




**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

**Suport pentru dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală
pentru copii și adolescenți
NT 125/ 30.03.2020**

Activitatea 5

**Creșterea competențelor profesioniștilor din domeniul sănătății
mentale în vederea tratării copiilor tulburări de sănătate mintală –
tulburări pervazive, ADHD, anxietate, depresie, tulburări de
atașament**


Modul Tulburări de anxietate

Dr. Florina Rad

Dr. Alexandra Buică



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern


**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Cuprins

- 1. Tulburari de anxietate la copil si adolescent– taxonomie, definitii și clasificare**
- 2. Manifestări clinice ale Tulburarilor de anxietate la copil si adolescent**
- 3. Mecanismul etiopatogenic al tulburarilor de anxietate**
- 4. Screeningul Tulburarilor de anxietate**
- 5. Cum si cine stabileste diagnosticul Tulburarilor de anxietate la copil si adolescent**
- 6. Abordareaa terapeutică a Tulburărilor de anxitate**
 - a. Abordarea psihoterapeutică**
 - b. Consilierea familiei**
 - c. Abordarea psihofarmacologică**
- 7. Evoluția și prognosticul Tulburarilor de anxietate la copil și adolescent**



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

Capitol 1

Tulburari de anxietate la copil si adolescent– taxonomie, definitii și clasificare

Anxietatea este o emoție asociată cu senzația de tensiune, îngrijorări și modificări la nivel somatic. Ea poate fi definită ca un sentiment iminent de pericol acompaniat de neliniște psihică și motorie cu anticiparea pericolului. Spre deosebire de frică care este un răspuns emoțional la un pericol obiectiv (de exemplu ace, insecte, lift, etc) în anxietate simptomele nu apar ca răspuns la un pericol bine identificat sau apare ca reacție la anticiparea unui pericol [1,2,3,4,5,6].

Frica și anxietatea sunt emoții firești cu funcție adaptativă care fac parte din procesul dezvoltării normale. Ocazional anxietatea poate să apară atunci când ne confruntăm cu o situație dificilă (de exemplu atunci când ne pregătim pentru un examen sau avem de luat o decizie importantă). Însă spre deosebire de anxietatea care apare în aceste situații în cazul tulburărilor anxioase simptomatologia specifică este persistentă și intensă și interferează cu activitățile și relațiile zilnice academice, profesionale sau de interacțiune socială [1,2,3,4,5,6].

Atât anxietatea cât și fricile sunt definite ca fiind reacția creierului la un pericol. Sunt considerate emoții cu rol adaptativ în multiple situații care facilitează evitarea unui pericol. Frica ajută corpul să se pregătească pentru a reacționa în fața unui anumit pericol printr-o acțiune fizică: fugă, luptă sau “freez” (înghețăm). Caracteristica comportamentală specifică anxietății este **evitarea**. Acest comportament poate fi evident atunci când copilul sau adolescentul evită anumite situații/ stimuli specifici sau este exprimat mai subtil prin nesiguranță, incertitudine, ezitare, retragere.

Anxietatea și frica devin patologice atunci când prin intensitatea, frecvența cu care apar și persistența lor interferează cu funcționarea. Frica patologică de un obiect bine definit se numește **fobie** [1,2,3,4,5,6].



Diferențierea între anxietatea patologică și anxietatea ca reacție adaptativă la pericol este dificil de realizat la copii și adolescenți la care întâlnim diverse frici fiziologice caracteristice procesului de dezvoltare. Aceste frici “fiziologice” apar la majoritatea copiilor, ele pot determina un distress important dar sunt tranzitorii [1,2,3,4,5].

Enumerăm mai jos tipurile fiziologice de frică și anxietate caracteristice fiecărei etape de dezvoltare [1,2,3,4,5]:

Varsta	Frică/anxietate fiziologică
0-6 luni	Frica de zgomote puternice
6-8 luni	Anxietate față de străini
12-18 luni	Anxietate de separare
2-3 ani	Teamă de fenomene ale naturii (tunet, fulger), foc, apă, întuneric, animale, creature imaginare
4-5 ani	Teamă de moarte, întuneric, furtuni, pierdere a persoanei de atașament
6-12 ani	Teamă de obiecte specifice (animale, fantome, monstri) Teama de germe sau de a se îmbolnăvi, de pericole fizice Teama de dezastră naturală sau de evenimente traumatice (cutremur, a suferi un accident, a fi răpit) Anxietate de performanță Anxietate legată de școală Anxietate socială
12-18 ani	Anxietate socială Panica



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

Clasificarea Tulburarilor anxioase la copil si adolescent

Definitii

Atunci când anxietatea este patologică și interferează semnificativ cu funcționarea copilului este considerate ca fiind o tulburare de sănătate mintală. Prezentăm mai jos clasificarea și definirea tulburărilor din sfera anxietății identificate mai frecvent la copil și adolescent conform manualelor de diagnostic ICD 10 ([International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems](#)) și DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th edition). Vom menționa și modificările apărute în ICD 11. Menționăm că în prezent în România codificarea tulburărilor de sănătate mintală se realizează conform manualului ICD 10 [4,5,7,8,9]

Anxietatea de separare: teama marcată, care nu este justificată de etapa de dezvoltare în care se află copilul, legată de separarea de figura principală de atașament (părinții). Copilul crede că ceva rău se va întâmpla părintelui în lipsa lui și ca urmare va evita despărțirea. Anxietatea este însoțită de multiple simptome somatice (grețuri, vărsături, dureri abdominale, diaree), coșmaruri pe tema separării, refuzul de a pleca de acasă. Anxietatea și comportamentul evitant durează minimum 4 săptămâni și determină afectarea semnificativă a funcționării (sociale, academice, ocupaționale).

La copil și adolescent frica este în mod obișnuit declanșată de separare față de părinți iar la adult de separarea față de partener sau copii. Ca și durată atât ICD 11 cât și DSM 5 precizează că simptomele trebuie să fie prezente minim 4 săptămâni la copil și adolescent și 6 luni la adult [4,5,7,8,9]

Mutismul electiv presupune selectivitatea exagerată a copilului sau adolescentului în ceea ce privește comunicarea cu incapacitatea de a vorbi în anumite situații sociale în care este



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

de așteptat să vorbească (de exemplu la școală) sau cu anumite persoane (vorbește doar cu familia). Astfel un copil care are un nivel de dezvoltare a limbajului conform vârstei lui cronologice așa cum reiese din relatările părinților nu comunica cu alte persoane, de obicei la școală. Deci lipsa comunicării nu se datorează unei întârzieri în dezvoltarea limbajului. Simptomatologia persistă peste o lună și nu este limitată la prima lună de școală. De asemenea simptomatologia este suficient de intensă și de persistentă încât să interfereze cu funcționarea socială, școlară și cu relațiile interpersonale [4,5,7,8,9]

Fobia specifică se referă la teama intensă ca răspuns la un obiect sau situație specifică (de exemplu animale, ace, călătorie cu avionul) însoțită de evitarea obiectului respective. Teama apare după expunerea sau atunci când se anticipă expunerea la stimulul respectiv și este disproporționată. Teama și evitarea sunt semnificative, persistente și durează minim 6 luni, provoacă un distress important influențând semnificativ funcționarea personală, familială, socială, educațională [4,5,7,8,9]

Fobia socială/anxietatea socială: teamă/anxietate intensă și persistentă legată de situații sociale sau care presupun performanță precum: interacțiunea socială (susținerea unei conversații), a fi observat (a mânca sau a bea în public) sau performanța în fața altor persoane (de exemplu susținerea unui discurs în public). La copii simptomele pot să apară atât în timpul interacțiunii cu adulții cât și cu ceilalți copii. Persoana respectivă consideră că se va jura într-un anumit fel sau că vor apărea simptome specifice anxietății și că va fi evaluată negativ de către ceilalți. Ca urmare va evita situația socială respectivă. Intensitatea anxietății este mult mai mare decât ar presupune situația respectivă, durează mai multe luni și interferează semnificativ cu funcționarea. În ceea ce privește copiii și adolescenții anxietatea socială interferează semnificativ atât cu funcționarea lor academică cât și cu relaționarea cu grupul de vârstă [4,5,7,8,9]



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants


Tulburarea de anxietate generalizată: anxietate și îngrijorări excesive legate de diverse evenimente sau activități care ar fi posibil să se întâmple (de exemplu teamă de viitor, de situația economică, performanță școlară), greu de controlat, care determină un distress important. Anxietatea durează mai multe luni și este prezentă în majoritatea zilelor și pe o perioadă semnificativă dintr-o zi. Se caracterizează printr-o stare permanentă de neliniște, îngrijorare excesivă focusată pe evenimentele zilnice, îngrijorări legate de familie sau școală, acompaniate de tensiune musculară, neliniște psihomotorie, simptome secundare activării sistemului nervos simpatic, senzația subiectivă de nervozitate, dificultăți de concentrare, iritabilitate și tulburări de somn [4,5,7,8,9]

Tulburarea de panică constă în apariția unui atac de panică recurent și neașteptat (frică intensă acompaniată de multiple simptome somatice și cognitive) care nu este limitat la un anumit stimul sau situație, însoțit de preocupare persistentă legată de posibilitatea repetării acestuia și de consecințele sale. **Atacul de panică** este un episod de frică intensă însoțită de apariția rapidă a unor simptome somatice: palpitații, creșterea frecvenței cardiace, tremurături, transpirație, hiperventilație, dureri în piept, oboseală, senzația de moarte iminentă. Preocuparea ulterioară de a nu apărea un alt atac de panică este frecventă și determină încercarea de a evita recurența acestora [4,5,7,8,9]

Agorafobia se manifestă prin teamă excesivă și evitarea unor situații agorafobice (situații din care pacientul consideră că nu poate ieși sau că nu poate primi ajutor dacă este nevoie) datorită fricii de a nu experimenta un atac de panică. Astfel de situații agorafobice pot fi spațiile deschise, transportul public, locurile aglomerate iar pacientul se așteaptă ca în astfel de situații să apară un atac de panică sau să experimenteze senzații neplăcute. Ca urmare evita aceste situații sau se expune doar însoțit și experimentând anxietate. Simptomatologia durează



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

câteva luni, este persistentă și intensă și se determină afectarea severă a funcționării personale, educațională, familială și socială [4,5,7,8,9]

Hipocondria se caracterizează prin teama persistentă de a avea una sau mai multe tulburări fizice severe care să-i pună viața în pericol. Ca urmare pacientul poate avea unul dintre următoarele comportamente:

- evitarea activităților/procedurilor care au legătura cu starea de sănătate (de exemplu vizitele la medic, efectuarea analizelor medicale)
- implicarea în activități repetitive și excesive de evaluare a stării de sănătate (de exemplu vizite frecvente la medic, efectuarea a numeroase investigații, căutarea de informații legate de o anumită afecțiune medicală, căutarea a numeroase reasigurări privind starea de sănătate) [4,5,7,8,9]

Simptomatologia provoacă un distress important și interferează semnificativ cu funcționarea


Următoarele două tulburări nu fac parte din categoria Tulburărilor anxioase dar anxietatea este prezentă ca și simptom, ca urmare vom prezenta doar definiția și principalele lor simptome .

Tulburarea obsesiv compulsivă este o tulburare de sine stătătoare care se caracterizează prin prezența obsesiilor (idei persistente identificate ca intrusiv și inadecvate care generează o anxietate importantă) și compulsii (comportamente sau acte mentale repetitive care sunt efectuate cu scopul de a reduce anxietatea determinate de ideile obsesive). Un exemplu sugestiv este teama de îmbolnăvire ca și idee obsesivă urmată de spălatul excesiv, eventual de un anumit număr de ori pe mâini [4,5,7,8,9]

Tulburarea de stress posttraumatic face parte din grupa Tulburărilor asociate cu stresul și este definită prin prezența a numeroase simptome (frică intense, memorări, neliniște,



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

nivel crescut de activare, coșmaruri) apărute după experimentarea unui eveniment care i-a pus în pericol viata (sau a asitat la un eveniment înfricoșător care a pus în pericol viata altcuiva) și evitarea unor situații sau a unor stimuli asociați cu trauma [4,5,7,8,9]

Fobia scolara

O tulburare care merită atenție deși nu este listată în manualele de clasificare a tulburărilor psihice (ICD 10 sau DSM 5) dar care este frecvent întâlnită în practica clinică este Fobia școlară. În cazul fobiei școlare anxietatea și comportamentul evitant au legătură cu școala, respectiv copilul refuză să meargă la școală sau să participe la ore. Acest fenomen poate să apară oricând pe parcursul educațional al unui copil, de la grădiniță până la liceu. Fobia școlară nu doar produce un distress emoțional important afectând inclusiv funcționarea familiei dar poate determina și eșec școlar și dificultăți de interacțiune socială [4,10].


Epidemiologia Tulburarilor anxioase

În ceea ce privește frecvența cu care sunt întâlnite tulburările anxioase în general la copil și adolescent Rapee și colaboratorii raportează o prevalență de 5% [4] iar conform datelor raportate de CDC (Center of Disease Control) 7,1% dintre copiii cu vârste cuprinse între 3 și 17 ani din Statele Unite au avut de-a lungul vieții un diagnostic din categoria Tulburărilor de anxietate [11]. Sunt mai frecvente fobiile specifice, urmate de anxietatea de separare, anxietatea generalizată și fobia socială și mai puțin frecvente tulburările obsesiv compulsive și tulburarea de stress posttraumatic. Diferite studii raportează o prevalență a anxietății de separare de 4-5 % [12] iar pentru anxietatea generalizată de 11,6% [13] În ceea ce privește distribuția în funcție de gen tulburările anxioase sunt mai des întâlnite la fete [4].

Tulburările anxioase pot debuta la orice vârstă dar diferitele tipuri de tulburări enumerate mai sus se întâlnesc mai frecvent la anumite vârste [4] astfel:



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**


Varsta	Tulburarea anxioasă
6-7 ani	Fobii de animale
7-8 ani	Anxietate de separare
10 -12 ani	Tulburare anxioasă generalizată
11-13 ani	Anxietate socială
13-15 ani	Tulburarea obsesiv compulsive
După 18 ani	Tulburarea de panică

Bibliografie

1. Morris RJ, Kratochwill TR. Childhood fears and phobias. In: Kratochwill TR, Morris RJ, editors. The practice of child therapy. 2nd ed. New York: Pergamon; 1991. p. 76–114;
2. Muris P, Merckelbach H, Mayer B, et al. Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Pers Individ Diff* 1998;24(4):575–8
3. Beesdo K, Knappe S, Psycha D, Pine DS Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V, *Psychiatr Clin North Am.* 2009 September ; 32(3): 483–524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.
4. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
5. Dobrescu I, Rad. F. Tulburări Anxioase la copil și adolescent” in „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – editia a 2-a revizuita”, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București ISBN 978-606-8003-41-2.
6. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders> Help With Anxiety Disorders



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

7. **American Psychiatric Association (2013) - Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association.**
8. World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines
9. World Health Organization ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS), Version for preparing implementation <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f675329566>
10. Paradzik L, Zecevic I., Kordic A, Maršanić VB, Ercegović N., Bolfan LK, Šarić D. (2019) - School Phobia - When Fear Keeps Children Away From School, Social Psychiatry, 214-231
11. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, Blumberg SJ. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. The Journal of Pediatrics, 2019;206:256-267.
12. Masi, G., Mucci, M. & Millepiedi, S. Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Mol Diag Ther 15, 93–104 (2001). <https://doi.org/10.2165/00023210-200115020-00002>
13. Tiirikainen K, Haravuori H, Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. Psychiatry Res. 2019;272:30-35. doi:[10.1016/j.psychres.2018.12.004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004)



Capitol 2

Manifestări clinice ale Tulburarilor de anxietate la copil și adolescent

Tulburările din sfera anxietății se manifestă prin simptomatologie la nivelul următoarelor trei domenii: cognitiv, afectiv și la nivel comportamental. **Cognitiv** copilul și adolescentul cu anxietate anticipează pericolul prin ruminății, îngrijorare, anticipare negative, gânduri negative. La nivel cognitiv se identifică gânduri iraționale despre situația care determină frică. De exemplu un copil cu anxietate de separare refuză să meargă la școală deoarece crede că ceva rău se va întâmpla mamei în lipsa lui. La nivel **afectiv** evitarea este asociată cu senzația de frică, rușine și distress emotional. În funcție de vârsta copilului și de nivelul lui de dezvoltare acesta poate să-și exprime sau nu emoțiile [1,2,3,4].

Principalul **comportament** identificat în anxietate este evitarea situațiilor sau stimulilor care sunt asociați cu senzația de neliniște. Uneori comportamentul evitant este mai puțin evident, copilul fiind ușor ezitant, nesigur sau retras. Evitarea este comportamentul central al tuturor tulburărilor anxioase, diferențele constând în factorul care declanșează acest comportament [1,2,3,4].

În funcție de vârsta copilului tulburările de anxietate se exprimă diferit, exprimarea verbală a gândurilor și emoțiilor în anumite situații fiind dificilă la vârste mici.

În afară de manifestările de la nivel cognitive, emotional și comportamental copilul cu anxietate poate prezenta multiple **acuze somatice** precum: cefalee, greață, vărsături, diaree, dureri abdominale, tensiune musculară, palpitații, hiperventilație [1,2,3,4].

Anxietatea de separare

Anxietatea de separare este cea mai frecventă tulburare întâlnită la populația pediatrică cu o prevalență estimată între 5 și 25% consideră Figueroa și colaboratorii (2012) [5]. Caracteristica



principală a anxietății de separare este reactivitatea exagerată la anticiparea separării reale sau imaginare de figura principală de atașament. Simptomatologia este intensă și interferează cu activitatea zilnică și cu procesul de dezvoltare [1,2,3,4,5]. Deși este considerată specifică copilului și adolescentului anxietatea de separare poate fi diagnosticată și la vârsta adultă conform DSM 5 [2].

Conform criteriilor de diagnostic este necesar ca anxietatea să fie mult mai intensă decât anxietatea considerată normală pentru nivelul de dezvoltare, să persiste pentru o durată de peste patru săptămâni și să interfereze cu funcționarea zilnică. Din perspectiva procesului de dezvoltare poate determina afectarea procesului tipic de interacțiune socială și se poate asocia cu alte tulburări de sănătate mintală la vârsta [2,5].

Prezentăm mai jos criteriile de diagnostic ale Anxietății de separare conform ICD 10

ICD 10: criterii de diagnostic

Anxietatea de separare a copilăriei (F93.0)

- este o tulburare în care anxietatea este focalizată pe **teama privind despărțirea, separarea;**
- apare în **cursul primelor luni și ani** din viață;
- se distinge de anxietatea de separare fiziologică prin **intensitatea și persistența după mica copilărie** și prin **perturbarea vieții socio-familiale.**

Prezentăm în continuare criteriile de diagnostic DSM ale Anxietății de separare

DSM IV-TR: criterii de diagnostic

Anxietatea de separare

A. Anxietate excesivă și inadecvată evolutiv referitoare la **separarea** de casă sau de cei de care individul este atașat, evidențiată prin trei (sau mai multe) din următoarele:



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

(1) Detresă excesivă recurentă când **survine sau este anticipată** separarea de casă sau de persoanele de atașament major;

(2) Teamă excesivă și persistentă în legătură cu **pierderea sau posibila vătămare** care s-ar putea întâmpla persoanelor de atașament major;

(3) Teamă excesivă și persistentă că un **eveniment nefericit** va duce la separarea de o persoană de atașament major (de ex. a fi pierdut sau a fi răpit);

(4) **Opoziție sau refuz persistent** de a **merge la școală** sau în altă parte din cauza fricii de separare;

(5) **Teamă sau opoziție excesivă** sau persistentă de a **rămâne acasă, singur** sau fără persoanele de atașament major, ori în alte situații fără adulți importanți;

(6) **Opoziție sau refuz persistent de a merge la culcare**, fără să fie alături o persoană de atașament major ori de a adormi departe de casă;

(7) **Coșmaruri** repetate implicând tema separării;

(8) Acuzarea repetată de **simptome somatice** (cum ar fi durerile de cap, durerile de stomac, greața sau voma) când survine sau este anticipată separarea de persoanele de atașament major.

B. Durata tulburării este de cel puțin 4 săptămâni.

C. Debutul are loc înainte de vârsta de 18 ani.

D. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară (profesională) sau în alte domenii de funcționare importante.

E. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unei Tulburări de dezvoltare pervazivă, al Schizofreniei ori a altei Tulburări psihotice și, la adolescenți și la adulți, nu este justificată mai bine de Panica cu agorafobie.

De specificat:

Debut precoce : dacă debutul survine **înainte de vârsta de 6 ani.**




Aspectul clinic este destul de divers, caracteristica principală fiind frica excesivă și nerelistă la separarea de figura principală de atașament, de obicei părinții, sau de casă. Sunt descrise trei categorii de simptome:

1. Copilul este îngrijorat sau simte o frică intensă și nejustificată atunci când este separat sau când anticipează separarea de figura de atașament. Se teme ca ceva rău se va întâmpla păriților lui în lipsa lui sau ca el însuși ar putea fi ranit, răpit sau agresat în lipsa părinților. Copilul anticipează separarea și prezintă numeroase îngrijorări și ruminări legate de posibila separare [1,2,3,4,5].
2. Copilul poate prezenta o paletă largă de modificări comportamentale și diverse simptome somatice înainte, în timpul și după separare. În plan comportamental copilul plânge, țipă, se agață de părinte, îl caută sau sună de nenumarate ori dacă acesta reușește să plece. Printre cele mai frecvente simptome somatice sunt: cefaleea, dureri abdominale, senzație de greutate, vărsături, crampe sau dureri musculare, senzația de oboseală, lipotimie, somnolența sau dificultățile de adormire, palpitații, dureri precordiale. Atunci când distressul resimțit este foarte mare intensitatea acestor manifestări somatice poate fi similară cu cea din atacul de panică [1,2,3,4,5].
3. Copilul va evita situațiile care implică separarea de figura principală de atașament. Refuză să se separe de persoana de atașament – refuză să meargă la grădiniță sau la școală, refuză să meargă la joacă, în excursii sau tabere, să-și petreacă noaptea la bunici sau prieten. Atunci când reușește să accepte separarea are comportamente de tip asigurare – de exemplu verifică de foarte multe ori telefonic dacă mama sau tatăl sunt bine [1,2,3,4,5].

Prezența simptomelor somatice la copilul cu anxietate de separare este un factor care va determina multiple vizite în departamentele de pediatrie, numeroase investigații somatice și absenteism școlar. De cele mai multe ori acuzele somatice apar în timpul săptămânii când copilul merge la școală și dispar la sfârșitul săptămânii sau atunci când lipsește de la școală [1,4,5].



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Simptomele specifice anxietății de separare apar frecvent atunci când intervin schimbări în rutina cu care copilul este obișnuit, respectiv copilul:

- este încadrat în colectivitate (gradiniță)
- trece de la un ciclu de învățământ la altul
- revine din vacanță
- este lăsat în grija unei bone
- își schimbă frecvent locuița și implicit școala
- merge în tabără sau își petrece noapte la rude sau prieteni
- trece prin situația de divorț sau își pierde un părinte
- este agresat în mediul școlar sau are un eșec academic [5].

Manifestările clinice ale anxietății de separare variază în funcție de vârsta copilului. Astfel copiii mici descriu frecvent tulburări de somn, precum coșmarurile pe tema separării sau zomportamente de tip opozitionist în situații de separare. La dolescenți sunt frecvente manifestările somatice [5].

Anxietatea de separare face parte din procesul tipic de dezvoltare a copilului. Intensitatea maximă este atinsă în jurul vârstei de 12 luni și descrește treptat spre vârsta de 2 ani pe măsură ce copilul este expus la tot mai multe situații sociale și se dezvoltă abilitățile de reglare emoțională. Astfel la vârsta de 3 ani în mod obișnuit anxietatea fiziologică de separare este de o intensitate mult diminuată astfel încât copilul poate fi încadrat în colectivitatea de preșcolari. Anxietatea de separare fiziologică este modulată de relația de atașament cu părintele. Concomitent poate să apară și anxietatea față de străini, situație în care copilul plânge și manifestă un discomfort accentuat atunci când o persoană nefamiliară apare în mediul lui obișnuit [5,6]. Simptomele anxietății de separare pot reapărea și crește în intensitate odată cu începerea școlii, astfel aproximativ 50% dintre copiii de în vârstă de 8 ani pot prezenta simptome de anxietate de separare care să nu interfereze semnificativ cu activitatea zilnică. Diagnosticul de anxietate de separare este justificat peste vârsta de 5 ani sau înainte de această vârstă dacă



simptomele sunt severe și afectează semnificativ funcționarea. Ca și evoluție ulterioară, simptomele descreșc odată cu înaintarea în vârstă dar prezența anxietății de separare în copilărie este un factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase la vârsta adultă [5,7].

Persistența anxietății de separare fiziologice și accentuarea simptomatologiei poate fi facilitată de existența unei tulburări anxioase la părinte, atât datorită trăsăturilor moștenite genetic cât și datorită stilului de parenting hipervigilent al unui părinte anxios care nu favorizează formarea unei relații de atașament de tip securizant [1,5]

Mutismul selectiv

Mutismul selectiv este definit ca și refuzul sau reținerea copilului de a vorbi în anumite situații în timp ce în alte situații comunicarea nu este afectată [2]. Din punct de vedere clinic există o serie de manifestări care se întâlnesc și în anxietatea socială, precum evitarea situațiilor sociale, teamă de a vorbi cu străinii, senzația accentuată de disconfort atunci când se află în public. De altfel cele două tulburări sunt deseori comorbide, o parte dintre cercetători considerând că mutismul selectiv ar trebui conceptualizat ca un tip de anxietate socială.

Din punct de vedere clinic copilul cu mutism selectiv:

- refuză să vorbească cu anumite persoane
 - uneori vorbește doar cu o singură persoană din familie
 - se poate exprima nonverbal
 - pare înspăimântat atunci când este nevoit să comunice cu persoane străine sau în situații sociale
 - evită situațiile sociale și interacțiunea cu alte persoane (copii sau adulți)
 - are dificultăți academice și școlare secundare refuzului de a comunica
 - se teme de a fi judecat de către ceilalți iar mutismul este o formă de evitare
- [1,4,8,9]



Mutismul selectiv trebuie diferențiat de dificultățile de comunicare secundare unei Tulburări de dezvoltare a limbajului când copilul dorește să comunice verbal dar limbajul nu este suficient dezvoltat. De asemenea este necesar diagnosticul diferentiat cu Tulburările de spectru autist unde copilul nu are un defici de comunicare și de interacțiune socială. La copilul cu mutism selectiv limbajule este dezvoltat și nu există un deficit de comunicare sar anxietatea împiedică comuincarea [1,4,8,9]

Fobia specifică

Conform definiției Fobia specifică se referă la teama excesivă și nerezonabilă față de un obiect, situație sau eveniment care poate fi real sau imaginar [2]. Copilul sau adolescentul are convingerea că stimulul ar putea sa-i facă rău și ca urmare va evita să intre în contact cu obiectul, situația sau eveniminetul respectiv. De asemenea poate prezenta anxietate anticipatorie, ruminații sau îngrijorare excesivă.

Fobiile se pot clasifica în funcție de stimulul care le provoacă astfel:

- de animale – de exemplu paianjeni (arahnofobie), câini
- evenimente naturale – furtuni, fulgere, tunete
- elemente de mediu – înălțimi, apa
- evenimete medicale – injecții, ace, operații, interventii stomatologice
- situații – lift, avion, vapor [1,4].

Cele trei caracteristici ale fobiilor sunt:

1. Stimulul fobic determina frică/anxietate
2. Frica/anxietatea resimțită este disproporționată față de pericolul real asociat stimulului respectiv și nu poate fi controlată voluntar
3. Frica/anxietatea determină evitarea stimulului respectiv interferând astfel cu activitățile zilnice [10,11,12].



La copii și adolescenți cele mai frecvente fobii sunt:

- teama de întuneric (acluofobie);
- teama de a fi singur (autofobie);
- teama de înălțime (acrofobie);
- teama de injecții, de durere (algofobie);
- teama de spații închise (claustrofobie);
- teama de mulțime, de oameni (antropofobie);
- teama de școală (fobie școlară);
- teama de moarte (tanatofobie) [1,4].

Experimentarea fricii este un process normal în dezvoltarea copilului. Astfel copilul mic se poate teme de zgomote puternice, persoane străine sau animale iar pe măsură ce abilitățile cognitive se dezvoltă apar fricile abstracte precum teama de animale imaginare sau de întuneric. La vârsta adolescenței temele fobice sunt legate de școala sau de diverse situații sociale. Debutul fobiilor este unul precoce, astfel fobia de animale devutează la 5-6 ani, fobia față de evenimente natural debutează la 6 ani, în jurul vârstei de 7 ani debutează fobia școlară iar la 15 ani fobia social. Unele fobii se remit spontan dar majoritatea fobiilor persistă la vârsta adolescențe. Copilul sau adolescentul poate avea o singură frică sau frici multiple iar prezența fobiilor în copilărie este considerat un factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor de internalizare la vârsta adultă [13,14].

Criteriile de diagnostic pentru Fobii conform ICD 10 sunt sintetizate in tabelul de mai jos

ICD 10: criterii de diagnostic

Tulburări anxioase-fobice ale copilăriei (F93.1)

- persistența fricilor, specifice ale anumitor faze ale dezvoltării, în alte etape de vârstă și cu o intensitate exegerată;
- celelalte tipuri de fobii care pot apare în copilărie dar nu fac parte din dezvoltarea normală a copilului (precum agorafobia) vor fi clasificate la capitolul F4.0



Fobiile specifice (izolate) F40.2

- fobii izolate la anumite situații ca și: animale, înălțime, tunete, întuneric, avion, spații închise, anumite alimente, sânge, ace, seringi, traumatisme;
- expunerea la stimulul fobic determină o reacție anxioasă puternică, similară atacului de panică;

Include:

Acrofobia;

Fobia de animale;

Claustrofobia;

Fobia simplă.

Prezentam in continuare si criteriile DSM IV –TR

DSM IV-TR: criterii de diagnostic

Fobiile specifice

- A. Frică marcată și persistentă, excesivă sau nejustificată,** provocată de prezența sau anticiparea unui obiect sau situații specifice (de ex. zbor, înălțimi, animale, administrarea unei injecții, vederea sângelui).
- B.** Expunerea la stimulul fobic provoacă în mod aproape constant un **răspuns anxios imediat** care poate lua forma unui atac de panică circumscris situațional sau predispus situațional. **Notă:** la copii, anxietatea poate fi exprimată prin exclamații, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva.
- C.** Persoana **recunoaște** că frica sa este excesivă sau nejustificată. **Notă:** la copii acest element poate fi absent.
- D.** Situația (situațiile) fobică este **evitată sau îndurată cu anxietate sau deteresă intensă.**
- E.** Evitarea, anticiparea anxioasă sau detresa în situația (situațiile) temută(e) **interferează semnificativ** cu rutina normală a persoanei, cu activitatea profesională (sau școlară) sau cu activitățile sau relațiile sociale, sau există o detresă marcată în legătură cu faptul de a avea fobia.
- F.** La indivizii sub 18 ani, durata este de **cel puțin 6 luni.**



G. Anxietatea, atacurile de panică sau evitarea fobică asociată cu obiectul sau situația specifică nu sunt explicate mai bine de alt tulburare mintală, cum ar fi Tulburarea obsesiv compulsivă (de ex. frica de murdărie, la cineva cu obsesie referitoare la contaminare), stresul postraumatic (de ex. evitarea stimulilor asociați cu un stresor sever), anxietatea de separare (de ex. evitarea școlii), fobia socială (de ex. evitarea situațiilor sociale din cauza fricii de a nu fi pus în dificultate), panica cu agorafobie sau agorafobia fără istoric de panică.

De specificat tipul:

de animale;

de mediul natural (înălțimi, furtuni, apă);

de sânge, injecții, plăgi;

de tip situațional (avioane, ascensoare, spații închise);

de alt tip (evitarea fobică a situațiilor care pot duce la sufocare, vomă sau contractarea unei maladii; la copii, evitarea sunetelor puternice sau a persoanelor în uniformă).

Fobia socială/anxietatea socială

Anxietatea sau fobia socială se manifestă prin teama marcată și persistentă de a se afla în situații sociale și este cea mai frecventă formă de anxietate cu debut la vârsta adolescenței. Atunci când se află sau anticipează posibilă expunere la o situație socială copilul sau adolescentul trăiește o teamă intensă și ca rezultat va evita situația respectivă. Gândurile iraționale care stau în spatele anxietății sociale sunt centrate pe credințele ca va fi evaluat negativ de către ceilalți copii (inclusiv ca va fi considerat neinteresant, prost pregătit, neplăcut, neatractiv), că nu va performa suficient, că „se va face de râs”.

Pentru formularea diagnosticului este necesar ca anxietatea socială să interfereze semnificativ cu activitatea zilnică și să provoace un distress semnificativ. Astel copilul va evita majoritatea situațiilor în care este nevoie să interacționeze social, atât educaționale cât și recreative [1,2,3,4].



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Cele mai frecvente temeri legate de situații sociale pe care copilul sau adolescentul le resimte sunt:

- teama de situații în care ar trebui să performeze în fața altor persoane – teama de a răspunde la școală, teama de a participa la un spectacol, recital, etc
- teama de a interacționa social, de a se întâlni cu prieteni sau cu persoane necunoscute
- teama de a iniția o conversație
- teama de a iniția un joc cu cei de aceeași vârstă
- teama de a avea întâlniri romantice
- dificultăți de a fi asertiv în situații sociale
- dificultăți de a rămâne în situații în care se simte observat sau evaluat [1,4,15].

Anxietatea se poate manifesta printr-o paletă largă de simptome somatice atunci când adolescentul este expus sau anticipează expunerea la situația socială care-i provoacă discomfort, respectiv: dureri de burtă, greață, vărsături, diaree, cefalee, senzația de leșin, paloare sau eritem facial, palpitații, dureri precordiale, hiperventilație., simptome care pot culmina cu un adevărat atac de panică.

Ca și rezultat al fobiei sociale adolescenții vor avea mai puțini prieteni prin dificultatea de a/și face prieteni noi, o performanță școlară scăzută, stimă de sine scăzută și abilități sociale deficitare [1,4,15].

Fobia socială se asociază frecvent cu Tulburarea depresivă majoră, ambele fiind printre cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală care debutează la adolescență, fobia socială precedând depresia. Asocierea depresei la un adolescent cu depresie se asociază cu o afectare mai importantă a funcționării [16].

Tulburarea de anxietate generalizată



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Anxietatea generalizată se caracterizează prin prezența a numeroase griji în diverse domenii ale vieții zilnice. Conform criteriilor de diagnostic este necesar ca anxietatea sau preocuparea în legătură cu diverse activități sau evenimente să apară pentru o perioadă de peste 6 luni și să fie dificil de controlat de către persoana respectivă și să afecteze funcționarea zilnică [2,3.]Ca și simptome pot să apară

- Neliniște sau sentimentul de a sta ca pe ghimpi
- Fatigabilitate
- Dificultatea de a se concentra
- Iritabilitate
- Tensiune musculară
- Tulburări de somn [1,2,3,4]

La copil și adolescent îngrijorările excesive sunt centrate pe posibilitatea ca ceva rău să se întâmple în diverse domenii ale vieții – familia, posibilitățile financiare, prietenii, școala, performanța, sănătatea. Ca urmare copilul are nevoie de multiple asigurări că nu este posibil ca acele îngrijorări să se materializeze, reasigurări solicitate de la părinți, profesori, prieteni. În plan comportamental copilul poate deveni extrem de iritabil și va avea tendința de a evita situațiile noi, știrile negative, situațiile nesigure precum și încercarea de a evita posibilitatea producerii unei greșeli. În plan fizic este posibil să apară oricare dintre simptomele somatice descrise în acest capitol în secțiunile anterioare [1,4].

Există câteva diferențe în ceea ce privește expresia clinică în funcție de vârstă. Astfel copilul mic mai degrabă va căuta reasigurări decât să rumineze la diferite tipuri de îngrijorări. Vârsta și relația de dependență față de persoană de îngrijire fac dificilă diferențierea între anxietatea generalizată și anxietatea de separare care la această vârstă se suprapun. Îngrijorările copilului mic sunt focusate pe familie și persoana de atașament [17].



Adolescentul cu anxietate generalizată pare a fi tot timpul neliniștit, preocupat, îngrijorat cu sau fără motiv. Precupările principale la această vârstă sunt performanțele școlare și relațiile sociale, dar și aspecte legate de familie și societate și îngrijorările legate de viitor.

Anxietatea generalizată cu debut în copilărie sau adolescență fie persistă de-a lungul vieții fie este considerată un factor predictiv pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase la vârsta adultă [18].

Prezentam in continuare criteriile ICD 10 ale Anxietatii generalizate

ICD 10: criterii de diagnostic
Tulburarea anxioasă generalizată (F41.1)
<ul style="list-style-type: none"> • anxietate generalizată și persistentă dar care nu este limitată la o singură circumstanță; • simptomele principale sunt: tremor, iritabilitate, tensiune musculară, transpirații, palpitații, diaree, disconfort gastric.

In urmatorul tabel sunt listate criteriile DSM IV TR ale Anxietatii generalizate

DSM IV-TR: criterii de diagnostic	ICD 10: criterii de diagnostic
Anxietatea generalizată	Tulburarea anxioasă generalizată (F41.1)
<p>A. Anxietate și preocupare (expectație aprehensivă), survenind mai multe zile decât nu timp de cel puțin 6 luni, în legătură cu un număr de evenimente sau activități (cum ar fi performanța în muncă sau școlară).</p> <p>B. Persoana constată că este dificil să-și controleze preocuparea.</p> <p>C. Anxietatea și preocuparea sunt asociate cu trei (sau mai multe) dintre următoarele șase simptome</p>	<ul style="list-style-type: none"> • anxietate generalizată și persistentă dar care nu este limitată la o singură circumstanță; • simptomele principale sunt: tremor, iritabilitate, tensiune musculară, transpirații, palpitații, diaree, disconfort gastric.



(cu cel puțin câteva simptome prezente mai multe zile decât nu, în ultimele 6 luni). **Notă:** la copii este cerut un singur item.

- (1) neliniște sau sentimentul de stat ca pe ghimbi;
- (2) a fi rapid fatigabil;
- (3) dificultate în concentrare sau senzația de vid mintal;
- (4) iritabilitate;
- (5) tensiune musculară;
- (6) perturbare de somn (dificultate în a adormi sau în a rămâne adormit ori somn neliniștit și nesatisfăcător).

D. Focarul anxietății și preocupării nu este limitat la elementele unei tulburări de pe axa I, de exemplu, anxietatea sau panica nu este în legătură cu a avea un atac de panică (ca în panică), a fi pus în dificultate în public (ca în fobia socială), a fi contaminat (ca în tulburarea obsesiv compulsivă), a fi departe de casă sau de rudele apropiate (ca în anxietatea de separare), a lua în greutate (ca în anorexia nervoasă), a avea multiple acuze somatice (ca în tulburarea de somatizare) sau a avea o maladie gravă (ca în hipocondrie), iar anxietatea și preocuparea nu survin exclusiv în cursul stresului postraumatic.

E. Anxietatea, preocuparea sau simptomele somatice cauzează o **detresă sau deteriorare semnificativă clinic** în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante.



<p>F. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex. un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex. hipotiroidismul) și nu apare exclusiv în timpul unei Tulburări afective, Tulburări psihotice sau ale unei Tulburări de dezvoltare pervazivă.</p>	
---	--

Tulburarea de panică și Agorafobia

Copii și adolescenții cu Tulburare de panică prezintă în mod repetat episoade neașteptate de frică intensă sau disconfort asociate cu o multitudine de simptome somatice printre care dificultăți de respirație și accelerarea ritmului cardiac asociate cu senzația de moarte iminentă, episoade numite atacuri de panică care durează de obicei câteva minute.

Majoritatea tulburărilor anxioase la copil și adolescent pot atinge paroxismul sub forma unui atac de panică. Nediagnosticate atacurile de panică pot avea consecințe semnificative asupra dezvoltării relațiilor sociale și a procesului educațional [1,2,3,4].

Copiii și adolescenții care au experimentat un atac de panică se pot simți în continuare neliniștiți și vor evita situațiile pe care le asociază cu posibilitatea apariției atacului de panică sau situațiile în care cred că nu pot primi ajutor. Astfel pot să evite să meargă la școală sau să se separe de părinți sau în cazurile mai severe să părăsescă locuința. Teama însoțită de evitarea unor situații datorită fricii că un atac de panică s-ar putea produce se numește **agorafobie** [1,2,3,4].

Criteriile de diagnostic ale Tulburării de panică conform ICD 10 sunt:

<p>ICD 10: criterii de diagnostic</p>
--

<p>Tulburarea de panică (F41.0)</p>
--



- **Atacuri recurente de anxietate** (panică) care nu sunt restricționate la o situație sau circumstanțe specifice și care nu sunt predictibile;
- Se caracterizează prin **debutul brusc** a următoarelor simptome:
 - palpitații,
 - dureri precordiale,
 - senzația de grață,
 - derealizare,
 - depersonalizare,
 - teama de moarte,
 - teama de a-ți pierde controlul sau de a înnebuni.

Criteriile de diagnostic al atacului de panica conform DSM IV TR sunt

DSM IV-TR: criterii de diagnostic

Atacul de panică

Notă: un atac de panică nu este o tulburare codificabilă. Se codifică diagnosticul specific în care survin atacurile de panică (de ex. Panică cu agorafobie).

O perioadă distinctă de frică intensă sau de disconfort în care patru (sau mai multe) dintre următoarele simptome **apar brusc și ating culmea în decurs de 10 minute:**

- (1) palpitații, bătaii putnice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac;
- (2) transpirații;
- (3) tremor sau trepidație;
- (4) senzații de scurtare a respirației sau de strangulare;
- (6) durere sau disconfort precordial;
- (7) greață sau detresă abdominală;
- (8) senzație de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin;



- (9) derealizare (sentimentul de irealitate) sau depersonalizare (detașare de sine însuși);
- (10) frica de pierdere a controlului sau de a nu înnebuni;
- (11) frica de moarte;
- (12) paretezii (senzații de amorțeală sau de furnicături);
- (13) frisoane sau valuri de căldură.

Hipocondria se caracterizează prin teama persistentă de a avea una sau mai multe tulburări fizice severe care să-i pună viața în pericol. Ca urmare pacientul poate avea unul dintre următoarele comportamente:

- evitarea activităților/procedurilor care au legătura cu starea de sănătate (de exemplu vizitele la medic, efectuarea analizelor medicale)
- implicarea în activități repetitive și excesive de evaluare a stării de sănătate (de exemplu vizite frecvente la medic, efectuarea a numeroase investigații, căutarea de informații legate de o anumită afecțiune medicală, căutarea a numeroase reasigurări privind starea de sănătate)


Simptomatologia provoacă un distress important și interferează semnificativ cu funcționarea [1,2,3,4].

Fobia școlară/refuzul școlar

Deși această entitate nu apare ca atare în manualele de clasificare este des întâlnită sub această denumire. Nu întotdeauna refuzul școlar este sinonim cu o tulburare anxioasă ci poate fi determinat de mai mulți factori precum opoziția, tulburările de conduită asociate sau de factori sociali (părinți care încurajează copilul să participe la treburile casnice și nu insistă ca acesta să fie școlarizat) [1,4,19].



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Fobia socială care poate să se încadreze clinic în tulburările anxioase apare după un eveniment petrecut în mediul școlar și perceput ca fiind psihotraumatizant de către copil sau chiar de la începutul integrării în mediul școlar. Copilul refuză să participe la anumite ore sau să meargă la școală. Are multiple îngrijorări și o frică intensă atunci când merge spre școală sau când anticipează mersul la școală. Frica este însoțită de simptome somatice și vegetative și de refuzul de a merge la școală, simptome care apar deseori doar în timpul săptămânii. Atunci când copilul reușește să participe la ore în ciuda anxietății resimte un discomfort intens, nu se simte bine, este foarte tensionat. Datorită simptomelor somatice frecventează deseori cabinetul medical și este de cele mai multe ori trimis acasă, atitudine care poate să întărească anxietatea copilului și să mențină comportamentul de evitare [1,4,19].

Bibliografie

1. Rapee RM. (2012) Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
2. American Psychiatric Association (2013) - Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
3. World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines
4. Dobrescu I, Rad. F. Tulburări Anxioase la copil și adolescent” in „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – editia a 2-a revizuita”, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București ISBN 978-606-8003-41-2.
5. Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. (2012) Separation anxiety. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

6. Guerra NG, Williamson AA, Lucas-Molina B. (2012) Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
7. Biederman J, Petty C, Faraone SV et al (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15:549-561
8. Yeganeh R, Beidel D, Turner S, Pina A., Silverman W. (2003) Clinical Distinctions Between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 42, Issue 9, Pages 1069-1075, ISSN 0890-8567
9. Standart, S. and Couteur, A.L. (2003), The Quiet Child: A Literature Review of Selective Mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8: 154-160.
10. Pereira A (2020) Specific Phobia Is an Ideal Psychiatric Kind. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 27(3)299-315.doi:10.1353/ppp.2020.0037
11. Wardenaar, K. J., Lim, C., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bunting, B., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Gureje, O., Hisateru, T., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kiejna, A., Lepine, J. P., Navarro-Mateu, F., Oakley Browne, M., Piazza, M., ... de Jonge, P. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 47(10), 1744–1760.
12. Bainaboina G (2020). A Brief Note on Classification of Phobia. *Clin Exp Psychol*, 6(3), 01
13. de Vries, Y.A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J. *et al*. Childhood generalized specific phobia as an early marker of internalizing psychopathology across the lifespan: results from the World Mental Health Surveys. *BMC Med* 17, 101 (2019).



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

14. Oar E, Farrell L, Ollendick T. (1029) Chapter 7 - Specific Phobia, Editor(s): Scott N. Compton, Marianne A. Villabø, Hanne Kristensen, Pediatric Anxiety Disorders, Academic Press, 2019, Pages 127-150, ISBN 9780128130049,
15. Hitchcock, C. A., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2009). Recent findings in social phobia among children and adolescents. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 46(1), 34–44.
16. de la Torre-Luque A, Essau C (2019) Symptom network connectivity in adolescents with comorbid major depressive disorder and social phobia, Journal of Affective Disorders, Volume 255, 2019, Pages 60-68, ISSN 0165-0327,
17. Scheeringa M, Burn L (2018) Genralized Anxiety Disorder in Very Young Children: First Case Reports on Stability and Developmental Considerations, Case Reports in Psychiatry, vol 2018, article id 7093178
18. Gale, C. K., & Millichamp, J. (2016). Generalised anxiety disorder in children and adolescents. BMJ clinical evidence, 2016, 1002.
19. ParadžiknL, Zečević I, Kordić A, Boričević V, Ercegović M, Karapetrić L, Šarić D (2019) School Phobia - When Fear Keeps Children Away From School Soc. psihijat. | 47 (2019) | 214-231



Capitolul 3

Mecanismul etiopatogenic al tulburărilor de anxietate

Mecanismul etiologic al tulburărilor de anxietate nu este încă pe deplin elucidat. Teoreticienii modelelor etiologice consideră că la baza tulburărilor anxioase stă modelul biopsihosocial fiind implicați factori genetici, biologici, psihologici, sociali și de mediu. Modalitatea de parenting este deseori evidențiată ca factor implicat în modelul etiologic al anxietății la copil [1,2,3,4].


Studiile din literatura de specialitate demonstrează existența unei agregări familiale a tulburărilor de anxietate. Astfel rudele de gradul întâi ale pacienților cu tulburări de anxietate sunt la risc pentru a dezvolta la randul lor anxietate. Aceeași relație a fost descrisă și în cazul temperamentului. Astfel părinții cu temperament introvert sau cu tulburări de anxietate au un risc considerabil mai mare de a avea copii cu temperament introvert sau cu tulburări anxioase. Mai multe studii au demonstrat că pentru anumite tulburări anxioase, de exemplu pentru fobia socială, riscul ca rudele de gradul întâi să dezvolte aceeași tulburare este mai mare decât în cazul altor tulburări de anxietate. În opinia lui Rappe cele de mai sus demonstrează rolul factorilor genetici în etiologia tulburărilor anxioase dar și pe cel al factorilor de mediu, precum mediul familial, care pot accentua exprimarea vulnerabilității genetice [2].

Factori genetici

Studiile genetice arată că în cazul tulburărilor anxioase heritabilitatea este de peste 40%. Studiile pe gemeni arată că anxietatea la copii are un grad de heritabilitate între 30 și 40%. Rapee și Coplan (2010) consideră că gradul de heritabilitate pentru inhibiție ca și trăsătură de temperament, considerat factor de risc pentru anxietate, este semnificativ mai mare.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

În ceea ce privește identificarea genelor specifice pentru tulburările anxioase rezultatele cercetărilor sunt mai puțin consistente. Majoritatea cercetărilor s-au focusat pe gena transportorului serotoninei ca și genă candidată. Dar polimorfismul acestei gene nu susține specificitatea ei pentru tulburările anxioase [2].

Și pentru anxietatea de separare există în literatură evidențe consistente privind agregarea familială. Spence și Rapee (2016) consideră că asocierea familială a tulburărilor anxioase reflectă riscul pentru probleme de internalizare în general. Și în acest caz se discută despre efectul aditiv al factorilor genetici și ai celor de mediu [5].

Ca și factor de risc pentru anxietate, temperamentul este unul dintre cei mai studiați. Inhibiția comportamentală, retragerea, rusinea și temerile sunt trăsături descrise ca fiind factori de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase. Rapee sintetizează cercetări din literatura de specialitate care concluzionează că prezența acestor trăsături de temperament în copilărie reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase. De asemenea prezența lor la rudele de gardul întâi reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase atât prin componenta genetică cât și prin componenta de mediu [1,2,3].

Ca și manifestări clinice ale inhibiției, care pot fi observate după vârsta de 2 ani, menționăm: retragerea în situații care nu-i sunt familiare, dificultăți de a relaționa cu persoane necunoscute, lipsa zâmbetului, dificultăți de a se desprinde de figura principală de atașament, evitarea comunicării verbale, evitarea contactului vizual, reținere în a explora spații sau situații noi. Toate aceste simptome necesită diagnostic diferențiat cu Tulburările de spectru autist. Copilul cu aceste trăsături de temperament comunică însă cu persoana de atașament iar dificultățile de comunicare și inetrațiune socială apar doar în contexte nefamilare. Prezența acestor trăsături de temperament în perioada preșcolară reprezintă un factor de risc pentru apariția tulburărilor de anxietate în perioada școlară și adolescență [2].

Trăsăturile dezvoltamentale ale inhibiției comportamentale (retragere socială, afect negativ, hipervigilență), în reacție cu stimuli noi pot determina premisele pentru viitoare atitudini



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

disfuncționale în contexte sociale și dezvoltarea psihopatologiei. Copiii “timizi”, cu reacții de evitare a interacțiunii sociale în mica copilărie, pot dezvolta probleme de internalizare în adolescență.

Sumarizăm factorii specifici copilului cu rol în modelul etiologic al anxietății:

- inhibiția comportamentală – tendința de a arăta frică sau de a evita expunerea la situații sociale
- toleranța scăzută la a fi umilit
- teama de eșec
- depresia
- genul feminin [3].


Neuroanatomie și neurobiologie

Structurile cerebrale care au un rol în anxietate sunt cele asociate cu procesarea stimulilor emoționali, reglarea emoțională și răspunsul la stimuli, respectiv amigdala și cortexul prefrontal. Studiile de neuroimagerie arată activarea bilaterală a amigdalei ca răspuns la stimuli sociali la adulții cu anxietate socială. În ceea ce privește rolul cortexului prefrontal care are rolul de procesare a stimulilor și de reglare emoțională rezultatele cercetărilor sunt inconsistente, raportându-se atât o hiperactivare cât și hipoactivare a cortexului prefrontal la adulții cu anxietate socială. La copiii cu anxietate de separare și cu anxietate generalizată s-a evidențiat o hiperactivare a amigdalei atunci când sunt expuși la stimuli faciali anxiogeni sau la stimuli sociali comparativ cu copiii care nu au o tulburare anxioasă. Hiperactivarea amigdalei, proces întâlnit în general în tulburările anxioase, este răspunzătoare de creșterea vigilenței și de răspunsul emoțional [4,5].

Alte structuri cerebrale studiat în legătură cu anxietatea de separare la adolescenți sunt cele care stau la baza recompensei și motivației, respectiv ganglionii bazali și proiecțiile acestora



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

la nivelul cortexului prefrontal, hipocampus, amigdala și cortexul cingulat anterior. Disfuncția la nivelul acestor structuri este responsabilă de prelucrarea într-o manieră aberantă a stimulilor sociali. Copiii cu anxietate de separare au de asemenea un răspuns diferențiat la frică cu o activare simpatică bazală mai mare comparativ cu persoanele fără anxietate și activare parasimpatică mai scăzută [5].

Spence și colaboratorii consideră că este nevoie însă să luăm în considerare și nivelul de dezvoltare al copilului atunci când sunt studiate mecanismele neurobiologice ale anxietății. Astfel de-a lungul dezvoltării creierul copilului trece printr-un proces neurodevelopmental care-i permite gestionarea din ce în ce mai bună a diversilor stimuli anxiogeni. De asemenea pe perioada adolescenței modificările hormonale și structurale ale creierului la nivelul cortexului prefrontal și a amigdalei ar trebui luate în considerare [5].

Majoritatea studiilor bazate pe neuroimagnostică (RMN funcțional) au susținut ipoteza că în fiziopatologia tulburărilor anxioase joacă un rol important rețeaua fronto-limbică, iar cortexul cingulat anterior reglează atenția pentru semnalele sociale activate în cazul copiilor cu **anxietate socială**. Pacienții cu anxietate socială incluși în aceste studii, au prezentat activări ale cortexului cingulat anterior care este responsabil de emoția facială, percepția controlului și a amenințărilor. Cercetările viitoare se axează pe evaluarea altor zone neexplorate încă suficient (insula, zona parieto-occipitală), datele inițiale indicând o hiperactivare în regiunile medioparietale și hipoconectivitate în cele parieto-fronto-limbice [6,7].

În cazul pacienților pediatrici cu **anxietate paroxistică**, s-au derulat studii neuroimagistice cu sarcini ce presupuneau hiperventilație ghidată, iar zonele activate pe RMN funcțional au fost cortexul cingulat anterior, insula și alte regiuni frontale. Activarea cortexului cingulat anterior a fost semnificativ corelată cu răspunsul la frică și apariția simptomelor somatice. Hiperreactivitatea amigdaliană sugerează implicarea acestei zone în răspunsurile maladaptative la stimulii vizuali percepuți ca amenințători la debutul atacurilor de panică [8].



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

În timpul sarcinilor de identificare a stimulilor fobici la pacienții cu **fobii specifice**, studiile neuroimagistice au identificat hipoactivări în regiunile fronto-limbice, precum amigdala, cortexul cingulat anterior și cortexul prefrontal dorsomedial. Amigdala a fost responsabilă pentru procesarea automată a stimulilor. Cortexul prefrontal dorsomedial a fost asociat cu evaluarea pericolului direct. Pacienții cu fobii legate de manevre medicale sau de insecte/animale au prezentat abilități scăzute de inhibiție a răspunsurilor amigdaliene de către cortexul cingulat anterior, aceste alterări ale circuitelor cortico-amigdaliene perturbând procesele de reglare emoțională [9].

Patternul patologic de îngrijorare al pacienților cu **anxietate generalizată**, este asociat cu hipoactivări ale regiunii fronto-limbice (amigdala și cortexul) implicată în perceperea amenințării imediate, a stării exacerbate de “arousal” și a distresului major [9].

Studii recente de specialitate au investigat relația defectuoasă dintre activitatea neuronală și activitatea cardiacă la pacienții cu anxietate. Mai ales în cazul copiilor și adolescenților, simptomele afective și cognitive sunt dublate de numeroase acuze somatice, în special din sfera cardiologică: variabilitate redusă a ritmului cardiac, percepție anormală a propriilor bătăi cardiace, alura ventriculară crescută, palpitații, precordialgii și risc crescut de fibrilație atrială. Aceste simptome combinate, afective și cardiace sugerează o cuplare anormală între activitatea neuronală și cardiacă. Anormalitățile activității de conectivitate neuronală din starea de repaus a creierului la pacienții cu anxietate determină secundar disfuncționalități în procesul de generare a impulsurilor cardiace [10].

Studiile folosind RMN funcțional sau magnetoencefalografie, au demonstrat o cuplare temporală directă între activitatea oscilatorie a creierului și ritmul cardiac, în timpul stării de repaus a creierului. La pacienții cu anxietate, se înregistrează o hipersincronizare spațio-temporală (frecvențe mult mai rapide), între activitatea cardiacă și cea neuronală, generând o interdependență, în regiunile precum amigdala, talamus, cortexul somatosenzitiv și insula [11].



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

În ceea ce privește componenta de transmisie, dopamina, serotonina și noradrenalina sunt principalii neurotransmițători care sunt implicați în dezvoltarea tulburărilor anxioase [4,5]. Studiile ce au folosit tehnici de genotipare au descris noi modalități de a investiga modul cum combinații de gene pot influența transmiterea tulburărilor anxioase. O ipoteză implică proteina transportorului serotoninei (5-HT și 5-HTT) și densitatea receptorilor dopaminergici, în patogeneza tulburării de anxietate generalizată. Studiile pe populația pediatrică au demonstrat un polimorfism în proteina transportorului dopaminergic (DAT1) și nu au fost identificate implicații ale receptorului serotoninergic 2A sau a proteinei transportorului serotoninergic (SLC6A4) [12].

Factori familiali

În modalitatea de parenting a unui copil cu anxietate se instalează un cerc vicios: copilul anxios solicită din partea părinților hiperprotecție, iar părintele care la rândul lui în cele mai multe cazuri are la rândul lui trăsături de tip anxios va practica o modalitate de parenting hiperprotectiv. Astfel crește anxietatea copilului care va fi reținut în a experimenta situații noi sau în a se expune la stimulii anxioși. Modalitatea de parenting de tip hiperprotectiv transmite copilului mesajul de pericol accentuând astfel anxietatea și limitând expunerea. Chiar și copiii fără trăsături de tip inhibiție comportamentală crescuți într-un mediu hiperprotectiv pot dezvolta anxietate prin adoptarea fricilor și a strategiilor de coping ale printelui anxios [2,3].

Concluziile cercetărilor din literatura de specialitate sintetizate de Rapee și colaboratorii arată că prezența anxietății la mame este un factor de risc pentru dezvoltarea anxietății de separare și a anxietății față de străini la copilul mic care are și vulnerabilitatea genetică pentru inhibiție comportamentală. În astfel de cazuri modelul etiologic al anxietății este unul genetic (prin trăsăturile de temperament cu grad mare de heritabilitate) accentuat de factorii de mediu (modalitatea de parenting hiperprotectiv ale mamei) [2,3].

Controlul parental contribuie la dezvoltarea anxietății prin două mecanisme:



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- Părintele hiperprotectiv transmite permanent copilului ideea că există o amenințare ceea ce va determina creșterea nivelului de vigilență a copilului și teamă precum și gândul că potențialul pericol nu poate fi controlat de către copil.
- Stilul de parenting nu permite copilului să exploreze mediul și astfel să se expună la diverse situații care să îl ajute să-și construiască mecanisme de coping cu ajutorul cărora să poată gestiona frica [1].

Stilul parental rigid, sau prea permisiv, atitudinea educațională insuficient proactivă, intruzivitatea părinților, recurgerea la metode punitive, respingerea sau alienarea parentală sunt atitudini familiale raportate de studii ca fiind implicate în dezvoltarea problemelor de internalizare și factori predictivi semnificativi în diagnosticarea copiilor cu tulburări anxioase. Studiul derulat de Williams și colaboratorii, a demonstrat că copiii cu vârste de 4 ani incluși în cercetare, cu inhibiție comportamentală, au fost expuși la un stil parental supraprotector, permisiv. Problemele de internalizare nu au fost identificate la copiii expuși la un stil parental autoritar și ferm [13].

Nu doar mediul de viață hiperprotectiv ci și evenimentele negative din viața de familie precum divorțul, violența, abuzul fizic sau sexual pot fi factori de risc pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase la copil și adolescent. Cercetările arată însă că reacția anxioasă este pe termen scurt și că acești factori sunt nespecifici pentru anxietate [2,3].

Sumarizăm în continuare factorii legați de familie care pot avea un rol în mecanismul etiologic al anxietății:

- modalitatea de parenting care nu încurajează autonomia copilului
- hiperprotecția parentală
- lipsa de afecțiune
- atașamentul nesigur – favorizează anxietatea de separare
- conflictele intrafamiliale



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- separarea părinților sau divorțul
- existența unei afecțiuni somatice la unul dintre părinți
- tulburările psihice ale părinților [3].

Evenimentele de viață

Studiile de specialitate arată că un număr semnificativ de evenimente negative de viață sunt raportate de copiii cu tulburări anxioase. Acest lucru poate fi datorat și modalității de interpretare secundare particularităților cognitive ale copiilor cu tulburări anxioase și nu pot fi considerate cu certitudine triggeri ai anxietății. Datorită anxietății și a comportamentului evitant copilul este predispus la a avea mai multe evenimente negative de viață și este deseori victima bullyingului [2].


În mod tipic, experiența socială a copiilor se dobândește în urma interacțiunii cu egalii de vârstă în diverse contexte, ulterior învățând să aplice aceste abilități și în afara mediului de confort familial. Aceste competențe sociale sunt greu de dobândit de către copiii cu temperament inhibat fiind foarte des respinși din activitățile de joacă. Incapacitatea de a riposta îi face foarte des victime ale bullyingului, accentuându-le și mai mult caracteristicile inhibiționale.

Printre experiențele precoce care pot fi asimilate evenimentelor negative de viață sunt:

- evenimentele de viață stresante
- implicarea în evenimente care să-i pună viața în pericol (dezastre naturale)
- expunerea la violența intrafamilială
- pierderea locului de muncă a părintelui
- nașterea unui frate
- bullyingul
- eșecul școlar [3].



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

În concluzie este acceptat modelul etiologic biopsihosocial al tulburărilor anxioase, în care vulnerabilitatea genetică joacă un rol important la fel ca și factorii de mediu, factorii sociali sau familiali. Chiar dacă sunt considerați nespecifici aceștia pot determina exprimarea genomului vulnerabil și apariția anxietății patologice. La baza anxietății stau structuri cerebrale precum amigdala și cortexul prefrontal și circuite dopaminergice și serotoninergice. Modalitatea de parenting are un rol important atât în mecanismul etiologic cât și în dezvoltarea strategiilor de coping ale copilului la stimuli anxiogeni.

Anxietatea diagnosticată de la vârste mici poate aduce după sine disfuncționalitate academică, vocatională sau socială. Investigarea factorilor și a mecanismelor care influențează această evoluție, este importantă pentru dezvoltarea unor programe de intervenție și prevenție.

Bibliografie


1. Ollendick, T.H. & Grills, A.E., Perceived Control, Family Environment, and the Etiology of Child Anxiety - Revisited, Behavior Therapy (2016), doi: 10.1016/j.beth.2016.01.00
2. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012
3. Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Separation anxiety. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.



