

LEBRIS

We know
books

KAPLAN & SADOCK MANUAL DE PSIHIATRIE CLINICĂ

SAMOON AHMAD, MD

Clinical Professor
Department of Psychiatry
NYU Grossman School of Medicine
New York, New York



Editura Medicală
CALLISTO
www.callisto.ro

Prefață vi
Mulțumiri viii

Capitolul 1: Clasificarea în psihiatrie	1
Capitolul 2: Istoricul psihiatric și examinarea statusului mintal	25
Capitolul 3: Evaluarea medicală și testele de laborator în psihiatrie	38
Capitolul 4: Comorbidități medicale și management	58
Capitolul 5: Imagistica cerebrală	79
Capitolul 6: Tulburări neurocognitive majore	85
Capitolul 7: Tulburarea neurocognitivă majoră sau ușoară secundară unei afecțiuni medicale (tulburarea amnezică)	113
Capitolul 8: Tulburări mintale secundare unei afecțiuni medicale	119
Capitolul 9: Tulburările legate de consumul de substanțe și dependențe	143
Capitolul 10: Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice	194
Capitolul 11: Tulburarea schizofreniformă, schizoafectivă, delirantă și alte tulburări psihotice	222
Capitolul 12: Tulburările afective	243
Capitolul 13: Tulburările anxioase	292
Capitolul 14: Tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările înrudite	314
Capitolul 15: Tulburările asociate traumei și factorilor de stres	332
Capitolul 16: Tulburările disociative	351
Capitolul 17: Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite	367
Capitolul 18: Tulburările de personalitate	385

Capitolul 19: Disfuncțiile sexuale	416
Capitolul 20: Disforia de gen	441
Capitolul 21: Tulburările de comportament alimentar	448
Capitolul 22: Somnul normal și tulburările ciclului somn-veghe	464
Capitolul 23: Tulburările de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită	480
Capitolul 24: Psihiatria de legătură	487
Capitolul 25: Suicidul, violența și psihiatria de urgență	500
Capitolul 26: Psihiatrie infantilă	523
Capitolul 27: Psihiatrie geriatrică	574
Capitolul 28: Probleme legate de îngrijirea la sfârșitul vieții	593
Capitolul 29: Psihoterapia	603
Capitolul 30: Tratamente psihofarmacologice și suplimente nutritive	620
Capitolul 31: Cannabis	737
Capitolul 32: Psihedelice și entactogene	756
Capitolul 33: Ketamina	767
Capitolul 34: Terapii de stimulare a creierului	774
Capitolul 35: Psihiatria judiciară și etica în psihiatrie	783
Capitolul 36: Tulburări de mișcare induse de medicamente	796
Capitolul 37: Pandemia COVID-19	809
Capitolul 38: Viitorul psihiatriei	835

Glosar de semne și simptome 847

Index 872

Despre autor 912



Clasificarea în psihiatrie

Introducere

Sistemele de clasificare a diagnosticelor psihiatrice servesc mai multor scopuri. În primul rând îi ajută pe clinicieni să facă deosebirea între un diagnostic psihiatric și altul, astfel încât să ofere pacienților cel mai eficient tratament.

Mai mult decât atât, sistemele de clasificare oferă profesioniștilor din domeniul sănătății un limbaj și un cadru comun care nu numai că diferențiază tulburările psihiatrice între ele; de asemenea, ele plasează fiecare tulburare într-un context teoretic mai larg și ajută clinicienii să înțeleagă atât modul în care tulburările sunt diferite între ele, cât și faptul că multe simptome se suprapun. Sistemele de clasificare pot indica de asemenea cauze potențiale pentru unele tulburări mintale.

Cele mai importante două sisteme de clasificare a afecțiunilor psihiatrice sunt reprezentate de *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (DSM) elaborat de Asociația Americană de Psihiatrie în colaborare cu alte grupuri de profesioniști din domeniul sănătății mintale, și *Clasificarea Internațională a Bolilor* (ICD) elaborată de Organizația Mondială a Sănătății. Cea mai recentă ediție a DSM, *DSM-5*, a fost publicată la 18 mai 2013. O versiune actualizată, *DSM-5 Text Revizuit (DSM-5-TR)*, a fost publicată la 18 martie 2022. Cea mai recentă versiune a ICD, *ICD-11*, a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2022.

Clasificarea DSM-5

DSM-5 enumeră 22 de categorii majore de tulburări mintale, care cuprind mai mult de 150 de boli distincte. Fiecare tulburare enumerată în *DSM-5-TR* este descrisă în detaliu în secțiunile care urmează, în care sunt discutate epidemiologia, etiologia, diagnosticul, diagnosticul diferențial, caracteristicile clinice și tratamentul fiecărei tulburări. În acest capitol este cuprinsă doar o scurtă descriere a tulburărilor pentru a pune la dispoziția cititorului o prezentare generală a clasificării psihiatrice, inclusiv unele dintre modificări de la *DSM-IV* la *DSM-5-TR*. În capitolele următoare este redată o discuție completă despre fiecare tulburare.

Tulburările de neurodezvoltare

Aceste tulburări sunt de obicei diagnosticate pentru prima dată în copilărie sau în adolescență.

Tulburarea de dezvoltare intelectuală sau dizabilitatea intelectuală

Tulburarea de dezvoltare intelectuală sau dizabilitatea intelectuală (anterior numită “retard mintal” în *DSM-IV*, un termen considerat acum ofensator) este caracterizată prin inteligență semnificativ sub medie și deficite în funcționarea adaptativă. Funcționarea adaptativă se referă la capacitatea unei persoane de a îndeplini cerințele comune (adevate vârstei) ale vieții în domenii precum comunicarea,

autoîngrijirea și abilitățile interpersonale. În *DSM-5-TR*, dizabilitatea intelectuală este clasificată ca fiind *ușoară*, *moderat*, *severă* sau *profundă* în funcție de funcționarea globală. În *DSM-IV*, aceasta a fost clasificată în funcție de coeficientul de inteligență (IQ) ca fiind *ușoară* (50-55 până la 70), *moderat* (35-40 până la 50-55), *severă* (20-25 până la 35-40) sau *profundă* (sub 20-25).

Întârzierea de dezvoltare globală

O variație a tulburării de dezvoltare intelectuală numită întârziere de dezvoltare globală poate fi diagnosticată la copiii mai mici de 5 ani cu deficite severe care le depășesc pe cele descrise anterior.

Funcționarea intelectuală la limită (borderline)

Funcționarea intelectuală la limită (borderline) este prezentă în *DSM-5-TR*, dar nu este clar diferențiată de dizabilitatea intelectuală ușoară și nici nu sunt furnizate criterii clare, chiar dacă este clasificată ca o afecțiune care poate justifica abordare clinică. În *DSM-IV*, aceasta a fost definită ca fiind aproape sau în limitele superioare a ceea ce era definit atunci ca "retard mental ușor" (adică un IQ de 70).

Tulburările de comunicare

Există patru tipuri de tulburări de comunicare care sunt diagnosticate atunci când problemele de comunicare duc la afectarea semnificativă a funcționării și atingerea obiectivelor zilnice: tulburarea de limbaj, tulburarea de pronunție, tulburarea de ritm și fluență a vorbirii cu debut în copilărie (balbismul) și tulburarea de comunicare socială (pragmatică).

Tulburarea de limbaj

Tulburarea de limbaj se caracterizează printr-o deficiență de dezvoltare a vocabularului care duce la dificultăți în formarea de propoziții adecvate vârstei.

Tulburarea de pronunție

Tulburarea de pronunție este caracterizată prin dificultăți în articularea cuvintelor.

Tulburarea de ritm și fluență a vorbirii cu debut în copilărie (balbismul)

Tulburarea de ritm și fluență a vorbirii apărută în copilărie, cunoscută și sub numele de balbism, se caracterizează prin dificultăți în fluența, viteza și ritmul vorbirii. Multe dintre persoanele afectate continuă să manifeste o formă de balbism până la vârsta adultă.

Tulburarea de comunicare socială (pragmatică)

Tulburarea de comunicare socială sau pragmatică se referă la o dificultate profundă în interacțiunea socială și comunicarea cu colegii.

Tulburarea din spectrul autismului

Spectrul autist include o serie de comportamente caracterizate prin dificultăți severe în mai multe domenii de dezvoltare, inclusiv comunicarea și interacțiunea socială, și prin modele restrictive, repetitive de comportament, de interese sau activități, inclusiv vorbirea. În cadrul *DSM-5-TR*, această tulburare este clasificată în trei niveluri de severitate. Nivelul 1 se caracterizează prin faptul că pacientul are capacitatea de a vorbi,

dar interacțiunile sale sociale sunt reduse (acest nivel seamănă cu tulburarea Asperger, care nu mai face parte din *DSM-5*). Persoanele cu acest nivel de afectare au nevoie de un grad de susținere și nu recunosc anumite indicii sociale și limbajul corpului. Nivelul 2 se caracterizează prin vorbire minimă și interacțiune socială minimă (diagnosticată ca tulburare Rett în *DSM-IV*, dar care nu face parte din *DSM-5*), precum și interese limitate și comportamente repetitive. Persoanele cu acest nivel de afectare necesită susținere substanțială. Nivelul 3 este caracterizat printr-un deficit major sau aproape complet în abilitățile verbale și sociale nonverbale, precum și prin deficiențe grave în funcționare. Persoanele cu acest nivel de afectare au nevoie de susținere permanentă.

Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD)

Începând cu anii '90, tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) a fost una dintre tulburările psihiatrice cel mai frecvent discutate în presă din cauza liniei neclare dintre comportamentele considerate normale sau adecvate vârstei și comportamente care sunt considerate manifestări ale unor tulburări. Această preocupare are la bază faptul că mulți sunt de părere că copiii sunt diagnosticați greșit și tratați în mod inutil cu medicamente. În ultimul deceniu, ADHD la adulți a devenit un diagnostic mai frecvent.

Caracteristicile tulburării la copii sau adulți sunt lipsa persistentă de atenție sau dificultăți de concentrare, hiperactivitate și impulsivitate, toate acestea cauzând o afectare semnificativă clinic a funcționării.

Tulburările specifice de învățare

Tulburările specifice de învățare sunt deficite în dezvoltare care sunt asociate cu dificultăți în dobândirea unor abilități specifice: abilitatea de a citi (cunoscută și sub numele de *dislexie*), de a face calcule matematice (cunoscută și sub numele de *discalculie*) sau de exprimare în scris (cunoscută și sub numele de *disgrafie*).

Tulburări motorii

Analog cu tulburările de învățare, tulburările motorii sunt diagnosticate atunci când coordonarea motorie este substanțial sub așteptări în raport cu vârsta și inteligența și atunci când problemele de coordonare interferează semnificativ cu funcționarea. Există trei tipuri majore de tulburări motorii: tulburarea de dezvoltare a coordonării, tulburarea cu mișcări stereotipe și tulburarea ticurilor.

Tulburarea de dezvoltare a coordonării

Tulburarea de dezvoltare a coordonării este o deficiență în dezvoltarea coordonării motorii, de exemplu întârzieri în achiziția pragurilor de dezvoltare motorie (mersul de-a bușilea, mersul în picioare), scăparea obiectelor sau lovirea de acestea, sau performanțe slabe la activități sportive.

Tulburarea cu mișcări stereotipe

Tulburarea cu mișcări stereotipe se referă la un comportament cu mișcări repetitive, de exemplulovirea capului sau legănarea corpului.

Tulburările ticurilor

Tulburările ticurilor se caracterizează prin mișcări involuntare sau vocalizări bruște, recurente și stereotipe. Există trei tipuri de tulburări ale ticurilor: *tulburarea Tourette* care se caracterizează prin ticuri motorii și vocale, inclusiv coprolalie;

tulburarea persistentă (cronică) cu ticuri motorii sau vocale, caracterizată printr-un singur tic motor sau vocal; și *tulburarea tranzitorie a ticurilor*, care se caracterizează prin ticuri motorii și/sau vocale care au persistat mai puțin de 1 an.

Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice

Secțiunea privind schizofrenia și alte tulburări psihotice include opt tulburări specifice (schizofrenia, tulburarea schizofreniformă, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă, tulburarea psihotică scurtă, tulburarea psihotică indusă de substanțe/medicamente, tulburarea psihotică secundară unei alte afecțiuni medicale și catatonie) în care simptomele psihotice sunt caracteristici proeminente ale tabloului clinic. În plus, *DSM-5-TR* include și tulburarea de personalitate schizotipală în această rubrică. Deși nu este o tulburare psihotică, ea precede uneori schizofrenia. În acest volum, tulburarea schizotipală este grupată separat împreună cu tulburările de personalitate, care vor fi discutate în Capitolul 18.

Schizofrenia

Schizofrenia este o tulburare cronică caracterizată prin prezența de halucinații sau idei delirante proeminente. Afecțiunea trebuie să fie prezentă de cel puțin 6 luni, deși nu este necesar ca în tot acest interval individul să aibă manifestări psihotice active. Există trei faze ale tulburării recunoscute de clinicieni, deși nu sunt incluse în *DSM-5-TR*. *Faza prodromală* se referă la deteriorarea funcției înainte de apariția fazei psihotice active. Simptomele *fazei active* (idei delirante, halucinații, discurs dezorganizat, comportament motor intens dezorganizat sau simptome negative cum ar fi aplatizare afectivă, avoliție și alogie) trebuie să fie prezente timp de cel puțin o lună. *Faza reziduală* urmează după faza activă. Caracteristicile fazelor reziduală și prodromală includ tulburări funcționale și anomalii ale afectului, cogniției și comunicării.

În *DSM-IV* și *ICD-10*, schizofrenia a fost împărțită în mai multe tipuri în funcție de cele mai proeminente simptome prezente la momentul evaluării (tipul paranoid, dezorganizat, catatonic, nediferențiat și rezidual); însă aceste subtipuri nu mai fac parte din nomenclatura oficială *DSM-5-TR* sau *ICD-11*, chiar dacă sunt precise din punct de vedere fenomenologic. Subtipurile rămân totuși descrieri utile pe care clinicienii le consideră în continuare folositoare atunci când comunică între ei.

Tulburarea delirantă

Tulburarea delirantă este caracterizată prin idei delirante persistente. Delirul poate fi de grandoare, de gelozie, de persecuție, somatic, mixt, erotoman sau nespecificat. În general, ideile delirante sunt despre situații care ar putea apărea în viața reală, cum ar fi convingerea individului că este urmărit, că are o boală, că se află într-o relație cu o persoană de rang social înalt sau că partenerul său este infidel, care sunt catalogate drept convingeri non-bizare.

În cadrul acestei categorii se regăsește, de asemenea, ceea ce în *DSM-IV* se numea *tulburare delirantă indusă* (cunoscută și ca *folie à deux* [nebulie în doi]), dar care în *DSM-5-TR* a fost redenumită *simptome delirante în asociere cu tulburarea delirantă*. Așa cum sugerează și numele, această tulburare este caracterizată printr-o convingere delirantă pe care o dezvoltă două persoane aflate într-o relație strânsă, care apoi consolidează ideea delirantă.

Paranoia (un termen care nu este inclus în *DSM-5-TR*) este o afecțiune rară caracterizată prin dezvoltarea treptată a unui sistem delirant elaborat, de obicei

cu idei de grandoare. Deși are o evoluție cronică și pacienții pot deveni excesiv de fixați pe ideea delirantă, restul personalității rămâne intact.

Tulburarea psihotică scurtă

Un diagnostic de tulburare psihotică scurtă se stabilește atunci când sunt prezente idei delirante, halucinații, discurs sever dezorganizat, comportament intens dezorganizat sau catatonie timp de cel puțin o zi, dar mai puțin de o lună. Acest episod poate fi precipitat de un factor de stres extern al vieții cotidiene. După episod, individul revine de obicei la nivelul său obișnuit de funcționare.

Tulburarea schizofreniformă

Tulburarea schizofreniformă este caracterizată prin aceleași simptome ale fazei active din schizofrenie (idei delirante, halucinații, discurs dezorganizat, dezorganizare severă a comportamentului, sau simptome negative), dar durează între 1 și 6 luni și nu are elemente de fază prodromală sau reziduală ale afecțiunii sociale sau profesionale.

Tulburarea schizoafectivă

Similar cu tulburarea schizofreniformă, tulburarea schizoafectivă se caracterizează prin aceleași simptome ale fazei active din schizofrenie (idei delirante, halucinații, discurs dezorganizat, comportament extrem de dezorganizat sau simptome negative), precum și prin prezența unui sindrom maniacal sau depresiv care adesea se extinde dincolo de durată psihozei. În consecință, tulburarea schizoafectivă poate fi de două tipuri: de tip bipolar sau de tip depresiv.

Persoanele cu tulburare schizoafectivă, spre deosebire de o tulburare afectivă cu elemente psihotice, prezintă idei delirante sau halucinații timp de cel puțin 2 săptămâni fără simptome afective proeminente coexistente.

Tulburarea psihotică indusă de substanțe/medicamente

Tulburările psihotice induse de substanțe sau medicamente se referă la cazurile de psihoză cauzate de medicamente psihoactive sau alte substanțe cum ar fi halucinogenele, cocaină sau cannabis cu conținut ridicat de Δ -9-tetrahidrocanabinol (THC). De obicei, psihoza dispare pe măsură ce efectele substanțelor dispar.

Tulburarea psihotică secundară unei alte afecțiuni medicale

O serie de alte afecțiuni pot provoca simptome asociate cu psihoza, inclusiv epilepsia de lob temporal, avitaminoza și meningita.

Catatonie

Catatonie se caracterizează prin anomalii motorii, cum ar fi catalepsie (flexibilitate ceroasă), mutism, postură și negativism. Poate fi asociată cu tulburări de neurodezvoltare, tulburări psihotice, bipolare și depresive (diagnosticate drept *catatonie asociată cu o altă tulburare mintală*), precum și cu afecțiuni medicale cum ar fi neoplasmul, traumatismul cranian sau encefalopatia hepatică (diagnosticată drept *catatonie cauzată de o altă afecțiune medicală*). Diagnosticul de *catatonie nespecificată* se aplică în cazurile în care simptomele catatoniei sunt prezente, dar cauza este neclară.

Tulburările bipolare și tulburări înrudite

Tulburarea bipolară se caracterizează prin oscilații severe ale dispoziției între depresie și euforie și prin cicluri de remisiune și recurență. Există patru variante: tulburare bipolară I, tulburare bipolară II, tulburare ciclotimică și tulburare bipolară indusă de substanțe/medicamente sau alte afecțiuni medicale.

Tulburarea bipolară I

Caracteristica principală a tulburării bipolare I este un istoric de episoade de manie sau episoade mixte de manie și depresie. Tulburarea bipolară I este subîmpărțită în mai multe moduri: în funcție de tipul episodului actual (maniacoal, hipomaniacoal, depresiv sau mixt), în funcție de severitate și starea de remisiune (ușoară, moderată, severă fără psihoză, severă cu elemente psihotice, remisiune parțială sau remisiune completă) și dacă evoluția recentă este caracterizată prin ciclicitate rapidă (cel puțin patru episoade în 12 luni). Pentru a se califica ca episod, pacientul trebuie să prezinte *manie* timp de cel puțin 1 săptămână și să manifeste simptome cea mai mare parte a zilei. Durata *hipomaniei* este de cel puțin 4 zile consecutive cu simptome prezente cea mai mare parte a zilei, în timp ce *depresia* necesită simptome cu o durată de cel puțin 2 săptămâni consecutive, prezente cea mai mare parte a zilei din perioada respectivă.

Tulburarea bipolară II

Tulburarea bipolară II se caracterizează printr-un istoric de episoade hipomaniacale și depresive majore. Diferența majoră dintre manie și hipomanie este severitatea deficienței asociate sindromului. Ca și în cazul tulburării bipolare I, episoadele hipomaniacale trebuie să persiste timp de 4 zile consecutive și să fie prezente cea mai mare parte a fiecărei zi, în timp ce episoadele depresive trebuie să persiste timp de cel puțin 2 săptămâni consecutive și pentru cea mai mare parte a fiecărei zile din perioada respectivă.

Tulburarea ciclotimică

Tulburarea ciclotimică este echivalentul bipolar al tulburării distimice (vezi secțiunea Tulburarea depresivă persistentă sau distimia). Este o tulburare ușoară, cronică a dispoziției cu numeroase episoade depresive și hipomaniacale de-a lungul evoluției pe o perioadă de cel puțin 2 ani. Simptomele din timpul acestor episoade trebuie să fie prezente cel puțin jumătate din timp, iar individul nu este lipsit de simptome mai mult de 2 luni consecutive în orice moment.

Tulburarea bipolară secundară altei afecțiuni medicale

Tulburarea bipolară secundară altei afecțiuni medicale este diagnosticată atunci când există dovezi care indică faptul că o tulburare semnificativă a dispoziției este consecința directă a unei afecțiuni medicale, de exemplu o tumoră a lobului frontal.

Tulburarea bipolară indusă de substanțe/medicamente

Tulburările de dispoziție induse de substanțe sunt diagnosticate atunci când perturbarea dispoziției este cauzată de efectele unei substanțe sau sevrăjul la acea substanță (e.g. amfetamină).

Tulburările depresive sunt caracterizate prin depresie, tristețe, iritabilitate, lentoare psihomotorie și, în cazuri severe, ideă de suicid. Există mai multe tipuri de tulburări depresive, după cum urmează.

Tulburarea depresivă majoră

Elementul necesar pentru diagnosticul tulburării depresive majore este dispoziția depresivă sau pierderea interesului sau a plăcerii pentru activitățile obișnuite (anhedonie). Simptomele includ de asemenea ideă de suicid, pierdere semnificativă în greutate, tulburări de somn (insomnie sau hipersomnie) și oboseală sau lipsă de energie, printre altele. Simptomele trebuie să fie prezente aproape în fiecare zi pentru o perioadă de 2 săptămâni, cu excepția ideii de suicid sau a gândurilor de moarte, care trebuie doar să fie recurente. Diagnosticul este exclus dacă simptomele sunt rezultatul unui doliu normal și dacă simptomele psihotice sunt prezente în absența perturbării afective.

Tulburarea depresivă persistentă sau distimie

Tulburarea depresivă persistentă (adesea numită distimie) este o formă ușoară, cronică de depresie care durează cel puțin 2 ani, timp în care în majoritatea zilelor individul are o dispoziție deprimată în cea mai mare parte a zilei și cel puțin alte două simptome de depresie.

Tulburarea disforică premenstruală

Tulburarea disforică premenstruală apare cu aproximativ o săptămână înainte de menstruație și se caracterizează prin iritabilitate, labilitate emoțională, dureri de cap și anxietate sau depresie care se remite după terminarea perioadei menstruale.

Tulburarea depresivă indusă de substanțe/medicamente

Tulburarea depresivă indusă de substanțe/medicamente poate fi diagnosticată dacă simptomele depresiei prelungite și pronunțate pot fi atribuite consumului unei substanțe (e.g. alcool, benzodiazepine, barbiturice), iar tulburările de dispoziție nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare depresivă.

Tulburarea depresivă secundară altei afecțiuni medicale

Această tulburare este o stare de depresie secundară unei afecțiuni medicale. Unele exemple includ hipotiroidismul și sindromul Cushing.

Altă tulburare depresivă specificată

Această categorie de diagnostic se aplică atunci când pacientul prezintă simptome caracteristice unei tulburări depresive, dar care nu îndeplinesc criteriile pentru subtipurile menționate ale tulburării depresive. Există trei subtipuri.

Episodul depresiv recurent

Episodul depresiv recurent se referă la o depresie care durează între 2 și 13 zile și se manifestă cel puțin o dată pe lună.

Episodul depresiv de scurtă durată

Episodul depresiv de scurtă durată este o stare depresivă care durează între 4 și 14 zile și nu este recurentă.

Episodul depresiv cu simptome insuficiente

Episodul depresiv cu simptome insuficiente este caracterizat de o stare de depresie suficient de gravă pentru a induce suferință sau afectare semnificativă clinic ce persistă cel puțin 2 săptămâni, dar nu îndeplinește criteriile pentru alte subtipuri de tulburări depresive.

Tulburarea depresivă nespecificată

Tulburarea depresivă nespecificată include patru subtipuri majore.

Melancolia

Melancolia este o formă severă de depresie majoră caracterizată prin lipsă de speranță, anhedonie și lentoare psihomotorie care implică, de asemenea, un risc ridicat de suicid.

Depresia atipică

Depresia atipică se caracterizează printr-o dispoziție deprimată care este asociată cu creștere în greutate în loc de pierdere în greutate și cu hipersomnie în loc de insomnie.

Depresia peripartum

Depresia peripartum este o formă de depresie care apare în jurul momentului nașterii sau în decurs de 1 lună de la naștere (numită depresie postpartum în *DSM-IV*).

Cu tipar sezonier

Pentru unii pacienți, debutul stării depresive se produce într-un anumit moment al anului, de obicei iarna (cunoscută și ca tulburare afectivă sezonieră [SAD, seasonal affective disorder]).

Tulburarea cu perturbare afectivă de tip disruptiv

Tulburarea cu perturbare afectivă de tip disruptiv a fost introdusă în *DSM-5* și este diagnosticată la copiii cu vârsta mai mare de 6 ani și mai mică de 18 ani. Se caracterizează prin accese colerice severe, iritabilitate cronică și stare de dispoziție furioasă.

Tulburările anxioase

DSM-5-TR identifică nouă tulburări specifice care sunt incluse în capitolul tulburări anxioase (tulburarea de panică, agorafobia, fobia specifică, tulburarea anxioasă socială sau fobia socială, tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale și tulburarea anxioasă indusă de substanțe). În fiecare dintre aceste tulburări, pacienții prezintă predominant simptome de anxietate. Deoarece tulburarea anxioasă de separare și mutismul selectiv apar în copilărie, acestea vor fi discutate în Capitolul 26.

Fobia specifică

Fobia specifică se referă la o frică excesivă, nerezonabilă privind anumite obiecte sau situații și care apare aproape întotdeauna la expunerea la stimulul temut. Pacienții cu fobie specifică încearcă de obicei să evite stimulul fobic. Imposibilitatea

a face acest lucru duce de obicei la sentimente de disconfort și anxietate. Fobiile des întâlnite includ acrofobia (frica de înălțimi), arahnofobia (frica de păianjeni), claustrofobia (teama de spații închise) și hemofobia (teama de sânge).

Tulburare anxioasă socială sau fobia socială

Fobia socială se caracterizează prin teama individului de a se afla într-o situație în care să fie stânjenit sau umilit în fața celorlalți. *Forma asociată performanței în public* a tulburării anxioase sociale se caracterizează printr-o teamă intensă de a vorbi sau a susține o prezentare în fața unui public, dar nu apare în situații sociale cotidiene. Atunci când stimulul fobic include situații sociale tipice, este vorba despre *fobie socială generalizată*.

Tulburarea de panică

Atacurile de panică se caracterizează prin sentimente de frică intensă sau teroare care apar brusc în situații în care nu este nimic de temut. Sentimentul de panică este deseori însoțit de tahicardie, dureri toracice, senzație de respirație dificilă sau de sufocare, amețeli, tremurături, senzație de leșin, transpirații și greață. Tulburarea de panică se caracterizează prin atacuri de panică repetate asociate cu teama de a avea un alt atac ce persistă timp de 1 lună.

Agorafobia

Agorafobia este o consecință frecventă a tulburării de panică, deși poate apărea în absența atacurilor de panică. Persoanele cu agorafobie evită (sau încearcă să evite) situații despre care cred că ar putea declanșa un atac de panică (sau simptome asemănătoare panicii) sau situații din care cred că ar fi dificil să scape dacă au un atac de panică. Această tulburare este persistentă și adesea durează mai mult de 6 luni. Această tulburare se referă, de asemenea, la teama de spații deschise, publice.

Tulburarea anxioasă generalizată

Tulburarea anxioasă generalizată se caracterizează prin îngrijorare cronică excesivă timp de cel puțin 6 luni, dificil de controlat, zilele în care îngrijorarea este prezentă fiind mai multe decât zilele în care este absentă. La îngrijorare se asociază simptome precum probleme de concentrare, insomnie, tensiune musculară, iritabilitate și neliniște fizică, toate provocând suferință sau afectare semnificativă clinic.

Tulburarea anxioasă indusă de substanțe/medicamente

Tulburarea anxioasă indusă de substanțe este diagnosticată atunci când cauza anxietății este o substanță (e.g. cocaină, canabis) sau efectul unui medicament (e.g. cortizol, dextroamfetamină și amfetamină).

Tulburarea anxioasă cauzată de o altă afecțiune medicală

Tulburarea anxioasă cauzată de o afecțiune medicală generală este diagnosticată atunci când există dovezi care indică faptul că anxietatea semnificativă este consecința directă a unei afecțiuni medicale (e.g. hipertiroidism).

Tulburarea anxioasă de separare

Tulburarea anxioasă de separare este mai frecventă la copii, dar a fost observată și la adulți și se caracterizează prin anxietate excesivă legată de separarea de casă sau de persoanele de atașament, de o intensitate care depășește ceea ce este de așteptat pentru nivelul de dezvoltare al pacientului.

Mutismul selectiv se caracterizează prin refuzul persistent (care durează cel puțin o lună) de a vorbi în situații specifice, deși în alte situații individul vorbește.

Tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările înrudite

Există opt categorii de tulburări cuprinse în această secțiune, toate având asociate obsesii (gânduri repetate) sau compulsii (activități repetate).

Tulburarea obsesiv-compulsivă

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) se caracterizează prin gânduri sau imagini repetitive și intruzive care nu sunt binevenite (obsesii), urmate de comportamente repetitive pe care persoana se simte obligată să le facă (compulsii), sau ambele. Cel mai adesea, compulsiile sunt efectuate pentru a reduce anxietatea asociată cu gândurile obsesive.

Tulburarea dismorfică corporală

La fel ca TOC, tulburarea dismorfică corporală este caracterizată printr-o preocupare care creează disconfort cu privire la un defect imaginar sau o imperfecțiune percepută în aspectul fizic. Dacă această convingere este susținută cu intensitate delirantă, atunci se poate stabili diagnosticul de tulburare delirantă, tipul somatic.

Tulburarea de teaurizare compulsivă (de acumulare a obiectelor inutile, colecționarismul)

Tulburarea de teaurizare compulsivă este un model comportamental de acumulare compulsivă a obiectelor care pot sau nu pot avea vreo utilitate pentru individul în cauză. Individul este incapabil de a se debarasa de aceste obiecte, chiar dacă ele pot crea situații periculoase în casă, cum ar fi riscul de incendiu sau infestarea cu paraziți.

Tricotilomania sau tulburarea de smulgere a părului

Tricotilomania se caracterizează prin smulgerea repetată a propriului păr, cauzând pierderi vizibile ale părului. Aceasta poate afecta orice parte a corpului acoperit cu păr (cap, sprâncene, zona pubiană).

Tulburarea de provocare a excoriațiilor (grataj cutanat sau dermatilomania)

Tulburarea de provocare a excoriațiilor este caracterizată prin nevoia compulsivă a individului de a acționa asupra propriului tegument până la apariția de leziuni cutanate.

Tulburarea obsesiv-compulsivă indusă de substanțe/medicamente

Indivizii pot dezvolta comportamente obsesive sau compulsive care sunt secundare utilizării unui medicament sau a unei substanțe, cum ar fi abuzul de cocaină.

Tulburarea obsesiv-compulsivă secundară unei afecțiuni medicale

În unele cazuri, indivizii pot dezvolta comportamente obsesive sau compulsive cauzate de o afecțiune medicală, de exemplu după o infecție streptococică, situație cunoscută sub numele de *tulburare neuropsihiatrică pediatrică autoimună asociată cu infecții streptococice (PANDAS)*.