

Radu Vrasti: Masurarea Sanatatii Mentale *carte in format electronic, postat 2008)*

MASURAREA ANXIETATII

Interesul pentru masurarea anxietatii este enorm datorita raspandirii ei in populatia generala cat si a heterogenitatii si neclaritatilor conceptuale a formelor clinice din aceasta clase, multe din acestea fiind destul de vag conturate.

Anxietatea este un fenomen care a fost descris de mii de ani si este adanc inradacinat in natura noastra umana. Dupa H. Lindell (citad de Barlow, 2000) anxietatea este umbra inteligentei: *“Doar omul poate fi fericit, dar numai omul poate fi anxios si ingrijorat. Imi vine sa cred ca anxietatea acompianza intelectul ca si umbra corpul si cu cat cunoastem mai mult natura anxietatii cu atat cunoastem mai mult despre intelect”*. In fapt, anxietatea reflecta capabilitatea noastra de a ne adapta si a planifica viitorul (Barlow, 1988). Secolul XX a fost denumit secolul anxietatii din cauza ambiguitatilor si relativizarilor cu care omul s-a confruntat in viata cotidiana.

Conforma datelor epidemiologice tulburarile anxioase luate impreuna au o prevalenta mai mare in populatia generala (in jur de 25%) decat tulburarile depresive (17%), lucru care contravine parerii generale precum depresia este liderul necontestat al tulburarilor psihice de care populatia are de suferit (Kessler si colab.,1994). Aceasta proportie se mentine si cand se calculeaza prevalenta tulburarilor anxioase in sectorul de medicina generala (14,8% versus 7,9%) (Puddifoot si colab. 2007). Femeile sunt pe departe cele mai afectate (30,5%) fata de barbati (19,2%). Interesant este ca prevalenta anxietatii este mai mica la batrani decat la tineri in populatia generala dar este mai mare la batranii care traiesc in institutii de profil (Stanley si Beck, 2000). In sectorul de medicina generala doar 50% din cazurile de tulburari anxioase sunt recunoscute ca atare, restul sunt confundate cu tulburari somatice, cu comorbiditatile psihiatrice (de ex. depresia) sau pur si simplu sunt ignorate (Kessler si colab, 2002).

Problema cea mai mare a studiilor epidemiologice ca si a celor clinice a fost si ramane problema clasificarii, diagnosticului si masurarii tulburarilor anxioase. Povestea

moderna a clasificarii bolilor anxioase incepe cu aparitia DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) cand s-a produs o schimbare radicala in felul de clasificare bolilor mentale. Una din cele mai revolutionare modificari a fost crearea de clase diagnostice, lucru care s-a rafinat de-a lungul aparitiei versiunilor succesive, DSM-III-R si DSM-IV, DAS-IV-TR. O clasa diagnostica este considerata un grup de boli care impartasesc aceleasi trasaturi fenomenologice (dar si caracteristici genetice, evolutive si raspuns la terapie) si care astfel faciliteaza diagnosticul diferential cu alte boli. Astfel s-au conturat tulburarile dispozitiei care au ca trasatura comuna tulburarea dispozitiei psihice si tulburarile anxioase care au ca nucleu anxietatea si comportamentul de evitare. Alta noutate in clasificarea bolilor psihice a fost aparitia criteriilor de excludere dar aceasta a facut ca sa apara greutati in a deosebi tulburarea depresiva atunci cand are si trasaturi anxioase sau tulburarea anxioasa cand este prezenta si depresia. Problema s-a rezolvat oarecum prin aparitia conceptului de co-morbiditate si astfel s-a acceptat ca poate exista tulburare depresiva cu comorbiditate anxioasa sau invers, tulburare anxioasa cu comorbiditate depresiva (Mineka si colab., 1998). Kessler si colab. (1996) raporteaza ca 58% din indivizii cu depresie majora au si criteriile de diagnostic pentru tulburare anxioasa. Situatia aceasta, cu criteriile de includere si excludere pentru fiecare clasa diagnostica a fost consecinta faptului ca criteriologia actuala este tributara taxonomiei categoriale. Nu exista consens in privinta taxonomiei in entitati discrete pentru ca aceasta reprezinta o viziune "medicalizanta" a tulburarilor psihice si rejeteaza evidenta ca multe tulburari psihice sunt dimensionale, intanzandu-se de la o forma la alta pe un continuum iar forma clinica evident diagnosticabila este doar un stadiu de severitate al tulburarii respective si nu o entitate separata. Haslam (2003) trece in revista toate studiile taxonometrice publicate pana in 2002 si releva ca sunt entitati clinice care raspund bine modelului categoria precum melancolia, tulburarile alimentare, disociatia, tulburarile de personalitate antisociala si schizotipala, pe cand sunt si entitati care raspun mai bine aspectului de spectru, dimensional, de la aspecte sublinice la cele clinice si cele de granita cu tulburari adiacente. La acest din urma model raspund tulburarea depresiva, anxietatea generalizata, tulburarea posttraumatica de stress, tulburarea bipolară si tulburarea borderline de personalitate. Este usor de realizat cum se reflecta aceste probleme asupra metodelor si tehnicilor de diagnostic si de masurare a tulburarilor anxioase.

Cu toate acestea sunt studii care au aratat ca tulburarile psihice, mai ales depresia si anxietatea pot fi atat categoriale cat si dimensionale in functie de severitatea simptomelor, raspunsul la tratament sau dizabilitatile subsecvente (Ruscio si colab. 2001, Sakashita si colab. 2007, Slade si Andrews, 2005). Astfel Casano si colab. (1997) descriu existenta unui spectru agorafobie-tulburare de panica cu existenta mai multor forme de trecere dintre un capat la celalalt capat. Sunt din ce in ce mai multi autori care militeaza pentru coexistenta clasificarii categoriale si a celei dimensionale si propun introducerea “stadialitatii” in evaluarea traiectului developmental al tulburarilor psihice (Shear si colab. 2007), o tulburare psihica putandu-se afla in stadiul I, de debut ca mai apoi sa treaca in stadiul urmator, mai “matur” din punct de vedere psihopatologic si asa mai departe, putandu-se ajunge la stadii in care o tulburare poate trece intr-o alta categorie asa cum se intampla cu tulburarea de panica care mai tarziu se poate dezvolta/transforma intr-o alta tulburare psihiatrica (Goodwin si colab. 2004)..

In 1980, odata cu aparitia DSM-III s-a renuntat la clasa diagnostica larga si prost conturata de “nevroza” si astfel au disparut nevrozele anxioase, fobice, obsesive-compulsive si depresive. In schimb s-au conturat tulburarile dipozitiei, anxioase si somatoforme ca forme distincte. Astfel nevroza anxioasa a fost inlocuita de tulburare de anxietate generalizata si tulburarea de panica, nevroza fobica a fost impartita in trei, in fobia sociala, agorafobia si fobia specifica si s-a introdus o categorie noua, tulburarea posttraumatica de stress si tulburarea acuta de stress. Tot in aceasta clasa a tulburarilor anxioase a fost inclusa si anxietate de sanatate (hipocondria) si tulburarea obsesiv-compulsiva. DSM-III introduce o abordare ateoretica, adica neinradacinata in nici o ideologie psihiopatologica, care lasa loc unei metode descriptive cu criterii si algoritmi diagnostic bine definiti. Aceasta a facilitat dezvoltarea unor instrumente de evaluare confidente care a imbunatatit comunicarea intre profesionisti (Sher si colab. 2007); de aceste instrumente capitolul de fata se va ocupa pe larg.

Dar nu toata comunitatea stiintifica este de acord cu clasificarea tulburarilor anxioase si de dispozitie in categoriile actuale. Partizanii acestei teorii se bazeaza pe faptul ca tulburarile dispozitiei si cele anxioase au la baza cele cinci emotii fundamentale: mania, tristetea, dezgustul, frica si fericirea si privite din acest punct aceste tulburari de

aseaza in alta formatie. Watson si colab (2008) afirma cu tarie ca: “a sosit timpul de a termina cu separarea artificiala dintre tulburarile depresive si cele anxioase si sa recunoastem puternica legatura dintre ele. Cea mai usoara cale ar fi sa se creieze in DSM-V si International Classification of Diseases-11 o ‘superclasa’ care sa subsumeze tulburarile curente depresive si anxioase in ‘tulburarile emotionale’...si s-ar recunoaste ca aici se subsumeaza tulburari bazate pe diferite tipuri de afect negativ”. Problema asta izvoraste de cand Barlow (1988, 2000) a propus ca tulburarile anxioase si depresive sa fie intelese ca tulburari emotionale ce isi au originea in emotiile fundamentale ale omului si simptomele acestor tulburari precum tristetea, frica, lipsa de speranta, ingrijorarea, pierderea placerii, etc. nu sunt altceva decat expresia ecloziunii emotiilor fundamentale in diferite combinatii care la randul lor activeaza diferite cascade cognitive si mecanisme neuroendocrine care drapauza tabloul cu diferite alte simptome. Powel si Tarisa (2007) folosesc o scala care cuprinde cinci emotii fundamentale si incearca sa vada cum ele se raspandesc intr-un esantion de depresivi, anxiosi si “normali”. Ei gasesc ca mania nu este caracteristica niciunui grup, tristetea ca si frica nu pot sa diferentieze depresivii de anxiosi, in schimb tristetea si desgustul impreuna sunt caracteristice depresiei ca si depresia si frica pentru anxiosi. In lumina acestei concepii, a emotiilor bazale, Clark si Watson (2006) propun o noua clasificare care cuprinde: “tulburarile de suferinta/dezolare psihica” (*distress disorders*) care sa cuprinda depresia unipolara, tulburarea distimica si tulburarea anxioasa generalizata, “tulburarile de frica” (*fear disorders*) care ar cuprinde tulburarea de panica, agorafobia, fobia sociala si fobia specifica si a treia clasa ar fi cea a bulburarilor bipolare. In ceea ce priveste tulburarea obsesiv-compulsiva, ea ar fi lasata afara din clasa mare a tulburarilor emotionale urmand a alcatui impreuna cu tulburarile de spectrum o clasa separata.

Andrews si colab (2008) pornesc in reconsiderarea clasificarii tulburarilor anxioase la fel ca si Watson si colab. (2008) de la constatarea frecventa a co-morbiditatii dintre depresie si anxietate ceea ce impune de la sine existenta unui factor ierarhic supraordonat de gradul al treilea; depresia si anxietatea ar fi doar factori subordonati de ordinul doi iar simptomele ar fi de ordinul prim. Exista o meta-structura a tulburarilor anxioase si depresive care exprima suprapunerea in proportii variate a multor factori genetici, simptomatologiei, evolutivi si terapeutici cu pretentie de a fi specifici uneia sau

alteia din aceste doua grupe de tulburari (Hettema si colab. 2006). Factorii de ordinul trei ar fi suferinta (distress) si frica care ar fi o internalizare a afectelor de baza. Factorului “suferinta” i-ar corespunde depresia majora, distimia, tulburarea posttraumatica de stress, anxietatea generalizata si neurastenia, iar factorului “frica” i-ar corespunde pe palierul doi fobia sociala, tulburarea de panica, agorafabia si tulburarea obsesiv-compulsiva. Atunci cand afectele se externalizeaza avem de-aface cu dependenta de alcoolii si/sau de droguri. Autorii isi doresc ca viitorul DSM-V si ICD-11 sa intrebuinteze aceleasi clase nosologice chiar daca cuvintele si descriptiile vor diferii deoareceunica valoare a unei clasificatii este sa produca un limbaj comun si o buna comunicare intre profesionisti, sa furnizeze bazele recunoasterii unei categorii diagnostice, sa duca la o buna educare a pacientilor si la aplicarea unui tratament efectiv spre un deznodamant pozitiv.

In timp ce “nosologistii” sa straduie sa contureze alte clase diagnostice pentru tulburarile anxioase si ale dispozitiei, “cognitivistii” au constatat ca exista o anumit specificitate cognitiva a fiecarei entitati deja constituite din clasa mare a tulburarilor anxioase. Aceasta specificitate cognitiva are implicatii importante pentru psihopatologia, conceptualizarea, clasificarea, evaluarea si tratamentul fiecarei tulburari anxioase (Starcevic si Berle, 2006). Exemple de aceasta specificitate cognitiva ar fi frica de a avea frica, interpretarea distorsionata a simptomelor corporale si senzitivitatea anxioasa in tulburarea de panica, intoleranta incertitudinii si ingrijorarea patologica in tulburarea anxioasa generalizata, frica de a fi evaluat negativ si atentia spre propria persoana in cazul anxietatii sociale, credinta ca nu este suficient oxigen in spatii mici din claustrofobie, credinta ca aparitia anumitor evenimente poate fi influentata de propria gandire din tulburarea obsesiv-compulsiva sau misinterpretarea evenimentelor in tulburarea postraumatica de stress.

Senzitivitatea anxioasa este definita ca frica de simptome si senzatii corporale, mai ales cele date de hiperetonia vegetativa (palpitatii, ameteli si transpiratii) bazata pe credinta ca acestea au o consecinta nefasta asupra sanatatii fizice si psihice si a functionarii sociale (Reiss si colab. 1986). Tot de senzitivitatea anxioasa apartine ci frica de a-si pierde controlul si frica de a fi observata de public problema pe care subiectul o are. Acest mecanism cognitiv care se bazeaza pe mistinterpretari si misatributii, pe o

viziune catastrofica asupra simptomelor corporale si este caracteristic subiectilor cu tulburarea de panica sau cu atacuri de panica (Schmidt si colab. 1997, Plehn si Peterson, 2002). Senzitivitatea anxioasa este un construct care beneficiaza de metode de evaluare structurate care vor fi prezentati in acest capitol.

Grija patologica este un alt mecanism cognitiv caracterizat prin preocupare excesiva si inadecvata fata de o problema actuala, preocupare care generala, permanenta si incontrollabila. Corelatia cu tulburarea anxioasa generalizata este asa de stransa inca diagnosticul acestei forme clinice nu poate fi facut in absenta grijii patologice. Grija patologica "ajuta" individul anxios sa evite evenimente sau ganduri neplacute care sunt acompaniate de simptome de hipertonie vegetativa; ea ajuta la evitarea pericolului si previne daunele (Berkovec si colab. 1999). Grija patologica este asemanatoare ruminatiei din depresie sau gandurilor intrusive si repetitive din tulburarea obsesionala dar se deosebeste de acestea prin continutul gandurilor, in cazul grijei patologice continutul fiind legat de contextul real de viata (griji despre locul de munca, sanatate, familie, finante, etc.). In cazul ruminatiilor depresive tematica este legate de vinovatie, esec personal sau pierderi si este evident ca grija despre evenimente viitoare si incapacitate de control a lor genereaza anxietate si grija fact de evenimente negative deja petrecute sau pe cale de a se petrece este caracteristica depresiei. Aceasta diferenteiere este importanta pentru a se distinge clinic intre anxietate si depresie. Grija patologica poate fi masurata prin instrumente specifice ce vor fi prezentate in acest capitol.

Intoleranta fata de incertitudine este o alta caracteristica cognitiva a tulburarilor anxioase si este specifica tulburarii obsesive-compulsive si in mai mica masura tulburarii anxioase generalizate. Acest construct se defineste ca dificultatea pe care o are anumiti subiecti cu interpretarea ambiguitatilor, noutatilor si schimbarilor neasteptate. Aceasti subiecti doresc in mod imperios sa aiba o explicatie, oricare ar fi ea, pentru un eveniment sau situatie, lucru care vine din nevoia de intregime, de coerenta interna si de control al viitorului pe care acesti indivizi o au (Starcevic si Berle, 2006). Aceasta schema cognitiva sustine indecizia, gandurile repetitive, structura magica a gandirii obsesivului ca si comportamentul de verificare (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Dugas si colab (2001) considera ca intoleranta la incertitudine este impreuna ca grija

patologica caracteristica cognitiva principala a tulburarii anxioase generalizate, aceste doua aspecte interconditionandu-se reciproc.

Fuziunea dintre ganduri si actiune este caracteristica cognitiva cea mai importanta a tulburarii cognitive (Safran si colab. 1996) si va fi abordata mai pe lard in capitolul dedicat masurarii obsesiilor. Acest construct se bazeaza pe credinta ca gandul defineste si anticipeaza realitatea si chiar o conditioneaza si astfel obsesivul este prins intr-un cerc vicios al anticiparilor infinite ale realitatii ca astfel sa o determine si sa o modifice pozitiv. Rudimente din acest mecanism cognitive se pot intalni si la subiectii cu tulburare anxioasa generalizata sau cu depresie.

Din aceasta foarte succinta trecere in revista a unora din problemele nosologiei bolilor anxioase se desprinde usor atat importanta instrumentelor de screening si de evaluare a diferitelor tulburari anxioase dar si volatilitatea conceptelor pe care aceste instrumente se sprijina.

Mai jos se prezinta un algoritm simplificat de diagnostic al tulburarilor anxioase si care ar fi cele mai adecvate instrumente de evaluare utilizate pentru fiecare din formele clinice de tulburare anxioasa. Se poate observa care ar fi momentul adecvat cand o scala de evaluare standardizata ar trebui sa fie aplicata. Cu toate acestea, trebuie subliniat ca multe din aceste instrumentele ce vor fi prezentate aici pot fi aplicate inca de la inceputul demersului diagnostic ca si instrumente de screening, cat si ulterior, in timpul administrarii tratamentului, ca si instrumente de evaluare a evolutiei severitatii clinice si determinarii remisiei clinice.

Din considerente de simplificare si sistemtatizare a unui urias material care ar trebui prezentat aici, in acest capitol se va vorbii numai de instrumentele de evaluare a tulburarii anxioase generalizate, tulburarii de panica si atacului de panica, agorafobiei si fobiei sociale, urmand ca instrumentele dedicate celorlalte tulburari anxioase precum tulburarea obsesiv-compulsiva, tulburarea post-traumatica de stress si hipocondria sa beneficieze de capitole separate.

ALGORITMUL EVALUARII ANXIETATII:

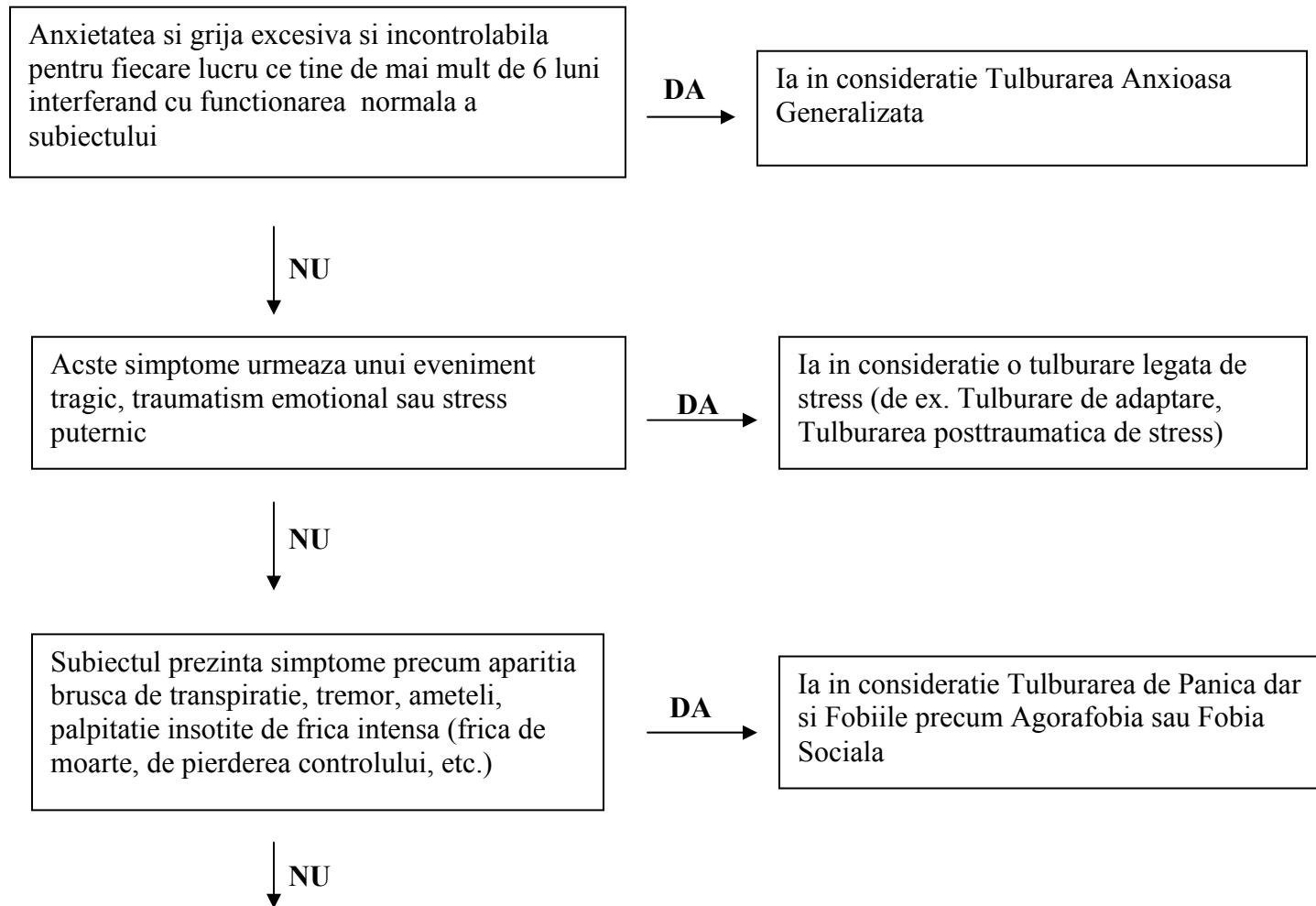
1. Cautarea si culegerea semnelor si simptomelor anxietatii in general

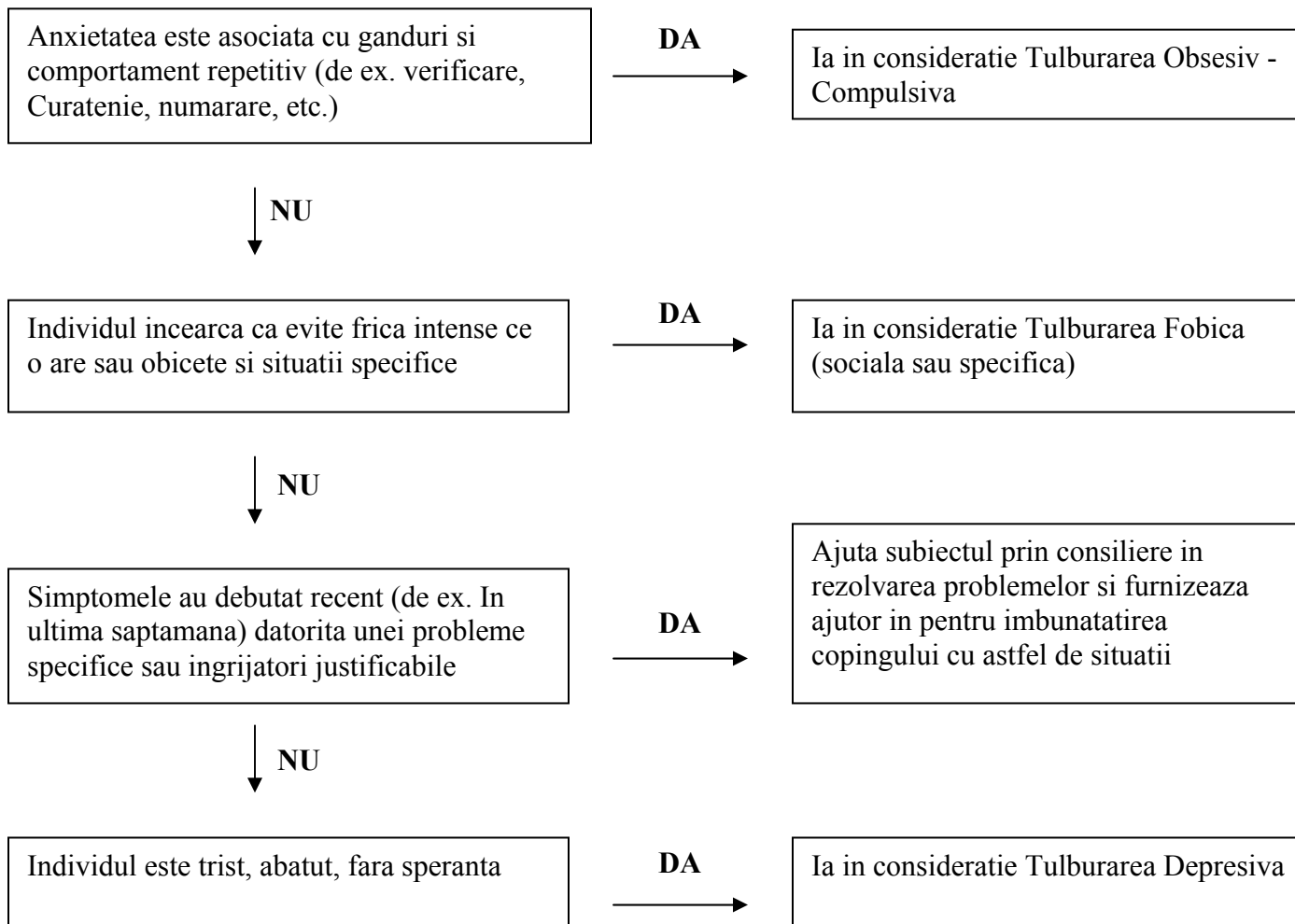
(interviul clinic general, CIDI, SCAN, SCID, Interviu pentru anxietate Nardi-Barlow):

Semnele si simptomele anxietatii (cele patru module ale anxietatii):

| AFECTIVE | COGNITIVE | FIZICE | COMPORTAMENTALE |
|------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Anxietate | Teama de a-si pierde controlul | Cefalee | Evitare |
| Depresie | Grija excesiva | Dureri musculare | Dorinta de scapare |
| Panica | Anticiparea de lucruri rele | Oboseala | Verificare |
| Frica | Prezicerea de lucruri rele | Tremor | Inhibitie |
| Manie | Credinta intr-o soarta rea | Gura uscata | Hipervigilenta |
| Iritabilitate | Auto-acuzare | Transpiratii | Agitatie |
| Depresionalizare | Catastrofizarea evenimentelor | Tulburari de respiratie | Neliniste |
| Derealizare | Concluzionarea negativa | Hiperventilatie | Plans |
| Obnubilare | Tulburari de memorie | Dureri in piept | Precipitare |
| Apatie | Tulburari de concentrare | Palpitatii | Precautie |
| | Tulburari de atentie | Raceala extremitatilor | Consum de alcool si droguri |
| | | Ameteala | Reticenta |
| | | Tulburari de somn | Izolare |
| | | Tulburari de apetit | |

2. Determinarea felului in care semnele si simptomele prezente se aduna unele cu altele si formularea unei ipoteze diagnostice:





3. Etapa de evaluare formală a formei clinice din grupa tulburărilor anxioase (*alegerea unui instrument potrivit de evaluare*) și calibrarea și monitorizarea simptomelor:

3.1. Instrumente pentru evaluarea globală a anxietății sau a severității simptomelor de anxietate

- Scala Hamilton de evaluare a anxietății (*Hamilton Anxiety Rating Scale: HAM-A*)
- Interviu Structurat al Scalei Hamilton de Anxietate (*Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale (SIGH-A)*)
- Inventarul Stare-Trasatura de Anxietate a lui Spielberg (*The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger-STAI*)
- Inventarul Beck de Anxietate (*Beck Anxiety Inventory*)
- Scala de autoevaluare a anxietății a lui Zung (*The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS*)
- Scala de anxietate "Mintea înaintea Emoțiilor" (*Mind over Mood Anxiety Inventory –MOM-A*)
- Inventarul de anxietate a lui Burns (*Burns Anxiety Inventory*)
- Scala de Anxietate Covi (*Covi Anxiety Scale-COVI*)
- Scala de depresie, anxietate și stress (*The Depression Anxiety Stress Scale-DASS*)

3.2. Evaluarea Tulburării Anxioase Generalizate:

- Chestionarul Penn State de evaluare a îngrijorării (*Penn State Worry Questionnaire-PSWQ*)
- Chestionarul Tulburării Anxioase Generalizate – IV (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV*)
- Scala de Severitate a Tulburării Anxioase Generalizate (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale –GADSS*)

3.3. Evaluarea Tulburării de Panica și a Atacului de Panica cu sau fără Agorafobie

- Scala Sheehan de auto-evaluare a anxietății (*Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – SPRAS*)
- Scala de severitate a tulburării de panica (*Panic Disorder Severity Scale –PDSS*)
- Scala de auto-evaluare a tulburării de panica (*Panic Disorder Self-report – PDSR*)
- Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie (*Mobility Inventory for Agoraphobia – MI*)

3.4 Evaluarea Claustrofobiei

- Scala de claustrofobie a lui Ost (*The Ost Claustrophobia Scale-CS*)
- Chestionarul de claustrofobie (*The Claustrophobia Questionnaire-CLQ*)

3.5 Evaluarea Fobiei Sociale

- Scala anxietății sociale a lui Liebowitz (*The Liebowitz Social Anxiety Scale-LSAS*)
- Inventarul de fobie socială (*The Connors Social Phobia Inventory-SPIN*)
- Inventarul de anxietate și fobie socială (*The Social Phobia and Anxiety Inventory-SPAI*)

3.6 Evaluarea structurii cognitive a tulburărilor anxioase

- Indexul senzitivității anxioase (*The Anxiety Sensitivity Index – ASI-3*)
- Scala scurtă a fricii de evaluare negativă (*The Brief Fear of Negative Evaluation Scale - Brief-FNE*)
- Scala Gandurilor și Credințelor Sociale (*The Social Thoughts and Beliefs Scale-STABS*)

Cand si de ce utilizam instrumente de evaluare a anxietatii:

Tulburarile anxioase alcatuiesc un grup heterogen de entitati clinice care se suprapun partial sau deosebesc uneori cu dificultate si clinicianul are probleme mai ales cu formele de anxietate subclinice care insotesc alte tulburari mentale sau somatice. Utilizarea instrumentelor standardizate este de natura sa clarifice in mare masura aceste dificultati intalnite in practica clinica si sa calibreze si monitorizeze evolutia simptomelor odata ce ele au fost detectate.

Shear si colab. (2000) identifica scopurile pentru care utilizam aceste instrumente:

1. Detectarea simptomatologiei anxioase in populatia clinica sau la risc;
2. Identificarea prevalentei anxietatii intr-un esantion populational;
3. Calibrarea severitatii simptomelor la pacientii odata diagnosticati cu o forma specifica de tulburare anxioasa;
4. Identificarea prezentei si tipului de simptome de anxietate la pacientii cu alte diagnostice psihiatrice sau somatice;
5. