate:** sentimente, reacții fizice, și/sau gânduri legate de vre-o amenințare sau pericol (realiste sau nerealiste);
- **Tulburările de anxietate** constau în anxietate „anormală” sau nerealistă combinată cu suferințe persistente sau afectarea funcționării.

După cum e specificat în **Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-V¹)**, tulburările de anxietate includ:

- **Tulburări de panică – TP** (cu și fără agorafobie): atacuri neprevăzute, spontane, recurente de frică intensă de a pierde controlul, înnebuni sau muri, cu simptome ca scurtarea respirației, palpitații, durere sau disconfort precordial, senzații de sufocare sau de strangulare, tremur și transpirație, precum și îngrijorare cu privire la noi atacuri și consecințele acestora.
- **Agorafobia** - teama de a se găsi în locuri deschise, singur în afara locuinței sau într-o mulțime, concomitent denotă frica și/sau evitarea de situații în care pare dificilă (sau jenantă, sau inaccesibilă) primirea ajutorului în cazurile când pacientul se simte rău sau în eventualitatea unui atac de panică sau de simptome similare panicii.
- **Tulburarea prin anxietate generalizată (TAG):** sentimente nervoase recurente, îngrijorări, excesive legate de circumstanțe, evenimente sau conflicte reale, asociate cu simptome de oboseală, probleme de concentrare și/sau probleme cu somnul. Simptomele trebuie să persiste cel puțin 6 luni și să provoace suferință clinică și funcțională semnificativă.
- **Fobia specifică:** frica anormală, irațională, marcată și persistentă declanșată de prezența sau anticiparea unui obiect sau a unei situații specifice (de exemplu, înălțimi).
- **Fobie socială (Tulburarea anxietății sociale):** frica anormală, persistentă și irațională de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, care este disproporționată în raport cu amenințarea reală (de exemplu întâlniri cu alte persoane, vorbitul la reuniuni, vizite în locuri publice.).
- **Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC):** idei, imagini, ruminații, impulsuri, gânduri (obsesii) recurente intruzive sau patenuri repetitive de comportament sau acțiuni (compulsiuni, ritualuri) ce sunt străine egoului și produc anxietate.
- **Tulburarea de stres post-traumatic (TSPT):** o tulburare produsă de un eveniment sau situație stresantă extraordinară (ieșit din comun), sau de natură extrem de amenințătoare, caracterizată prin simptome de anxietate, retrăire prin flashback-uri și/sau coșmaruri și comportament de evitare a amintirilor.
- **Hipohondria** (frica de a avea sau contracta o boală gravă) nu este clasificată ca tulburare de anxietate în DSM-IV (dar ca tulburare somatoformă), însă este inclusă în acest ghid pentru că anxietatea formează un element central al tulburării.

¹American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-V). Washington: APA, 2015. (Dovadă de nivel C)

Caseta 2. Definiții ale Tulburărilor de Anxietate

• **Tulburarea dismorfică corporală (TDC):** tulburare caracterizată de preocuparea privind existența unui defect imaginat al aspectului întregului corp sau al unei părți a corpului propriu (de exemplu, înfățișarea) și comportamente consumatoare de timp, ca privitul în oglindă sau nevoia de a se reasigura.

A.11. Informația epidemiologică

- Prevalența tulburărilor de anxietate este relativ înaltă, de aproximativ 18%, iar pe prevalența pe parcursul vieții este de până la 31% ¹. În general, femeile au rate de prevalențe mai mari în toate tulburările de anxietate, în comparație cu bărbații².
- Fobia specifică și tulburarea de anxietate socială sunt printre cele mai des întâlnite tulburări de anxietate cu prevalența în timpul vieții cuprinsă în intervalele 10-13% și, respectiv 8-12%.
- Tulburarea de Stres Post Traumatic are o prevalență de 6-9% pe toată durata vieții, Tulburarea de Anxietate Generalizată are prevalență de 6%, Tulburarea de Panică 5%, iar Tulburarea Obsesiv-Compulsivă e relativ rară, 1-2% pe toată durata vieții³.
- Prevalența pe viață a Tulburarea de Panică este cuprinsă între 1 și 4 %. Studiul NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) a indicat prevalența ca fiind cuprinsă între 2.1 – 5.1 % ⁴. Tulburarea de Panică este cel mai frecvent întâlnită în grupa de vârstă cuprinsă între 25 și 44 de ani.
- Agorafobia este în mod clar asociată cu Tulburarea de Panică, însă studiile realizate privind prevalența agorafobiei la pacienții cu TP descriu procente diferite.
- Tulburarea de Anxietate Generalizată are rata de prevalență cuprinsă între 1,2 % și 2,8%, în cadrul asistenței medicale primare este în jur de 8%, în clinicile specializate este de aproximativ 12%, fiind mai frecventă la următoarele categorii: femei, persoane peste 24 de ani, persoane divorțate sau văduve, persoane cu un statut socio-economic scăzut, vârstnici.
- Fobiile specifice au prevalența de 11,25 %⁵, și în multe din cazuri sunt prezente încă din perioada copilăriei sau adolescenței. Fobiile sunt de două ori mai frecvente la femei, comparativ cu bărbații. Dintre fobiile specifice cele mai frecvente sunt fobiile de animale.
- Prevalența Tulburării Obsesiv-Compulsive la nivel mondial este de aproximativ 2 - 3% ⁶. Nu există diferențe privind repartiția pe sexe, spre deosebire de alte tulburări anxioase, care sunt mai frecvente la femei. Este considerată a patra tulburare psihică în ordinea frecvenței, după depresie, fobie socială și toxicomanii.
- Fobia Socială este cea mai frecventă dintre tulburările anxioase, cu o prevalență de-a lungul vieții între 10 - 16 %. Este mai frecventă la femei, dar bărbații au o probabilitate mai mare de a solicita tratament.
- Tulburarea de Stres Post-Traumatică este relativ frecventă între tulburările anxioase, cu prevalență pe parcursul vieții de 8-12 %. Studiile epidemiologice au demonstrat că TSPT este de două ori mai frecventă la femei (11.3%), comparativ cu bărbații (6 %) ⁷.

¹Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, R DG, Demyttenaere K, Gasquet I, G DG, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, et al: Lifetime prevalence and age of onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007, 6:168-176. (Dovadă de nivel B)

²McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG: Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. J Psychiatr Res 2011, 45:1027-1035. (Dovadă de nivel B)

³Katzman et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):S1. (Dovadă de nivel C)

⁴Grant și colab, 2006. (Dovadă de nivel B)

⁵Studiul ECA, 1991 (Dovadă de nivel B)

⁶Robinson și colab., 1994; Weissman și colab., 1994 (Dovadă de nivel B)

⁷Udriștoiu T., Marinescu D. Protocol de Farmacoterapie în Tulburările Anxioase, România. (Dovadă de nivel C)

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul asistenței medicale primare:

Descriere	Motivele	Pașii
• Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Factorii de risc personal și cei de mediu pot contribui la apariția anxietății.	Evaluarea persoanelor care prezintă <i>factori de risc în sensul declanșării unei tulburări de anxietate (caseta nr. 3, 3.1, 3.2, 4, 5, 6).</i>
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților cu anxietate.	Aplicarea Scalei din 7 elemente de Tulburare de anxietate generalizată (TAG 7) (caseta 7, anexa 2, algoritm C 1.2).
1.2. Profilaxia secundară	Tratamentul pacienților cu tulburări de anxietate ușoară.	- Evaluarea severității anxietății (caseta 7). - Autocontrolul tulburării (caseta 3).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea tulburărilor de anxietate	Semnele de anxietate (caseta nr.1, 2)	Obligatori: - Anamnestice (caseta 8.9, 10, 11). - Evaluarea severității (caseta 7).
2.2. Luarea deciziei de tratament și/sau trimitere la CCSM	- Abordarea etapizată a pacientului cu tulburări de anxietate (caseta 13,) - Episod ușor – indicarea PCC (caseta 16). - Tulburări de anxietate de severitate medie (caseta 17A) - Tulburări de anxietate severe (caseta 9). - Tratamentul nu este eficient, la reevaluare după 6 săptămâni (17).	Recomandarea consultului specialistului din CCSM (algoritm 1.1).
3. Supravegherea clinică	- Prescrierea preparatelor anxiolitice, inclusiv antidepresivelor cu efect anxiolitic. - Evaluarea tolerabilității, complianței și eficacității tratamentului anxietății ușoare.	Obligatori: - Orientarea intervenției în trepte – treapta 1 - 2 (anexa 15). - Intervenții inițiale în caz de anxietate ușoară (caseta 16). - Monitorizarea activă a semnelor clinice și reacțiilor adverse ale remediilor farmacologice (caseta 17). - Acordare de PCC (caseta 23). - Prescrierea tratamentului farmacologic. - Trimitere pentru evaluare la CCSM în caz de necesitate (anexa 13).

B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului anxietate	- Adresarea de la medicul de familie. - Adresarea de sinestătătoare cu acuze de anxietate (caseta 9).	- Evaluare multidisciplinară (Caseta 12). - Evaluarea severității (caseta 8).
Selectarea tipului de intervenție	Remiterea simptomelor de anxietate (tabelul nr. 6).	Introducerea îngrijirilor pe trepte (tabelul 15).
2. Tratamentul		

Descriere	Motivele	Pași
Tratament biologic	Beneficiu în rezultatul administrării tratamentului psihofarmacologic.	• Orientarea intervenției în trepte – treapta 2 - 3 (anexa 15). • Intervenții psihoterapeutice (terapie prin rezolvarea problemelor, TCC) în primul episod de anxietate (caseta 18). • Respectarea principiilor de selectare a tratamentului medicamentos anxiolitic. Administrarea anxioliticelor sau antidepresivelor cu efect anxiolitic în cazul episoadelor multiple recurente și rezistente (caseta 19, 20, 21).
Tratament psihologic	Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe în intervenții (psihologice, sociale).	• Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (caseta 22), terapie cognitiv-comportamentală (caseta 23).
3. Supravegherea clinică continuă	Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute și managementul urgențelor în tulburările de anxietate.	• Menținerea stării de sănătate mintală, managementul complicațiilor (anexa 27) și comportamentului suicidar (anexa 25, 26).

B.3. Nivelul de staționar (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)

Descriere	Motivele	Pași
1. Spitalizare	Complicații și risc suicidar.	• Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM cu complicații psihotice și comportament suicidar (anexa 26, 27). • Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, poliției, cu informarea imediată a ECSM din CCSM (caseta 12).
2. Diagnosticul		
	În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective.	• Anamneza (caseta 6). • Evaluarea simptomelor (caseta 9). • Examenul de laborator (caseta 11). • Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4). • Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (caseta 12).
3. Tratamentul		
	În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericol pentru propria persoană.	• Orientarea intervenției în trepte – treapta 3 - 4 (anexa 15). • Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (caseta 12).
4. Externarea	Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental, implicarea în activitățile profesionale).	• Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM (caseta 12). Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Programul psihoterapeutic de susținere, elaborat în comun cu ECSM.

Descriere	Motivele	Pași
		• Recomandările pentru medicul de familie.

B.4. Nivelul de staționar (spitalul de psihiatrie)

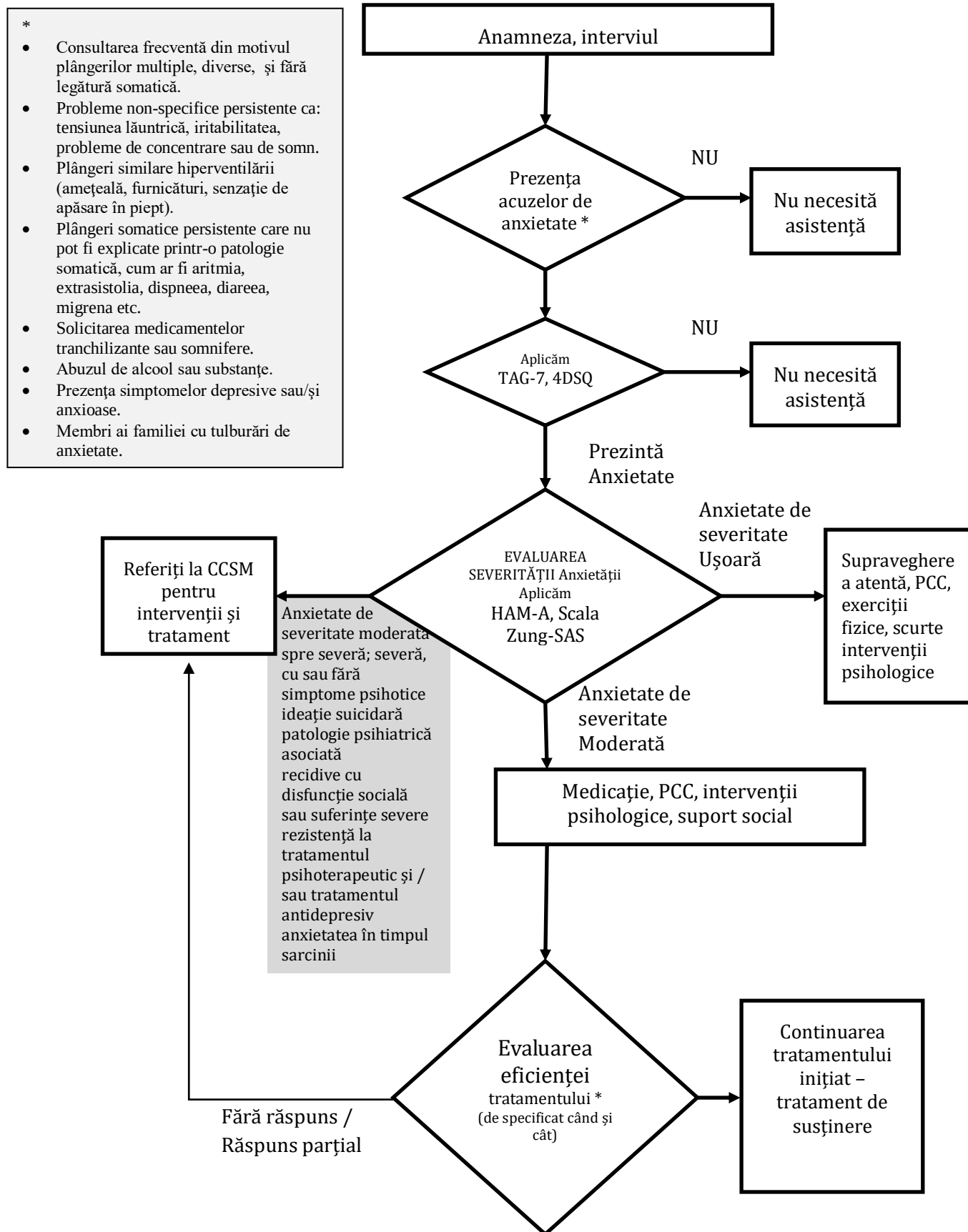
Descriere	Motivele	Pași
1. Spitalizare	• Suferințe grave sau funcționalitate deficientă care sunt dificil de ameliorat • Sarcină în timpul necesității tratamentului medicamentos • Tulburare obsesiv-compulsivă (refractară la tratament) • Tulburare de stres post-traumatic (rezistentă la tratament) • Imposibilitatea managementului complicațiilor psihotice și a riscului suicidar, sau comportament autolitic repetat.	• Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice din spitalele de profil general, cu solicitarea acordului CCSM după caz (caseta 12).
2. Diagnosticul		
	• În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective.	• Anamneza (caseta 6). • Evaluarea simptomelor (caseta 9). • Examenul de laborator (caseta 11). • Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4). • Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (caseta 12).
3. Tratamentul		
	• În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericol pentru propria persoană. • Anxietate severă cu agitație motorie marcată; tentative suicidare.	• Orientarea intervenției în trepte – treapta 4 (anexa 15). • Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (caseta 12). • Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, servicii de intervenție în criză, tratamente complexe, supraveghere continuă, îngrijiri multidisciplinare și spitalicești.
4. Externarea	• Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental).	• Are loc conform recomandărilor, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM. Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Programul psihoterapeutic de susținere. • Recomandările pentru medicul de familie.

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ (în formă de diagramă sau schemă)

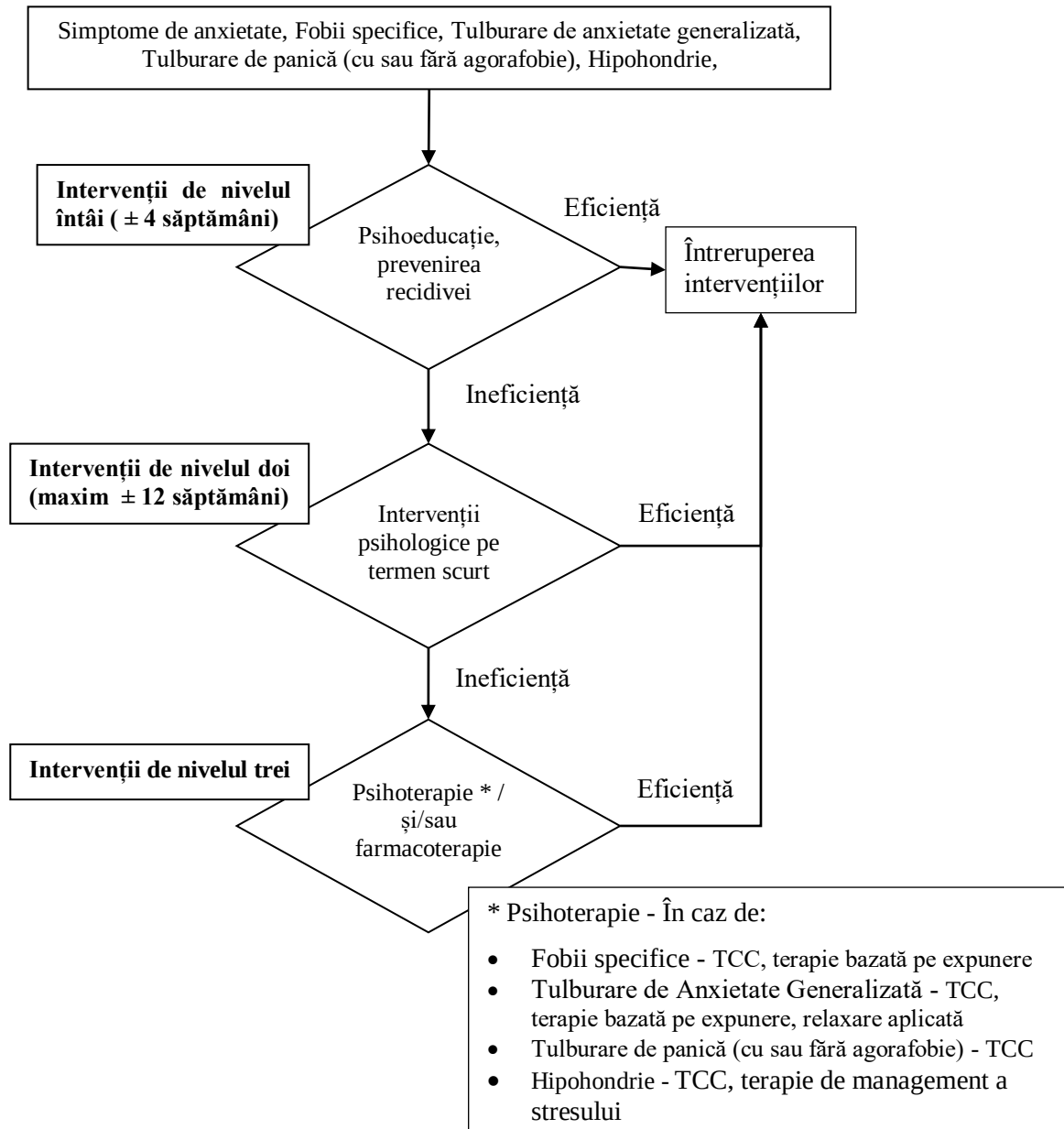
C.1.1. Etapizarea îngrijirii pacientului cu anxietate

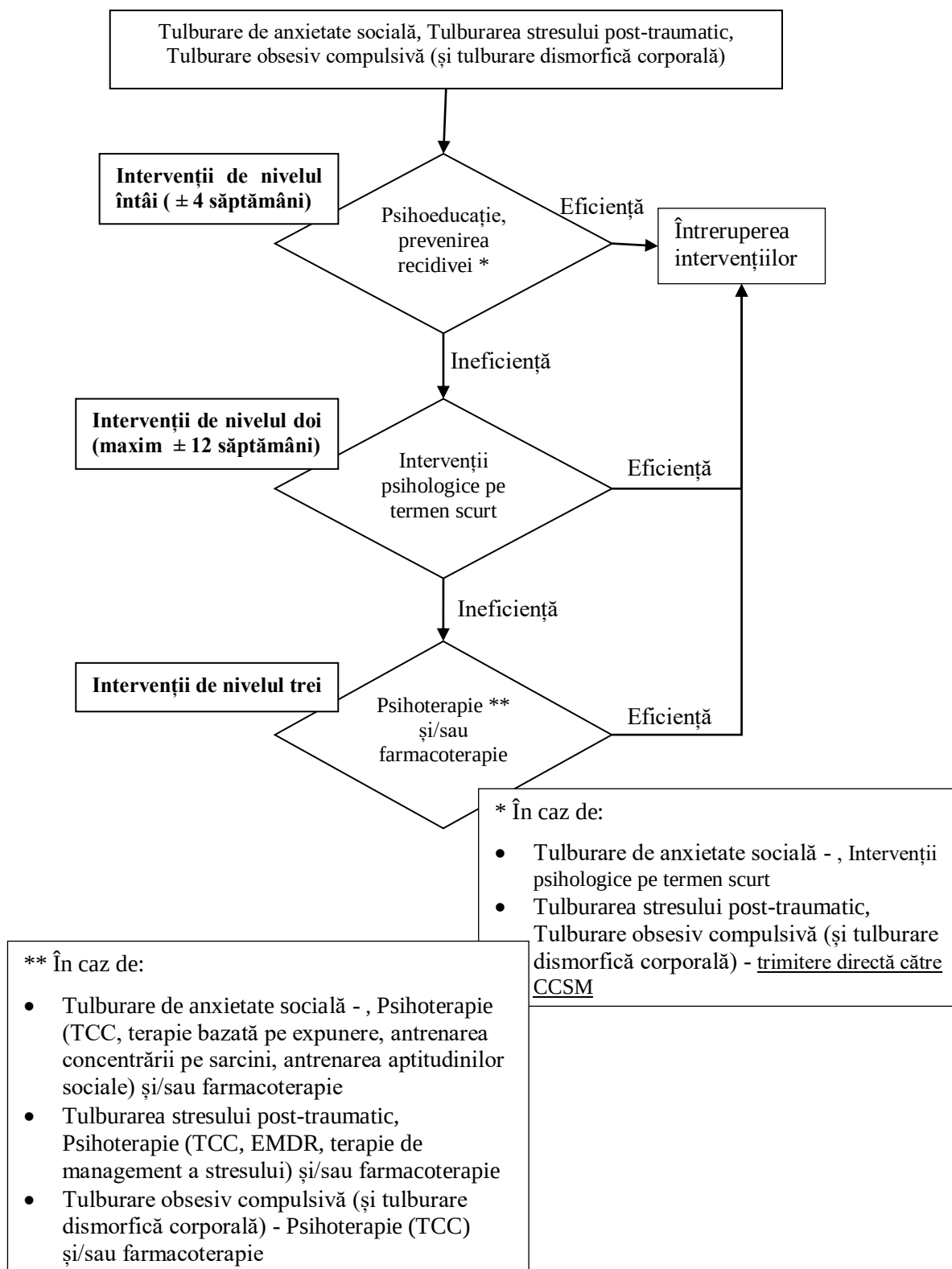
Cine acordă îngrijiri	Forma clinică	Intervenția
Etapa 1: Asistența medicală primară (medicul de familie, asistentul medical).	Recunoașterea tulburărilor anxioase	Evaluare
Etapa 2: Asistența medicală primară. CCSM	Tulburări anxioase ușoare	Supravegherea atentă, PCC, exerciții fizice, scurte intervenții psihologice
Etapa 3: Asistența medicală primară, CCSM	Tulburări anxioase moderate sau severe	Medicație, PCC, intervenții psihologice, suport social,
Etapa 4: CCSM, secții psihiatrice în spitalele de profil general	Tulburarea obsesiv-compulsivă, Tulburarea de Stres Post Traumatic.	Medicație, intervenții psihologice complexe, tratament combinat
Etapa 5: Servicii psihiatrice spitalicești: secții psihiatrice în spitale de profil general și spitalele de psihiatrie	Tulburările anxioase rezistente la tratament, cu risc suicidal, neglijare severă a propriei persoane.	Medicație, tratament combinat.

C.1.2. Screening-ul anxietății



C.1.3 Algoritmi de intervenții pe nivele



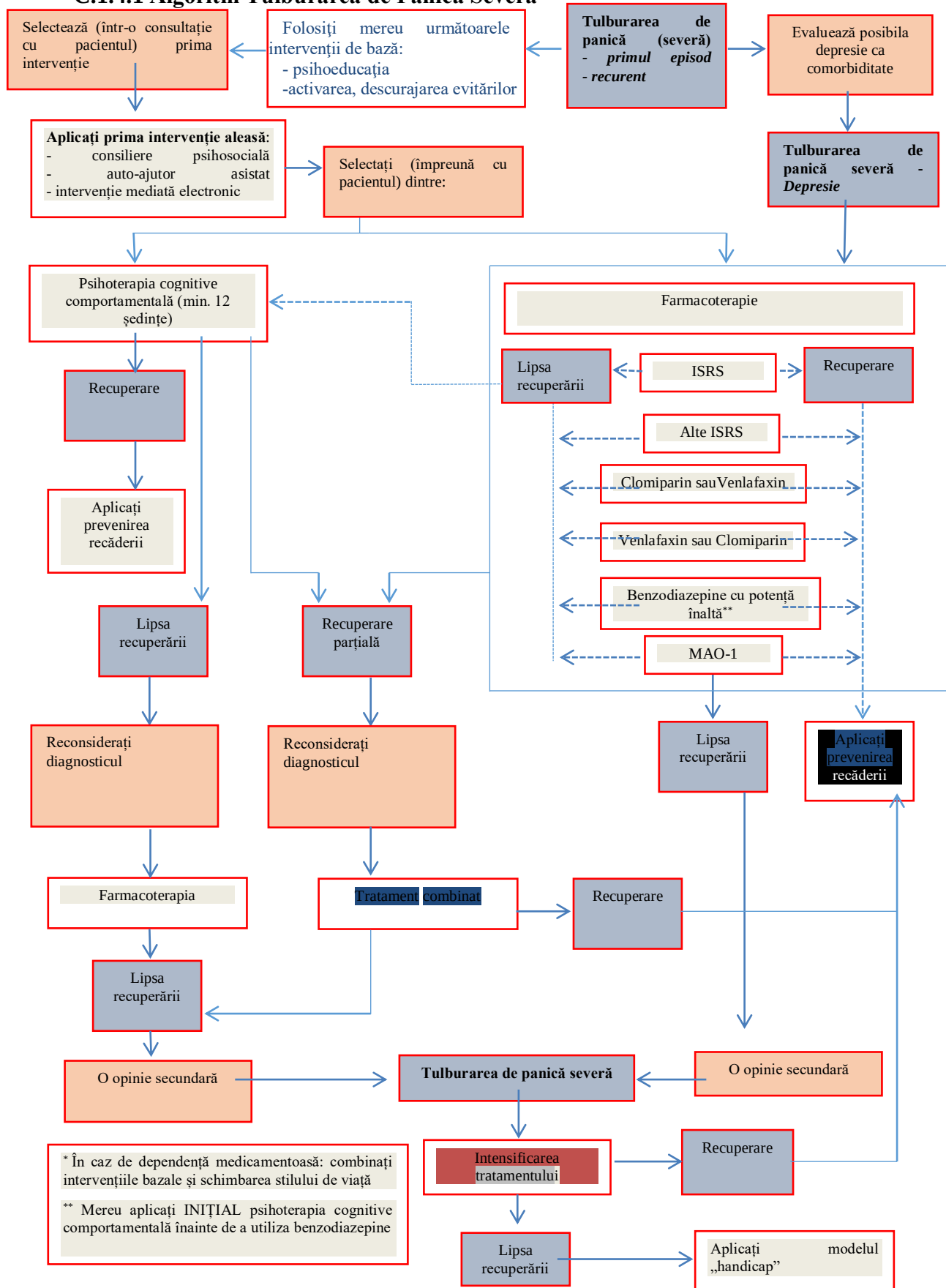


Folosiți

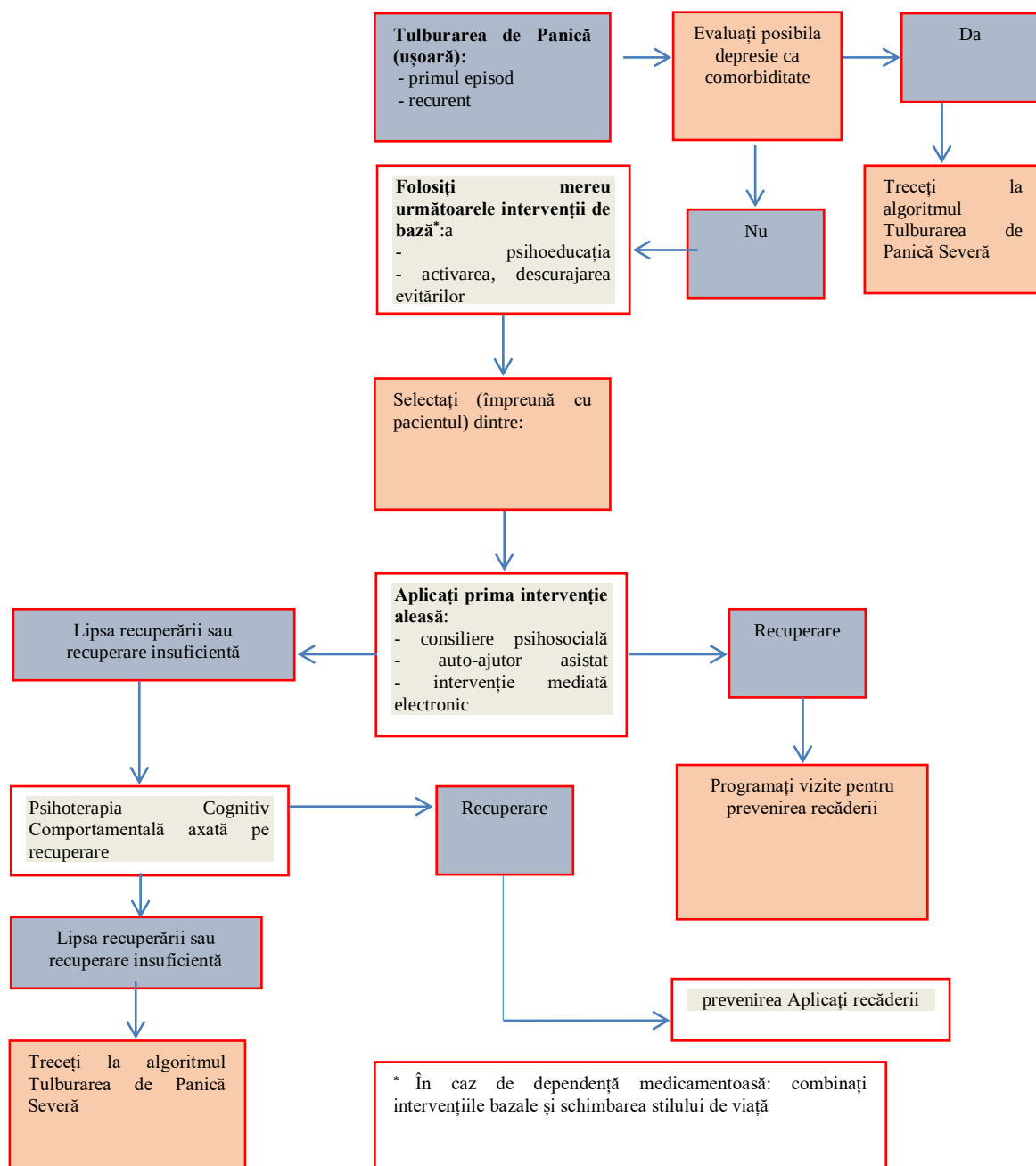
mereu

C.1.4. Algoritmul terapiei medicamentoase și alte

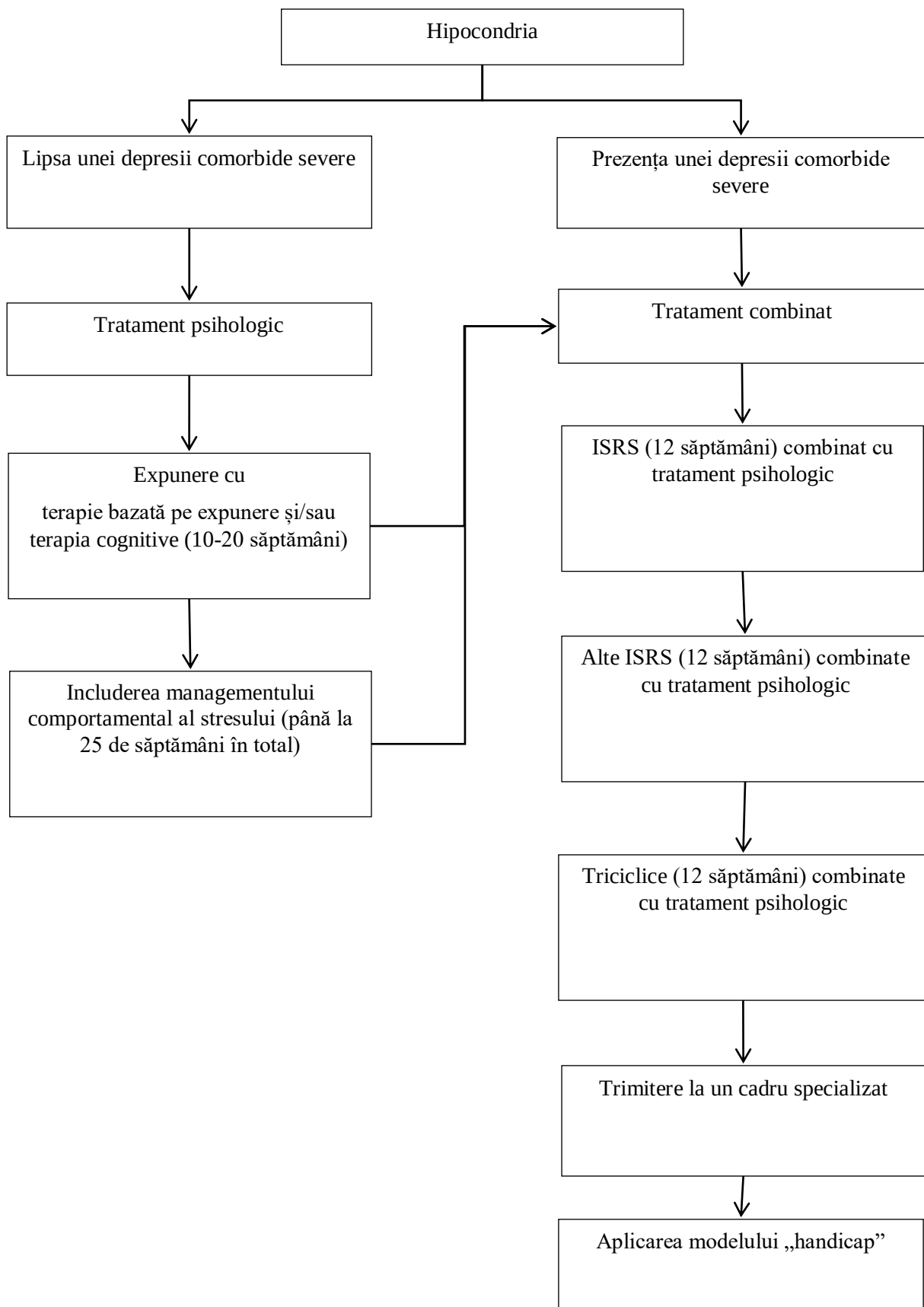
C.1.4.1 Algoritm Tulburarea de Panică Severă



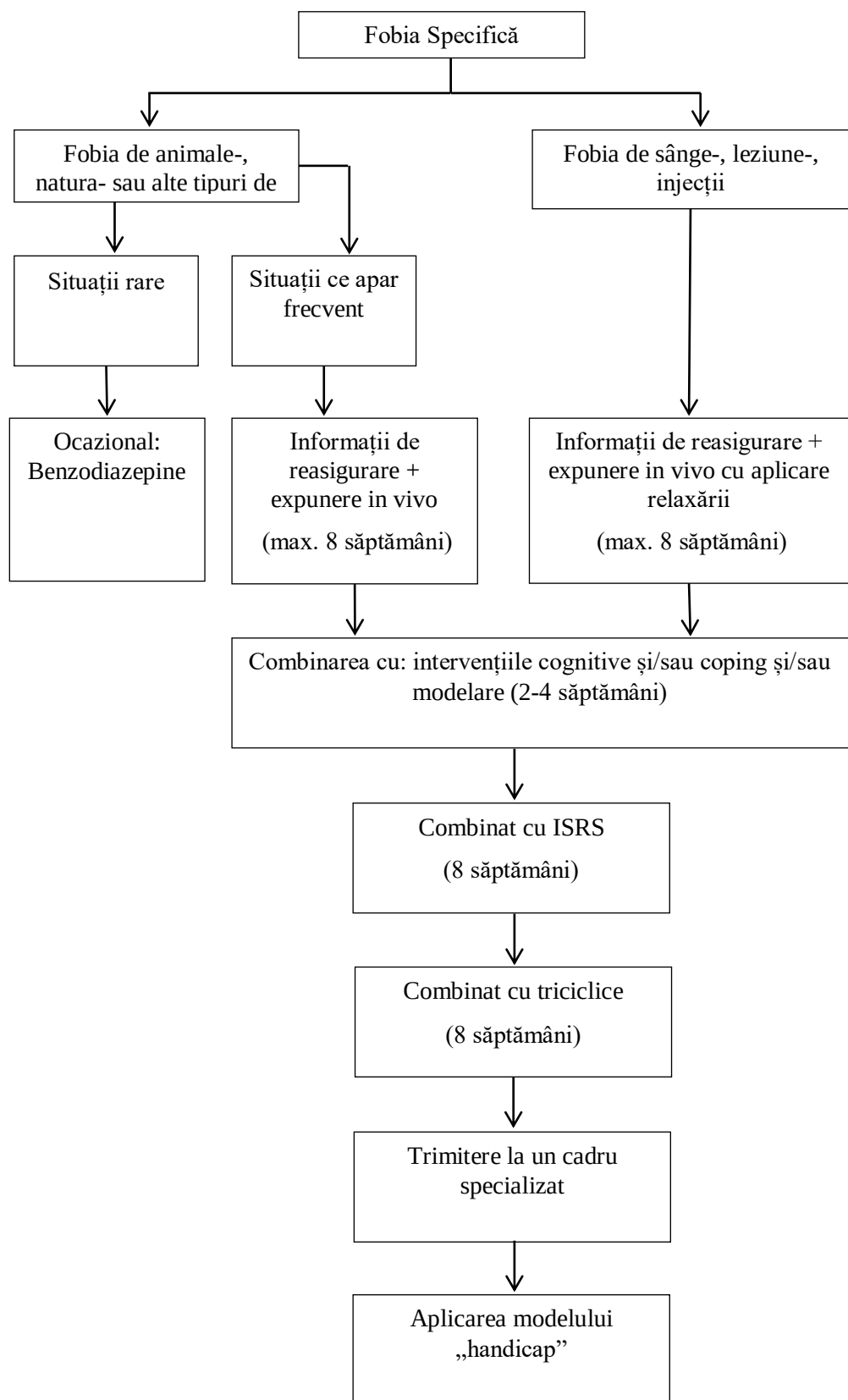
C.1.4.2. Algoritm Tulburarea de Panică ușoară



C.1.4.3. Algoritm Hipocondria



C.1.4.4. Algoritm Fobia Specifică



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C 2.1. Clasificarea clinică

Tabelul 1. Clasificarea tulburărilor anxioase în DSM-V și CIM-10

DSM-V	CIM-10 CAPITOLUL V (F)
Tulburare de panică cu/fără agorafobie 300.01	Tulburare de panică (anxietate episodică paroxistică) F41.0 Agorafobie cu tulburare de panică F40.01
Agorafobie 300.22	Agorafobie F40.00
Fobie specifică (fobia simplă) 300.29	Fobie specifică (izolată) F40.2
Fobie socială 300.23	Fobie socială F40.1
Tulburare obsesiv-compulsivă (TOC) 300.3	Tulburarea obsesiv-compulsivă F 42
Tulburare de stres posttraumatic (TSPT) 309.81	Tulburare de stres posttraumatic F 43.1
Tulburare acută de stres 308.3	Reacție acută la stres mixtă, anxioasă și depresivă F43.22
Tulburare de anxietate generalizată (TAG) 300.02	Tulburarea de anxietate generalizată F41.1
Tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale 293.84	Tulburare anxioasă organică F06.4
Tulburări anxioase neclasificate în altă parte 300.09	1. Tulburare anxioasă și depresivă mixtă F41.2 2. Alte tulburări anxioase mixte F41.3 3. Alte tulburări anxioase precizate F41.8 4. Tulburare anxioasă, fără precizare F41.9
Hipocondria 300.7	Tulburarea hipocondriacă F 45.2
Tulburarea dismorfică corporală 300.7	Tulburarea dismorfică corporală F 45.2

C 2.2. Profilaxia – recomandări generale

Caseta 3 . Recomandări generale în profilaxia anxietății

Educarea pacientului⁸

Medicul generalist explică și informează despre simptome și pronostic. Simptomele anxietății se manifestă frecvent și deseori sunt temporare. Simptomele pot fi legate de evenimente de viață din cadrul familiei, colectivului de muncă sau legate de sănătate.

Explicați caracterul multifactorial (predispoziție ereditară, biologică, socială, traumatică) al anxietății. Informați pacientul și aparținătorii despre evoluția simptomelor anxietății și influența pacienților asupra acestor stări. Stilul activ de viață, reducerea consumului de alcool și droguri au efect benefic asupra evoluției în timp a anxietății.

Caseta 3.1. Recomandări generale în profilaxia anxietății

Abordare generalistă

Sunt discutate problemele, situațiile de viață, starea sănătății, imaginea de sine a pacienților (concretizarea problemei). Pot fi utile intervențiile psihologice pe termen scurt. Intervențiile vor fi centrate pe pacient, acuzele lui vizând particularitățile relaționale, sociale, familiale, profesionale, educaționale, etc. Implicarea activă este importantă.

Abordarea generalistă este orientată spre prevenirea unei tulburări de anxietate și spre reducerea simptomelor.

⁸ Simone v d Lindt, Danielle Volker (red.) Eendtekst voor de Zorgstandaard Depressie versie 5.0 [Final version of Care Standard Depression, 5.0) Trimbo Instituut, Utrecht 2011 (Dovadă de nivel C)

Caseta 3.2. Recomandări generale în profilaxia anxietății

Auto-suportul și auto-gestionarea

În afară de consilierea și sfaturile oferite de către medicul generalist sau nursă, prevenirea indicată poate de asemenea fi prestată ca un set de intervenții de auto-suport și auto-gestionare bazate pe dovezi privind prevenirea anxietății. Intervențiile disponibile pentru tineri, adulți și persoane în vârstă pot fi prestate sub formă unor ședințe terapeutice în grup sau aplicații Internet.

Programele individuale de auto-ajutorare ghidată, bazate pe terapia cognitiv-comportamentală trebuie să includă:

- Prestarea materialelor scrise corespunzătoare vârstei.
- Să fie susținute de către un practician instruit, care facilitează programul de auto-suport și monitorizează rezultatele.
- 6-8 sesiuni (față-în-față / telefonice), desfășurate pe parcursul a 9-12 săptămâni, inclusiv monitorizarea ulterioară.

Caseta 3.3. Recomandări generale în profilaxia anxietății

Stil de viață și activități fizice

Plus la intervențiile orientate spre conștientizarea simptomelor anxietății sunt recomandate intervenții orientate spre **modul sănătos de viață și încurajarea activităților fizice**.

Programele vizând activitățile fizice pentru persoanele cu anxietate persistentă sau paroxismală ar fi bine să fie prestate:

1. În grupuri, sub ghidajul unui practician competent, și
2. Să includă de regulă trei sesiuni pe săptămână cu o durată moderată (de la 45 minute la 1 oră) timp de 10 - 14 săptămâni (în medie, 12 săptămâni).

C 2.2.1. Factorii de risc

Caseta 4. Factorii declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări de anxietate:⁹

- Consultarea frecventă din motivul plângerilor multiple, diverse, și fără legătură somatică.
 - Probleme non-specifice persistente ca: tensiunea lăuntrică, iritabilitatea, probleme de concentrare sau de somn.
 - Plângeri similare hiperventilării (amețeală, furnicături, senzație de apăsare în piept)
 - Plângeri somatice persistente care nu pot fi explicate printr-o patologie somatică, cum ar fi aritmia, extrasistolia, dispneea, diareea, migrena etc.
 - Solicitarea medicamentelor tranchilizante sau somnifere
 - Abuzul de alcool sau substanțe
 - Prezența simptomelor depresive sau/și anxioase
- Membri ai familiei cu tulburări de anxietate.¹⁰

Caseta 5. Factori de risc personali în dezvoltarea anxietății

- Context genetic
 - Istoria familială¹¹
- Personalitate

⁹Психосоматика и психотерапия : справочник. Перевод Арндт, Натали Клинген ; пер. с нем.; под редакцией РАМН А.Б. Смулевича, проф. Э.Б. Дубницкой, проф. А.Ш. Тхостова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с. ISBN 978-5-00030-152-4. (Dovadă de nivel C)

¹⁰Ghidul Medicilor Generaliști Olandezi (Dovadă de nivel C)

¹¹Middeldorp CM, Cath DC, Beem AL, Willemsen G, Boomsma DI. Life events, anxious depression and personality: a prospective and genetic study. Psychol Med 2008;38:1557-65. (Dovadă de nivel C)

Caseta 5. Factori de risc personali în dezvoltarea anxietății

- Introvertită
- Respect de sine redus
- Nivel înalt de co-dependență
- Responsabilitate exagerată și nivel înalt de autocritică
- Sănătate
 - Hiperactivitate hormonală (tiroidită autoimună, hipercorticism ex.)
 - Probleme hormonale în perioada gravidității și postpartum
 - Atac de cord sau accident cerebral-vascular
 - Unele medicamente
 - Comorbiditate psihiatrică
 - Consum de alcool și droguri

Caseta 6. Factori de risc ce țin de mediu

- Relații sociale tensionate (în colectivul profesional, în familie, etc.)
- Suport social redus (risc înalt pentru persoanele solitare și divorțate)
- Sărăcie, șomaj, discriminare, încălcarea drepturilor umane;
- Tensiune emoțională marcată la serviciu, lipsa controlului perceput, lipsa suportului la serviciu
- Condamnați
- Partener de viață bolnav
- Persoane în vârstă din aziluri
- Copiii părinților afectați de tulburări psihiatrice / maladii somatice grave, incurabile
- Evenimente de viață
- Tinerețe traumatizantă (abuz sexual, violență psihologică/fizică)¹²
- Traume psihologice în viața adultă (de exemplu, refugiații, emigranții)
- Alte evenimente stresante ale vieții interpersonale, inclusiv divorțul (în special, la femei) ori, legate de sănătate (în special, la persoane în vârstă)
- Migrația (dor de casă, discriminare, probleme de integrare și acceptare)

C 2.2.2. Screening-ul**Caseta 7. Screening-ul anxietății**

Se efectuează prin intermediul mai multe instrumente recomandate:

- Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată (TAG-7) - aplicată în special de medicul de familie
- Scala Hamilton de evaluare a anxietatii (Hamilton Anxiety Rating Scale: HAM-A)
- Chestionarul Ch. Spielberger de autoevaluare pentru confirmarea/excluderea anxietății ca stare emoțională și/sau a celei ca și trăsătură de caracter, cât și pentru evaluarea gradului de severitate a acestora.¹³
- Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory)
- Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS)¹⁴
- Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ) este un instrument validat de screening, care poate fi utilizat pentru a distinge între anxietate, depresie, stres și simptome somatice la nivel de asistență primară.¹⁵

¹²Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. JAMA 2011;306:513-21. (Dovadă de nivel B)

¹³Hanin, Iu.L., Kratkoie rucovodstvo po primeneniū skalā reaktivnoi i liciostnoi trevojnosti Ch. Spielbergera. Leningrad; LNIIFK, 1976. (Dovadă de nivel C)

¹⁴Radu Vraști: Masurarea Sanatatii Mentale. carte informat electronic, postat 2008 (Dovadă de nivel C)

C 2.3. Conduita pacientului cu anxietate

Caseta 8. Pași obligatori în examinarea pacientului cu Anxietate

✓ *Examen de bază:*

1. examenul clinic psihiatric;
2. colectarea informației din surse obiective suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
3. examenul clinico-psihiologic.

✓ *Examen suplimentare:*

- ✓ examenul paraclinic,
- ✓ consultul medical în funcție de simptomele somatice prevalente.

C 2.3.1. Anamneza

Caseta 9. Anamneza pacientului cu Anxietate

1. Prima orientare¹⁶

- Are pacientul sentimente / senzații de anxietate sau tensiune ?
- Se simte pacientul anxios, fără a ști de ce?
- Are pacientul multe griji?
- Înțelege pacientul anxietatea sau o consideră a fi o realitate? Înțeleg persoanele din cercul său anxietatea și o găsesc realistă / adecvată situației?
- Influențează sau nu anxietatea funcționarea (socială, familială, profesională) a pacientului ?
- În baza răspunsurilor la aceste întrebări, dacă medicul de îngrijire primară depistează prezența unor simptome de anxietate, acesta trebuie să fie explorate mai profund.

2. Explorarea simptomelor

Durata și dezvoltarea simptomelor (și atacurilor de panică)
Gravitatea simptomelor, suferința și consecințele pentru funcționarea socială
Depistarea situațiilor cauzatoare de anxietate
Comportamentul de evitare
Utilizarea substanțelor
Evenimente traumatice
Simptome concomitente (amețeli, durere, probleme de somn sau concentrare)
Comportament compulsiv
Probleme de stres sau la serviciu
Gânduri suicidale
Comorbiditate (ex. stare de depresie, halucinații)

3. Comorbiditate somatică

Medicul generalist examinează posibilitatea ca simptomele somatice ale pacientului să fie datorate de prezența unei maladii somatice sau pot fi efecte secundare ale medicamentelor. Dacă este necesar sunt efectuate suplimentar investigații paraclinice, inclusiv de laborator. Fenomenul, este de obicei mai frecvent în rândul pacienților de vârstă înaintată (peste 65 de ani), aceștia având o șansă mai mare de a contracta boli somatice și o șansă mai mică de a avea pentru prima dată tulburări de anxietate. În cazul hipocondriei, ar putea fi util examenul somatic, inclusiv paraclinic, în funcție de simptomele somatice prezente la pacient, însă nu ar trebui repetat pentru a nu spori sau menține anxietatea.

¹⁵Terluin, B., van Marwijk, H. W., Ader, H. J., de Vet, H. C., Penninx, B. W., Hermens, M. L., Stalman, W. A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6, 34. An English and Rumanian version of the questionnaire is available through: <http://www.emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/4dsq> (Dovadă de nivel B)

¹⁶ NICE Quality Standard Anxiety disorders, 2014; NICE clinical guideline 123. Common mental health disorders, 2011; NICE clinical guideline 26. Post-traumatic stress disorder, 2005; NICE clinical guideline 31. Obsessive-compulsive disorder and tulburare de corp dismorfic, 2005. NICE clinical guideline 113. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults. 2011; NICE clinical guideline 159. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment, 2013. (Dovadă de nivel C)

Caseta 9. Anamneza pacientului cu Anxietate

Ulterior, medicul generalist și pacientul vor conveni dacă există simptome de anxietate sau o tulburare de anxietate, și vor încerca să distingă între diferite tipuri (tulburări de panică cu sau fără agorafobie, fobii specifice, tulburarea de anxietate socială, TOC, TAG, TSPT, sau hipocondrie). De asemenea, vor fi confirmate / excluse cauzele somatice sau comorbiditățile. Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ) este un instrument validat de screening, care poate fi utilizat pentru a distinge între anxietate, depresie, stres și simptome somatice la nivel de asistență primară. Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ) este un instrument validat de screening, care poate fi utilizat pentru a distinge între anxietate, depresie, stres și simptome somatice la nivel de asistență primară.¹⁷

C 2.3.2. Examenul fizic (datele obiective)**Caseta 10. Pași obligatorii în examinarea pacientului cu Anxietate****✓ Examen de bază:**

1. examenul clinic somatic și neurologic complet;
2. colectarea informației din surse obiective suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
3. examenul clinico-psihiologic.

✓ Examen suplimentare:

- ✓ examenul paraclinic,
- ✓ consultul medical în funcție de simptomele somatice prevalente.

C 2.3.3. Investigațiile paraclinice

Se vor efectua investigații paraclinice (instrumentale, aparataj special, de laborator) ținând cont de simptomele fizice ale anxietății. Scopul acestor investigații (CT, RMN, ECG, Electromiografie, Potențiale evocate periferice, corticale, USG organelor interne, fibrogastroduodenoscopie, analize hormonale, etc.) este de a confirma/infirma prezența patologieilor somatice asociate.

C 2.3.4. Diagnosticul tulburărilor de anxietate**Caseta 11. Diagnosticul tulburărilor de Anxietate (algoritm C 1.2)**

Mulți pacienți nu acuză simptome de anxietate, în special în instituțiile non-psihiatrice, precum practica medicală generală. Prin urmare, problemele de anxietate nu sunt prezentate adesea ca o problemă principală. Pacienții prezintă în schimb simptome somatice concomitente, prezența anxietății nefiind recunoscută (rămânând subdiagnosticată).

Semnalele posibile la care ar trebui să fie atenți medicii generaliști în caz că, suspectează prezența anxietății sunt:¹⁸

- Absenteism de la serviciu
- Vizite frecvente la medicul generalist cu diverse simptome somatice incoerente
- Simptome de stres persistente și non-specifice, de ex., iritabilitatea, dificultăți de concentrare sau tulburări de somn
- Simptome de genul hiperventilării (amețeală, furnicături, senzație de apăsare în piept)
- Simptome somatice persistente ca amețeala, tahicardia și aritmia
- Solicitări pentru prescrierea de medicamente somnifere sau tranchilizante
- Abuz de alcool sau substanțe
- Simptome depresive
- Eveniment traumatizant din viață

¹⁷Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ). NICE Quality Standard Anxiety disorders, 2014; NICE clinical guideline 123. Common mental health disorders, 2011; NICE clinical guideline 26. Post-traumatic stress disorder, 2005; NICE clinical guideline 31. Obsessive-compulsive disorder and tulburare de corp dismorfic, 2005. NICE clinical guideline 113. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults. 2011; NICE clinical guideline 159. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment, 2013. (Dovadă de nivel C)

¹⁸Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (3^e revisie, 2013). Trimbo instituut, 1-8-2013 (Dovadă de nivel C)

Caseta 11. Diagnosticul tulburărilor de Anxietate (algoritm C 1.2)

- Schimbări în funcționare, de ex., comportament de evitare

Când sunt prezente astfel de semnale, personalul medical ar trebui să pună mai multe întrebări referitor la anxietate. Dacă simptomele sunt prezente, trebuie puse întrebări vizând, de exemplu, frecvența și severitatea anxietății. Personalul medical trebuie să îi acorde pacientului timp suficient pentru a-și spune istoria și impactul afecțiunii asupra funcționării cotidiene și suferințelor. Dacă e necesar, poate fi utilizată o gamă largă de instrumente de monitorizare pentru diagnostic, ca interviurile (structurate/semistructurate) sau chestionarele de autoevaluare, de exemplu.

Anxietatea poate fi percepută ca un sentiment inexplicabil de iminentă pieire, ca o grijă neîntemeiată și exagerată legată de viața cotidiană (de starea sănătății copiilor, de problemele profesionale, financiare, etc.) sau ca o teamă nejustificată în fața unei anumite situații (călătoria cu autobuzul, avionul), a unei activități (condusul autoturismului) sau a unui obiect (teama de obiecte ascuțite, de animale). De obicei, pacienții descriu următoarele stări psihice și fizice sau somatice în felul următor:¹⁹

- îngrijorări nerealiste și excesive;
- sentimente de teamă fără cauză (nemotivate);
- frici nejustificate în legătură cu anticiparea unui pericol necunoscut;
- flashback-uri (amintiri) ale unor traume trecute;
- comportamente compulsive (ritualuri), ca o modalitate de a-și diminua anxietatea;
- tremurături, dureri musculare, transpirații, amețeli, tensiune, oboseală, palpitații, senzații de gură uscată, tulburări digestive, senzația de „nod în gât“, frecvență crescută a respirației;
- pierderea capacității de autorelaxare psihică și fizică;
- insomnie.

Lucrătorii medicali trebuie să fie atenți la posibilele tulburări de anxietate, în special în rândul persoanelor cu:

- antecedente de anxietate,
- simptome somatice,
- prezența rudelor cu anxietate, sau
- cei care au avut experiența unui eveniment traumatic recent.

Scara din 7-elemente de Tulburare de anxietate generalizată (TAG-7), poate fi folosită la monitorizarea anxietății.

Dacă o persoană primește un scor de 3 sau mai multe puncte, trebuie luată în considerare o tulburare de anxietate și este necesară o evaluare ulterioară.

Dacă o persoană primește un scor de 2 puncte sau mai puțin, dar unele preocupări persistă, următoarea întrebare ar trebui să fie:

"Te găsești în situația de a evita locuri sau activități care îți cauzează această problemă?"

Dacă răspunsul este da, este indicată o evaluare suplimentară.

Evaluarea problemelor, nu trebuie să se axeze în mod exclusiv pe numărul, gravitatea și durata simptomelor, dar, de asemenea, pe pericolul și insuficiența funcțională, pe antecedentele de tulburări de sănătate mintală și tratamentul acestora. Ar trebui să existe o atenție specială la co-morbiditate, de exemplu, în ce privește depresia sau abuzul de alcool și de substanțe. Când diagnosticul este clar, acesta ar trebui să fie comunicat cât mai curând posibil, pentru a ajuta oamenii să înțeleagă natura tulburării și să înceapă prompt un tratament eficient.

Profesioniștii care activează în îngrijirile primare pot folosi Ediția a 10-a (ICD-10) a Clasificării Statistice a Maladiilor și Problemelor de Sănătate Aferente pentru clasificarea tulburărilor de anxietate (Tabelul 2).

¹⁹Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211. (Dovadă de nivel C)

Tabelul 2. Tulburările de anxietate conform CIM-10²⁰

Diagnostic	Descriere
Fobii specifice (F40.2)	Fobii restrânse la situații extrem de specifice care pot include, dar nu se limitează la: apropiere de anumite animale, înălțimi, tunet, întuneric, zbor, urinare sau defecare în toalete publice, consumul anumitor alimente, unelte stomatologice sau vederea sângelui și a rănilor.
Tulburare de stres post-traumatic (F43.1)	Apare ca o reacție întârziată sau amânată la un eveniment sau reacție stresantă (atât de durată scurtă cât și lungă) de natură excepțional de amenințătoare sau catastrofală, care e foarte probabil să cauzeze stres pervaziv în aproape toate cazurile. Factorii predispozanți, de ex. trăsăturile de personalitate (ex. compulsiv, astenic), sau o istorie de maladii neurotice, pot reduce pragul dezvoltării sindromului sau agrava cursul acestuia dar nu sunt nici necesare nici suficiente pentru explicarea apariției sale. Trăsăturile tipice includ episoade de retrăire repetată a traumei în memorii intruzive ("flashback-uri"), vise sau coșmaruri care au loc în contextul unui sentiment de "amorțeală" și obtuzitate emoțională, detașare de alte persoane, lipsă de reacție la cele din jur, anhedonie și evitarea activităților și situațiilor asociate cu trauma. Există de obicei o stare de hiperexcitare autonomă cu hiper-vigilență, o reacție de tresărire sporită și insomnie. Anxietatea și depresia sunt în general asociate cu simptomele și semnele de mai sus, ideea suicidărilor nefiind rară. Debutul continuă într-o perioadă de latență care poate varia de la câteva săptămâni la câteva luni.
Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) (F42)	Trăsătura esențială a acestei tulburări sunt gândurile sau acțiunile compulsive recurente. Gândurile obsesive reprezintă idei, imagini sau impulsuri care vin din nou și din nou în mintea pacientului în formă de stereotip. Acestea sunt totuși, recunoscute ca gânduri proprii ale ei/lui, deși sunt involuntare și deseori neplăcute. Actele sau ritualurile compulsive reprezintă comportamente stereotip care sunt repetate din nou și din nou. Acestea nu sunt inerent savurabile așa cum nu rezultă nici în efectuarea unor sarcini inerent utile. Funcția lor e să reducă din anxietatea prezentă și să prevină vreun eveniment obiectiv improbabil, implicând deseori daune la adresa pacientului sau cauzate de către pacient, de care el sau ea se teme că ar putea surveni altfel. De obicei acest comportament este recunoscut de către pacient ca fiind fără sens sau fără efect și acesta depune eforturi repetate de a rezista. Anxietatea este prezentă aproape invariabil. Dacă opune rezistență actelor compulsive, anxietatea se agravează.
Tulburarea de anxietate generalizată (F41.1)	Anxietatea este generalizată sau persistentă dar nu se limitează „la...” sau chiar predomină în orice circumstanțe (adică are "formă liberă"). Simptomele dominante sunt variabile dar includ plângeri de nervozitate persistentă, tremor, tensiuni musculare, transpirație, senzație de leșin, palpitații, amețeli și disconfort epigastric. Deseori se exprimă frica unei îmbolnăviri iminente sau accident iminent a pacientului sau unei rude a acestuia.
Tulburarea de panică (F41.0)	Trăsătura esențială este reprezentată de atacuri recurente de anxietate gravă (panică), care nu se limitează la o situație sau complex de circumstanțe specifice, fiind, deci, de neprevăzut. Ca și în cazul altor tulburări de anxietate, simptomele dominante includ începerea bruscă a palpitațiilor, dureri în piept, senzații de

²⁰CIM-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic). București, Ed. ALL, 1998, 419 p. (Dovadă de nivel C)

Diagnostic	Descriere
	asfixiere, amețeli și sentimentul lipsei realității (depersonalizare sau derealizare). Deseori există și o frică secundară de a muri, de a pierde controlul sau de a înnebuni. Tulburările de panică nu trebuie să fie diagnosticul principal dacă pacientul are o tulburare depresivă la momentul începerii atacurilor; în asemenea circumstanțe atacurile de panică sunt probabil secundare depresiei.
Agorafobia (F40.0)	Un set de fobii destul de bine definit care includ frica de a părăsi casa, de a intra în magazine, mulțimi și locuri publice, sau călătoriile singuratic în trenuri, autobuze sau avioane. Tulburarea de panică este o trăsătură comună atât a episoadelor prezente, cât și a celor trecute. Simptomele depresive și obsesionale, precum și fobiile sociale sunt de asemenea prezente în general ca trăsături subsidiare. Evitarea situației fobice este deseori proeminentă, iar unii agorafobi nu prea simt multă anxietate deoarece sunt în stare să evite propriile situații fobice.
Fobiile sociale (F40.1)	Frica de aprecierea altor oameni, care duce la evitarea situațiilor sociale. Mai multe fobii sociale pervazive sunt de obicei asociate cu stima de sine scăzută și frica de critică. Acestea se pot prezenta ca o plângere de roșeață, tremor al mâinilor, greață sau urgență de miciune (nevoia imperioasă de a urina), pacientul fiind uneori convins că, una din aceste manifestări secundare ale anxietății lui reprezintă problema primară. Simptomele pot progresa în atacuri de panică.
Tulburarea de Hipohondrie și Tulburarea Dismorfică Corporală (TDC) (F45.2)	Pacienții manifestă plângeri somatice persistente sau o preocupare persistentă pentru imaginea lor fizică (TDC-tulburare dismorfică corporală). Senzațiile și aparențele normale sau obișnuite sunt deseori interpretate de pacienți ca fiind anormale și stresante iar atenția este de obicei focusată asupra unui sau două organe sau sisteme ale corpului (Hipocondrie). Depresia și anxietatea marcată sunt deseori prezente și pot justifica diagnostice alternative.

Tabelul 3. Simptomele somatice ale anxietății²¹

RESPIRATORII • senzația de „lipsă de aer“ sau „de sufocare“ • senzația de constricție toracică • tahipnee • senzația de „nod în gât“	CARDIOVASCULARE • tahicardie • palpitații • durere precordială „sine materia“ • sincopă	NEUROLOGICE • cefalee • vertij • paretezii • iluzii vizuale • încețoșarea vederii • hiperestezie
VEGETATIVE • uscăciunea gurii • paloarea feței • hiperemie la nivelul tegumentelor feței și bazei gâtului („în decolteu“) • transpirații • bufeuri de căldură	MUSCULARE • tremor • contracturi musculare • hipotonie musculară • tresăriri musculare • dureri lombare	GASTROINTESTINALE • accelerări ale tranzitului intestinal • colici • greață, vomă • dureri abdominale

²¹Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211 (Dovadă de nivel C)

C 2.3.5. Diagnosticul diferențiat al condițiilor medicale răspândite care mimează anxietatea

Tabelul 4. Diagnosticul diferențial al anxietății.

	<i>Etiologia</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosibiri în manifestările clinice</i>	<i>Durata</i>
Angină pectorală ²²	Tulburări dismetabolice, hidroelectrolitice, afectarea sistemului cardio-vascular, HTA.	Acut	ECG cu subdenivelarea ST; Durere toracică (precordială) copleșitoare; Durerile anxioase sunt de obicei ascuțite și mai superficiale.	Zile, Luni, Ani
Infarctul miocardic (IM)	Tulburări dismetabolice, hidroelectrolitice, afectarea sistemului cardio-vascular, HTA.	Acut	ECG – modificări specifice; Enzimele cardiace în IM; Durere toracică (precordială) copleșitoare; Durerile anxioase sunt de obicei ascuțite și mai superficiale.	zile, luni
Sindromul de hiperventilație	Modificări ale homeostaziei (hidro-saline, acido-bazice).	Acut sau lent	Istoric de respirații rapide, profunde; Paloare periorală; Spasm carpo-pedal; Răspunde la respirația în pungă de hârtie.	Luni, ani
Hipoglicemia	Tulburări dismetabolice	Lent	Glicemia <i>a jeun</i> de obicei sub 5,5 mmol/l; Semne de diabet zaharat – poliurie, polidipsie, polifagie.	Ani
Hipertiroidismul	Procese autoimune, inflamatorii	Acut sau lent	Triodtironina (T ₃) și tiroxina (T ₄) crescute; Exoftalmie în cazurile severe.	Ani
Sindromul carcinoid	Tumori carcinoide ce se dezvoltă din celulele neuroendocrine de la nivelul tractului gastro-intestinal, pancreasului, gonadelor, arborelui bronșic, care stimulează secreția de substanțe vasoactive (5HT, bradikinină, prostaglandine,	Lent	Anxietate asociată cu hipertensiune; Catecolamine urinare crescute (acidul 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA)).	Ani

²²Kaplan & Sadock Manual de buzunar de psihiatrie clinică (ediția a treia revizuită). Traducere din engleză. București, ed. Medicală, 2009 (Dovadă de nivel C)

	<i>Etiologia</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosibiri în manifestările clinice</i>	<i>Durata</i>
	histamină ș.a.)			
Tulburarea dispozițională indusă de substanțe	Tulburare a dispoziției cauzată de un drog/medicament sau toxină (de ex., amfetamină, cannabinoizi, steroizi).	Acut	Tulburările de dispoziție apar adesea simultan cu abuzul și dependența de substanțe.	Zile, Luni
Tulburări de personalitate tip Anxios-evitant, Anankast, Dependent	Genuină sau dobândită pe parcursul vieții	Acut și situațional	Pattern comportamental (pe tot parcursul vieții) asociat cu stilul defensiv rigid; anxietatea poate să apară mai ușor după evenimente de viață stresante, din cauza inflexibilității mecanismelor adaptative ale organismului.	Zile, Luni, Ani
Tulburarea schizoafectivă	Endogenă	Acut	Semnele și simptomele de schizofrenie se asociază cu simptome afective marcate. Evoluția și pronosticul se situează între acelea ale schizofreniei și cele ale tulburărilor afective.	Luni
Tulburări non-organice ale somnului	Cauze diferite, inclusiv un program dezordonat, boli organice, folosirea unor medicamente, ingestia unor cantități mari de alcool seara, probleme emoționale și stres	Acut	Pot să cauzeze neliniște, îngrijorare, iritabilitate. Se diferențiază de tulburările de anxietate prin căutarea semnelor și simptomelor tipice ale anxietății și prin apariția anormalităților somnului numai în contextul episoadelor de anxietate. În cazurile de anxietate refractară la tratament vor fi luate în considerare rezultatele polisomnografiei.	Zile, Luni
Schizofrenia	Endogenă cu implicare genetică	Lent sau Acut	Schizofrenia poate să arate ca un episod maniacal, episod depresiv major sau episod mixt cu elemente psihotice. Diagnosticul diferențial se bazează pe factori cum ar fi antecedentele familiale, evoluția, istoricul premorbid și răspunsul la medicație. Episodul depresiv sau maniacal în care sunt prezente elemente psihotice incongruente	Luni, Ani

	<i>Etiologia</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosebiri în manifestările clinice</i>	<i>Durata</i>
			cu dispoziția sugerează schizofrenia. Inserția sau transmiterea gândurilor, asociațiile îndepărtate, testarea necorespunzătoare a realității sau comportamentul bizar pot, de asemenea, să sugereze schizofrenia.	
Tulburarea afectivă bipolară	Endogenă	Acut	Tulburarea bipolară cu depresie și anxietate se asociază mai frecvent cu halucinațiile sau delirurile congruente dispoziției afective.	Luni, ani
Tulburarea de adaptare (acută sau prelungită) cu reacție mixtă, anxioasă și depresivă (F43.22)	Stresul acut, șocul psihoemoțional	Acut, lent	Ambele stări – cea de anxietate și cea de depresie sunt proeminente, De regulă, sunt congruente cu conținutul situației stresante, Se reușește ca și intensitate o dată cu soluționarea problemei care le-a cauzat, ori cu îndepărtarea în timp de la momentul impactului cu situația de stres care le-a declanșat.	Luni, Ani

Tabelul 5. Cauze somatice și toxice ale anxietății

Afecțiuni endocrinologice și metabolice	disfuncții ale hipofizei, tiroidei, suprarenalelor și a paratiroidelor, modificări ale calcemiei, ale natremiei și ale potasemiei, sindrom premenstrual, hipoglicemie
Afecțiuni cardiace	angină pectorală, aritmii, insuficiență cardiacă, hipertensiune arterială, hipovolemie, infarct miocardic acut, valvulopatii
Afecțiuni respiratorii	astm bronșic, insuficiență respiratorie, bronhopneumopatia obstructivă cronică, pneumoniile, pneumotorax, edemul pulmonar acut, embolia pulmonară
Afecțiuni neurologice	neoplasme cerebrale, traumatisme cerebrale, sindroame postcontuzionale, boli cerebrovasculare, hemoragii intracraniene, migrene, encefalită, sifilis cerebral, scleroză multiplă, boala Wilson, boala Huntington, epilepsie temporală
Afecțiuni inflamatorii și ale sistemului imunitar	lupus eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă, poliarterita nodoasă, arterita temporală, șocul anafilactic
Stări carentiale	pelagra, anemia feriprivă, deficit de vitamina B ₁₂
Tumori secretante	sindrom carcinoid, feocromocitomul, insulinomul

Intoxicații	amfetamine și alte simpatomimetice, anticolinergice, cafeină, teofilină, yohimbina, cocaină, canabis, halucinogene
Sindroame de sevraj la anumite substanțe	sevraj la alcool, antihipertensive, cafeină, opioide, sedative/hipnotice

C 2.3.6. Pronosticul și evoluția

Caseta 12. *Pronosticul și evoluția*

- **Tulburarea de panică** (cu sau fără agorafobie) manifestă evoluție cronică cu remisiuni și exacerbari. Tratată corespunzător are un pronostic excelent.
- **Tulburarea fobică**, inclusiv FS demonstrează evoluție cronică. Netratate fobiile se pot agrava sau extinde (de ex., o fobie de șerpi se poate generaliza la imagini ale șerpilor, la pronunțarea cuvântului “șarpe”, la imitarea mișcării unui șarpe, la fobia de trenuri sau tramvaie articulate, care amintesc un șarpe, etc.). Tratată, areun prognostic bun până la excelent. Agorafobia este fobia cea mai rezistentă la tratament.
- **TOC** - este o tulburare cu evoluție cronică, cu intensitate ondulantă a simptomelor. Pronosticul este moderat dacă se aplică tratament, dar în unele cazuri este netratabilă.
- **Tulburarea de anxietate generalizată** manifestă evoluție cronică; simptomele pot să descrească pe măsură ce pacientul înaintază în vârstă. Cu timpul, pacientul poate să dezvolte o depresie secundară, cu toate ca aceasta nu este rară în absența tratamentului.
- **TSPT** este o tulburare cu evoluție cronică. Traumatismul este re trăit periodic timp de câțiva ani. Pronosticul este mai puțin favorabil în cazul unei psihopatologii preexistente.

C 2.3.7. Condiții de tratament

Principiul de bază vizând terapia anxietății, în practica generală și specializată este asistență pe nivele. Aceasta înseamnă că, în general, terapia începe cu tratamentul bazat pe dovezi cel mai puțin intensiv și cel mai puțin invaziv, urmat de mai multe tratamente intensive în cazul, în care pacientul nu a răspuns la intervențiile din prima etapă. Mai mult decât atât, îngrijirea trebuie centrată pe pacient, iar medicii ar trebui să permită pacienților să ia decizii bine informate, privind tratamentul. În cazul comorbidității cu depresia, abuzul de substanțe, sau abuzul de alcool, tratamentul trebuie să se concentreze în primul rând pe comorbiditățile menționate.

Caseta 13. *Asistența etapizată a pacienților cu anxietate și intervențiile:*

- **Asistența medicală primară**
 - Evaluarea persoanelor ce prezintă *factors de risc pentru a declanșa o tulburare de anxietate* (casetele nr. 4, 5, 6)
 - Screening-ul persoanelor ce acuză simptome de anxietate cu / fără patologie somatică cronică prin TAG-7 (caseta 7 anexa 2)
 - Educația privind anxietatea (caseta 4A, anexa 1)
 - În caz de detectare a anxietății ușoare sau moderate intervenție psihoterapeutică, în caz de ineficiență-intervenție psihofarmacologică.
 - În caz de detectare a anxietății moderate administrarea tratamentului psihofarmacologic și psihoterapeutic, iar în caz de anxietate severă - trimitere la CCSM
 - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice cazurilor tratate, inclusiv la cele din CCSM.
- **CCSM**
 - Serviciul de bază de sănătate mintală care deține informația despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion)
 - CCSM este un serviciu medico-social cu prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii

Caseta 13. Asistența etapizată a pacienților cu anxietate și intervențiile:

de reabilitare psiho-socială.

- Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion)
- Intervenție activă în criză și, în caz de ineficiență, trimitere la secția psihiatrică din spitalele de profil general din regiunea deservită.
- Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic (caseta 14, 17, 19, 26, 27, 28, 29), tratamentului psihologic (caseta 18, 20, 21, 22), psihoterapiei cognitiv-comportamentale (caseta 23, 24, 25)
- Serviciile în CCSM sunt prestate de echipele multidisciplinare FACT:
 - Externalizare / orientate spre comunitate: clientul este vizitat acasă sau la locul de reședință.
 - Multidisciplinare: includ psihiatru, psihoterapeut, psiholog, expert de la egal-la-egal, nurse psihiatrice, asistent social.
 - Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru clienții care au devenit instabili sau sunt în risc de a intra în criză.
 - Dosare comune: toți membrii echipei lucrează împreună și sunt implicați în tratarea fiecărui pacient.
 - Continuitate: Echipa lucrează în strânsă legătură cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Clientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât are nevoie.
- **Secțiile psihiatrice în spitalele de profil general²³**
 - Recepționarea pacienților cu risc suicidal de la CCSM
 - Direcționarea pacientului în remisiune spre CCSM

2.3.7.1. Conduita în Anxietate**Caseta 14. Obiectivele tratamentului**

- a. Scopul tratamentului în faza acută a anxietății este de a obține remiterea simptomelor.
(Evidențele arată că, în cele mai bune cazuri, 50% nu vor fi capabili să obțină remisiune)
 - b. Reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor anxietății;
 - c. Reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale
- Îngrijirile pe trepte²⁴ constituie principiul de bază al terapiei anxietății în practica generală și serviciile specializate. Aceasta înseamnă că, în general, tratamentul începe cu intervenții mai puțin invazive și mai puțin intensive, bazate pe dovezi, urmate de intervenții mai intensive, dacă simptomele anxietății nu cedează intervențiilor din prima etapă (asistența medicală primară).

Tabel Nr. 6. Îngrijirile pe trepte în anxietate.

Orientarea intervenției	Natura intervenției
Treapta 1: Toate manifestările cunoscute și suspectate ale anxietății	Evaluare, suport, psihoeducație, monitorizare activă și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare
Treapta 2: Simptome de anxietate persistente; anxietate de la ușoară la moderată	Intervenții psihologice și psihosociale de intensitate redusă, medicamente și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare

²³inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală

²⁴ UK NICE Guidelines, 2010 (Dovadă de nivel C)

Caseta 14. Obiectivele tratamentului

Treapta 3: Simptome anxioase persistente sau anxietate de la ușoară la moderată cu reacție inadecvată la intervențiile inițiale; anxietate moderată și severă	Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, tratament combinat, îngrijiri colaborative și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare
Treapta 4: Anxietate severă și complexă; risc pentru viață; auto-agresiune severă	Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, servicii de criză, tratamente combinate, îngrijiri multiprofesionale și spitalicești

C 2.3.8. Criteriile de spitalizare (obligatoriu)

Trimiterea de la practica generală la Centrul Comunitar de Sănătate Mintală sau la serviciile de psihiatrie este indicată în caz de:

- Risc de suicid
- Anxietatea de nivel psihotic
- Lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratament după 8 - 12 săptămâni, ori lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratamentul administrat în (două) intervenții de bază sau de nivelul întâi.

Caseta 15. Criterii pentru trimiterea pacienților cu Anxietate la CCSM

- Anxietate de severitate moderată spre severă; severă, cu sau fără simptome psihotice
- ideăție suicidală
- patologie psihiatrică asociată
- recidive cu disfuncție socială sau suferințe severe
- rezistență la tratamentul psihoterapeutic și / sau tratamentul antidepresiv
- anxietatea în timpul sarcinii

Ghidurile NICE precizează că, în cele mai multe cazuri, dacă au existat 2 intervenții furnizate (orice combinație sau intervenție psihologică, medicamente, sau biblioterapie), iar persoana mai are încă simptome semnificative, atunci trebuie oferită trimiterea la servicii specializate de sănătate mintală.

Caseta 16. Criterii pentru trimiterea pacienților cu Anxietate la secțiile psihiatrice din spitalele generale

- Anxietate de severitate severă, cu simptome psihotice și ideăție suicidală

C 2.3.9. Tratamentul

În practica generală, schema expusă în **Tabelul 7** poate fi utilizată ca și ghid pentru tratamentul pacienților cu simptome și tulburări de anxietate. Intervențiile descrise încep de la nivelul unu și doi și continuă cu intervenții psihoterapeutice mai intense și/sau farmacoterapie. Opțiunea intervențiilor recomandate și locația, în care ele pot fi efectuate (ex. asistența medicală primară sau îngrijire specializată) depinde de gravitatea și tipul plângerilor pacientului, dar, și de experiența/competența cadrelor medicale, care activează în asistența primară (de exemplu, medicul de familie sau asistenta medicală). În general, intervențiile de nivelul unu și doi sunt intervențiile utilizate în principal în practica generală. Atunci când funcționarea pacientului este grav afectată sau suferința este foarte gravă, sau dacă pacientul are TSPT sau TOC, pacienți sunt de obicei îndrumați spre Psihoterapie (Intervenții de nivelul trei).

Tabelul 7. Principiul de tratament pentru anxietate²⁵.

Diagnostic	Intervenții de nivelul întâi (de obicei $\pm$ 4 săptămâni)	Intervenții de nivelul doi (de obicei maxim $\pm$ 12 săptămâni)	Intervenții de nivelul trei
Simptome de anxietate	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	
Fobii specifice	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere)
Tulburarea stresului post-traumatic	Psihoeducație, prevenirea recidivei, <u>trimitere directă</u> ²⁶	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, EMDR, terapie de management a stresului) și/sau farmacoterapie
Tulburare obsesiv compulsivă (și tulburare dismorfică corporală)	Psihoeducație și prevenirea recidivei, <u>trimitere directă</u>	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC) și/sau farmacoterapie
Tulburare de anxietate generalizată	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere, relaxare aplicată) și/sau farmacoterapie
Tulburare de panică (cu sau fără agorafobie)	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC) și/sau farmacoterapie
Tulburare de anxietate socială	Psihoeducație, prevenirea recidivei, <u>Intervenții psihologice pe termen scurt</u> ²⁷	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie bazată pe expunere, antrenarea concentrării pe sarcini, antrenarea aptitudinilor sociale) și/sau farmacoterapie
Hipohondrie	Psihoeducație, prevenirea recidivei	Intervenții psihologice pe termen scurt	Psihoterapie (TCC, terapie de management a stresului) și/sau farmacoterapie

În următoarele casete este discutată fiecare posibilitate de tratament, împreună cu dovezile de eficiență.

Caseta 17. Tratamentul anxietății

În practica generală²⁸, pentru diferite diagnostice stabilite conform Clasificării Internaționale a Îngrijirilor Primare (ICPC), trebuie urmată schema de tratament de mai jos.

Tabel Nr. 8. Tratamentul anxietății

Diagnostic (ICPC)	Intervenția inițială (1) (caseta nr. 17)	Intervenții secundare (2) după efecte insuficiente a intervenției inițiale
Simptome de anxietate	Educarea pacientului Structurarea zilei Programarea activităților	Structurarea zilei și programarea activităților Intervenție psihologică scurtă
Tulburare anxioasă	Educarea pacientului, biblioterapie Structurarea zilei și programarea	Psihoterapie și/sau Medicamente beta-blocante, anxiolitice, antidepresive cu efect anxiolitic, în funcție de caz

²⁵ ghidurilor NICE și Medicilor Generaliști olandezi (Dovadă de nivel C)

²⁶ Ghidul olandez de anxietate al medicilor generaliști le recomandă medicilor generaliști să trimită pacienții cu TSPT sau TOC la îngrijiri specializate. (Dovadă de nivel C)

²⁷ The Dutch multidisciplinary guideline for anxiety advises to sometimes directly offer patients with social phobia step two interventions, to prevent the social anxiety from declining. (Dovadă de nivel C)

²⁸ UK, NICE Guidelines, 2010 (Dovadă de nivel C)

Caseta 17. Tratamentul anxietății			
	activităților Activități fizice Auto-ajutorare (biblioterapie/sănătate mintală) Intervenție psihologică scurtă	antipsihotice, preferențial atipice	
Anxietate cu disfuncționalitate socială severă, suferințe sau co-morbiditate psihiatrică	Educarea pacientului Structurarea zilei și programarea activităților Psihoterapie sau medicamente beta-blocante, anxiolitice, antidepresive cu efect anxiolitic, în funcție de caz antipsihotice, preferențial atipice	Combinăție dintre Psihoterapie și medicamente	

Caseta 18. Intervenții inițiale în caz de Anxietate ușoară:
Instruirea pacientului / biblioterapie Medicul generalist îi explică pacientului și îl informează despre simptome și pronostic. Simptomele anxioase apar frecvent și deseori sunt temporare. Simptomele pot fi legate de evenimentele vieții de familie, de serviciu sau de sănătate. Explicați caracterul multi-factorial (ereditar, biologic, social, pierdere traumatică) al originii anxietății. Informați despre evoluția anxietății și influența pacienților asupra acesteia. Stilul activ de viață și reducerea consumului de alcool și droguri au un efect benefic asupra ameliorării stării de dispoziție afectivă. Instruirea pacientului se poate face prin intermediul Internetului Structurarea zilei Structurarea regulată a zilei este benefică. Dați sfaturi referitoare la planificarea structurii zilei, stabilind un timp regulat pentru trezire și culcare, masă, posibile activități de muncă sau odihnă. Activitate fizică Programele de activitate fizică pentru persoanele cu simptome de anxietate persistente de nivel sub-prag sau anxietate de la ușoară la moderată trebuie să: • fie prestate în grupuri, cu suportul unui practician competent • conțină de regulă trei ședințe pe săptămână cu o durată moderată (de la 45 minute la 1 oră) pe parcursul a 10 - 14 săptămâni (în medie - 12 săptămâni). Intervenții psihologice pe termen scurt • Auto-ajutorare ghidată (combinată cu aplicații Internet) Programele individuale de auto-ajutorare ghidată bazate pe terapia cognitiv-comportamentală trebuie: • Să presteze materiale scrise corespunzătoare vârstei • Să fie susținute de către un practician instruit, care facilitează programul de auto-ajutorare și examinează progresul și rezultatele • Să fie constituit din 6-8 ședințe (față-în-față / la telefon), desfășurate pe parcursul a 9-12 săptămâni, inclusiv monitorizare • Tratament prin rezolvarea problemelor Consiliere Pentru toate persoanele cu simptome de anxietate persistente de anxietate de la ușoară la moderată care beneficiază de consiliere, durata tratamentului trebuie de regulă să fie de la 6 la 10 ședințe

Caseta 18. Intervenții inițiale în caz de Anxietate ușoară:

pe parcursul a 8 - 12 săptămâni.

Asemenea intervenții pot fi efectuate de către psihologi, asistentele medicale din domeniul sănătății mintale sau asistenții sociali.

Caseta 19. Principiile și periodicitatea evaluării eficacității tratamentului în anxietate ²⁹

Pacienții care nu sunt cu risc de suicid și, care au început să administreze remedii farmacologice, urmează a fi consultați la interval de 2 săptămâni. Ulterior, ei necesită consultații în mod regulat; de exemplu, la intervale de 2-4 săptămâni în primele 3 luni ale terapiei, apoi la intervale de timp mai mari, în cazul, când răspunsul la tratament este bun.

Dacă o persoană cu anxietate dezvoltă efecte secundare la începutul tratamentului farmacologic, oferiți-i informația necesară și examinați una din următoarele strategii:

- monitorizarea minuțioasă a simptomelor atunci, când efectele secundare sunt ușoare și acceptabile pentru persoană, ori
- încetarea administrării remediei sau schimbarea cu un alt medicament, dacă răspunsul terapeutic lipsește, iar efectele secundare persistă, sau
- în discuție cu pacientul, se va examina posibilitatea unui tratament psihoterapeutic concomitent, dacă anxietatea, agitația și/sau insomnia sunt problematice.
- asociați remedii adaptogene, vasoactive, antioxidante, hormonale, β -blocante în caz de necesitate (de ex., pentru a crește efectele remediei anxiolitice ori pentru a reduce fenomenele vegetative asociate)

Dacă anxietatea persoanei nu dă semne de ameliorare după 2-4 săptămâni cu primul anxiolitic, se va verifica dacă medicamentul a fost luat cu regularitate în doza prescrisă.

Dacă răspunsul la terapie lipsește sau este minimal după 3-4 săptămâni de administrare în doză terapeutică de anxiolitic, măriți nivelul de susținere (de exemplu, prin contacte săptămânale față-în-față sau telefonice) și examinați posibilitatea de a :

- mări doza, conform Sumarului Caracteristicilor Produsului, dacă nu există efecte adverse considerabile sau
- trece la un alt anxiolitic, după cum este descris în Caseta 23 dacă există efecte adverse sau dacă persoana preferă acest lucru.

Dacă anxietatea persoanei dă semne de ameliorare după 4 săptămâni, continuați tratamentul încă 2-4 săptămâni. Examinați posibilitatea trecerii la un alt anxiolitic, după cum se specifică în Caseta 23, dacă:

1. răspunsul terapeutic lipsește sau încă nu este suficient sau
2. există efecte adverse și tolerabilitate redusă, sau
3. persoana preferă să modifice tratamentul (chiar dacă pacientul are careva preferințe, anxioliticul merită să fie schimbat cu un altul, doar în lipsa răspunsului la tratament).

²⁹ Evidențe Institutul TRIMBOS de Sănătate Mintală și Adicții, Utrecht, Olanda. (Dovadă de nivel C)

C 2.3.9.1. Tratamentul psihologic al tulburărilor de anxietate

Caseta 20. *Tratament Nemedicamentos (la necesitate)*³⁰

Consultații de follow-up

Pacienții cu simptome de anxietate au consulturi de follow-up în termen de 1 - 2 săptămâni de la prima consultație pentru a li se monitoriza simptomele, sau mai devreme, atunci când este necesar. În cazul când, plângerile se reduc sau încetează, nu este necesară o consultație suplimentară. În cazul când, simptomele nu se reduc, Medicul de Familie poate investiga în continuare o posibilă tulburare și/sau decide să intensifice tratamentul.

Pacienții cu tulburări de anxietate, care sunt tratați în practica generală trebuie examinați în fiecare săptămână sau o dată la 2 săptămâni. În cadrul acestor ședințe sunt discutate plângerile, funcționarea, obiectivele de tratament și tratamentul medicamentos.

Psihoeducație sau biblioterapie

Psihoeducația sau biblioterapia furnizează informații vizând simptomele tulburării de anxietate; cauzele posibile ale anxietății; evoluția în timp a acestora și sfaturile individuale privind stilul de viață (în special în contextul abuzului de alcool sau substanțe); auto-managementul; auto-suportul ghidat și posibilitățile de tratament prin intermediul internet-ului. Medicul de familie poate utiliza un prospect pentru pacienți, link-uri către site-urile relevante sau grupuri de pacienți. Medicul de familie le explică tuturor pacienților cu anxietate proveniența simptomelor de anxietate și că acestea sunt un fenomen trecător. Necesită a fi discutate problemele relevante, ce țin de serviciu, familie, relaționarea cu alte persoane. Sunt analizate și soluțiile posibile ale problemelor discutate. Medicul generalist le explică tuturor pacienților cu tulburări de anxietate că ele nu prezintă pericol, iar tratamentul poate reduce simptomele. Psihoeducația constă în evidențierea împreună cu pacientul a “cercului vicios” al anxietății, încurajează pacientul spre un mod activ de viață și, asigură consiliere pentru reducerea comportamentelor compulsive sau de evitare.

Caseta 21. *Intervenții psihologice pe termen scurt*³¹

Intervențiile psihologice pe termen scurt se efectuează în practica generală de către asistentele medicale special instruite sau psihologii medicali și constau din auto-suport ghidat (inclusiv de sănătate mintală), tratamentul de rezolvare al problemelor, și TCC pe termen scurt. Ele pot fi parte componentă a unui tratament eficient al tulburărilor de anxietate, deși unii pacienți pot necesita referire directă către serviciile specializate de sănătate mintală în funcție de severitatea și tipul tulburării.

Auto-suportul (inclusiv intervențiile educaționale în sănătatea mintală)

³⁰ Dovezi:

Carlbring P, Maurin T, Sjomark J, Maurin L, Westling BE, Ekselius L, Cuijpers P, Andersson G: All at once or one at a time? A randomized controlled trial comparing two ways to deliver bibliotherapy for panic disorder. *Cogn Behav Ther* 2011, 40:228-235. (Dovadă de nivel A)

Lewis C, Pearce J, Bisson JI: Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry* 2012, 200:15-21. (Dovadă de nivel A)

Lidren DM, Watkins PL, Gould RA, Clum GA, Asterino M, Tulloch HL: A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62:865-869. (Dovadă de nivel A)

Marss, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843-870. (Dovadă de nivel A)

Nordin S, Carlbring P, Cuijpers P, Andersson G: Expanding the limits of bibliotherapy for panic disorder: randomized trial of self-help without support but with a clear deadline. *Behav Ther* 2010, 41:267-276. (Dovadă de nivel A)

³¹ Dovezi:

Boeijen, C.A. van, A.J. van Balkom, P. van Oppen, N. Blankenstein, A. Cherpanath, R. van Dyck. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Family Practice*. 2005 Apr; 22(2):192-196. (Dovadă de nivel A)

Cuijpers P, Donker T, Van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2010;40:1943-57. (Dovadă de nivel A)

Hirai, M., G.A. Clum. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*. 2006 Jun; 37(2): 99-111. (Dovadă de nivel A)

Spek, V., P. Cuijpers, I. Nyklíček, H. Riper, J. Keyzer, V. Pop. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2007 Mar; 37(3): 319-328. (Dovadă de nivel A)

Caseta 21. Intervenții psihologice pe termen scurt³¹

Intervențiile de auto-suport constau din cărți sau programe de educație în sănătate, de obicei în baza TCC, care pot susține pacienții în eradicarea (depășirea) simptomelor proprii de anxietate. Aceste intervenții pot fi ghidate de către personalul medical, prin consultații față-în-față, e-mail sau telefon, fie utilizate autonom de către pacienți.

Caseta 22. Tratamentul de soluționare a problemelor (TSP)³²

Tratamentul de soluționare a problemelor este o intervenție psihologică pe termen scurt, care poate fi utilizată în asistența medicală primară pentru tratamentul tulburărilor de anxietate. Acesta poate fi efectuat de către medicii de familie și nursele instruite corespunzător. Scopul tratamentului TSP este de a rezolva problemele cotidiene, pentru a promova auto-managementul în rândul pacienților și pentru a reduce simptomele anxietății. În general, tratamentul constă din 4-6 ședințe cu durata de o jumătate de oră. Tratamentul are efecte pozitive mici asupra pacienților cu anxietate, în special asupra pacienților care au concomitent și simptome depresive.

Caseta 23. PCC pe termen scurt și conștientizarea deplină³³

Medicii de familie și nursele pot utiliza principiile PCC în timpul consultațiilor pacienților cu anxietate. PCC are ca scop modificarea cognițiilor iraționale și a comportamentului care mențin anxietatea, de

³² Dovezi pentru tratamentul de soluționare a problemelor:

Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med 2010;8:38. (Dovadă de nivel A)

Hassink-Franke LJA. Problem-solving treatment during general practice residency - Feasibility, and effectiveness for patients with emotional symptoms in primary care [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2010. (Dovadă de nivel C) – e disertatie dar nu am gasit tipul de studiu, cel mai probabil e de nivel B sau A, dar nu am sursa

Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2007;27:46-57. (Dovadă de nivel B)

Психосоматика и психотерапия : справочник. Перевод Арндт, Натали Клинген ; пер. с нем.; под ред.акад.ПАМН А.Б. Смулевича, проф. Э.Б. Дубницкой, проф. А.Ш. Тхостова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с. ISBN 978-5-00030-152-4. (Dovadă de nivel C)

³³ Dovezi:

Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med 2010;8:38. (Dovadă de nivel A)

Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. J Clin Psychopharmacol 2001;21:311-24. (Dovadă de nivel B)

Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database Syst Rev 2007;CD005333. (Dovadă de nivel A)

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010;78:169-83. (Dovadă de nivel B)

Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD001848. (Dovadă de nivel A)

Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. J Nerv Ment Dis 2007;195:521-31. (Dovadă de nivel B)

Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord 2005;88:27-45. (Dovadă de nivel B)

Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2004;185:46-54. (Dovadă de nivel A)

Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. Br J Gen Pract 2003;53:764-70. (Dovadă de nivel A)

Holdevici Irina, Crăciun Barbara Psihoterapia tulburărilor emoționale. Capitolul V: "Psihoterapia tulburărilor anxioase". Ed. Trei, 2015, p. 159-239. (Dovadă de nivel C)

Fairburn Ch.G. Terapia Cognitiv-Comportamentală și tulburările de comportament alimentar. Traducere din limba engleză Mihaela Marian Mihalaș. Cluj-Napoca. Editura ASCR, 2014, 400 p. (Dovadă de nivel C)

Психосоматика и психотерапия : справочник. Перевод Арндт, Натали Клинген ; пер. с нем.; под ред.акад.ПАМН А.Б. Смулевича, проф. Э.Б. Дубницкой, проф. А.Ш. Тхостова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с. ISBN 978-5-00030-152-4. (Dovadă de nivel C)

Caseta 23. PCC pe termen scurt și conștientizarea deplină³³

exemplu, confruntarea reală cu situația, fenomenul, obiectul, care în imaginația pacientului prezintă pericol. PCC este eficientă pentru tratamentul tuturor tulburărilor de anxietate. Principiile de mindfulness sau conștientizarea deplină¹ (acceptarea, atitudinea neutră, etc.) a (fenomenelor, ființelor, situațiilor, etc.) provocatoare de anxietate, integrate în TCC sunt de asemenea utile în terapia anxietății.

Caseta 24. Tratamentul non-farmacologic al anxietății - psihoterapie³⁴

Prin “Psihoterapie” definim intervențiile psihologice mai intensive, așa ca: terapia cognitiv-comportamentală, terapia interpersonală sau terapia comportamentală în cuplu, executate de regulă în instituții de sănătate mintală de către psihoterapeuți, psihiatri sau psihologi.

Toate intervențiile pentru anxietate trebuie să fie prestate de către practicieni competenți (psihoterapeuți, psihiatri sau psihologi), de obicei în instituții specializate de sănătate mintală. Medicii generaliști trebuie să dispună de posibilitatea de a face trimitere la specialistul în psihoterapie.

Intervențiile psihologice și psihosociale trebuie să se bazeze pe manualul (-lele) relevant (e) de tratament, care vor ghida structura și durata intervenției. Practicienii trebuie să examineze posibilitatea utilizării cadrelor de competențe elaborate în baza manualului (-lelor) relevante și pentru toate intervențiile trebuie să:

- beneficieze regulat de supraveghere de înaltă calitate
- utilizeze măsurări de rutină a rezultatelor și să asigure implicarea persoanei cu anxietate în analiza eficacității tratamentului
- să se implice în monitorizarea și evaluarea aderenței la tratament și a competențelor practicianului - de exemplu, utilizând înregistrări video și/sau audio

Caseta 25. Tratamentul non-farmacologic al anxietății – psihoterapie cognitiv comportamentală (PCC)³⁵

PCC în grup pentru persoanele cu simptome de anxietate persistente sau cu anxietate de la ușoară la moderată trebuie:

- să se bazeze pe un model structurat, așa ca „Eradicarea anxietății”
- să fie prestată de către doi practicieni instruiți și competenți
- să includă 10-12 întâlniri a 8-10 participanți
- să se desfășoare de regulă de-a lungul a 12 - 16 săptămâni, inclusiv followup-ul (efectuarea a 3-4 sesiuni de-a lungul următoarelor 3 - 6 luni pentru toate persoanele cu anxietate).

Opțiuni de tratament

Pentru persoanele cu simptome de anxietate persistente sau cu anxietate de la ușoară la moderată care nu au beneficiat de o intervenție psihosocială de intensitate redusă, discutați cu persoana meritele relative ale diferitor intervenții și oferiți:

- un antidepresiv cu efect anxiolitic (de regulă, un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei [ISRS] sau
- o intervenție psihologică de înaltă intensitate, de obicei, una din opțiunile de mai jos:
 - PCC
 - terapie interpersonală (TIP)
 - activare comportamentală (însă țineți cont că dovezile sunt mai puțin viguroase, decât pentru PCC sau TIP)
 - terapie comportamentală în cuplu, pentru persoanele care au un partener permanent, relația

³⁴ Protocolul Românesc, NICE și protocolul Olandez (Dovadă de nivel C)

³⁵ Protocolul Românesc, NICE și protocolul Olandez

Caseta 25. Tratamentul non-farmacologic al anxietății – psihoterapie cognitiv comportamentală (PCC)³⁵

cu care poate contribui la dezvoltarea sau menținerea anxietății, sau în caz că implicarea partenerului este considerată un potențial beneficiu terapeutic.

Pentru persoanele cu anxietate moderată sau severă, oferiți o combinație de medicamente antidepresive cu anxiolitice sau cu β -blocante, sau cu antipsihotice (preferențial „atipice” în doze mici) și intervenție psihologică de înaltă intensitate (PCC sau TIP).

Alegerea intervenției trebuie să fie determinată de:

- durata anxietății și evoluția în timp a simptomelor
- derularea anterioară a anxietății și reacția la tratament
- probabilitatea aderenței la tratament și orice efecte adverse posibile
- preferințele și prioritățile persoanei privind tratamentul.

Pentru persoanele cu anxietate care refuză antidepresivul, PCC, TIP, activarea comportamentală și terapia comportamentală în cuplu, examinați posibilitatea:

- consilierii, pentru persoanele cu simptome de anxietate persistente sau cu anxietate de la ușoară la moderată
- psihoterapiei psihodinamice pe termen scurt, pentru persoanele cu anxietate de la ușoară la moderată

Prestarea intervențiilor psihologice de înaltă intensitate

Pentru toate intervențiile psihologice de înaltă intensitate, durata tratamentului trebuie de regulă să se încadreze în limitele indicate în prezentul ghid. Dat fiind faptul că, scopul tratamentului este de a obține ameliorarea considerabilă sau remisiunea, durata tratamentului poate fi:

- redusă, dacă s-a ajuns la remisiune
- mărită, dacă s-au realizat progrese și dacă practicianul și persoana cu anxietate convin că sesiunile suplimentare vor fi benefice (de exemplu, dacă există o tulburare de personalitate comorbidă sau factori psihosociali semnificativi, care influențează abilitatea persoanei de a beneficia de tratament).

Pentru toate persoanele cu anxietate care beneficiază de PCC individuală, durata tratamentului trebuie să varieze în mod normal de la 16 la 20 sesiuni de-a lungul a 3 - 4 luni. Examinați de asemenea posibilitatea prestării:

- a 2 sesiuni pe săptămână în primele 2-3 săptămâni de tratament pentru persoanele cu anxietate moderată sau severă
- sesiunilor de supraveghere (efectuarea a 3-4 sesiuni de-a lungul următoarelor 3 - 6 luni pentru toate persoanele cu anxietate).

Pentru toate persoanele cu anxietate care beneficiază de TIP, durata tratamentului trebuie, în mod normal, să varieze între 16 - 20 sesiuni de-a lungul a 3 - 4 luni de tratament. Pentru persoanele cu anxietate severă, examinați posibilitatea prestării a 2 sesiuni pe săptămână în primele 2 - 3 săptămâni de tratament.

Pentru toate persoanele cu anxietate, care beneficiază de activare comportamentală, durata tratamentului trebuie, de regulă să varieze între 16 și 20 sesiuni de-a lungul a 3 - 4 luni. Examinați de asemenea posibilitatea prestării:

- a 2 sesiuni pe săptămână în primele 3 - 4 săptămâni de tratament pentru persoanele cu anxietate moderată sau severă
- sesiuni de supraveghere (efectuarea a 3-4 sesiuni de-a lungul următoarelor 3 - 6 luni pentru toate persoanele cu anxietate).
- Terapia comportamentală în cuplu pentru anxietate trebuie, în mod normal să se bazeze pe principiile comportamentale, iar un curs adecvat de terapie trebuie să fie constituit din 16 - 20

C 2.3.9.2. Tratamentul medicamentos al tulburărilor de anxietate

Caseta 26. *Principiile de selectare a tratamentului medicamentos în tulburările de anxietate* (Udriștoiu T., Marinescu D.)³⁶

Pacienții care prezintă doar simptome de anxietate nu necesită tratament medicamentos. Când un pacient adult are anxietate gravă de o situație specifică, ca un examen sau alt eveniment public, poate fi prescris un beta-blocant (propranolol), însă doar pentru uz ocazional. Acesta trebuie testat o dată înainte de evenimentul respectiv.

Pacienții adulți cu tulburare de anxietate trebuie să utilizeze medicamente numai în cazul, în care nu li se îmbunătățește starea din intervențiile (psihologice) anterioare sau în cazul în care suferința sau deficiența lor în funcționarea cotidiană este (foarte) gravă.

Tabelul 9 oferă o imagine de ansamblu a medicamentelor pentru tulburări de anxietate.

Pacientul trebuie să contacteze întotdeauna personalul medical dacă apar reacții adverse grave. Cei mai mulți pacienți pot începe cu dozare standard, dar pacienții vârstnici și cei cu o șansă mai mare de reacții adverse pot începe cu o jumătate din doza standard. Dacă starea pacientului nu se ameliorează după 4 până la 6 săptămâni, doza poate fi mărită.

În caz că nu există răspuns terapeutic timp de 6 săptămâni de la creșterea dozei, sau în caz că efectele secundare sunt intolerabile, poate fi ales un alt medicament.

Nu există vreo metodă standard de schimbare a medicamentelor; în acest caz poate fi utilă consultația medicului psihiatru.

Reducerea sau oprirea tratamentului medicamentos ar trebui să fie realizată întotdeauna sub îndrumarea medicului, și cu nu mai puțin de 6 - 12 luni din momentul constatării remisiei.

Recomandări generale pentru tratamentul medicamentos al tulburărilor de anxietate:

- Se va evita utilizarea habituală și pe termen lung a tratamentelor cu benzodiazepine, ținând cont de riscurile pe care le prezintă acest grup de substanțe, disfuncția cognitivă și sedarea excesivă alterând semnificativ funcționarea socială și calitatea vieții.
- Se recomandă utilizarea de preferință a substanțelor antidepressive noi, datorită eficacității și efectelor adverse puțin exprimate, permițând o complianță și aderență la tratament de bună calitate, fără a influența semnificativ funcționarea socială.
- Datorită non-specificității efectelor secundare și a riscurilor în administrare, medicamentele antidepressive triciclice și tetraciclice vor fi utilizate numai la persoane tinere, perfect sănătoase, care să dispună anterior instituirii tratamentului de o evaluare cardiologică (clinic și ECG), neurologică (clinic și EEG), hematologică, oftalmologică și urologică. După instituirea tratamentului, pacienții necesită reevaluări la interval de 3-6 luni.
- Medicația utilizată în tratamentul tulburărilor anxioase nu trebuie să influențeze semnificativ cogniția (benzodiazepinele – efect discognitiv, antidepressivele triciclice – efect anticolinergic), în vederea asocierii cu tehnici complementare de tip psihoterapeutic sau alte metode alternative (kinetoterapie, meloterapie, terapie ocupațională etc.).

³⁶ Ghid de farmacoterapie în tulburarea depresivă, România, 2010; Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211. (Dovadă de nivel C)

Tabel 9 Imagine de ansamblu a medicamentelor pentru tulburările de anxietate la adulți

<i>Medicament</i>	<i>Doză inițială pentru 2 săptămâni (mg/zi)</i>	<i>Creșterea treptată a dozei (mg/zi)</i>	<i>Dozaj maxim (mg/zi)</i>	<i>Remarci pentru zona de indicare</i>
ISRS				
Sertraline	50 vârstnici 25	150 vârstnici 100	200 vârstnici 150	
Paroxetine	10-20 dimineța	20-40 dimineța	50-60 dimineța (în funcție de indicație; anxietate socială și anxietate generalizată max. 50) vârstnici 40	
Citalopram*	10	20-30 vârstnici 20	40 vârstnici 20	
Escitalopram	5	10 vârstnici 5-10	20 vârstnici 10	
ADT				Nu este pentru tulburarea de anxietate socială
Clomipramine	25 seara vârstnici 10 seara	100-150 (în 2 sau 3 prize) vârstnici 30-50 (în 2 sau 3 prize)	250 (în 2 sau 3 prize) vârstnici 30-50 (în 2 sau 3 prize)	
Imipramine	25 seara vârstnici 10 seara	100-150 (în 2 sau 3 prize) vârstnici 30-50 (în 2 sau 3 prize)	300 (în 2 sau 3 prize) vârstnici 30-50 (în 2 sau 3 prize)	
Beta blocante				Pentru anxietatea de examene sau anxietatea de performanță
Propranolol	10 (de la o jumătate de oră la 2 ore		40	

Medicament	Doză inițială pentru 2 săptămâni (mg/zi)	Creșterea treptată a dozei (mg/zi)	Dozaj maxim (mg/zi)	Remarci pentru zona de indicare
	înaintea performanței)			
Benzodiazepină				Pentru susținerea inițierii tratamentului, nu mai mult de 2 la 4 săptămâni
Diazepam	5-10		40	Perioadă de semiviață lungă și risc de a se cumula în organism
Oxazepam	30 (în 3 - 4 prize)		100-150 (în 3 - 4 prize)	
Non-benzodiazepinice				Pentru susținerea tratamentului de lungă durată.
Hydroxizina	20 mg până la 100 mg (în 3 - 4 prize)	până la 200 mg/zi	400 mg/zi (în 3 - 4 prize)	Pentru susținerea tratamentului de lungă durată.
Buspirona	10 mg (în 2-3 prize)	30 mg (în 2-3 prize)	60 mg (în 2-3 prize)	Efectul Buspironi apare în aproximativ 2 – 3 săptămâni.

ISRS = inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, ADT = antidepresivele triciclice.

Caseta 27. Remedii medicamentoase utilizate în tulburările de anxietate.

Remediile de I-a intenție

Medicația antidepresivă: Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)

Tabel 10. Eficacitatea ISRS (confirmată în studii dublu orb) în terapia tulburărilor anxioase.

ISRS	Tulburări anxioase				
	TP	TOC	TAS	TAG	TSPT
Paroxetină	X	X	X	X	X
Fluvoxamină	X	X	X		
Fluoxetină	X	X			
Sertralină	X	X	X		X
Escitalopram	X	X	X	X	

Notă: TP – tulburare de panică, TOC- tulburare obsesiv compulsivă, TAS – tulburare de anxietate socială, TAG – tulburare de anxietate generalizată, TSPT – tulburare de stres posttraumatic

Inițierea tratamentului se va realiza cu doze reduse cu creșterea gradată a dozelor în continuare.

Remediile de intenție a II-a

Caseta 27. Remedii medicamentoase utilizate în tulburările de anxietate.

Antidepresive cu acțiune duală

Venlafaxina este indicată în terapia tulburării de anxietate generalizată, a tulburării de anxietate socială și a tulburării de panică. Dozele recomandate 150-225 mg/zi.

Duloxetine - Se consideră că, tratamentul cu Duloxetină pentru 6 luni este eficient în prevenirea recăderilor și a deteriorărilor funcționale la pacienții cu TAG. Dozele recomandate 60-120 mg/zi. Duloxetine poate fi utilizată în tulburările anxioase asociate cu fibromialgia.

Alte substanțe antidepresive și-au dovedit eficacitatea limitată în tulburarea de panică (Mirtazapina - Dozele recomandate - 15-45 mg/zi și, parțial Reboxetina - Dozele recomandate 2-10 mg/zi.).

Remediile de intenția a III-a

Benzodiazepinele

Toate benzodiazepinele pot determina apariția unei dependențe fizice, care se poate instala în cazul când durata terapiei depășește limita de 2-4 săptămâni.

Benzodiazepinele sunt utile în tratamentul tulburării de anxietate generalizată mai ales când simptomele sunt severe. Majoritatea pacienților trebuie tratați pe perioade predeterminate relativ scurte (1-2, maximum 4 săptămâni).

Tratamentul cu benzodiazepine trebuie început cu o doză redusă care este crescută treptat la câteva zile până se obține un efect terapeutic sau apar efecte adverse, situație în care o creștere consecutivă a dozei trebuie amânată sau doza trebuie redusă. La pacienții vârstnici, datorită scăderii capacității de detoxifiere hepatică și a sensibilității crescute la efectele adverse ale benzodiazepinelor, este indicată începerea tratamentului cu 25% din doza recomandată pentru adulți cu o administrare mai puțin frecventă.

Motivele întemeiate pentru întreruperea unui tratament eficient sunt:

- dispariția simptomelor
- apariția unor efecte adverse severe
- alegerea unei alte terapii
- dorința de a avea un copil

Tabel 10. Benzodiazepine folosite în tratamentul anxietății³⁷

DCI	Timp de înjumătățire (ore) (în paranteză pentru metaboliți)	Doza zilnică uzuală pentru adulți și ritm de administrare
Clonazepam	lung	1 - 6 mg/zi în 1-3 prize
Diazepam	lung (nordiazepam - lung)	4 - 40 mg/zi în 2-4 prize
Alprazolam	intermediar	0,5 - 10 mg/zi în 2-4 prize
Lorazepam	intermediar	1 - 6 mg/zi în 2-3 prize
Clorazepat dipotasic	scurt (nordiazepam - lung)	15 - 60 mg/zi în 2-4 prize
Bromazepam	intermediar	6-18 mg/zi în 3 prize
Medazepam	intermediar	10-30 mg/zi în 1-3 prize
Bromdihydro-chlorphenyl-benzodiazepin	intermediar	0,5-5 mg/zi în 1-3 prize

Notă: Sunt menționate doar acele benzodiazepine indicate pentru efect anxiolitic. De asemenea

³⁷ Ballenger J: Benzodiazepine receptor agonist and antagonist. Kaplan and Sadock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eight edition, Lippincott Williams & Wilkins 2005(Dovadă de nivel C)

Caseta 27. Remedii medicamentoase utilizate în tulburările de anxietate.

sunt menționate denumirile comerciale doar ale benzodiazepinelor înregistrate în diverse țări europene, inclusiv în România.

Benzodiazepinele³⁸ sunt utilizate:

În tulburările de panică - Alprazolamul, Clonazepamul, Lorazepamul și Diazepamul sunt considerate pe baza studiilor ca fiind cele mai eficiente benzodiazepine.

Tulburări de anxietate generalizată – Alprazolamul, Diazepamul și Fenazepamul.

Fobia socială – Clonazepam.

Sindromul de stres post-traumatic – Alprazolam.

Remediile de intenția a IV-a

Antipsihoticele atipice (Risperidonă, Olanzapină, Quetiapină).

- antipsihotice atipice, doze mici de Olanzapine (5 mg/zi),
- Quetiapine (25-200 mg/zi),
- Aripiprazol (5-10 mg/zi) sau
- Amisulprid (50-100 mg/zi) asociate sau nu unui antidepressiv cu efect anxiolitic, în funcție de caz

Medicamentele listate pot fi /deveni alegerea de intenția I, în cazurile de TSPT sau TOC severe, cu simptome psihotice și risc suicidar înalt sau comportament autolitic recurent.

Caseta 28. Tratamentul medicamentos al tulburărilor de panică (TP)³⁹

Obiectivele tratamentului sunt:

- reducerea numărului și a intensității atacurilor de panică
- reducerea anxietății anticipatorii
- controlul afecțiunilor comorbide
- controlul și tratamentul agorafobiei

Tratamentul psihofarmacologic

Tratamentul tulburării de panică se desfășoară în mai multe etape:

- **Faza acută.** Scopul tratamentului în această fază este de a reduce rapid simptomatologia și de a permite un mai bun control, dacă nu chiar o remisiune completă a atacului de panică. Are o durată de 2-4 săptămâni în tratamentul cu benzodiazepine, dar în general durează 3-4 luni în tratamentul cu antidepressive triciclice, ISRS sau inhibitori ai monoaminooxidazei (IMAO), interval de timp în care se atinge doza adecvată. În cazul în care ameliorarea nu apare în decurs de 8 până la 10 săptămâni de la începerea farmacoterapiei, se impune o reevaluare a diagnosticului și a tratamentului medicamentos.
- **Faza de stabilizare.** Scopul acesteia este de a menține și de a extinde răspunsul obținut în faza acută; extinderea se referă în mod particular la ameliorarea comportamentului evitant. Faza de stabilizare este cuprinsă între luna a 2-ua și a 6-ea de tratament; dozele de medicament se ajustează în scopul obținerii unui răspuns clinic maxim cu minimum de efecte secundare.
- **Faza de menținere.** Cuprinde lunile 6-24 de tratament, scopul principal fiind menținerea ameliorării și reabilitarea socio-profesională. În această fază, pacientul revine la o viață normală, atât din punct de vedere profesional, cât și social. Dozele de medicament pot fi reduse, având grijă să nu dispară ameliorarea simptomatică obținută în primele faze.

³⁸ în baza evaluării beneficiilor terapeutice conform World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders (Bandelow, Zohar et al, 2002) (Dovadă de nivel C)

³⁹ Dovezi: 1. Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udrișteoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211. (Dovadă de nivel C)

2. Психосоматика и психотерапия : справочник. Перевод Арндт, Натали Клинген ; пер. с нем.; под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича, проф. Э.Б. Дубницкой, проф. А.Ш. Тхостова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с. ISBN 978-5-00030-152-4. (Dovadă de nivel C)

3. Ardelean M., Suciu R., Nireștean A. Tulburări din spectrul anxietății: anxietate, obsesie, compulsive. Editura medical Callisto, București, 2006, 186 p. (Dovadă de nivel C)

4. Fairburn Ch.G. Terapia Cognitiv-Comportamentală și tulburările de comportament alimentar. Traducere din limba engleză Mihaela Marian Mihalaș. Cluj-Napoca. Editura ASCR, 2014, 400 p. (Dovadă de nivel C)

Caseta 28. Tratamentul medicamentos al tulburărilor de panică (TP)³⁹

- **Faza de întrerupere a tratamentului.** În general, majoritatea autorilor admit că după 12-24 luni terapia medicamentoasă poate fi sistată. Oprirea se va face printr-o scădere treptată, deosebit de lentă, care se va întinde pe parcursul a 2 până la 4 luni. Reducerea atât de gradată are ca scop împiedicarea apariției simptomatologiei de sevraj la benzodiazepine, sindromului reboun, în cazul administrării ISRS și, de asemenea, dă posibilitatea reajustării temporare a dozelor în cazul reapariției acuzelor de panică.

Mai multe clase de medicamente s-au dovedit eficiente în studii clinice în terapia TP:

Antidepresive triciclice: Imipramina - doza medie de 150 mg/zi, iar doza maximă de 300 mg pe zi;

Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) - se recomandă inițierea terapiei cu doze mici: 5-10 mg pentru Fluoxetină, 25 mg pentru Sertralină, 10 mg pentru Paroxetină și 50 mg pentru Fluvoxamină, 5-10 mg pentru Escitalopram. În general este acceptat faptul că efectul terapiei cu un ISRS nu apare decât după aproximativ 4 săptămâni, fiind necesare 8-12 săptămâni pentru instalarea deplină a efectului;

Benzodiazepinele sunt recomandate doar ca terapie pe termen scurt - Alprazolam 0,75-1,5 mg/zi, (Diazepam, Clonazepam și Lorazepam), administrate în doze echivalente, pot fi la fel de eficiente ca alprazolamul în terapia TP.

De asemenea s-au dovedit utile Venlafaxina (în doză medie de 150 mg/zi), Nefazodona (300-500 mg/zi), Mirtazapina, Gabapentina și Pregabalina. În cazurile rezistente la ISRS sau la terapia de augmentare și-au dovedit utilitatea și IMAO.

Caseta 29. Tratamentul medicamentos a Tulburării de Anxietate Generalizată (TAG)**Tratament****Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)**

Paroxetina (20 – 50 mg/zi), Fluvoxamină, Sertralină (50 – 150 mg/zi) și Escitalopram (10 – 20 mg/zi).

Venlafaxina - sunt necesare doze de până la 150 mg/zi.

Duloxetina - în doze de 60-120 mg/zi, pe o durată de minim 6 luni. Eficacitatea Duloxetinei este mai mare în prezența fibromialgiei sau în TAG ce asociază dureri de tip poliradiculonevritic.

Alte grupe de anxiolitice:

Buspirona - Dozele zilnice utile sunt cuprinse între 30 mg și 60 mg, deși uneori s-au folosit chiar doze de 90 mg. Efectul Buspironiei apare în aproximativ 2 – 3 săptămâni.

Hydroxizina - Dozele zilnice utile sunt cuprinse între 20 mg până la 100 mg, deși uneori s-au folosit chiar doze de 300-400 mg pe zi. Efectul Hydroxizinei se instalează diferit: în unele cazuri de la începutul terapiei, însă cel mai frecvent în aproximativ 1-2 săptămâni.

Benzodiazepinele**Tabel 11. Dozele zilnice ale benzodiazepinelor recomandate în tratamentul TAG⁴⁰**

Benzodiazepină	Doza zilnică recomandată (mg)
Alprazolam	0,75 – 10
Clordiazepoxid	5 – 100
Clorazepat	15 – 60
Diazepam	4 – 40
Halazepam	60 – 160
Lorazepam	1 – 10
Oxazepam	30 – 120
Prazepam	20 – 60

Alte tratamente

⁴⁰ Roerig J: Diagnosis and management of generalized anxiety disorder. J Am Pharm Assoc 39(6):811-821, 1999 (Dovadă de nivel B)

Pot fi utilizate și beta blocante – Atenololul;

Thiagabina și Pregabalina (Pohl și colab., 2005; Rickels și colab., 2005).

În cazul pacienților refractari la tratamentul cu ISRS, tratamentul poate fi augmentat cu Olanzapină (Pollack și colab., 2005), Ziprazidonă (Snyderman și colab., 2005) sau Risperidonă (Browman – Mintzer și colab., 2005).

Caseta 30. *Tratamentul Fobiilor Sociale (FS)*

Tratament

Deși terapia cognitiv-comportamentală este principala metodă de tratament pentru fobiile specifice care afectează calitatea vieții și interferează cu funcționarea zilnică, există studii care au demonstrat și eficacitatea ISRS în terapia fobiilor. Studiile recente demonstrează eficacitatea combinării tratamentelor psihofarmacologice (îndeosebi cu D-cycloserină în doză de 50 mg/zi) cu cele psihoterapeutice.

Fobiile sociale specifice, cum ar fi frica de a vorbi în public, răspund destul de bine la administrarea de β blocante, deși cele mai multe date provin din cazuri izolate. Acestea trebuie administrate cu câteva ore înaintea prestației. Se utilizează Propanololul în doză de 20 mg și Atenololul în doză de 50 mg.

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) - Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina și Escitalopramul și-au demonstrat eficacitatea. Tratamentul de primă intenție este cu un ISRS. Tratamentul trebuie început cu dozele folosite în tratamentul depresiei – de exemplu Paroxetina 20-40 mg/zi, Sertralina 50-100 mg/zi. În cazul FS, ca și în cazul TOC, există o perioadă de latență în apariția răspunsului la tratament și de obicei sunt necesare doze mai mari decât cele folosite pentru tratamentul depresiei. Se constată controlul tulburării după 6 până la 8 săptămâni de tratament. Pentru a se stabili eficacitatea unui ISRS este necesară administrarea pe o perioadă de 10-12 săptămâni. În cazul în care nu se obține un răspuns satisfăcător după tratamentul cu primul ISRS, se poate încerca un alt ISRS. Dacă nici în acest caz nu se obține un răspuns, o altă opțiune este folosirea Clonazepamului, a Gabapentinului sau a Venlafaxinei. Doar în cazul ineficienței și a acestui din urmă tratament se poate încerca un IMAO (ex. Fenelzina).

După ce s-a obținut o ameliorare semnificativă a simptomelor este recomandată continuarea tratamentului pentru cel puțin 1 an. Întreruperea tratamentului se realizează prin scăderea gradată foarte lentă a dozelor pe perioada mai multor luni (de exemplu, scăderea dozelor cu 20-30% la fiecare 6-8 săptămâni). Pe parcursul acestei perioade, medicul trebuind să fie atent la apariția simptomelor unei posibile recăderi.

Tabelul 12. Tratamentul psihofarmacologic al FS⁴¹

Denumirea comună internațională	Doza recomandată (mg/zi)
Fluvoxamină	100-300
Paroxetina	20-50
Sertralina	50-150
Escitalopram	10-20
Venlafaxina	75-225
Moclobemid	300-600

IMAO – (Moclobemidul) pot fi folosiți în caz de rezistență la celelalte modalități mai sigure de tratament.

Dintre benzodiazepine - Clonazepamul are avantajul administrării de două ori pe zi

Au mai fost testate, obținându-se rezultate încurajatoare: **Mirtazapina, Pregabalinul (600 mg/zi), Topiramatul, Buspirona (30 mg/zi), Bupropionul, Gabapentinul, Citalopramul, Olanzapina, Valproatul și D-cycloserina** (antagonist al receptorilor NMDA ai glutamatului; și-a dovedit

⁴¹ Bandelow B, Stein D: Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder în Bandelow B, Stein D: Social Anxiety Disorder, Marcel Dekker, 2004 (Dovadă de nivel C)

Caseta 30. Tratamentul Fobiilor Sociale (FS)

eficacitatea prin asociere cu terapia comportamentală prin expunere gradată).

Caseta 31. Tratamentul medicamentos al Tulburărilor Obsesiv-Compulsive (TOC)**Tratament**

Înainte de prescrierea tratamentului medicamentos trebuie respectați următorii pași:

- evaluarea gradului de conștientizare a faptului că obsesiile și compulsiunile sunt excesive și nejustificate
- evaluarea condițiilor comorbide: tulburări afective, alte tulburări anxioase, abuz de substanțe, tulburări de personalitate
- identificarea și explorarea simptomelor pacientului
- măsurarea severității la începutul tratamentului cu ajutorul scalei Yale-Brown
- educația pacienților și a familiei privind TOC și tratamentul acestora

Tratament psihofarmacologic

Clomipramina - antidepressiv triciclic (ATC) - și inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) - Fluoxetină, Sertralină, Paroxetină, Fluvoxamină, Citalopram și Escitalopram.

Tabel 13. Farmacoterapia TOC cu inhibitori ai recaptării serotoninei⁴²

DCI	Doza de start (mg/zi)	Doza țintă uzuală (mg/zi)	Doza uzuală maximă (mg/zi)
Citalopram	20	40-60	80
Escitalopram	10	20	20
Fluoxetină	20	40-60	80
Fluvoxamină	50	200	300
Paroxetină	20	40-60	80
Sertralină	50	200	200
Clomipramină	25	100-250	250

Doza utilizată pentru Clomipramină este de 200 – 250 mg/zi, doză care asigură un răspuns evident în 4-6 săptămâni. Doza inițială (de 25 mg/zi administrată vesperal) va fi crescută gradual cu 25 mg la fiecare 4 zile sau cu 50 mg săptămânal până la atingerea dozei maxime. Dacă pacienții nu pot tolera efectele adverse (uscăciunea gurii, sedarea, tremorul, greața și tulburările de ejaculare), doza administrată va fi de 150 – 200 mg/zi (Clomipramine Collaborative Study Group, 1991). Pentru cazurile nonresponsive sau cu efecte adverse multiple, se poate recurge la perfuzii i.v. cu Clomipramină în doză echivalentă cu instalarea efectului antiobsesional în 4-5 zile (Der Boer, Westenberg, 1997).

Studii recente (Denys și colab., 2004; Grossman și Hollander, 1996) recomandă utilizarea **Venlafaxinei** (inhibitor selectiv al recaptării serotoninei și noradrenalinei), în doză de 37,5 – 225 mg/zi, doza maximă admisă fiind de 375 mg/zi (March și colab., 1997). Pentru formele ce asociază rezistență terapeutică, unele rezultate favorabile au fost semnalate prin utilizarea **antipsihoticelor atipice** (Risperidonă 0.5-2 mg/zi, Olanzapină – 5-15 mg/zi și Quetiapină – 150-750 mg/zi).

Pentru a se stabili eficacitatea, este necesară administrarea unor doze crescute, dacă sunt tolerate, timp de 10-12 săptămâni.

Pacienții trebuie încurajați să continue tratamentul cu aceeași doză cu care s-a obținut răspunsul clinic

⁴² Practice Guide for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, American Psychiatric Publishing, 2008 (Dovadă de nivel C)

Caseta 31. *Tratamentul medicamentos al Tulburărilor Obsesiv-Compulsive (TOC)*

pe perioade de cel puțin 1 an după ce se obține acest răspuns. Întreruperea tratamentului trebuie realizată prin scăderea gradată foarte lentă a dozelor (de exemplu, scăderea dozelor cu 20-30% la fiecare 6-8 săptămâni).

În cazurile în care se obține doar un răspuns parțial la al doilea ISRS sau nu se obține un răspuns la cel de-al treilea ISRS este utilă încercarea augmentării efectului terapeutic prin combinarea ISRS cu alte medicamente.

Deși s-au încercat și alți compuși în acest scop - Buspirona (20 – 60 mg/zi), Litiul (300 – 600 mg/zi), Gabapentina (300 – 2400 mg/zi), Inozitolul (16 – 18 mg/zi, L-triptofanul (4 – 6 g/zi), Fenfluramina (20 – 60 mg/zi), Topiramatul (250 mg/zi) – **doar** Risperidona în doze mici (1-2 mg de 2 ori/zi) și Pindololul (2,5 mg de 3 ori/zi) și-au dovedit eficace în studii comparative dublu orb (Jenike și Rauch, 1994; Rasmussen, Eisen și Pato, 1993; Piccinelli și colab., 1995; Saxena și colab., 1996).

Clonazepamul, s-a dovedit a fi eficace ca monoterapie sau în augmentare în cazuri refractare la tratament.

Rezistența terapeutică extremă recomandă reevaluarea diagnosticului și investigații neuroimagistice în vederea depistării componentei organice cerebrale (tumori sau forme particulare de epilepsie).

Caseta 32. *Tratamentul medicamentos a Tulburării de Stres Posttraumatice (TSPT)*

Tratament

Scopurile tratamentului psihofarmacologic al TSPT sunt: ameliorarea simptomelor cheie, minimalizarea disabilităților și a comorbidităților, îmbunătățirea calității vieții și prevenirea recurențelor.

Eficacitatea ISRS a fost demonstrată - Escitalopram (10 – 20 mg/zi), Citalopram (20 - 60 mg/zi), Fluvoxamină (100 – 300 mg/zi), Nefazodonă (200 – 600 mg/zi), Venlafaxină (150 – 225 mg/zi) și Mirtazapină (15 – 45 mg/zi) (Nutt și Ballanger, 2003; Ninan și Dunlop, 2006).

Paroxetina și Sertralina sunt aprobate de FDA pentru tratamentul TSPT. Dozele utilizate sunt mai mari decât cele folosite în mod uzual, fiind de 100 – 200 mg/zi pentru Sertralina și de 30 – 50 mg/zi pentru Paroxetina (Ninan și Dunlop, 2006). De asemenea, Amitriptilina și Imipramina (doză inițială de 50-75 mg/zi cu creștere până la 300 mg/zi) și-au dovedit eficacitatea în tratamentul acestei tulburări.

Dintre anticonvulsivante – pot fi utilizate **Lamotrigină, Valproatul de sodiu și Carbamazepina** IMAO - Fenelzina în doză de 45 – 75 mg/zi în ameliorarea simptomelor intruzive (Davidson, 1994);

- blocații $\alpha 1$ adrenergici - Prazosin administrat vespéral în doză de 1-4 mg în ameliorarea coșmarurilor, dar și a simptomelor intruzive (Taylor și Raskind, 2002; Taylor și colab., 2006)
- benzodiazepinele în ameliorarea tulburărilor de somn

Ghid de tratament psihofarmacologic

- ISRS sunt în prezent recomandați ca terapie de primă alegere în tratamentul TSPT datorită eficacității, siguranței și tolerabilității acestei clase de compuși.
- Dacă un pacient nu tolerează sau nu răspunde la un ISRS, se poate încerca un alt compus din această clasă. Nefazodona, Amitriptilina, Imipramina, Lamotrigina reprezintă alte opțiuni în cazul acestor pacienți.
- Augmentarea tratamentului medicamentos este necesară în cazurile, în care se obține doar un răspuns parțial la al doilea tratament încercat (în această situație se poate încerca și înlocuirea cu un alt medicament), sau dacă nu se obține un răspuns nici la al treilea tratament încercat. Astfel, în funcție de simptomele specifice fiecărui pacient, se poate încerca administrarea de litiu sau a unui anticonvulsivant la pacienții cu accese de mânie și a unui neuroleptic atipic (mai ales Olanzapină – 10-20 mg/zi) în cazul pacienților agitați. Quetiapina (100 mg/zi) se recomandă în

Caseta 32. Tratamentul medicamentos a Tulburării de Stres Posttraumatice (TSPT)

tratamentul insomniei severe refractare (Robert și colab., 2005; Ninan și Dunlop, 2006).

- În cazul în care TSPT are o evoluție cronică, este indicată continuarea tratamentului timp de cel puțin 1 an după obținerea răspunsului la tratament. Întreruperea tratamentului, ca și în cazul altor tulburări anxioase, se recomandă a se realiza prin scăderea lentă a dozelor (de exemplu cu 20-30% din doză la câteva luni).

Caseta 33. Tratamentul medicamentos a Tulburării Acute de Stres (TAS)**Tratament**

Tratamentul tulburării acute de stres include intervenția psihofarmacologică și psihoterapeutică, psihoeducația și managementul de caz.

În prezent există puține studii psihofarmacologice privind intervenție în tulburarea acută de stres. Totuși, pot fi recomandați inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS), precum și alte antidepressive. Benzodiazepinele sunt utile în cazurile în care cauza determinantă persistă (Diazepam: 5-10 mg/zi sau Lorazepam i/m.: 1-2 mg/zi). La pacienții la care sunt contraindicate benzodiazepinele pot fi utilizate doze mici de neuroleptice sedative (Clozapin: 12,5-25 mg/zi).

Caseta 34. Tratamentul Tulburării de Hipohondrie și Tulburarea Dismorfică Corporală (TDC)⁴³

Tratamentul psihofarmacologic este identic celui prevăzut pentru TOC.

Toți pacienții cu Hipohondrie și (TDC) primesc intervenții de bază (psiho-educație și consiliere, privind activarea pacientului și reducerea comportamentului de evitare). Pacienților le este oferită o primă etapă suplimentară de intervenție constând din sprijin psiho-social. În caz de necesitate, se fac acorduri între pacient și medicul generalist, privind frecvența vizitelor la practica generală. Intervențiile psihoterapeutice constau din terapie cognitiv-comportamentală(TCC) și managementul stresului. Remediile psihoactive (ISRS, ADT, antidepressive cu acțiune duală, uneori antipsihotice atipice) pot fi utile atunci, când intervențiile anterioare nu au avut efect suficient.

C 2.3.10. Evoluția**Caseta 35. Evoluția Tulburărilor de Anxietate⁴⁴**

În tulburarea de panică, tratamentul psihofarmacologic și psihoterapeutic duce în majoritatea cazurilor la o ameliorare spectaculoasă a simptomatologiei TP și a agorafobiei.

Cu toate acestea, deși pacienții cu TAG sunt utilizatori frecvenți ai serviciilor medicale, doar aproximativ 25% dintre persoanele ce suferă de această tulburare sunt efectiv tratate.

TOC este o tulburare cu evoluție cronică, cu perioade de ameliorare ce alternează cu perioade de reacutizare a simptomatologiei.

Mulți pacienți afectați de FS nu realizează că au o afecțiune care este tratabilă. Aceștia consideră simptomele lor ca o timiditate extremă sau ca o trăsătură neplăcută a personalității lor, de aceea trebuie

⁴³ Ghidul Multidisciplinar Olandez; Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211.; (Dovadă de nivel C)

Психосоматика и психотерапия : справочник. Перевод Арндт, Натали Клинген ; пер. с нем.; под ред.акад.ПАМН А.Б. Смулевича, проф. Э.Б. Дубницкой, проф. А.Ш. Тхостова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с. ISBN 978-5-00030-152-4.; (Dovadă de nivel C)

Ardelean M., Suciu R., Nireștean A. Tulburări din spectrul anxietății: anxietate, obsesie, compulsive. Editura medical Callisto, București, 2006, 186 p.; (Dovadă de nivel C)

Fairburn Ch.G. Terapia Cognitiv-Comportamentală și tulburările de comportament alimentar. Traducere din limba engleză Mihaela Marian Mihalaș. Cluj-Napoca. Editura ASCR, 2014, 400 p.; (Dovadă de nivel C)

Holdevici Irina, Crăciun Barbara Psihoterapia tulburărilor emoționale. Capitolul V: "Psihoterapia tulburărilor anxioase". Ed. Trei, 2015, p. 159-239. (Dovadă de nivel C)

⁴⁴ Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211. (Dovadă de nivel C)

Caseta 35. Evoluția Tulburărilor de Anxietate⁴⁴

convinși că un tratament pe termen lung poate fi util. Majoritatea pacienților care răspund la tratament obțin o reducere a anxietății și a comportamentului de evitare, ceea ce duce la o îmbunătățire a funcționării sociale și ocupaționale. Totuși, majoritatea pacienților nu obțin o dispariție completă și permanentă a simptomelor, deci FS este o afecțiune cronică.

TSPT reprezintă o problemă de importanță internațională. Studiile epidemiologice au demonstrat faptul că TSPT a devenit o problemă extrem de importantă pentru societate datorită creșterii numărului agresiunilor sexuale și nonsexuale, a dezastrelor naturale (de exemplu inundații), a accidentelor (accidente la locul de muncă, accidente rutiere) și a războaielor.

C 2.3.11. Supravegherea**Caseta 36. Supravegherea pacienților cu tulburări de anxietate.**

Scopul de bază al supravegerii clinice prospective constă în menținerea remisiunii și prevenirea recidivei. Când starea unui pacient se îmbunătățește, frecvența consultărilor poate fi redusă la una la fiecare trei luni (eventual prin telefon), până când plângerile dispar. Pacienții sunt încurajați să monitorizeze simptomele sau declanșarea lor și să contacteze medicul generalist când există o șansă de recidivă. În caz că un pacient a început să folosească un antidepresiv și are efecte benefice, utilizarea medicamentelor trebuie să continue pe o perioadă de cel puțin șase până la douăsprezece luni după remisie. Ulterior, utilizarea preparatelor medicale poate fi terminată treptat, cu grijă la orientare și la simptomele de sevraj.

C 2.3.12. Complicațiile**Caseta 37. Complicațiile**Condiții somatice comorbide

În caz de origine somatică a tulburării de anxietate, tratamentul trebuie orientat spre originea somatică.

În caz de pluri-morbiditate, este necesară o abordare multidisciplinară, conform căreia tratamentul anxietății se va adapta la tratamentul somatic și vice-versa. Scările de evaluare pentru anxietate urmează să fie adaptate pentru a evita scorurile înalte false, din cauza simptomelor somatice care pot fi atribuite afecțiunii somatice.

Intervențiile psihoterapeutice, sociale, psihosomatice și farmacologice sunt eficiente în caz de anxietate cu comorbiditate somatică. Concomitent se va ține cont de faptul că, terapia farmacologică poate avea mai multe efecte adverse și interacțiuni farmacologice.

Tulburarea psihiatrică comorbidă

Tulburarea psihiatrică comorbidă nu trebuie să influențeze asupra opțiunilor specifice de tratament. În asemenea situații clinice se recomandă terapie complexă. Anxietatea cu comorbiditate psihiatrică necesită o abordare duală: tratamentul simptomelor anxietății, precum și a stării comorbide. În caz de adicție, înainte de a trata anxietatea, este recomandată abținerea pentru 4-6 săptămâni.

Probleme în diferite domenii ale vieții

Primele intervenții (rezolvarea problemelor, control) ar putea contribui la rezolvarea problemelor psihosociale. Problemele psihosociale care nu pot fi rezolvate (așa ca sărăcie, șomaj) pot fi un factor de menținere a anxietății. Tehnicile de recuperare și cele psihoterapeutice ar putea fi utile pentru a crește capacitățile adaptative ale pacientului cu anxietate.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Asistența medicală primară	Personal: • medic de familie; • asistentă medicală.
	Dispozitive medicale: - tonometru; - stetofonendoscop;
	Medicamente (vezi tabelul 9, caseta 27): - ADT (Clomipramină, Imipramină) - ISRS (Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); - Beta blocante (propranolol); - Tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice (Alprazolam, Oxazepam, Diazepam, Chlordiazepoxid etc.). - Tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice (Hidroxyzină, Buspirona)
CCSM	Personal: • psihiatru (la 25 mii de populație); • psihoterapeut (la 25 mii de populație); • psiholog (la 25 mii de populație); • asistent social / ergoterapeut (la 25 mii de populație); • nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	Dispozitive medicale: • tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente (vezi tabelul 9, caseta 27): - ADT (Clomipramină, Imipramină) - ISRS (Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); - Beta blocante (propranolol); - Tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice (Alprazolam, Oxazepam, Diazepam, Chlordiazepoxid etc.). - Tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice (Hidroxyzină, Buspirona)
Secțiile psihiatrice în spitalele generale	Personal: • psihiatru (la 25 mii de populație); • nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	Dispozitive medicale: • tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente (vezi tabelul 9, caseta 27): - ADT (Clomipramină, Imipramină) - ISRS (Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); - Beta blocante (propranolol); - Tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice (Alprazolam, Oxazepam, Diazepam, Chlordiazepoxid etc.).

	- Tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice (Hidroxizină, Buspirona) - Antipsihotice atipice (Olanzapină, Quetiapină, Amisulpirid)
Spitalul de psihiatrie	Personal: • psihiatru; • psihoterapeut; • laborant; • asistent serviciul social; • ergoterapeut; • asistente medicale; • consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog).
	Dispozitive medicale: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionograma, creatinina și urea);
	Medicamente (vezi tabelul 9, caseta 27): - ADT (Clomipramină, Imipramină) - ISRS (Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); - Beta blocante (propranolol); - Tranchilizante/anxiolitice benzodiazepinice (Alprazolam, Oxazepam, Diazepam, Chlordiazepoxid etc.). - Tranchilizante/anxiolitice non-benzodiazepinice (Hidroxizină, Buspirona) - Antipsihotice atipice (Olanzapină, Quetiapină, Amisulpirid)

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Depistarea precoce a pacienților cu anxietate.	1.1. Ponderea pacienților suspectați cu anxietate, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an. (%)	Numărul de pacienți suspectați cu anxietate, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspectați cu anxietate, care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an.
2.	Îmbunătățirea procesului de diagnosticare a anxietății.	2.1. Ponderea pacienților suspectați cu anxietate, la care s-a aplicat screening-ul de către medicul de familie și s-a confirmat diagnosticul pe parcursul ultimului an (%).	Numărul de pacienți suspectați cu anxietate, la care s-a aplicat screening-ul de către medicul de familie și s-a confirmat diagnosticul pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspectați cu anxietate la care s-a aplicat screening-ul de către medicul de familie și s-a confirmat diagnosticul pe parcursul ultimului an.
3.	Managementul calității tratamentului și sporirea calității vieții pacientului cu anxietate.	3.1. Ponderea pacienților cu anxietate tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an (%)	Numărul de pacienți cu anxietate tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu anxietate tratați în condiții de ambulator în CCSM, pe parcursul ultimului an.
		3.2. Ponderea pacienților cu anxietate tratați în spital general, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an (%)	Numărul de pacienți cu anxietate tratați în spital general, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital general, cu diagnosticul de anxietate, pe parcursul ultimului an.
4.	Reducerea numărului de sinucideri și tentative de suicid la pacienții cu anxietate.	4.3. Ponderea pacienților cu anxietate care au efectuat tentative autolitice și/sau suicid, pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu anxietate care au efectuat tentative autolitice și/sau suicid, pe parcursul unui an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de anxietate, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacient

Ce este anxietatea? — Anxietatea este o stare emoțională în timpul căreia persoana simte îngrijorare (inclusiv privind propria sănătate), neliniște, frică în lipsa unui pericol real. Din cauza anxietății, vă poate fi greu să vă concentrați, să activați profesional, să vă ocupați de lucruri pe care cândva le făceați cu ușurință și chiar cu plăcere.

Anxietatea poate fi benefică, pregătind organismul pentru acțiune, având un rol de protecție față de un posibil pericol și rol adaptativ, dar poate fi anormală atunci, când acaparează și perturbă viața de zi cu zi, limitând existența persoanei la strategii de evitare sau de compensare.

Anxietatea a fost definită de către Janet ca fiind o „teamă fără obiect”, apoi de Delay ca o „trăire penibilă a unui pericol iminent și nedefinit, ca o stare de așteptare încordată”.

Anxietatea se caracterizează printr-o senzație difuză, neplăcută, vagă, de teamă sau neliniște, însoțită de simptome vegetative cum ar fi: cefalee, transpirație, palpitații, tahicardie, disconfort gastric, etc. Este deci constituită din două componente, una fiziologică și alta psihologică, persoana fiind conștientă de existența ambelor.

Anxietatea afectează gândirea, percepția și învățarea, putând produce distorsionarea percepțiilor, scăzând puterea de concentrare, memoria asociativă și de evocare. Un alt aspect important este efectul său asupra selectivității atenției. Astfel, o persoană anxioasă va selecta anumite lucruri sau evenimente din jur și va exagera importanța altora în încercarea de a-și justifica anxietatea ca răspuns la o situație înfricoșătoare.

Ce tipuri anxietate există? Anxietatea se poate manifesta sub aspectul diferitor tulburări. Ca de exemplu:

- **Tulburarea de panică:** crize neprevăzute, spontane, recurente de frică intensă de a pierde controlul, de a înnebuni sau muri, cu senzație de sufocare ori respirației, palpitații, durere sau disconfort în regiunea inimii, tremur și transpirație, precum și îngrijorare cu privire la propria sănătate și că aceste crize ar putea să se repete.
- **Agorafobia** - teama de a se afla în locuri deschise singur (de exemplu, în afara locuinței sau în mulțime), concomitent persoana cu agorafobie adeseori din cauza fricii evită situațiile în care pare dificilă (sau jenantă, sau inaccesibilă) primirea ajutorului atunci, când se simte rău.
- **Tulburarea prin anxietate generalizată:** reprezintă nervozitate recurentă, îngrijorări, excesive legate de circumstanțe, evenimente sau conflicte reale, asociate cu simptome de oboseală, probleme de concentrare și/sau probleme cu somnul. Simptomele trebuie să persiste cel puțin 6 luni și să provoace suferință și să afecteze semnificativ funcționarea persoanei în societate.
- **Fobia specifică:** este o frică anormală, irațională, intensă și persistentă declanșată de prezența sau anticiparea unui obiect, ființă sau a unei situații specifice (de exemplu, înălțimi, insecte, etc.).
- **Fobia socială:** frica anormală, persistentă și irațională de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, care este mult mai mare decât amenințarea reală (de exemplu întâlniri cu alte persoane, vorbitul în public, frica de a roși în public ș.a.).
- **Tulburarea obsesiv-compulsivă:** sunt idei, imaginații, ruminații, impulsuri, gânduri (obsesive) recurente și intruzive sau modalități repetitive de comportament sau acțiune (compulsiuni, ritualuri) producătoare de anxietate.
- **Tulburarea de stres post-traumatic:** este o tulburare produsă de un eveniment sau situație stresantă extraordinară (ieșită din comun), sau de natură extrem de amenințătoare, caracterizată prin simptome de anxietate, retrăire prin amintiri și/sau coșmaruri asociate cu comportament de evitare a amintirilor.

Cum pot ști dacă sunt anxios? — Persoanele cu anxietate adeseori simt nervozitate, frică, neliniște, îngrijorare exagerate, trăiesc cu senzația că “sunt la limită”, că nu pot opri (stopa) sau ține sub control

îngrijorarea, neliniștea, frica proprie oricât de mult s-ar strădui, ori și-ar dori acest lucru. În plus, o asemenea stare de tensiune internă, de luptă cu fricile, neliniștea, îndoielile, îngrijorările proprii persistă majoritatea timpului pe durata a cel puțin 2 săptămâni.

De asemenea, anxietatea vă poate provoca:

- atacuri recurente de frică intensă de a pierde controlul, de a înnebuni sau muri, cu simptome ca “bătăi de inimă” intense și rapide, tremur și transpirație, dificultăți ce țin de acceptarea ajutorului în cazurile când vă simțiți rău.
- frică anormală de un obiect sau situație specifică.
- frică anormală de situații sociale.
- gânduri compulsive (repetitive, numite obsesii) și comportamente aferente sau ritualuri pentru a reduce sau controla frica, neliniștea, îndoielile.
- Irascibilitate și nervozitate recurente, îngrijorări, simptome de oboseală, probleme de concentrare și/sau probleme cu somnul.
- retrăirea unui eveniment traumatizant, de exemplu prin amintiri și coșmaruri.
- solicitarea consultațiilor frecvente la medici de diferite specialități din motivul diverselor plângeri, adeseori multiple, care variază de la o zi la alta, pentru care nu pot fi găsite confirmări prin investigații de laborator (diverse analize) ori instrumentale (fibrogastroduodenoscopie, ultrasonografie (UZI), electroencefalografie, tomografie computerizată, rezonanță magnetică ș.a.)
- oboseală sau lipsă de energie
- senzație de vinovăție sau inutilitate
- senzație că sunteți confuz(ă), neorganizat(ă)
- gânduri despre moarte sau de suicidare ș.a.

Dacă credeți că a-ți putea fi anxios(oasă), vizitați medicul sau nursele dumneavoastră. Doar cineva cu instruire în domeniul sănătății mintale vă poate spune dacă starea Dvs. Se încadrează cu adevărat în criteriile specifice pentru anxietate sau poate că, starea Dvs. este o simplă neliniște, îngrijorare, frică motivată și obișnuită.

- ***Mergeți imediat să vă întâlniți cu cineva, dacă doriți să vă vătămați sau să vă omorâți !*** —

Chiar și atunci, când doriți să vă vătămați pe sine sau pe altcineva, întreprindeți una din acțiunile de mai jos:

- Apelați medicul sau nursele și spuneți-le că e o urgență
- Apelați 903
- Mergeți la secția de urgențe a spitalului local
- Apelați Linia fierbinte națională pentru prevenirea suicidului:.....

- ***Care sunt tratamentele împotriva anxietății?***

IMPORTANT de reținut că menținerea activităților zilnice cotidiene, inclusiv activitatea profesională, sunt niște condiții care reduc considerabil anxietatea și favorizează vindecarea, iar izolarea socială și concediile medicale agravează și mențin în timp starea de anxietate.

Persoanele cu anxietate pot:

- Soluționa situațiile care favorizează apariția sau/și mențin neliniștea
- Practica diferite tehnici de relaxare, meditație (um ar fi: meloterapie, aromoterapie, artterapie, yoga, zigun, respirație ș.a.), autoraining, etc., care reduc anxietatea
- Lua diverse remedii naturiste (ciaiuri, tincturi, etc.) cu efect anxiolitic
- Lua medicamente, care tratează anxietatea
- Vizita un consilier (așa ca: psihiatru, psihoterapeut, psiholog, nursă sau lucrător social)
- Întreprinde mai multe din acțiunile menționate

Persoanele cu anxietate severă au de regulă nevoie de medicamente pentru a se simți mai bine și trebuie să se consulte cu specialistul (psihiatru, psihoterapeut, psiholog, nursă sau lucrător social).

- ***Când mă voi simți mai bine?*** — Toate opțiunile de tratament necesită ceva timp înainte de a începe să dea rezultate.

1. Multe persoane care iau **medicamente** încep să se simtă mai bine în aproximativ 1- 2 săptămâni de tratament, însă ar putea trece între 4 și 8 săptămâni până când medicamentul î-și va face pe deplin efectul.
2. Multe persoane, care vizitează un **consilier** încep să se simtă mai bine deja după câteva discuții terapeutice.

Dacă primul tratament pe care î-l încercați nu vă ajută, spuneți-i medicului sau nursei despre acest fenomen, însă nu renunțați la continuarea tratamentului din proprie inițiativă. Unele persoane au nevoie să încerce diferite tratamente sau combinații de tratamente, pentru a găsi abordarea care va funcționa. Medicul, nursele sau consilierul pot lucra cu dumneavoastră pentru a depista tratamentul care vi se potrivește. Ei vă pot de asemenea ajuta să înțelegeți cum să acționați atunci, când sunteți în căutarea tratamentului adecvat sau când sunteți în așteptarea efectelor tratamentului.

- ***Cum să decid ce tratament trebuie să iau?*** — Va trebui să lucrați împreună cu medicul sau nursele pentru a alege tratamentul. Medicamentele ar putea funcționa puțin mai rapid, fiind asociate cu consiliere. Însă, medicamentele pot de asemenea cauza efecte secundare. Plus la aceasta, unele persoane nu agreează ideea de a lua medicamente (există și soluții naturiste). Pe de altă parte, a merge la un consilier implică a vorbi cu o persoană străină despre propriile sentimente. Acest lucru este dificil pentru unele persoane.

- ***Ce se întâmplă dacă iau medicamente pentru anxietate, însă doresc să rămân însărcinată?*** — Unele medicamente pentru anxietate pot acționa negativ asupra fătului. Însă, o anxietate netratată pe parcursul sarcinii poate de asemenea cauza probleme, uneori mult mai grave, decât cele induse de medicament. Dacă doriți să rămâneți însărcinată, vorbiți cu medicul, însă nu încetați să luați medicamentele. Împreună puteți planifica cea mai sigură cale pentru dumneavoastră spre a avea un copil.

Anexa 2. Scala pentru Tulburare de Anxietate Generalizată (TAG 7)**Scala de evaluare a tulburării generalizate de anxietate din 7 itemi**

Pe parcursul <u>ultimelor 2 săptămâni</u> , cât de des v-ați simțit deranjat/ă de următoarele probleme?	Defel	Cîteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Vă simțeați nervos, anxios sau la limită	0	1	2	3
2. Nu puteați înceta sau controla îngrijorarea	0	1	2	3
3. Îngrijorare prea mare în privința diferitor lucruri	0	1	2	3
4. Dificultate de a vă relaxa	0	1	2	3
5. Erați atît de agitat, că cu greu puteați sta pe loc	0	1	2	3
6. Vă enervați și vă iritați ușor	0	1	2	3
7. Simțeați frica că vi s-ar putea întîmpla ceva strașnic	0	1	2	3

Scorul total:

**Adăugați
coloanele**

_____ + _____ + _____

Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut dificil pentru dumneavoastră lucrul, treburile casnice sau relațiile cu alte persoane?

Defel**Întrucîtva dificil****Foarte dificil****Extrem de dificil**

Interpretarea scorului:

Scor total	Interpretare
≥10	Posibilă diagnoză de tulburare generalizată de anxietate; de confirmat printr-o evaluare ulterioară
5	Anxietate ușoară
10	Anxietate moderată
15	Anxietate severă

Anexa 3. HAM-A - Scala Hamilton de evaluare a anxietăți (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS)

Aceasta scala este una din primele instrumente de masurare a anxietatii si a fost dezvoltata de Hamilton (1959) pentru a evalua severitatea nevrozei anxioase, diagnostic la moda in acel timp. Ea furnizeaza o evaluare globala a anxietatii si identifica atat simptome psihice cat si cele somatice. Scala si-a dovedit utilitatea si valoare de-a lungul timpului si ea a supravietuit desi conceptele din categoria tulburarilor anxioase au evoluat mult de atunci de cand scala a fost produsa. Scala nu masoara o anumite entitate clinica ci mai degraba poate fi folosita pentru a face detecta simptomele de anxietate sau de a evalua severitatea lor.

Scala HARS este o scala de observatie si se recomanda a fi completata de un clinician cu experienta. Un clinician neexperimentat va fi tentat sa interpreteze simptomele conform viziunii proprii si confidenta va avea de suferit. Completarea scalei nu dureaza mai mult de 15-20 minute.

Scala contine 14 itemi care evalueaza dispozitia anxioasa, frica, insomnia, simptomele cognitive, depresia, comportamentul si simptomele gastrointestinale, cardiovasculare, genitourinare, vegetative si tensiunea musculara (Anexa Nr. 1). Fiecare item este evaluat pe o scala de 5 ancore de la 0 = niciun simptom pana la 4 = simptome severe si dizabilitante. Scorul total se intinde de la 0 la 56. Un scor peste 14 indica o anxietate cu semnificatie clinica, subiectii sanatosi generand scoruri in jurul valorii de 5. (Hamilton, 2000). Exista un consens ca scorul de 14-17 sa semnifice o anxietate usoara, 18-24 o anxietate moderata si 25-30 o anxietate severa.

Scala HARS prezinta o buna validitate coreland semnificativ pozitiv cu alte scale de anxietate precum scala Beck sau Covi. Totusi prezenta itemului de depresie face ca aceasta scala sa discrimineze slab intre subiectii cu anxietate si cu depresie. Daca se inlatura acest item, scala prezinta o putere discriminativa mai mare (Clark si colab. 1994). Scala reuseste sa identifice foarte bine subiectii anxiosi dintr-un esantion populational divers (Kobak si colab. 1993).

Limitarile acestei scale sunt legate de faptul ca simptomele somatice sunt vag conturate si se pot confunda in trialurile medicamentoase cu simptomele secundare administratii medicamentelor, discrimineaza destul de prost intre depresie si anxietate si simptomele cognitive sunt inconsistent definite precum grija, simptom cardinal in tulburarea anxioasa generalizata. Mai mult, scala preteaza la confuzii cand se aplica la oameni invarsta la care simptomele depresive si anxioase sunt greu de decelat. Pentru a corecta aceste neajunsuri Raskind si colab. (1987) revizuieste versiunea originala a HRS-A adăugând patru noi itemi: anxietatea somatica, hipocondria, depersonalizarea/derealizarea si agitatie. Aceasta scala Hamilton revizuita reușește sa discrimineze mai bine anxietatea la batrani (Beck si colab. 1999). Scala originala de anxietate Hamilton nu furnizeaza indicatii cum sa se culeaga simptomele pe care le cuprinde si astfel confidenta ei in studii multi-centru sau cross-culturale este indoielnica (Bruss si colab. 1994).

Studiile dublu-orb sponsorizate de industria farmaceutica cer instrumente de evaluare foarte confidente. Pentru a corecta aceste deficiente si bazati pe succesul transformarii scalei de depresie Hamilton intr-un interviu (vezi capitolul de masurare a depresiei din aceasta carte), Shear si colab. (2001) propun un interviu bazat pe aceiasi itemi ai scalei Hamilton care sa furnizeze un ghid structurat de culegere a simptomelor din anxietate (vezi Anexa Nr. 2). Interviul inbunatateste considerabil consistenta scalei Hamilton de anxietate prin furnizarea de instructiuni specifice pentru administrare, intrebari structurate pentru fiecare item, criterii pentru scorare, un cadru de timp uniform pentru fiecare item care este evaluat si o buna validitate si confidenta. Intrebarile interviului si ancorele respective furnizeaza un cadru strict de evaluare clinica astfel incat dupa ce un simptom este identificat el este imediat evaluat in ceea ce priveste severitatea. Severitatea este definita prin frecventa cu care simptomul apare si cum el se reflecta in viata subiectului in ultima saptamana.

Scala Hamilton pentru anxietate (Ham - A)

Va prezentam o scala in care sunt prezentate o serie de simptome. Apreciati pe baza scalei gradul de manifestare a simptomelor la dumneavoastra si incercuiti cifra corespunzatoare.

- 0 – simptom absent
- 1 – simptom usor
- 2 – simptom moderat
- 3 – simptom sever
- 4 – simptom foarte sever

Dispozitie anxioasa					
In general manifest ingrijorare.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care sunt pesimist/a.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care manifest iritabilitate.	0	1	2	3	4
Tensiune					
Uneori am sentimente de tensiune.	0	1	2	3	4
Simt ca in general sunt obosit/a.	0	1	2	3	4
Sunt incapabil/a de a ma relaxa.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care plang usor.	0	1	2	3	4
Manifest tremur.	0	1	2	3	4
Manifest sentimente de neliniste.	0	1	2	3	4
Fobii					
Imi este frica de intuneric.	0	1	2	3	4
Manifest frica de necunoscuti.	0	1	2	3	4
Imi este teama sa fiu singur/a.	0	1	2	3	4
Imi este frica de animale.	0	1	2	3	4
Imi este teama de trafic.	0	1	2	3	4
Manifest teama de aglomeratie.	0	1	2	3	4
Insomnie					
Intampin dificultati la adormire.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care somnul imi este interupt.	0	1	2	3	4
Consider ca somnul este nesatisfacator.	0	1	2	3	4
Manifest oboseala la trezire.	0	1	2	3	4
Deseori am cosmaruri.	0	1	2	3	4
Manifest atacuri de panica noaptea.	0	1	2	3	4
Simptome cognitive					
Intampin dificultatea de a ma concentra.	0	1	2	3	4
Am o memorie slaba.	0	1	2	3	4
Starea depresiva					
In general, manifest lipsa de interes.	0	1	2	3	4
Nu intampin nicio placere in hobby-uri.	0	1	2	3	4
Manifest tristete.	0	1	2	3	4
De obicei, ma trezesc foarte devreme.	0	1	2	3	4
Simptome somatice musculare					
Manifest dureri musculare.	0	1	2	3	4
Manifest ticuri nervoase.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care manifest contractii musculare involuntare.	0	1	2	3	4
Uneori scrasnesc dintii.	0	1	2	3	4
In general, am o voce nesigura.	0	1	2	3	4
Simptome somatice senzoriale					
Manifest vajaituri in urechi.	0	1	2	3	4

Uneori am vederea incetosata.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care manifest valuri de caldura sau frig.	0	1	2	3	4
Uneori am senzatii de slabiciune.	0	1	2	3	4
Simptome cardio-vasculare					
Deseori, inima imi bate foarte repede.	0	1	2	3	4
Uneori, simt palpitatii sau durere in piept.	0	1	2	3	4
Manifest batai neregulate ale inimii.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care am senzatii de lesin.	0	1	2	3	4
Manifest puls neregulat.	0	1	2	3	4
Simptome respiratorii					
Simt presiune sau constriction in piept.	0	1	2	3	4
Simt senzatii de sufocare.	0	1	2	3	4
Deseori oftez.	0	1	2	3	4
Atunci cand respir depun un efort considerabil.	0	1	2	3	4
Simptome gastro-intestinale					
Intampin dificultati la inghitire.	0	1	2	3	4
Sunt situatii cand am gaze.	0	1	2	3	4
Manifest dureri abdominale.	0	1	2	3	4
Uneori am senzatii de arsura.	0	1	2	3	4
Uneori am senzatie de plenitudine.	0	1	2	3	4
Sunt situatii cand am greturi, varsaturi.	0	1	2	3	4
Manifest constipatie sau diaree.	0	1	2	3	4
Simt ca am pierdut in greutate.	0	1	2	3	4
Simptome genito-urinare					
Manifest mictiuni frecvente.	0	1	2	3	4
Manifest urinari frecvente.	0	1	2	3	4
Manifest tulburari ale menstruatiei.	0	1	2	3	4
Manifest frigiditate.	0	1	2	3	4
Manifest ejaculare precoce.	0	1	2	3	4
Consider ca manifest impotenta.	0	1	2	3	4
Manifest neplacere cu privire la sex.	0	1	2	3	4
Simptome vegetative					
Am gura uscata.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care ma inrolesc la fata.	0	1	2	3	4
Cred ca sunt palid/a la fata.	0	1	2	3	4
Transpir foarte des.	0	1	2	3	4
Ametesc foarte des.	0	1	2	3	4
Manifest dureri de cap.	0	1	2	3	4
Sunt situatii in care parul mi se zbarleste.	0	1	2	3	4
Comportamentul la interviu					
Manifest neliniste.	0	1	2	3	4
Sunt incordat/a.	0	1	2	3	4
Sunt nervos/ nervoasa.	0	1	2	3	4
Sunt agitat/a.	0	1	2	3	4
Manifest oboseala.	0	1	2	3	4
Imi tremura mainile.	0	1	2	3	4
Am fruntea incetita.	0	1	2	3	4
Consider ca am fata tensionata.	0	1	2	3	4
Respir rapid.	0	1	2	3	4
Fata imi este palida.	0	1	2	3	4
Inghit des.	0	1	2	3	4

Anexa 4. Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger (*The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI*)

STAI este alcătuit din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea. Starea de anxietate (A-stare) și anxietatea ca trăsătură (A-trăsătură). Deși inițial a fost creat ca un instrument de cercetare pentru investigarea anxietății la adulții “normali” (fără probleme psihiatrice), STAI s-a dovedit a fi util în măsurarea anxietății la studenți, precum și la pacienți din domeniul neuropsihiatric, cei din clinicile medicale sau din serviciul de chirurgie.

Scala (A-trăsătură) constă din 20 de descrieri pe baza cărora oamenii exprimă modul în care se simt ei în general. Scala (A-stare) constă de asemenea, din 20 de descrieri dar instrucțiunile cer subiecților să indice modul în care ei se simt la un moment dat.

Cercetătorii pot utiliza (A-stare) pentru a determina nivelurile actuale ale stărilor de anxietate, induse prin proceduri experimentale stresante sau ca un indice al nivelului de autocontrol (doive level), așa cum a fost numit acest concept de Hull (1943) și Spense (1958).

S-a demonstrat că scorurile la scala (A-stare) cresc în urma variatelor tipuri de stres și descresc în urma antrenamentului de relaxare (relaxation training).

Scala (A-trăsătură) oferă posibilitatea depistării la studenții din învățământul superior sau de colegiu a înclinațiilor anxiogene precum și a evaluării extinderii cu care studenții care apelează la serviciile de consiliere și orientare se confruntă cu probleme de tip nevrotic sau anxiogen.

Scala (A-stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate tranzitorie resimțită de clienți și pacienți în consiliere, psihoterapie, terapie comportamentală sau în domeniul psihiatric. Ea poate fi de asemenea, utilizată pentru măsura schimbările de intensitate ale stării anxiogene care apar în aceste situații.

Conceptele: stare anxiogenă și anxietatea ca trăsătură (State Trait Anxiety)

Starea anxiogenă A-stare reprezintă o stare emoțională tranzitorie sau condiții ale organismului uman, caracterizată prin sentimente subiective, conștient percepute de tensiune și teamă și activitate sporită a SNV.

A-stare poate varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea ca trăsătură se referă la diferențele individuale relativ stabile în înclinația spre anxietate, ce diferențiază oamenii în ceea ce privește tendința de a răspunde la situațiile percepute ca amenințătoare cu creșteri ale intensității stării de anxietate. Ca și concept psihologic –trăsătura- anxietate are caracteristicile unei clase de constructe pe care Atkinson le numește “motive” și la care Campbell se referă ca și “dispoziții comportamentale”.

În general, aceia care obțin scoruri mari la A-trăsătură vor manifesta creșteri ale A-stare mai frecvent decât indivizii care obțin scoruri mici la A-trăsătură, deoarece ei tind să reacționeze la un mare număr de situații, considerându-le periculoase sau amenințătoare.

Persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură răspund de asemenea cu A-stare crescută și în situațiile care implică relații interpersonale ce amenință stima de sine. S-a arătat, de exemplu, că acele condiții în care este trăit insuccesul, sau în care este evaluat nivelul individual (ex. aplicarea unui test de inteligență) sunt amenințătoare în special pentru persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură.

Dar dacă, într-adevăr, oamenii care diferă în scorurile la A-trăsătură vor prezenta diferențe în A-stare depinde de modul în care o situație specifică este percepută de un individ ca periculoasă sau amenințătoare, iar în acest lucru este puternic influențat de experiența trecută a individului.

ADMINISTRARE:

STAI a fost de așa natură construit încât să poată fi autoadministrat, fiind aplicabil atât individual cât și în grup. Aplicarea inventarului nu necesită limită de timp.

Studenții de colegiu în general au nevoie de 6-8 minute pentru a completa fie A-stare fie A-trăsătură și mai puțin de 15 minute pentru a le completa pe ambele.

Validitatea STAI se bazează pe presupunerea că subiectul a înțeles instrucțiunile pentru A-stare care îi cer să relateze cum se simte în acel moment și cele pentru A-trăsătură care îl solicită să indice cum se simte în general.

Subiectul va fi atenționat asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului și i se va spune că ambele seturi de instrucțiuni trebuie citite atent. Este bine ca subiectul să citească instrucțiunile în gând, iar apoi examinatorul să le citească cu voce tare și să ofere subiectului posibilitatea să pună întrebări. Dacă subiectul pune întrebări în cursul testării, examinatorul va răspunde în mod evaziv. Răspunsuri de genul “Indicați cum vă simțiți în general” sau “Indicați cum vă simțiți acum” sunt de obicei suficiente.

În standardizarea STAI, scala A-stare forma X1 - se aplică itemii, urmată apoi de scala A-trăsătură, forma X2, această ordine fiind recomandată când ambele scale sunt aplicate împreună.

Întrucât scala A-stare este sensibilă la condițiile în care testul este administrat, scorurile la această scală pot fi influențate de atmosfera emoțională care poate fi creată dacă scala A-trăsătură este aplicată prima. În contrast, s-a determinat că scala A-trăsătură este relativ neinfluențată de condițiile în care este aplicată (Johnson, 1968; Johnson, Spielberger, 1968).

Instrucțiunile pentru STAI scala A-trăsătură vor fi întotdeauna cele tipărite pe formular. Pentru STAI A-stare, instrucțiunile pot fi modificate pentru a evalua nivelul intensității stării de anxietate pentru o situație sau un interval de timp ce interesează experimentatorul sau clinicianul. Când sarcina este de durată, este utilă instruirea subiectului să răspundă cum se simte la începutul sarcinii și apoi cum se simte în timpul lucrului la porțiunea finală a sarcinii. Pentru a măsura schimbările în intensitatea stării de anxietate în timp, este recomandat ca scala A-stare să fie aplicată de fiecare dată când este necesară o măsură a stării de anxietate.

În cazurile în care de exemplu, măsurători repetate ale stării de anxietate sunt dorite în timpul realizării unei sarcini experimentale, scale foarte scurte constând în 4-5 itemi ai scalei A-stare pot fi utilizate pentru a obține măsuri valide ale stării de anxietate (O'Neil, Spielberger și Hansen, 1969). În plus, completarea acestor scale scurte pare să nu interfereze cu performanța la sarcina experimentală.

COTARE:

Scorurile posibile pentru forma X a STAI variază de la un scor minim de 20 de puncte la un scor maxim de 80, în ambele subscale A-stare și A-trăsătură.

Subiecții răspund la fiecare item a STAI, evaluând ei înșiși pe o scală cu 4 puncte. Cele patru categorii pentru scala A-stare sunt: 1) deloc, 2) puțin, 3) destul, 4) foarte mult. Categoriile pentru scala A-trăsătură sunt: 1) aproape niciodată 2) câteodată 3) adeseori 4) aproape totdeauna.

Unii dintre itemii STAI de exemplu, “sunt încordat(ă)”, sunt organizați de așa natură încât o cotă de 4 indică un nivel înalt de anxietate în timp ce alți itemi de exemplu, “sunt bine-dispus(ă)” sunt organizați astfel încât o cotă mare indică anxietate scăzută.

Ponderile scorurilor pentru itemii ale căror cote ridicate indică o anxietate crescută sunt aceleași ac și numărul încercuit. Pentru itemii ale căror scoruri ridicate indică o anxietate redusă, ponderile

scorurilor sunt inverse. Scorurile ponderate ale răspunsurilor marcate 1,2, 3, 4 pentru itemii inverși sunt 4,3,2,1.

Pentru a reduce influența potențială a unui set pentru răspunsurile la STAI, este de dorit ca în cadrul scalelor A-stare și A-trăsătură să se realizeze balansarea cu un număr egal de itemi pentru care scorurile înalte indică niveluri crescute, respectiv scăzute de anxietate.

Scala A-stare este balansată cu 10 itemi cotați direct și cu 10 cotați invers.

Totuși, nu a fost posibil să se dezvolte o scală balansată A-trăsătură pornind de la itemii originali amestecați.

Scala A-trăsătură are 7 itemi inverși și 13 itemi cotați direct.

Itemii cotați invers în subscalele STAI sunt: scala A-stare 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Scala A-trăsătură: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Șabloanele sunt utile pentru a cota scalele A-trăsătură și A-stare de mână.

CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE: S.T.A.I. – forma X1

Instrucțiuni: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercați acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu modul în care vă simțiți acum în acest moment. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

	Deloc	Puțin	Destul	Foarte mult
1. Mă simt calm(ă).	1	2	3	4
2. Mă simt liniștit(ă)	1	2	3	4
3. Sunt încordat(ă).	1	2	3	4
4. Îmi pare rău de ceva.	1	2	3	4
5. Mă simt în apele mele.	1	2	3	4
6. Sunt trist.	1	2	3	4
7. Mă îngrijorează niște neplăceri posibile.	1	2	3	4
8. Mă simt odihnit(ă).	1	2	3	4
9. Mă simt neliniștit(ă).	1	2	3	4
10. Mă simt bine.	1	2	3	4
11. Am încredere în puterile mele.	1	2	3	4
12. Mă simt nervos(nervoasă).	1	2	3	4
13. Sunt speriat(ă).	1	2	3	4
14. Mă simt iritat(ă).	1	2	3	4
15. Mă simt relaxat(ă).	1	2	3	4
16. Mă simt mulțumit(ă).	1	2	3	4
17. Sunt îngrijorat(ă).	1	2	3	4
18. Mă simt agitat și “scos din fire”.	1	2	3	4
19. Mă simt vesel(ă).	1	2	3	4
20. Mă simt bine dispus(ă).	1	2	3	4

CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE S.T.A.I – forma X2

Instrucțiuni:

Mai jos sunt date mai multe descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercați acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul în care vă simțiți în general. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să descrie felul în care vă simțiți în general.

21. Sunt bine dispus(ă).
22. Obosesc repede.
23. Îmi vine să plâng.
24. Aș dori să fii fericit(ă) cum par alții să fie.
25. De multe ori îmi scapă unele lucruri pentru că nu mă pot decide destul de repede.
26. Mă simt odihnit(ă).
27. Sunt calm(ă), “cu sânge rece” și concentrat(ă).
28. Simt că mi e adună greutatea și nu le mai pot face față.
29. Mă frământă prea mult anumite lucruri care în realitate nu au importanță.
30. Sunt fericit(ă).
31. Sunt înclinat(ă) să iau lucrurile prea în serios.
32. Îmi lipsește încrederea în puterile mele.
33. Mă simt în siguranță.
34. Încerc să evit un moment critic sau o dificultate.
35. Mă simt abătut(ă).
36. Mă simt mulțumit(ă).
37. Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă sâcâie.
38. Așa de mult pun dezamăgirile la suflet încât nu mai pot scăpa de ele.
39. Sunt un om echilibrat.
40. Când mă gândesc la necazurile mele prezente devin nervos(nervoasă) și prost dispus(ă).

Este un chestionar de autoevaluare, fiind desemnat pentru autoadministrare. Atenția examinatorului trebuie îndreptată asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului. Anxietatea stare este conceptualizată ca o stare emoțională tranzitorie sau o condiție a organismului uman care este caracterizată prin trăiri conștient percepute, subiective ale tensiunii precum și o activitate crescută a sistemului nervos autonom. Aceste stări pot varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea trăsătură se referă la diferențe relativ stabile în tendința de a răspunde la situații percepute ca amenințătoare cu creșteri ale anxietății stare.

COTARE:

Se cotează invers itemii 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 ai subscalei A-stare și itemii: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 ai subscalei A-trăsătură.

Talon orientativ pentru

STAI trăsătură	Femei	Bărbați
Media:	42,11	40,16
Abaterea Standard:	7,04	8,33
STAI stare		
Media	41,39	40,38
Abaterea Standard:	8,30	7,21

Anexa 5. Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory – BAI)

Beck si colab. (1988) au dezvoltat acest inventar pornind de la faptul ca scalele existente pana la acel moment nu reuseau sa deosebeasca anxietate de depresie, respective prezentau o slaba validitate discriminativa. Aceasta situatie se datora mai ales faptului ca scalele de anxietate contineau itemi corespunzatori simptomelor caracteristice depresiei. Pentru a preveni aceasta situatie Beck si echipa lui au intrepris o analiza secventiala a itemilor posibil sa fie inclusi in acest instrument dintr-o “masa” de 86 itemi. Astfel, la prima analiza au fost eliminati primii 20 itemi care erau fie identici fie foarte asemanatori. Prin analize succesive au mai fost eliminati 19 itemi iar cei 37 itemi ramasi au alcatuit versiunea preliminar a inventarului de anxietate care a fost aplicat pe un esantion de 116 pacienti. Prin analiza validitatii si confidentei fiecarui item in parte au mai fost eliminati catva itemi si au ramas doar 21 itemi care alcatuiesc versiunea finala a Inventatului de Anxietate Beck (Anexa Nr. 3). Fiecare item descrie un simptom caracteristic anxietatii si subiectul trebuie sa evalueze cat de tare este deranjat de aceste simptome pe o scala de la 0 (deloc) la 3 (foarte tare).

Comparativ cu scalele de anxietate precedente, acest inventar include mai multe semne somatice ale anxietatii si prin analiza factoriala s-a demonstrat existenta a mai multor factori precum un factor cognitiv si altul somatic (Hewitt si Norton, 1993) sau patru factori precum: cognitiv, vegetativ, psihomotor si panica (Wetherell si Arean, 1997). Scorul total al scalei se poate intinde de la 0 la 63 iar autorii furnizeaza anumite scoruri prag pentru a evalua severitatea anxietatii (Beck si colab. 2000): 0-9 normal sau lipsa anxietatii; 10-18 anxietate usoara spre moderata; 19-29 anxietate moderata spre severa, 30-63 anxietate severa.

Inventarul Beck de anxietate prezinta bune proprietati psihometrice coreland pozitiv cu alte scale de anxietate precum Scala de Anxietate Stare-Trasatura a lui Spilberger si colab. (1970) sau Scala de Anxietate a lui Hamilton si discrimineaza anxietatea de depresie mult mai bine decat alte scale (Enns si colab. 1998). Consistenta interna a scalei, indice ce masoara confidenta unei scale, este foarte mare intanzandu-se de la 0,90 al 0,94 (Beck si colab. 2000). Ayala si colab (2005) inventariaza intreaga literatura despre scala beck de anxietate si gasesc ca intre 1988 si 2002 s-au publicat 172 de articole in reviste de specialitate, 58 de disertatii, 8 capitole de carti si un manual. Ei fac o meta-analiza a lucrarilor care publica studii despre scalei Beck si gasesc ca in 47 studii valabile consistenta interna se situeaza in medie peste 0,83 iar confidenta exprimata prin raportul test-retest se situeaza intre 0,35 si 0,83 ($< 0,50$ = confidenta buna).

Administrarea scalei Beck nu dureaza mai mult de 5 minute. Ea se recomanda a fi utilizata pentru screeningul anxietatii in cabinetele de medicina generala sau poate monitoriza progresul in tratamentul anxietatii. Trebuie sa se aiba in vedere ca in corpul scalei nu sunt prezente simptome care sunt caracteristice tulburarii anxioase generale (grija, dificultatile de concentrare, iritabilitatea si tulburarile de somn) in schimb sunt simptome care sunt caracteristice tulburarii de panica. Cu toate acestea scala acopera unele criterii de diagnostic pentru agorafobie, fobie sociala, tulburare de panica si anxietate generala. Manualul de utilizare a scalei Beck (Beck si Steer, 1991) recomanda ca scala sa se foloseasca mai ales in ambulator.

Inventarul anxietății Beck (BAI)

Despre: Această scală constituie o măsurare a anxietății prin auto-raportare.

Itemi: 21

Fiabilitate:

Consistența internă pentru BAI = (Coeficientul alfa (Cronbach) = 0.92) Fiabilitatea test-retest (1 săptămână) pentru BAI = 0.75 (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

Validitate:

BAI a fost moderat corelat cu Scala Hamilton revizuită de Evaluare a Anxietății (.51) și ușor corelat cu Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (.25) (Beck et al., 1988)

Calcularea scorului:

	Defel	Ușor, dar nu m-a deranjat mult	Moderat - nu prea era plăcut uneori	Sever – m-a deranjat mult
Toate întrebările	0	1	2	3

Scorul total se calculează prin aflarea sumei celor 21 itemi. Scor între 0 – 21 = anxietate joasă

Scor între 22 – 35 = anxietate moderată

Scor de 36 și mai mult = nivele de anxietate potențial îngrijorător

Inventarul Anxietății Beck (BAI)

Mai jos este o listă a celor mai frecvente simptome ale anxietăți. Citiți, vă rog, cu atenție fiecare item din listă. Indicați cât de mult ați fost deranjat de simptomul respectiv în ultima lună, inclusiv astăzi, notînd numărul în spațiul din coloana corespunzătoare fiecărui simptom.

	Defel	Ușor, dar aceasta nu m-a deranjat mult	Moderat – nu prea era plăcut uneori	Sever – m-a deranjat mult
Amorțeli sau furnicături	☐	☐	☐	☐
Fierbințeală	☐	☐	☐	☐
Slăbiciune în picioare	☐	☐	☐	☐
Incapacitate de relaxare	☐	☐	☐	☐

Frică că s-ar putea întâmpla ce e mai rău	☐	☐	☐	☐
Amețeală	☐	☐	☐	☐
Palpitații ale inimii	☐	☐	☐	☐
Clătinare	☐	☐	☐	☐
Înspăimântat sau speriat	☐	☐	☐	☐
Nervos	☐	☐	☐	☐
Senzație de sufocare	☐	☐	☐	☐
Tremuratul mâinilor	☐	☐	☐	☐
Tremurare/clătinare	☐	☐	☐	☐
Teamă de a pierde controlul	☐	☐	☐	☐
Dificultăți de respirație	☐	☐	☐	☐
Frică de moarte	☐	☐	☐	☐
Speriat	☐	☐	☐	☐
Indigestie	☐	☐	☐	☐
Leșin/amețeală	☐	☐	☐	☐
Față înroșită	☐	☐	☐	☐
Transpirații calde/reci	☐	☐	☐	☐

Anexa 6. Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS)

Aceasta scala este perechea scalei Zung de evaluare a depresiei si a fost dezvoltata (Zung, 1971) pentru decelarea simptomelor anxietatii si a severitatii lor (Anexa Nr. 4). Ea contine 20 itemi care acopera cele mai frecvente simptome ale anxietatii, cu un raport intre simptomele afective si somatice de 5/15. Scala Zung este una din cele mai bune scale care citeste simptomele somatice. Fiecare simptom se evalueaza de catre subiect pe o scala Likert cu 4 ancore in functie de severitate pentru o durata de o saptamana. Pentru cinci simptome (intrebarile 5, 9, 13, 17 si 19) scorul se inverseaza si scorul de 4 devine 1, scorul 3 devine 2 si asa mai departe. Prin analiza factoriala s-a conturat ca exista patru factori care pot acoperi mai mult de 43% din varianta rapunsiurilor dintr-un esantion de anxiosi: anxietate si panica, senzatii vestibulare, control corporal si probleme gastro-intestinale si musculare.

Acesti factori coreleaza la randul lor pozitiv cu alte scale de masurare a simptomelor anxioase (Olatunji si colab. 2006). Scala prezinta o buna validitate dar este destul de instabila in timp. Scorul se calculeaza adunandu-se scorul individual al fiecarui subiect. Un scor de peste 50 indica prezenta anxietatii. Scala reuseste sa deosebeasca cu confidenta subiectii cu anxietate de cei fara si de cei cu alte tulburari psihiatrice precum tulburarile de somatizare.

Scala lui Zung de auto-evaluare a anxietății (SAS)

Aceasta scala este perechea scalei Zung de evaluare a depresiei si a fost dezvoltata (Zung, 1971) pentru decelarea simptomelor anxietatii si a severitatii lor. Ea contine 20 itemi care acopera cele mai frecvente simptome ale anxietatii, cu un raport intre simptomele afective si somatice de 5/15. Scala Zung este una din cele mai bune scale care citeste simptomele somatice.

Fiecare simptom se evalueaza de catre subiect pe o scala Likert cu 4 ancore in functie de severitate pentru o durata de o saptamana. Pentru cinci simptome (intrebarile 5, 9, 13, 17 si 19) scorul se inverseaza si scorul de 4 devine 1, scorul 3 devine 2 si asa mai departe. Prin analiza factoriala s-a conturat ca exista patru factori care pot acoperi mai mult de 43% din varianta rapunsiurilor dintr-un esantion de anxiosi: anxietate si panica, senzatii vestibulare, control corporal si probleme gastro-intestinale si musculare. Acesti factori coreleaza la randul lor pozitiv cu alte scale de masurare a simptomelor anxioase (Olatunji si colab. 2006).

Pentru fiecare item de mai jos, plasați, vă rog, o bifă (✓) în coloana care exprimă cel mai bine cât de des v-ați simțit sau v-ați comportat în modul respectiv în ultimele câteva zile. Aduceți formularul completat la oficiu pentru a calcula scorul și a face evaluarea pe parcursul vizitei la oficiu.

Plasați o bifă (✓) în coloana potrivită.	Puțin timp	Ceva timp	O mare parte din timp	Majoritate a timpului
1 Mă simt mai nervos și neliniștit, decât de obicei.				
2 Mă simt înspăimântat fără nici un motiv.				
3 Mă indispon ușor sau simt panică.				
4 Mă simt pierdut cu firea.				
5 Simt că totul este bine și că nu se va întâmpla nimic rău.				
6 Mîinile și picioarele îmi tremură.				
7 Mă deranjează durerile de cap, de gît și de spate.				
8 Mă simt slăbit și obolesc ușor.				
9 Mă simt calm și pot sta liniștit cu ușurință.				
10 Îmi pot simți inima cum bate rapid.				
11 Mă deranjează amețelile.				

12 Am stări de leșin sau mă simt de parcă aș leșina.				
13 Pot inspira și expira cu ușurință.				
Am senzații de amorțeală și furnicături în degetele de la mâini și 14 picioare.				
15 Mă deranjează durerile de stomac sau indigestia.				
16 Trebuie să-mi golesc des vezica urinară.				
17 Mâinile îmi sunt de obicei uscate și calde.				
18 Fața mi se înfierbîntă și înroșește.				
19 Adorm ușor și mă odihnesc bine noaptea.				
20 Am coșmaruri.				

Anexa 7. Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ)

Berend Terluin. (2012). Chestionarul cvadridimensional al simptomelor (4DSQ). Baza de date a instrumentelor de măsurare pentru științele sociale. Preluat de

Mai jos, se prezintă o listă de întrebări referitoare la diverse plângeri și simptome pe care le puteți avea. Fiecare întrebare se referă la plîngerile și simptomele pe care le-ați avut **săptămîna trecută (în ultimele 7 zile, inclusiv astăzi)**. Plîngerile pe care le-ați avut mai înainte, dar nu și săptămîna trecută, nu sunt relevante.

Indicați, vă rog, pentru fiecare plîngere, cît de des ați remarcat că v-ați confruntat cu aceasta pe parcursul săptămînii trecute, marcînd cu “X” în pătratul de sub răspunsul care se potrivește.

						Foarte des sau constant
		Nu	Uneori	Regulat	Deseori	
Pe parcursul săptămînii trecute, ați suferit din cauza:						
1.	amețelii sau stării de zăpăceală? -----					
2.	durerilor musculare? -----					
3.	leșinului? -----					
4.	durerilor de gît? -----					
5.	durerilor de spate? -----					
6.	transpirației excesive? -----					
7.	palpitațiilor? -----					
8.	durerilor de cap? -----					
9.	balonărilor? -----					
10.	vederii încetoșate sau petelor în fața ochilor? -----					
11.	dispneei? -----					
12.	greturilor sau stomacului deranjat? -----					

Pe parcursul săptămînii trecute, ați suferit din cauza:

13.	durerii în zona abdomenului sau stomacului? -----					
14.	furnicăturilor în degete? -----					
15.	tensiunii sau senzației de apăsare pe piept? -----					
16.	durerilor în piept? -----					
17.	stării de indispoziție sau deprimării ? -----					
18.	spaimei bruște, fără vreun motiv? -----					
19.	îngrijorărilor? -----					
20.	dereglărilor de somn? -----					
21.	unei vagi senzații de frică? -----					
22.	lipsei energiei? -----					
23.	tremurăturii în prezența altor persoane? -----					
24.	anxietății sau atacurilor de panică? -----					

Pe parcursul săptămînii trecute, v-ați simțit:

25.	tensionat ? -----					
26.	ușor iritabil? -----					
27.	însăimîntat ? -----					

Pe parcursul săptămânii trecute, ați avut senzația că:

		Nu	Uneori	Regulat	Deseori	Foarte des sau con-stant
28.	totul este lipsit de sens? - - - - -					
29.	chiar nu mai sunteți în stare de a face ceva? - - -					
30.	viața n-are nici un rost? - - - - -					
31.	nu vă mai interesează oamenii și lucrurile din jurul dumneavoastră? - - - - -					
32.	nu vă mai descurcați? - - - - -					
33.	ar fi mai bine dacă ați muri? - - -					
34.	nimic deja nu vă mai aduce plăcere? - - - - -					
35.	nu este nici o ieșire din această situație? - - - - -					
36.	nu mai puteți înfrunta? - - - - -					

Pe parcursul săptămânii trecute, ați:

37.	simțit că nu mai vreți să faceți nimic? - - - - -					
38.	avut dificultăți în a gândi limpede? - - - - -					
39.	avut dificultăți în a adormi? - - - - -					
40.	avut unele frici de a ieși singur din casă? - - - - -					

Pe parcursul săptămânii trecute:

41.	vă emoționați cu ușurință? - - - - -					
42.	aveați frică de ceva, deși nu era de fapt cazul					
	să vă temeți? - - - - -					
	(de exemplu, animale, înălțime, spații mici)					
43.	vă temeți să călătoriți cu autobuzul, tramvaiul, metroul sau trenul?					
						
44.	aveați frica de a vă simți jenat în prezența altor persoane? - - - - -					

45. v-ați simțit vreodată de parcă ați fi amenințat

	de un pericol necunoscut? - - - - -					
46.	v-ați gândit vreodată "mi-ași dori să mor"? - - - - -					
47.	ați avut vreodată imagini trecătoare ale unui/unor eveniment/e neplăcut/e prin care ați trecut? - - - - -					
48.	a trebuit vreodată să faceți eforturi mari pentru a alunga gândurile despre un/unele eveniment/e neplăcut/e? - - - - -					
49.	a trebuit să evitați anumite locuri, deoarece aceste vă înspăimântau? - - - - -					
50.	a trebuit să repetați unele acțiuni de mai multe ori, înainte de a putea face altceva? - - - - -					

Anexa 8. Ierarhia dovezilor și puterea recomandărilor (după NICE)

Puterea recomandărilor apare în dreapta textului fiecărei recomandări în paranteză.

IERARHIA DOVEZILOR	PUTEREA RECOMANDĂRILOR
NIVEL – TIPUL DOVEZII	CLASA – STUDIUL PE BAZA CARUIA S-A FACUT RECOMANDAREA
Ia - Dovezi obținute din recenzii sistematice și meta-analize de trialuri (clinice) controlate randomizate Ib - Dovezi obținute din analiza a cel puțin un singur trial controlat randomizat	A - Cel puțin un trial controlat randomizat ca parte a literaturii studiate, foarte bine realizat și cu referiri consistente privind recomandarea respectivă
IIa - Dovezi obținute din cel puțin un trial clinic nerandomizat, bine făcut IIb - Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic de orice tip, bine făcut, quasi-experimental	B - Un studiu clinic bine condus dar nu un trial clinic randomizat axat pe subiectul recomandării - Prin extrapolare de la un studiu de tip I
III - Dovezi obținute din studii descriptive neexperimentale, bine făcute, cum ar fi studii comparative, studii corelative și studii de caz	
IV - Dovezi obținute din rapoartele sau opiniile comitetelor de experți, sau cele provenite din experiența clinică a personalităților	C - Rapoartele sau opiniile comitetelor de experți. Această clasă indică faptul că sunt absente studiile de calitate și cu aplicabilitate directă - Prin extrapolare de la un studiu de tip I, II sau III

Anexa 9. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru TA

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
Numele medicului curant	
Consultarea	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primara a pacientului	
- Asistenta medicala primara	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Centrul Comunitar de Sanatate Mintala	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Asistenta medicala spitaliceasca	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Aplicarea Chestionarelor:	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
in AMP - Scala din 7 elemente de Tulburare de anxietate generalizată (TAG 7)	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
in CCSM - Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor (4DSQ)	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Psihoeducatia pacienților	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
psihoterapii de scurta durată	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
- anxietatea de nivel psihotic	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- stări grave după tentative de suicid	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- lipsa răspunsului sau răspuns insuficient la tratament după 8 - 12 săptămâni	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea factorilor declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări de anxietate:	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examenul clinic psihiatric	nu = 0; da = 1;
Examenul clinic somatic	nu = 0; da = 1;
Examenul clinic neurologic complet	nu = 0; da = 1;
Examenul paraclinic.	nu = 0; da = 1;
TRATAMENTUL	
Tratamentul în trepte	nu=0; treapta I=1; treapta II = 2; treapta III = 3; treapta IV= 4.
Administrarea preparatelor anxiolitice	nu = 0; da = 1;
Antidepresanți	nu = 0; da = 1;
Benzodiazepine	nu = 0; da = 1;
Psihoterapie	nu = 0; da = 1;
Terapia cognitiv-comportamentală	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
MONITORIZAREA ȘI MEDICAȚIA	
Prescrierea tratamentului de lunga durată	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu;
Supravegherea pacientului la psihiatrul din CCSM	0= da; 1= nu;
DECESUL PACIENTULUI	
Decesul în spital	0= da; 1= nu;

BIBLIOGRAFIE – toate sursele relevante utilizate la elaborarea PCN.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: APA, 2000.
2. Ardelean M., Suci R., Nireștean A. Tulburări din spectrul anxietății: anxietate, obsesie, compulsive. Editura medical Callisto, București, 2006, 186 p.
3. Boeijen, C.A. van, A.J. van Balkom, P. van Oppen, N. Blankenstein, A. Cherpanath, R. van Dyck. Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Family Practice*. 2005 Apr; 22(2):192-196.
4. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2010;8:38.
5. Carlbring P, Maurin T, Sjemark J, Maurin L, Westling BE, Ekselius L, Cuijpers P, Andersson G: All at once or one at a time? A randomized controlled trial comparing two ways to deliver bibliotherapy for panic disorder. *Cogn Behav Ther* 2011, 40:228-235.
6. CIM-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic). București, Ed. ALL, 1998, 419 p.
7. Cuijpers P, Donker T, Van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2010;40:1943-57.
8. Fairburn Ch.G. Terapia Cognitiv-Comportamentală și tulburările de comportament alimentar. Traducere din limba engleză Mihaela Marian Mihalaș. Cluj-Napoca. Editura ASCR, 2014, 400 p.
9. Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21:311-24.
10. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD005333.
11. Ghidul Multidisciplinar Olandez.
12. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, Huang B, Saha TD. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):363-74. PubMed PMID: 16649821.
13. Hassink-Franke LJA. Problem-solving treatment during general practice residency - Feasibility, and effectiveness for patients with emotional symptoms in primary care [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2010.
14. Hirai, M., G.A. Clum. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*. 2006 Jun; 37(2): 99-111.
15. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:169-83.
16. Holdevici Irina, Crăciun Barbara Psihoterapia tulburărilor emoționale. Capitolul V: "Psihoterapia tulburărilor anxioase". Ed. Trei, 2015, p. 159-239.
17. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD001848.
18. Katzman et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014, 14(Suppl 1):S1.
19. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, R DG, Demyttenaere K, Gasquet I, G DG, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, et al: Lifetime prevalence and age of onset distributions of

- mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007, 6:168-176.
20. Lewis C, Pearce J, Bisson JI: Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry* 2012, 200:15-21.
 21. Lidren DM, Watkins PL, Gould RA, Clum GA, Asterino M, Tulloch HL: A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62:865-869.
 22. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27:46-57.
 23. Marss, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843-870.
 24. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG: Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res* 2011, 45:1027-1035.
 25. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* 2005;88:27-45.
 26. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Lieke Hassink-Franke, Berend Terluin, Florian van Heest, Jan Hekman, Harm van Marwijk, Mariëlle van Avendonk.
 27. Nordin S, Carlbring P, Cuijpers P, Andersson G: Expanding the limits of bibliotherapy for panic disorder: randomized trial of self-help without support but with a clear deadline. *Behav Ther* 2010, 41:267-276.
 28. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:521-31.
 29. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:46-54.
 30. Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53:764-70.
 31. Spek, V., P. Cuijpers, I. Nyklíček, H. Riper, J. Keyzer, V. Pop. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2007 Mar; 37(3): 319-328.
 32. Udriștoiu T., Marinescu D. Ghiduri de terapie Farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Sub redacția Udriștoiu T., Marinescu D. Editura Medicală Universitară Craiova, 2014, p. 159-211.
 33. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994 Mar;55 Suppl:5-10. PubMed PMID: 8077177.
 34. Психосоматика и психотерапия : справочник. Перевод Арндт, Натали Клинген ; пер. с нем.; под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича, проф. Э.Б. Дубницкой, проф. А.Ш. Тхостова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с. ISBN 978-5-00030-152-4.