4. Dobrescu I, Rad. F. Tulburări Anxioase la copil și adolescent” in „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – editia a 2-a revizuita”, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București ISBN 978-606-8003-41-2.
5. Spence, S. H., & Rapee, R. M., The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model, *Behaviour Research and Therapy* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
6. Mansson KN, Carlbring P, Frick A, et al. Altered neural correlates of affective processing after internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Res.* 2013;214:229–37.
7. Minkova L, Sladky R, Kranz GS, et al. Task-dependent modulation of amygdala connectivity in social anxiety disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2017; 262:39–46.
8. Fonso GA, Ramsawh HJ, Flagan TM, et al. Common and disorder-specific neural responses to emotional faces in generalised anxiety, social anxiety and panic disorders. *Br J Psychiatry.* 2015;206:206–15.
9. Lange I, Goossens L, Bakker J, et al. Functional neuroimaging of associative learning and generalization in specific phobia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2019;89:275–85.
10. Emdin CA, Odutayo A, Wong CX, Tran J, Hsiao AJ, Hunn BHM. Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *Am J Cardiol.* 2016 ; 118(4):511–9.
11. Jennings JR, Sheu LK, Kuan DC-H, Manuck SB, Gianaros PJ. Resting state connectivity of the medial prefrontal cortex covaries with individual differences in high-frequency heart rate variability. *Psychophysiology.* 2016 Apr;53(4):444–54.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern


**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**



12. Schmidt, N.B., Storey, J., Greenberg, B.D., Santiago, H.T., Li, Q., & Murphy, D.L. (2000). Evaluating gene X psychological risk factor effects in the pathogenesis of anxiety: A new model approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 308–320.
13. Williams, L.R., Degan, K.A., Perez-Edgar, K.E., Henderson, H.A., Rubin, K.H., Pine, D.S. et al. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Capitolul 4

Screeningul Tulburărilor de anxietate

Tulburările anxioase au consecințe negative asupra funcționării persoanei atât în mediul familial cât și educațional și social. De aici rezultă importanța identificării acestor tulburări în stadii precoce la copii și adolescenți prin utilizarea instrumentelor de screening de tipul chestionarelor. Identificarea în mediul educațional sau de către medicul de familie în stadii precoce a copiilor cu tulburări de anxietate creează premisele diminuării consecințelor acestor tulburări pe termen lung. Astfel informarea părinților, instruirea acestor în tehnici de gestionare a anxietății, includerea copilului într-un program de intervenție timpurie va preveni agravarea anxietății și consecințele negative ale acesteia asupra funcționării. De asemenea utilizarea instrumentelor de screening și identificarea simptomatologiei specifice tulburărilor anxioase va atrage atenția asupra unor dificultăți emoționale care deseori sunt ignorate în mediul familial sau școlar [1,2].

Una dintre cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală cu care se confruntă copiii și adolescenții este anxietatea. O categorie de copii experimentează simptomatologie anxioasă de intensitate subclinică, alți copii vor dezvolta un spectru de simptome care îi încadrează cu ușurință într-un diagnostic de Tulburare anxioasă. Cifrele din literatura de specialitate estimează că până la 10% dintre copii se pot confrunța cu o tulburare din spectrul anxietății la un moment dat în viața lor [3]. Fără evaluări precoce și instrumente adecvate care să măsoare nivelul anxietății la acești copii, nu se poate identifica problema și aceștia nu pot primi intervenția de care au nevoie. În acest scop au fost dezvoltate și validate pe populația pediatrică anumite chestionare/ instrumente folosite pe scară largă atât pentru screening cât și pentru diagnosticare. Chiar dacă interviurile psihiatrice structurate rămân în continuare cel mai bun instrument de care dispun profesioniștii din sistemul de sănătate mintală, aceste evaluări necesită în completare aplicarea unor chestionare de screening pentru a putea identifica aspectele psihopatologice către care să orientăm detaliat anamneza.



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

Academia Americană de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului recomandă efectuarea de rutină a screeningului pentru anxietate la orice copil sau adolescent care trece printr-o evaluare a sănătății mintale. Întrebările de screening ar trebui să fie formulate conform criteriilor de diagnostic DSM al Tulburărilor anxioase. Se recomandă obținerea informațiilor din mai multe surse, atât de la copil sau adolescent cât și de la adulți, părinte sau cadru didactic. Informațiile diferă în funcție de persoana interviuată. În majoritatea cazurilor copiii și adolescenții își identifică corect emoțiile și simptomele din sfera anxietății în timp ce adulții au tendința de a le subestima. Aceștia identifică rapid comportamentele indezirabile ale copilului sau adolescentului dar sunt mai puțin atenți la simptomele din sfera anxietății sau depresiei. În schimb adultul esteimează mai bine decât copilul sau adolescentul impactul pe care simptomele îl au asupra funcționării. Raportarea simptomelor de către copil poate fi afectată și de anxietatea lui de performanță și de dorința de a face pe plac adultului. Pentru copii cu vârsta peste 8 ani pot fi folosite pentru screeningul anxietății chestionare precum MASC și SCARED care vor fi prezentate mai jos. Pentru copilul mai mic instrumentele de screening se adresează părinților [1,2].

Dintre chestionarele de screening care pot fi utilizate în cabinetele de medicină generală dar și în cabinetele de medicină școlară menționăm:

Chestionarul de screening pentru tulburări emoționale corelate cu anxietatea - **Screen for Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)** –un chestionar dezvoltat de Birmaher și colaboratorii și care a suferit câteva revizii, este considerat ca fiind potrivit pentru screeningul Tulburărilor anxioase în populația generală. Subscalele acestui chestionar sunt corelate cu categoriile de diagnostic ale DSM: anxietatea de separare, anxietatea generalizată, fobia socială, tulburarea de panică, tulburarea obsesiv compulsivă, fobiile specifice și tulburarea de stress posttraumatic. Studiile din literatura de specialitate au demonstrat că SCARED este eficient în screeningul tulburărilor anxioase dar și în diferențierea între diferitele forme ale tulburărilor



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

anxioase precum și între acestea și alte tulburări de sănătate mintală. De asemenea SCARED s-a dovedit a fi eficient în măsurarea eficacității procesului terapeutic [4,5].

Majoritatea studiilor de metaanaliză care au investigat proprietățile psihometrice ale acestui instrument, au concluzionat că aplică criteriile explicite adaptabile cu ușurință oricărui copil/adolescent, indiferent de zona socio-culturală din care provine [6]. Chestionarul se aplică foarte ușor, timpul necesar pentru aplicare este de maxim 10 minute iar scorarea se poate face imediat, prin însumarea itemilor corespunzători fiecărei scale. Există două versiuni ale scalelor, una adaptată copilului și una pentru părinte. Există posibilitatea selectării uneia dintre cele trei variante de răspuns, acestea făcând referire la problematica anxioasă a copilului din ultimele 3 luni.

Un alt chestionar utilizat pentru screeningul Tulburărilor anxioase este Scala multidimensională pentru anxietate la copii – **Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)**. MASC este un chestionar care poate fi autoaplicat de către copii și adolescenți și care conține întrebări grupate în patru domenii: anxietatea socială, anxietatea de separare, comportamente de evitare și simptome somatice. MASC este considerat ca având o un grad de eficacitate crescut în identificare simptomelor specifice tulburărilor anxioase în vederea referirii ulterioare a copiilor și adolescenților cu scoruri semnificative spre procesul de diagnostic [7]. Acest instrument are versiuni adaptate atât copiilor cât și părinților, iar scorurile obținute la scorarea itemilor poate prezice gradul de severitate al diferitelor forme de anxietate, în vederea orientării pacientului pentru evaluări ulterioare și intervenție. Datorită aplicării rapide și a resurselor minime necesare scorării, MASC poate fi considerat un instrument eficient, cu costuri minime de investiții pentru discriminarea între diferitele forme de anxietate prezentă la copii și adolescenți [8].

În mediul școlar cel mai adesea copilul sau adolescentul cu anxietate și care prezintă simptome somatice se va prezenta frecvent la cabinetul de medicină școlară. De aceea este util screeningul tulburărilor anxioase în cabinetele de medicină școlară. Allison și colaboratorii propun



ca instrument de screening pentru a fi utilizat în cabinetele de medicină școlară instrumentul SCARED [9].

Prezentăm în continuare o serie de întrebări adaptate după Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version - K-SADS- PL (Kaufman et al, 1996) care urmăresc criteriile de diagnostic DSM și care pot fi utilizate pentru screeningul Tulburărilor anxioase [10]:

Atacul de panica	Ai avut uneori emoții înfricoșătoare care apăreau dintr-o dată fără un motiv anume? Cât au durat? La ce te gândeai? După ce ai avut primul atac ți-a fost teamă că o să se repete?
Anxietatea de separare	<p>Ți-a fost vreodată teamă că ceva rău se poate întâmpla cu tine (un accident, vei fi răpit, te vei pierde) și că nu îți vei mai vedea părinții? Cât de mult te îngrijorează acest lucru?</p> <p>Te-ai temut vreodată că ceva rău se poate întâmpla părinților tăi? Te-ai temut că te-ar putea părăsi? Cât de mult te îngrijorează aceste gânduri?</p> <p>A existat o perioadă în care ai fost forțat să mergi la școală? Ești îngrijorat în legătură cu mersul la școală? De ce te temi? De câte ori ai refuzat să mergi la școală sau ai plecat mai devreme de la școală?</p> <p>Îți este teamă să dormi singur? Îți este teamă să dormi în altă parte decât acasă?</p> <p>Ti-a fost frică atunci când nu ai fost în aceeași încăpere cu părinții tăi? Îți suni des părinții? Trebuie să știi în permanență unde sunt părinții tăi?</p>



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

<p>Anxietatea școlară/Refuzul școlar</p>	<p>A existat o perioadă în care ai fost forțat să mergi la școală? Ești îngrijorat în legătură cu mersul la școală? De ce te temi? De câte ori ai refuzat să mergi la școală sau ai plecat mai devreme de la școală?</p>
<p>Anxietatea socială</p>	<p>Simți un discomfort important atunci când te afli în prezența unor oameni din afara familieii tale? Te simți nervos sau incomfortabil în prezența profesorilor sau al colegilor? Dar în prezența copiilor cu care ești vecin?</p> <p>Când te afli în prezența unor persoane necunoscute poți să vorbești? Cât timp îți ia ca să te obișnuiești cu situația și sa poți conversa?</p> <p>Îți este greu să vorbești cu o persoană pe care nu o cunoști chiar dacă aceasta este un copil? Într-o astfel de situație te simți așa de speriat încât nu poți socate nici un cuvânt?</p> <p>S-a întâmplat să îți fie greu să răspunzi la întrebări în clasă, să vorbești în fața clasei? Să vorbești cu adulții sau cu copiii pe care nu-i cunoști foarte bine? Să faci cunoștiință cu copii noi? Să folosești baia școlii dacă sunt alți copii în apropiere? Să mănânci în fața altora? Te-au deranjat aceste dificultăți? Te-au facut să îți dorești să fii singur?</p>



<p>Fobii specifice</p>	<p>Ți-a fost teamă vreodată de moarte, să fi afară singur, sa traversezi un pod, să călătorești cu autobuzul, trenul sau mașina?</p> <p>Îți este teamă de câini, cai, insecte, lifturi, înălțime, întuneric, metrou sau orice alt lucru?</p> <p>Cat de speriat ai fost? Teama te-a împiedicat să faci anumite activități?</p>
<p>Agorafobia</p>	<p>Ți-a fost teamă să te afli în spații deschise sau în public singur? Ți-a fost teamă să mergi la mall sau în altă parte? Dar să te afli într-un autobuz sau tren?</p> <p>Cat de speriat ai fost? Teama te-a împiedicat să faci anumite activități?</p>
<p>Anxietatea generalizată</p>	<p>Te-ai îngrijorat cu privire la diverse evenimente înainte ca acestea să se întâmple? Crezi că te îngrijezi mai mult decât ceilalți copii de vârsta ta? Se întâmplă ca cei din jur să îți spună că arăți îngrijorat? De ce crezi că spun asta?</p> <p>Ai avut perioade în care să te simți foarte rău? Ai lipsit de la școală sau de la alte activități deoarece nu te simțeai bine? A existat o perioadă în care ai avut multe dureri, de cap, de stomac, ale membrelor? În ce moment al zilei se întâmplă mai des? Apr mai frecvent în zilele în care mergi la școală?</p> <p>Te îngrijezi cu privire la ce cred alte perosne despre tine? Te gândești mult la ceea ce vrei să spui într-</p>



	<p>o situație înainte de aspune? Te îngrijorează faptul că alte persoane ar putea crede că nu ești inteligent?</p> <p>Te simți în permanența tensionat? Ca și cum nu te poți relaxa? Te simți așa de nervos încât nu te poți relaxa?</p> <p>Ai nevoie să te miști în permanență?</p>
--	--

Tabel 1 – screeningul tulburărilor anxioase adaptat după Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version - K-SADS- PL (Kaufman et al, 1996)

K-SADS este un interviu semistructurat, care a înregistrat mai multe versiuni de-a lungul anilor pe măsură ce s-au adaptat criteriile de diagnostic. K-SADS-PL este utilizat pentru identificarea tulburărilor afective și psihotice la copii și adolescenți, aliniindu-se cu criteriile de diagnostic pentru Tulburările Depresive, Tulburarea Afectivă Bipolară, Tulburările psihotice și Schizoafective, Tulburările Anxioase, ADHD, Tulburări de Conduită, Anorexie Nervoașă, Bulimie și Tulburarea de stres posttraumatică. Aplicarea interviului durează în jur de 60 de minute, majoritatea itemilor fiind scorați cu puncte între 0 și 3:

- 0: nu sunt disponibile informații
- 1: fără simptome din spectrul respectiv
- 2: simptome prezente la nivel subclinic
- 3: prezența simptomelor.

Exceptând instrumentele detaliate anterior, literatura de specialitate citează și alte chestionare de screening adresate copiilor și adolescenților, care pot fi folosite de clinicieni dar pot fi și autoaplicabile:

- TAICA (The Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents)- test aplicabil copiilor cu vârstă minimă școlară, ce cuprinde 45 de itemi de autoraportare, corelați cu criteriile simptomatice din mai multe domenii (probleme comportamentale, “hiperarousal”, îngrijorări, dificultăți sociale) [11].

- THE SPENCE CHILDREN’S ANXIETY SCALE (SCAS)- 3 variante:



1. Varianta pentru preșcolari- conține 28 de itemi aplicabili părintelui care trebuie sa raporteze frecvența cu care se aplică itemul respectiv copilului său
2. Varianta pentru copil - 44 de itemi aplicabili copiilor într-un interval de 10 minute, 38 dintre aceștia reflectă simptome specifice de anxietate iar 6 sunt necorelate cu simptomatologia, pentru reducerea biasării răspunsurilor. Autorii recomandă aplicarea atât în scop de prevenție/ screening în comunitate, cât și pentru diferențierea severității simptomelor și monitorizarea eficienței intervențiilor.
3. Varianta pentru părinți- 38 de itemi aparținând celor 6 subscale ce investighează aspecte specifice ale diferitelor tulburări anxioase [12].


- GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder- 7) - Chestionar autoaplicabil ce cuprinde 7 itemi ce investighează simptomatologia anxioasă dezvoltată în ultimele 2 săptămâni. Deși nu face distincția între diferitele tipuri de tulburări anxioase, studiile raportează un grad de senzitivitate și specificitate înalt pentru acest instrument [13].

Bibliografie

14. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
15. Sucheta D. Connolly, Gail A. Bernstein, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 46, Issue 2, 2007, Pages 267-283,ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246070.23695.06>.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**


 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

16. Muris P, Mannens J, Peters L, Meesters C (2017) The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *J Anxiety Disorders* 51:72–8.
17. Simon, E., Bögels, S.M. Screening for anxiety disorders in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18, 625–634 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0023-x>
18. Muris, P., Dreessen, L., Bögels, S., Weckx, M. and van Melick, M. (2004), A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 813-820.
19. Burstein M, He JP, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S, Merikangas KR. Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(9):870–80.
20. Chiaying Wei, Alexandra Hoff et al. Assessing Anxiety in Youth with the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014 ; 43(4): 566–578.
21. van Gastel, W. and Ferdinand, R.F. (2008), Screening capacity of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) for DSM-IV anxiety disorders. *Depress. Anxiety*, 25: 1046-1052. <https://doi.org/10.1002/da.20452>
22. Allison VL, Nativio DG, Mitchell AM, Ren D, Yuhasz J. Identifying Symptoms of Depression and Anxiety in Students in the School Setting. *The Journal of School Nursing*. 2014;30(3):165-172. doi:10.1177/1059840513500076
23. Kaufman J, Bismaher B, Brent DA, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997, 36: 980-988. 10.1097/00004583-199707000-00021.
24. Lowe P, Lee S, Wiiteborg K. The Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents (TAICA): Examination of the Psychometric Properties of a New Multidimensional



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Measure of Test Anxiety Among Elementary and Secondary School Students. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2007, 26 (3): 215-230.

25. Essau CA, Muris P, Ederer EM. Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2002;33 (1): 1–18.
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097.



Capitolul 5

Cum și cine stabilește diagnosticul Tulburărilor de anxietate la copil și adolescent

Stabilirea diagnosticului de Tulburare anxioasă se bazează pe **evaluarea clinică psihiatrică** la care se adaugă **evaluarea psihologică**, aplicarea unor scale și chestionare precum și **observarea comportamentului** copilului sau adolescentului [1,2,3].

Ca și în cazul altor tulburări de sănătate mintală este obligatoriu și în acest caz efectuarea diagnosticului diferențial cu scopul de a identifica orice manifestare organică care ar putea explica acuzele somatice atât de frecvente la acești copii:

- acuzele cardiovasculare: palpitații, tremor, transpirații, paliditate;
- respiratorii: tahipneea, senzația de sufocare;
- gastrointestinale: diareea, vărsături, dureri abdominale;
- tulburări cutanate: eritem, parestezii, transpirații;
- alte acuze: spasme musculare, crampe, cefalee, insomnie, coșmaruri, prurit, etc [1,2,3].

I. Prima etapă a diagnosticului diferențial: cu toate **tulburările organice și neurologice** care pot fi însoțite de anxietate marcată și atacuri de panică:

- **Epilepsia:** atacurile de panică pot fi confundate uneori cu crizele vegetative. EEG-ul poate tranșa diagnosticul;
- **Tumorile frontale** se însoțesc adesea de tulburări emoționale și de apariția anxietății;
- **Stările post traumatisme cranio-cerebrale;**
- **Parazitozele:** pot să modifice comportamentul copilului;
- **Psihoze organice:** toxice, infecțioase, care pot debuta cu manifestări fobice și anxioase; intoxicația acută cu cafeină la copil;
- **Hipoglicemia;**



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- **Hipertiroidismul;**
- **Aritmiile cardiace;**
- **Feocromocitomul;**
- **Reacții adverse la unele medicamente.**

Toate aceste suspiciuni de diagnostic vor fi înlăturate pe baza datelor de anamneză și a datelor de laborator.

II. A doua etapă a diagnosticului diferențial: vizează toate **tulburările psihice** ce se pot însoți de tulburări anxioase:

- **Pavorul nocturn;**
- **Debutul psihotic;**
- **Tulburarea reactivă de atașament;**
- **Tulburările depresive;**
- **Tulburările de învățare;**
- **Întârzierea mintală;**
- **Tulburările de adaptare;**
- **Tulburările de somatizare.**
- **Deficitul de Atentie se asociază frecvent cu Anxietatea**

III. A treia etapă de diagnostic se face în cadrul Tulburărilor anxioase. Se vor stabili și tulburările comorbide prezente.

De altfel deseori copiii și adolescenții cu diverse tulburări anxioase sunt inițial evaluați în cabinetele de medicină școlară, ale medicilor de familie sau pediatrilor pentru diversele acuze somatice pe care aceștia le prezintă în contextul expunerii la stimulul anxiogen. Ulterior, după



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants


excluderea afecțiunilor organice, aceștia sunt referiți serviciilor de psihiatrie pediatrică sau de psihologie [1,2,3].

Interviul clinic va evidenția simptomatologia specifică fiecărei tulburări în parte. Se vor urmări:

- Simptomele specifice la nivel emotional și comportamental așa cum sunt ele relatate de către pacient și părinți. Pentru fiecare tulburare anxioasă se vor formula întrebări specifice conform criteriilor de diagnostic. Spre exemplu în cazul Anxietății de separare putem formula întrebări precum: Te simți îngrijorat atunci când trebuie să pleci de lângă mama? Ce crezi că s-ar putea întâmpla în lipsa ta? La ce te gândești atunci când te pregătești să pleci de acasă? Ce faci ca să te liniștești? De cât timp ai aceste emoții?
- Gradul de afectare a funcționării – vom evalua cât de mult influențează prezența simptomelor activitatea zilnică a copilului sau adolescentului. Ne interesează atât performanța școlară cât și relațiile de prietenie, relațiile intrafamiliale și activitățile extrașcolare în care copilul era implicat [1,2,3].
- **Observarea comportamentului** copilului de-a lungul evaluării va obiectiva semnele de anxietate, incluzând: tensiunea musculară, hiperactivitate, insomnie, modificări ale apetitului, gradul de autonomie, dificultăți de separare față de persoana de atașament, evitarea situațiilor anxiogene. Toate aceste semne pot fi prezente și în momentul evaluării, de cele mai multe ori copilul sau adolescentul fiind inițial inconfortabil cu situația de evaluare. Atunci când anxietatea este intensă chiar și discuțiile despre situațiile anxiogene pot produce un disconfort maxim pacientului, manifestat prin simptomele de mai sus [1,2,3].
- Comunicarea anxietății prin joc și desen. Tehnicile de joc pot fi folosite pentru a înțelege fricile copilului și motivele anxietății, la fel ca și desenul. Prin aceste



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

tehnici proiective copilul poate fi expus in vitro la stimulii anxiogeni și astfel putem explora modalitatea lui de a reacționa [1,2,3].

Informațiile necesare vor fi solicitate atât de la copil /adolescent cât și de la părinți. Atunci când identificăm simptomele, cel mai bun informator este copilul, în schimb atunci când dorim să evaluăm impactul simptomelor asupra vieții cel mai bun informator este considerat părintele. Informațiile colectate vor fi integrate de către evaluator [1,2,3].

Evaluarea familiei cu focusare pe comportamentul/atitudinea familiei și a relațiilor intrafamiliale este de asemenea o etapă importantă. Vom evalua modalitatea de răspuns a familiei la comportamentele copilului. De exemplu atitudinea hiperprotectoare a părintelui poate încuraja comportamentul evitant al copilului împiedicând expunerea acestuia la stimulii anxiogeni. Chiar dacă pe termen scurt copilul se simte în siguranță prin evitare și protecția părintelui, pe termen lung anxietatea lui se accentuează. Și atitudinile hipercritice sau punitive ale părintelui sunt considerate ca fiind nepotrivite cu consecințe negative asupra stimei de sine și a capacității copilului de a gestiona emoțiile negative [1,2,3].


O etapă importantă a evaluării constă în **obținerea de informații de la școală** prin contact cu personalul școlii. Cadrelor didactice sau consilierului școlar li se pot trimite interviuri semistructurate sau chestionare sau aceștia pot elabora caracterizări ale copilului care să privească:

- Comportamentul copilului în mediul școlar
- Relațiile cu cadrele didactice
- Relații cu ceilalți copii, abilitățile sociale, implicarea în grup
- Modalitatea de a reacționa atunci când este examinat
- Patternul frecvenței școlare [1,2,3].

Pot fi aplicate o serie de **interviuri structurate și semistructurate** pentru anxietate și diagnosticele asociate care pot fi folosite pentru instrumentarea diagnosticului. Aceste interviuri



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

includ mai multe întrebări care urmăresc criteriile de diagnostic DSM sau ICD. Dintre acestea enumerăm:

- **Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)** - este un interviu semistrukturat care a fost dezvoltat de Dr. Joan Kaufman, Dr. Boris Birmaher, Dr. David Brent, Dr. Uma Rao, și Dr. Neal Ryan în 1996. Scopul acestui interviu semistrukturat este de a evalua episoadele psihopatologice curente și cele de-a lungul vieții conform criteriilor de diagnostic DSM. Principalele tulburări evaluate sunt: Depresia majoră, Distimia, Mania, Hipoamania, Ciclotimia, Tulburarea bipolară, Tulburarea schizoafectivă, Shizofrenia, Tulburarea schizofreniformă, Episodul psihotic acut, Tulburarea de panică cu sau fără agorafobie, Anxietatea de separare, Tulburarea evitantă a copilăriei și adolescenței, Fobia simplă, Fobia socială, Anxietatea generalizată, Tulburarea obsesiv compulsivă, ADHD, Tulburarea de conduită, Tulburarea de opoziție, Enurezis, Encoprezis, Anorexia nervoasă, Bulimia nervoasă, Ticurile tranzitorii și cronice, Tulburarea Tourette, Abuzul de alcool, Abuzul de substanțe, Tulburarea de stres posttraumatic [1,4,5].
- **Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)** – este un instrument de diagnostic structurat cu ajutorul căruia pot fi evaluate 34 tulburări psice la copii și adolescenți conform criteriilor de diagnostic DSM. Se recomandă efectuarea unui training înainte de aplicarea acestuia. Cuprinde module pentru Tulburările anxioase, Tulburările de alimentație, Ticuri, Tricotilomanie, Tulburări de dispoziție, Schizofrenie, Tulburări de comportament, Consum de substanțe [1,6]
- **Anxiety Disorders Interview for Children (ADIS-C)** – este un interviu semistrukturat dezvoltat de Silverman și Albano (1996) se focusează pe evaluarea tulburărilor anxioase conform criteriilor de diagnostic DSM pe baza informațiilor primite de la copil și părinți [1,7].
- **Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)** – dezvoltat de Egger și colaboratorii (2006) poate fi folosit și la copiii mici. Este un interviu structurat care vizează doar



informații de la părinte privind emoțiile și comportamentul copilului. A fost dezvoltat inițial pentru a fi aplicat copiilor preșcolari dar poate fi folosit între 2 și 8 ani [1,8].

- The structured Clinical Interview for DSM-IV, Childhood Diagnoses (**KID – SCID**) care există și în limba română a fost dezvoltat în 1993 de către Dr. Fred Mantzer în colaborare cu un grup de cercetători de la Biometrics Research. KID-SCID este destinat spre a fi administrat de către clinicieni specializați în sănătate mintală și permite diagnosticarea unor tulburări psihiatrice generale și pediatrice în conformitate cu DSM-IV. **Setul conține module de interviu diagnostic pentru fiecare dintre următoarele tulburări:** Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective și Psihotice, Tulburările Afective și Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu Alcoolul și Substanțele, Tulburările de Adaptare [4,9].

În tabelul următor au fost sumarizate alte instrumente de diagnostic raportate de literatura de specialitate ca fiind valide pentru evaluarea Tulburărilor anxioase la copii și adolescenți:

INSTRUMENT	DESCRIERE	APLICARE	VÂRSTĂ	REFERINȚE
------------	-----------	----------	--------	-----------



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

NIMHDISC-IV (NIHM Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV)	- interviu structurat - se aliniază criteriilor de diagnostic DSM - evaluează tulburările psihiatrice de axa I	- autoaplicabil	6-17 ani	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Schwab-Stone (2000)
DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents)	- interviu structurat	- autoaplicabil - Variante pentru părinți și copii	6-17 ani	Welner et al (1987)
CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment)	- evaluează funcționalitatea pe domenii de activitate	- autoaplicabil - Variante pentru părinți și copii	8+	Angold & Costello (2000)
CSA (Children's Assessment Schedule)	- interviu semistrukturat	- autoaplicabil	6-17 ani	Hodges et al (1982)
CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	- evaluare standardizată a simptomelor din spectrul a 48 de tulburări psihiatrice în concordanță cu criteriile ICD-10	- autoaplicabil	14+	Wittchen & Pfister (1997)



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

În cazul acestor interviuri informațiile vor fi obținute atât de la copil sau adolescent cât și de la părinte. Ulterior judecata clinică și experiența clinicianului vor fi folosite pentru a stabili cum vor fi interpretate informațiile. Deseori copiii cu tulburări anxioase au tendința de a “face impresie bună”, respectiv datorită anxietății vor avea tendința de a da răspunsurile care cred ca se așteaptă de la ei. Deseori și părinții pot exagera datorită temerilor lor simptomatologia copilului. De aceea examinatorul trebuie să culegă suficiente date care să-l ajute în stabilirea intensității simptomelor și a gradului de afectare [1,4].

Au fost dezvoltate de asemenea o serie de **chestionare** care evaluează severitatea tulburărilor anxioase. Acestea pot fi folosite la copii cu vârste peste 8 ani și la adolescenți. La adolescenți de asemenea pot fi folosite chestionare destinate populației adulte.

Dintre aceste chestionare amintim SCARED (Screen for Anxiety and Related Disorders) și MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children) care au fost descrise în capitolului de Screening [1]. Pentru copiii preșcolari a fost dezvoltat PAS-R (Preschool Anxiety Scale, Revised) de către Spence et al (2001). Acest chestionar se bazează pe raportările părinților și s-a dovedit a foarte util pentru identificarea anxietății generalizate, a fobiei sociale, a anxietății de separare și a fobiilor specifice la copii cu vârste cuprinse între 3 și 5 ani conform criteriilor DSM [1,10].

Pentru orientarea intervențiilor psihoterapice către domeniile de viață cele mai disfuncționale ale copilului, au fost concepute instrumente de evaluare care cuantifică afectarea funcționalității pe diverse arii de activitate. Unul dintre aceste instrumente este Child Anxiety Life Interference Scale (**CALIS**). Acest chestionar este autoadministrat și evaluează interferența simptomatologiei anxioase cu diverse activități de viață ale copilului și ale părinților. Scala adresată copilului evaluează modul prin care acesta evaluează afectarea diverselor domenii de viață. Cei 16 itemi adresați părinților evaluează atât simptomatologia anxioasă a copilului cât și modul în care aceasta afectează funcționalitatea vieții părinților pe diverse domenii de activitate.



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland 
Liechtenstein
Norway grants

Scala evaluează funcționalitatea copilului în mediul academic, social și familial, putându-se orienta mai precis tehnicile comportamentale în mediul în care copilul prezintă cele mai mari dificultăți [11].

Toate aceste interviuri, scale și chestionare competează interviul clinic și observarea comportamentului copilului în vederea stabilirii diagnosticului de Tulburare anxioasă. De asemenea evaluare psihiatrică și psihologică creează premisele intervenției terapeutice [1,2,3].

Deși Tulburările anxioase și Tulburările depresive sunt considerate de manualele de diagnostic două entități separate, considerăm important de specificat faptul că evaluarea pacientului trebuie să aibă în vedere și identificarea elementelor depresive, date fiind ratele comorbiditate din literatura de specialitate (până la 63% dintre pacienții pediatrici prezintă suprapuse elemente anxioase și depresive) [12]. Deși “depresia anxioasă” nu este o entitate diagnostică cu criterii aplicabile conform DSM-5, comorbiditatea acestor tulburări are caracteristici clinice particulare, precum răspunsul scăzut la tratament sau ratele nefavorabile de remisie. Considerăm importantă înțelegerea acestui concept diagnostic pentru prognosticul evoluției simptomatologiei și alegerea unei strategii de intervenție individualizată. Pentru majoritatea pacienților incluși în studii, simptomatologia anxioasă s-a instalat anterior dezvoltării elementelor depresive, iar în cazul acestor pacienți simptomatologia și afectarea funcționalității au fost mult mai severe. Vârsta la diagnosticare și vârsta de instalare a simptomelor sunt factori care pot ajuta înțelegerea legăturii dintre cele două tulburări. Putem concluziona astfel că pe măsura ce un copil cu anxietate înaintea în vârstă, crește posibilitatea ca acesta să dezvolte și depresie. Astfel anxietatea poate fi considerată un factor de risc sau un precursor al depresiei [13].

Ultimele studii prezic în viitorul apropiat **necesitatea dublării evaluării clinice și psihologice de evaluarea paraclinică a anumitor indicatori biologici** pentru un diagnostic, prognostic și o predicție mult mai acurate, pentru a identifica pacienții cu răspuns favorabil/nefavorabil la intervențiile farmacologice și psihoterapice.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

În ultimii ani, din ce în ce mai multe studii cercetează necesitatea identificării unor markeri biologici și clinici, în vederea diferențierii diferitelor tipuri de tulburări anxioase. Un biomarker este o caracteristică obiectivă măsurabilă, ce poate fi folosită ca un indicator pentru procese biologice normale sau patologice, sau ca metodă de măsurare a răspunsului biologic la anumite tratamente. Ultimele cercetări sugerează că și tulburările de sănătate mintală pot fi clasificate în funcție de markeri obiectivi, aceștia putând clarifica etiologia acestora, pot confirma diagnosticul, pot identifica indivizii la risc și pot determina gradul de severitate sau evoluția stării pacientului. Folosirea acestor markeri, poate ajuta în viitor la inițierea tratamentelor personalizate, putând prezice cursul, perioada și răspunsul clinic al pacientului la intervenție.

În cele ce urmează vom reda markerii propuși în literatura de specialitate pentru diferitele tipuri de tulburări anxioase:

Tulburarea de panică

- evaluarea imagistică atât din punct de vedere structural cât și funcțional a amigdalei, hipocampului, a cortexului prefrontal dorsomedial [14]
- a fost sugerată evaluarea fluxului cerebral în zona cortexului occipital stâng și a nivelurilor de serotonină (5-HT), având în vedere că la pacienții cu atacuri de panică au fost identificate niveluri crescute ale fluxului cerebral și niveluri plasmatică scăzute de 5-HT față de loturile de control [15]
- studiul lui Gottschalk din 2016, a demonstrat că niveluri serice crescute de tetranectină și creatinkinaze (CK/CKMB) pot indica gradul de severitate al tulburării, fiind corelate cu dezvoltarea unor episoade depresive adiționale pe o perioadă de 2 ani de la diagnosticarea Tulburării de panică [16]
- studiile genetice sugerează ca posibil biomarker gena Monoaminooxidaza A (MAOA) fiind corelată cu neurotransmisia scăzută a 5-HT [15].

Tulburarea de anxietate generalizată

- evaluarea modificărilor structurale la nivelul amigdalei, hipocampului, cortexului prefrontal dorsolateral și a ganglionilor bazali, poate fi folosită ca și biomarker deoarece majoritatea studiilor



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

au demonstrat modificări anatomice și diferențe semnificative la nivelul volumului materiei albe și cenușii la pacienții cu anxietate generalizată comparativ cu subiecții sănătoși [14]

- studiile genetice propun evaluarea factorului BDNF, a genei catecol-O-metiltransferazei și a alelei MAOA 9413 ca și posibili biomarkeri [17]

- evaluarea endocrinologică a axului adreno-hipotalamo-hipofizar prin determinarea nivelurilor de cortizol matinal [18]

Fobiile specifice

- evaluarea imagistică atât din punct de vedere structural cât și funcțional a amigdalei, hipocampului și a insulei. Volumul cerebral scăzut la nivel amigdalian și hipocampic precum și variațiile nivelului de oxitocină sunt corelate cu afectare severă a tulburării și cu asociere a simptomelor depresive [19]


- evaluarea fluxului sangvin cerebral la nivelul cortexului temporal stâng în zona antero-laterală este propusă ca și marker paraclinic mai ales la pacienții care nu răspund la tratamentul cu inhibitori de recaptare a serotoninei [20]

Bibliografie:

1. Rapee RM. (2012) Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**


 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) – Practice Parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(Suppl): 085S-121S.
3. Dobrescu I, Rad. F. (2016) Tulburări Anxioase la copil și adolescent” in „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – editia a 2-a revizuita”, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București ISBN 978-606-8003-41-2.
4. Dobrescu I, Rad F., Nedelcu M.C., Tudorache E. (2016) „Evaluarea clinică și psihologică a copilului și adolescentului” in „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – editia a 2-a revizuita”, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București ISBN 978-606-8003-41-2.
5. Department of Psychiatry of the University of Pittsburgh (2007) - Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Available at <http://www.wpic.pitt.edu/ksads/default.htm>, accessed 25 April 2010.
6. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab (2000) - Stone ME NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jan; 39(1):28-38.
7. Silverman W. K., & Albano A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM–IV—Child and parent versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
8. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-Retest Reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 ;45(5):538-549. doi: 10.1097/01.chi.0000205705.71194.b8. PMID: 16601400.
9. **International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health (2007)** - Instrumente de Evaluare Clinică. Available at www.psychotherapy.ro, accessed on 30 Jan 2010
10. Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293–1316.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

11. Lyneham HJ, Sbulati E, Abbott M, Rapee R .Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*. 2013, 27, 711-719.
12. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*. 2011;72(3):341–8.
13. Klein DN, Glenn CR, Kosty DB, Seeley JR, Rohde P, Lewinsohn PM. Predictors of first lifetime onset of major depressive disorder in young adulthood. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(1):1–6.
14. O’Sullivan K, Newman EF. Neuropsychological impairments in panic disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2014;167:268–84.
15. Maron E, Lang A, Tasa G, Liivlaid L, Toru I, Must A, et al. Associations between serotonin-related gene polymorphisms and panic disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005;8(2):261–6.
16. Gottschalk MG, Cooper JD, Chan MK, Bot M, Penninx BWJH, Bahn S. Serum biomarkers predictive of depressive episodes in panic disorder. *J Psychiatr Res*. 2016;73:53–62
17. Maron E, Nutt D. Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):147–58.
18. Vreeburg SA, Zitman FG, van Pelt J, Derijk RH, Verhagen JC, van Dyck R, et al. Salivary cortisol levels in persons with and without different anxiety disorders. *Psychosom Med*. 2010;72(4):340–7.
19. Linares IM, Trzesniak C, Chagas MH, Hallak JE, Nardi AE, Crippa JA. Neuroimaging in specific phobia disorder: a systematic review of the literature. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:101–11
20. Van der Linden G, van Heerden B, Warwick J, Wessels C, van Kradenburg J, Zungu-Dirwayi N, et al. Functional brain imaging and pharmacotherapy in social phobia: single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2000;24:419–38



Capitolul 6

Abordarea terapeutică a tulburărilor de anxietate

Abordarea terapeutică a tulburărilor anxioase se bazează pe un model multimodal care cuprinde:

- **psihoeucația** incluzând managementul anxietății și fobiilor copilului prin atitudini corecte și suportive ale părinților;
- **tehnici de intervenție psihoterapeutică de tip cognitiv comportamental:**
 - terapie individuală
 - terapie de grup;
 - terapie familială
- **intervenție farmacologică** [1,2,3].


Programele terapeutice recomandate în cazul Tulburărilor anxioase se bazează pe tehnicile cognitiv comportamentale. Acestea se bazează pe abilitarea copilului în tehnici de gestionare a anxietății. La rândul lui părintele este și el instruit în tehnici cognitiv comportamentale astfel încât să poată susține copilul în aplicarea tehnicilor învățate pentru controlul anxietății.

Dintre tehnicile folosite enumerăm:

- Psihoeucația
- Relaxarea



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- Expunere in vivo sau imaginara
- Managementul consecințelor
- Trainingul părinților
- Restructurare cognitivă
- Tehnici de abilitare a interacțiunii sociale și de creștere a asertivității [1,3, 4,5,6].

Programul terapeutic poate fi individual dar sunt utile și tehnicile de grup. James și colaboratorii consideră că 50-60% dintre copiii și adolescenții care au participat la un program de 8-15 săptămâni, cu o frecvență 1-2 ori pe săptămână sunt considerați recuperați. La aproximativ 70% dintre aceștia rezultatele se mențin după 12 luni de la terminarea programului terapeutic [1,2,3].

Psihoeducația: este un capitol important în procesul de terapie și vizează informarea copilului/adolescentului și familiei cu privire la tulburarea diagnosticată. Vor fi furnizate informații despre simptome, cauzele acestora, metodele terapeutice, evoluție. Este important să folosim un limbaj cât mai clar astfel, pe înțelesul copilului și familiei. folosindu-ne de exemple din viața reală. În această etapă vom porni de la explicarea emoțiilor fizilogice, anxietatea fiind o exacerbare a unui fenomen natural. Înțelegerea tulburării este o etapă esențială a demersului terapeutic, asigurând o mai bună compianța la terapie. Pot fi oferite copilului/adolescentului și familiei materiale informativ [1,2,3].

Prezentăm, mai jos un model de psihoeducație care poate fi folosit pentru copiii și adolescenți, adaptat după Dawn Haebner:

- Ce este o grija? O grijă poate fi un gând specific (dacă voi lua o notă mică?) sau ceva mai general precum o senzație de neliniște (senzație neplăcută înainte de școală). Grijiile pot fi onisnuite sau uneori fără sens. Chiar dacă pentru ceilalți nu este justificată pentru cel care o simte pare reală și foarte neplăcută. Uneori grijiile se risipesc după un gest frumos, alteori ele persistă,



durează mai mult timp și creează un discomfort important, caz în care ele nu pot fi alungate cu ușurință.

- Cum apar grijile? O grijă poate să apară atunci când se întâmplă ceva neplăcut (copilului trece printr-un eveniment înfricoșător, trist sau doar aude despre astfel de evenimente și crede că și lui i se poate întâmpla). După un astfel de eveniment este firesc ca o perioadă de timp să fim triști dar după o perioadă de timp în mod obișnuit ne vom consola. Există însă și copiii care chiar dacă se străduiesc nu pot opri îngrijorările.

- Din ce cauză unii copii se îngrijorează mai mult? E posibil ca și alți membri ai familiei să obișnuiască să se îngrijoreze. Copiii se pot naște cu acest fel de a fi (temperament) așa cumt se nasc cu o anumită culoare a ochilor.

- Grijile sunt doar în mintea mea? Chiar dacă gândurile sunt cele care stau la bază grijilor nici corpul nu se simte foarte bine. Datorită grijilor poți să ai o senzație de rău, dureri de burtă, dureri de cap, să tremori sau să te simți amețit, să ai grețuri, vărsături sau diaree. Atunci când ești consultat de un medic pediatru, acesta nu va identifica o cauză pentru aceste simptome care însă pot fi supărătoare.

- Ce alte probleme determină grijile? Datorită grijilor este posibil să nu poți face aceleași lucruri ca și prietenii tăi. Pot să apară comportamente de evitare: nu poți dormi la un prieten, nu poți pleca în tabără, nu dormi singur sau nu mai mergi la școală. Părinții devin supărați și se enervează pentru că întrebi de foarte multe ori aceleași lucruri datorită nevoii de reasigurare. Iar profesorii devin frustrați atunci când soliciți zilnic să fii consultat la cabinetul medical [4].

Intervenția propriu-zisă are drept obiectiv reducerea anxietății și vizează atât copilul/adolescentul cât și familia.

În cazul copilului vor fi vizate următoarele aspecte:

- controlul îngrijorărilor,
- exerciții de relaxare,



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

- flexibilizarea cognitivă prin modificarea distorsiunilor cognitive,
- identificarea comportamentelor de asigurare și reducerea lor,
- expunerea la situațiile care generează anxietate
- dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională, învățarea relației frică – evitare, frică – anxietate [4,5,6].

Prezentăm în continuare câteva tehnici care pot fi utilizate:

1. Conștientizarea îngrijorărilor: Atunci când ești îngrijorat este important să pui în cuvinte acea îngrijorare. Copilul este încurajat să alcătuiască o listă a îngrijorărilor care va fi ulterior discutată cu acesta.
2. Identificarea comportamentelor generate de îngrijorări:
 - a. Externe – ceea ce faci ca să îți distragi atenția de la îngrijorări
 - b. Interne – te îngrijorezi și mai mult

Comportamentele de multe ori sunt folosite pentru a scădea intensitatea îngrijorărilor dar de fapt ele vor împiedica gestionarea lor corectă. Ca urmare în terapie copilul va exersa amânarea progresivă a efectuării acestor comportamente până la eliminarea lor completă.

3. Îngrijorarea eficientă – copilul va fi ajutat să învețe la ce tip de îngrijorări să fie atent (de exemplu cele care pot fi plauzibile și pe care le pot rezolva printr-o acțiune concretă:) și pe care să le ignore.
4. Mai puțin timp pentru griji: cu cât vom alica mai mult timp grijilor cu atât ele vor fi mai importante. De aceea este indicat să stabilim un „Timp pentru griji” care să nu depășească 15 minute pe zi. În acest timp poți să vorbești cu părinții despre toate grijile pe care le ai. Dar nu vom discuta despre ele în afara acestui timp special. Atunci când o grijă apare în afara timpului pentru griji o vom închide într-un „cufăr” și o să o lași acolo până când vine „timpul pentru griji”. Părinții vor răspunde la întrebări legate de griji doar în cadrul acestui timp. Inițial va fi greu, dar cu cât alocăm mai mult timp grijilor cu atât ele vor crește. Treptat grijile se vor estompa iar acest timp va deveni timp pentru discuții.



5. Expunerea la factorii anxiogeni – copilul/adolescentul va exersa in vivo sau imaginar expunerea treptată la factorii care-i provoacă anxietate cu evitarea comportamentelor de evitare. Părinții pot fi implicați în această activitate. Chiar dacă inițial anxietatea crește foarte mult treptat copilul o tolerează și va scădea în timp.

6. Înfruntarea grijilor – atunci când grijile revin chiar dacă folosim tehnicile învățate copilul le poate înfrunța. Prin tehnici de imagerie își poate imagina grija ca pe un inamic sau monstru care are ca și obiectiv să îl necăjească. Așa că o să învețe să-și folosească furia ca să le alunge.

7. Tehnici de relaxare – atunci când grijile sunt foarte intense sau în cazul atacurilor de panică copilul va fi învățat să folosească tehnici de relaxare bazate pe respirație sau pe imaginarea unui loc în care s-a simțit bine anterior. De asemenea activitățile fizice preferate de copil pot fi folosite atunci când cresc îngrijorările [4,5,6].

Părinții vor fi implicați și în procesul de terapie. Astfel părinților li se vor explica:

- comportamentele copilului și natura lor neintenționată
- cum să-și modifice propriul comportament – deseori părinții copiilor anxioși au un stil parental hiperprotectiv care întărește anxietatea
- nevoia de expunere la situațiile anxiogene, singurul mod prin care poți depăși anxietatea fiind tăirea și nu evitarea acesteia
- este necesară descurajarea copilului în activitatea de a căuta reasigurări și reducerea reasigurărilor pe care părintele le oferă. Copilul va fi încurajat de părinte să discute despre griji doar în timpul pentru griji și nu în orice moment al zilei
- rolul lui este de a ajuta copilul să gestioneze situațiile de incertitudine
- nevoia de a valoriza reușitele copilului [4,5,6].

Intervenția farmacologică

Formele ușoare ale tulburărilor anxioase nu necesită tratament medicamentos. Intervenția farmacologică este indicată în cazurile în care există afectare semnificativă a calității vieții sau există complicații/comorbidități (depresie secundară, ideatie suicidară sau abuz de substanțe).



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Majoritar, pacienții cu anxietate pot fi tratați în serviciile de tip ambulator de specialitate. În cazurile cu suicidalitate, neresponsivitate/necomplianță la tratamentul standard, comorbidități semnificative (depresie majoră, tulburări de personalitate), este indicată spitalizarea.

În managementul farmacologic al tulburărilor de anxietate medicația antidepresivă de tip inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) se consideră prima linie de tratament. Cercetările din literatura de specialitate au dovedit eficacitatea acestora în tratamentul tulburărilor anxioase. Tratamentul va fi prescris atunci când severitatea simptomelor o impune, în doze adecvate pe kilogram corp și cu monitorizarea eventualelor efecte secundare. Este necesar de asemenea tratamentul afecțiunilor comorbide [1,2,3].


ISRS este medicația de elecție în cazul simptomelor moderate/severe, în cazul în care disfuncționalitatea face dificilă participarea la ședințele de psihoterapie, sau tehnicile psihoterapice furnizează un răspuns parțial de ameliorare.

Studiile randomizate placebo-controlate bazate pe farmacoterapia tulburărilor anxioase la copii și adolescenți, au demonstrat eficacitatea sertralinei, fluoxetinei și duloxetinei la cei cu Tulburare anxioasă generalizată, a venlafaxinei și paroxetinei în cazul fobicilor, și a sertralinei, fluvoxaminei și fluoxetinei la toate loturile de pacienți cu anxietate de separare, fobii sau anxietate generalizată [7]. Dublarea terapiei cognitiv comportamentale de tratament cu sertralină s-a dovedit mult mai eficace decât intervențiile aplicate separat la toți pacienții pediatrici cu tulburări anxioase [8].

Anumite studii raportează date încurajatoare și în privința utilizării antidepresivelor SNRI (inhibitori de recaptare a serotoninei și norepinefrinei), chiar dacă acestea au un grad de tolerabilitate mai redus la aceasta clasă de antidepresive față de ISRS [9]. Cu toate acestea, tolerabilitatea la medicație poate varia în funcție de pacient iar tratamentul cu SNRI poate fi luat în calcul la un pacient care experimentează mai multe reacții adverse la medicația din clasa ISRS. Există în cazul ambelor clase o balanță beneficiu/risc pozitivă, instalarea efectului anxiolitic la aceste antidepresive având o latență de 2 până la 4 săptămâni. În timpul primei



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

săptămâni de tratament, efectele adverse pot fi mai pronunțate, nervozitatea sau neliniștea inițiale putând determina reducerea complianței pacientului la tratament.

Anumite ISRS și SNRI pot provoca inhibarea enzimatică la nivelul citocromului P450 și pot determina interacțiuni cu alte medicamente pentru tulburări organice sau mintale [10]. După discontinuarea tratamentului antidepresiv se pot înregistra anumite reacții la întrerupere. Aceste reacții sunt mult mai puțin frecvente sau severe comparativ cu reacțiile la întreruperea unei benzodiazepine. Conform studiilor, mai frecvent aceste reacții au fost obiectivate la paroxetină comparativ cu sertralina sau fluoxetina [11].

Deși se pot recomanda benzodiazepine în asociere cu tratamentul antidepresiv, majoritatea ghidurilor de tratament al anxietății nu recomandă benzodiazepinele ca medicație de primă linie. Recomandările privind utilizarea antidepresivelor de primă intenție, nu se bazează pe studiile de comparație directă a eficacității ci pe binele cunoscute riscuri ale tratamentului îndelungat cu benzodiazepine [12]. Efectul anxiolitic al benzodiazepinelor începe imediat după ingerare. Deși benzodiazepinele nu determină creșterea inițială a nervozității sau insomniei, acestea pot provoca vertij, somnolență, creșterea timpului de reacție, iar utilizarea pe termen lung (peste 4 săptămâni) poate predispuce pacienții la fenomene de dependență, mai ales la adolescenții cu abuz de alcool sau substanțe psihoactive. Toleranța (cerința constantă a pacienților de a primi doze din ce în ce mai crescute) apare foarte rar, deoarece majoritatea pacienților cu tratament cronic cu benzodiazepine dezvoltă așa numita “low dose dependency” [13].

Benzodiazepinele pot fi utilizate pentru o perioadă limitată de timp, la pacienți atent selectați. Aceasta clasă de medicamente poate fi folosită la pacienții cu ideeație suicidară, în primele săptămâni de tratament antidepresiv până la apariția eficacității acestora, la cei la care antidepresivele sunt contraindicate, ca tratament pentru insomnie sau în atacurile de panică acute. Anumite tehnici din terapia cognitiv comportamentală pot fi utilizate pentru facilitarea discontinuării tratamentului cu benzodiazepine [14].

Studiile ce au investigat prevenirea recăderilor, de tip dublu orb, au demonstrat un avantaj indubital în cazul prelungirii medicației active pe termen lung, în comparație cu subiecții care au



primit placebo după discontinuarea medicației antidepresive. Medicația este recomandat să fie continuată timp de 6-12 luni după remisie, sau chiar și pe perioade mai lungi, dacă s-a înregistrat o primă recădere după încercarea discontinuării tratamentului. Pentru a preveni efectele de întrerupere a medicației, se recomandă scăderea progresivă a dozelor pe o perioadă de minim 2 săptămâni.

Black, 1994	Fluoxetină (12-27 mg/zi)	6-11 ani	Mutism selectiv Tulburări fobice	Fluoxetină > Placebo
Rupp, 2001	Fluvoxamină (50-250 mg/zi)	6-17 ani	Anxietate de separare Tulburări fobice Anxietate generalizată	Fluvoxamină > Placebo
Rynn, 2002	Sertralină (50 mg/zi)	5-17 ani	Anxietate de separare Anxietate generalizată	Sertralină > Placebo
Wagner, 2004	Paroxetină (10-50 mg/zi)	8-17 ani	Tulburări fobice	Paroxetină > Placebo
Berney, 1981	Clomipramină (40-75 mg/zi)	9-14 ani	Tulburări fobice	Clomipramină = Placebo
Klein, 1992	Imipramină (75-275 mg/zi)	6-15 ani	Anxietate de separare Tulburări fobice	Imipramină = Placebo

Studii farmacologice placebo-controlate

**Adaptare după AACAP (Practice Parameter for the Assessment and Treatment of
Children and Adolescents With Anxiety Disorders)**

Modalități de intervenție în mediul școlar



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Un număr semnificativ de copii și adolescenți care suferă de tulburări anxioase nu pot beneficia de intervenție psihoterapeutică specifică din diverse motive precum lipsa posibilității de a susține financiar programul de psihoterapie, lipsa acestui tip de servicii în zona în care locuiește copilul sau lipsa de timp [15].

Din aceste motive, superpozabile și cu situația din țara noastră (unde serviciile de psihiatrie pediatrică și psihoterapie sunt concentrate în marile orașe) este necesară crearea posibilității de a dezvolta programe de intervenție de tip prevenție, identificare precoce și intervenție în mediul școlar pentru copiii și adolescenții cu tulburări anxioase.

Avantaje ale intervenției în mediul școlar:

- școala este mediul potrivit pentru identificarea copiilor și adolescenților cu tulburări anxioase dar și pentru implementarea programelor de intervenție;
- programele de intervenție din mediul școlar pot înlocui sau completa intervențiile tradiționale ;
- mediul școlar este un facilitator al achizițiilor fiind în mod obișnuit un mediu de învățare;
- familiaritatea elevului cu acest mediu aspect care poate reduce anxietatea corelată cu mediul străin.


Sunt descrise trei tipuri de intervenție în mediul școlar:

- 1.** Intervenții la clasă, oferite de către cadrul didactic întregului colectiv, intervenții cu caracter general care au drept scop dezvoltarea competențelor emoționale și sociale, a stării de bine și a rezilienței
- 2.** Intervenții selective pentru persoane sau grupuri care sunt considerate la risc
- 3.** Intervenții specifice pentru copiii și adolescenții care raportează simptome ușoare

Ultimele 2 forme de intervenție au avantajul că sunt orientate către persoanele la risc care au cea mai mare nevoie de intervenție psihoterapeutică dar ridică problema identificării persoanelor la risc. De asemenea se ridică problema stigmatizării elevilor care sunt orientați spre intervenții specifice sau individuale.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Programele de intervenție universală, adresate tuturor elevilor unei clase, nu sunt asociate cu creșterea riscului de stigmatizare și conform studiilor citate de Barrett și Pahl (2006) reduc anxietatea, nu necesită screeningul copiilor la risc sau cu simptome, și îmbunătățesc abilitățile socioemoționale ale participanților

O metaanaliză a 27 de studii care prezintă 20 de programe individuale de intervenție în mediul școlar pentru copiii și adolescenții cu anxietate - atât intervenții generale cât și cele individuale (pentru copiii care prezintă deja simptome) și selective (pentru copiii considerați ca fiind la risc) dovedește utilitatea acestor tehnici aplicate în mediul școlar [16].

Un program folosit pentru prevenția dezvoltării anxietății la copii și adolescenți este „**FRIENDS for life program**” - s-a dovedit eficace în tratamentul tulburărilor anxioase (cu o reducere de 65-90% a simptomatologiei anxioase conform studiilor citate de Barrett și Pahl [15] focusat pe dezvoltarea abilităților sociale prin tehnici cognitiv comportamentale folosit atât pentru prevenție, intervenție precoce sau intervenție pentru tulburările de intensitate clinică în mediul școlar de către profesor la clasă sau de către consilierul școlar. Conținutul este adaptat pentru două categorii de vârstă: 7-11 și 12-17 ani. Tehnicile pot fi folosite individual sau în grup, sunt recomandate 10 sesiuni săptămânale urmate de încă 2 sesiuni la interval de 1 și 3 luni de la finalizarea programului, fiecare ședință având o durată de 1-1,5 ore. Grupul țintă este alcătuit dintr-un număr de 6-10 participanți. La clasă se recomandă alcătuirea unor grupe de 4-5 copii, fiecare grup având un facilitator care are rolul de a asista participanții.

Programul FRIENDS include principiile terapiei cognitiv comportamentale de abordare a anxietății:

- ✓ Psihoeducația în ceea ce privește emoțiile
- ✓ Înțelegerea expresiei somatice a emoțiilor
- ✓ Restructurarea cognitivă
- ✓ Rezolvarea de probleme
- ✓ Expunerea treptată la stimuli anxiogeni
- ✓ Acordarea de recompense



CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG

 NTNU
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

Iceland
Liechtenstein
Norway grants

✓ Prevenirea recăderilor

Un alt program dezvoltat pe principiul abordării tulburărilor anxioase în școli este **Programul Cool Kids: School Version**, dezvoltat de Lyneham și colaboratorii săi și presupune tehnici privind: psihoeducația despre natura anxietății, restructurarea cognitivă pentru confruntarea gândurilor anxioase, ierarhizarea stimulilor anxiogeni în vederea expunerii dezvoltarea și creșterea abilităților sociale, asertivității, a capacității de a gestiona situațiile în care este tachinat elevul. Programul presupune 8 sedinte de grup (8-10 copii) de 1 ora și 2 sesiuni de informare pentru părinți (după prima și a treia sesiune a copiilor). Părinții sunt instruiți cu privire la acordarea de suport copilului pentru ca acesta să aplice tehnicile învățate și tehnici de gestionare a propriilor emoții [17].

Bibliografie

14. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012
15. Dobrescu I, Rad. F. Tulburări Anxioase la copil și adolescent” in „Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului – editia a 2-a revizuita”, sub redacția Prof. Dr. Iuliana Dobrescu, Editura Total Publishing, București ISBN 978-606-8003-41-2.
16. Sucheta D. Connolly, Gail A. Bernstein, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 46, Issue 2, 2007, Pages 267-283,ISSN 0890-8567,
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246070.23695.06>.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

17. Huebner, D. (2015) – Ce să faci să scapi de griji? Ghid pentru copiii care vor să învingă anxietatea, Editura Trei, București
18. Chorpita, Bruce F. Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders / Bruce F. Chorpita. p. cm. — (Guides to individualized evidence-based treatment)
19. Salvati Copiii (2009) Tulburările de anxietate la copii și adolescenți – Ghid de psihoeucație destinat profesioniștilor de sănătate mintală
20. Hussain FS, Dobson ET, Strawn JR. Pharmacologic treatment of pediatric anxiety disorders. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2016;3(2):151–60.
21. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 2008;359(26):2753–66.
22. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta analysis. *Lancet*. 2009;373(9665):746–58.
23. Muscatello MR, Spina E, Bandelow B, Baldwin DS. Clinically relevant drug interactions in anxiety disorders. *Hum Psychopharmacol*. 2012;27(3):239–53.
24. Stahl MMS, Lindquist M, Pettersson M, Edwards IR, Sanderson JH, Taylor NFA, et al. Withdrawal reactions with selective serotonin re-uptake inhibitors as reported to the WHO system. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;53(3–4):163–9.
25. Berney P, Halperin D, Tango R, Daeniker-Dayer I, Schulz P. A major change of prescribing pattern in absence of adequate evidence: benzodiazepines versus newer antidepressants in anxiety disorders. *Psychopharmacol Bull*. 2008;41(3):39–47.
26. Rickels K. Benzodiazepines in the treatment of anxiety. *Am J Psychother*. 1982;36(3):358–70.
27. Spiegel DA. Psychological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19(6 Suppl 2):17S–22S.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

28. Barrett, P. M., Pahl, K. M. (2006). School-Based Intervention: Examining a Universal Approach to Anxiety Management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(01), 55–75.
29. Neil A.L., Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*. 2009. 29; 208–215.
30. Scaini S., Rossi F., Rapee R., Bonomi F., Ruggiero G., Incerti A. The Cool Kids as a School-Based Universal Prevention and Early Intervention Program for Anxiety: Results of a Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(2): 941.



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MENTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Capitolul 7

Evoluția și prognosticul Tulburărilor de anxietate la copil și adolescent

Studiile care au cercetat factorii care influențează prognosticul pacienților cu anxietate au demonstrat că evoluția copiilor este cronică și cu o rată scăzută de remisie. Într-un studiu longitudinal pe 30 de ani al Fobiei școlare constată că acești copii au dezvoltat tulburări psihice, necesitând mai multe consulturi de specialitate decât cei din lotul martor [1].

Evoluția copiilor cu TA diferă totuși după tipul de tulburare și după debutul ei [2,3]:

- Anxietatea de separare are, se pare, cea mai mare rată de remisie: 96%. În prezent se studiază ipoteza că pacienții care prezintă la vârste mici anxietate de separare, dezvoltă în adolescență anxietate paroxistică episodică.
- Atacul de panică are cea mai scăzută rată de remisie: 70%
- Tulburarea obsesiv compulsivă juvenilă are un caracter cronic, toate studiile confirmă stabilitatea diagnosticului în timp;
- TSPT, care survine în perioada copilăriei și adolescenței, se asociază cu dezvoltarea ulterioară a abuzului de alcool sau/și alte substanțe


Prognosticul tulburărilor de anxietate depinde de mai mulți factori: comorbiditate, vârstă de debut, severitatea la momentul inițial și tipul tulburării .

Stabilitatea în timp

Preocuparea pentru consecințele pe termen lung ale tulburărilor de anxietate la copii a crescut odată cu creșterea procentului copiilor afectați, precum și a gradului de afectare. TA deține



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern

**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**


particularitatea de a avea un debut timpuriu, în comparație cu alte tulburări emoționale precum depresia majoră.

Cele mai clare dovezi ale stabilității diagnosticului în timp s-au obținut din studiile bazate pe comunitate. Primul, din Dunedin – Noua Zeelandă (Anderson et al., 1987), a fost supus mai multor evaluări, de la vârsta de 11 ani până la vârsta adultă [4]. După prima evaluare, s-a demonstrat că prezența unei Tulburări anxioase la vârsta de 11 ani prezice dezvoltarea anxietății la vârsta de 15 ani, în cazul fetelor, dar nu și al băieților. Diferențe similare între sexe au fost obținute și în alte studii populaționale longitudinale ulterioare [5]. Acestea au demonstrat că prezența simptomelor de tip anxios poate, de asemenea, prezice dezvoltarea unei simptomatologii caracteristice episodului depresiv major. Există însă puține dovezi asupra specificității pe sexe sau a concordanței între anumite tipuri de TA în copilărie și evoluția acestora în viața adultă. Ultimele studii raportează rate de prevalență a menținerii componentei anxioase la maturitate de până la 40%, fără diferențe în funcție de gen [6].

În ceea ce privește comorbiditatea anxietate-depresie, studiile au demonstrat o funcționalitate globală a pacienților scăzută, severitate mai mare a simptomelor, problemă familială semnificativă, niveluri crescute ale afectului negativ și dificultăți majore de reglare emoțională mai severe decât în cazul pacienților cu una dintre cele două tulburări singulare. Putem concluziona că există o mare influență a simptomelor depresive suprapuse în evoluția pacientului și răspunsul la tratament. Deși terapia cognitiv-comportamentală este considerată prima linie de intervenție în cazul tulburărilor anxioase la copii și adolescenți, aproximativ o treime dintre pacienții pediatrici nu înregistrează răspuns favorabil la această intervenție [7]. În comparație cu pacienții care răspund cu succes la intervențiile comportamentale, cei care au fost mai puțin responsivi, mențin la intensitate severă atacuri de panică chiar și la vârsta adultă și dezvoltă dependențe de alcool sau alte substanțe psihoactive, indiferent de evoluția inițială la inițierea tratamentului. În cazul acestor pacienți, alte studii longitudinale au raportat la vârsta adultă comportamente suicidare, eșec academic și tendința de a deveni părinți la vârste fragede [8].



**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂȚATE MINTALĂ ȘI
LUPTĂ ANTIDROG**

 **NTNU**
Regionalt kunnskapssenter
for barn og unge
– Psykisk helse og barnevern


**Iceland
Liechtenstein
Norway grants**

Bibliografie

1. Flakierska-Praquin N., Lindstrom M., Gillberg C. School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20 to 29 year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry*. 1997, 38(1):17-22.
2. Gili Adler Nevo G, Manassis K. Outcomes for treated anxious children: a critical review of Long-Term-Follow-Up studies. *Depress Anxiety*. 2009;26(7):650-60.
3. Gibby A, Casline E, Ginsburg G. Long-Term Outcomes of Youth Treated for an Anxiety Disorder: A Critical Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2017;20(2):201-225.
4. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 1987, 44:69-76.
5. Settapani CA et al. Youth anxiety and parent factors over time: directionality of change among youth treated for anxiety. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013, 42(1):9–21.
6. Monk NJ, McLeod GF, Mulder R, Spittlehouse J, Boden J. Childhood anxious/withdrawn behaviour and later anxiety disorder: a network outcome analysis of a population cohort. *Psychol Med*. 2021, 24;1-12.
7. Queen AH, Ehrenreich-May J. Anxiety-disordered adolescents with and without a comorbid depressive disorder: variations in clinical presentation and emotion regulation. *J Emot Behav Disorders*. 2014, 22(3):160–170.
8. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(9):1086-93.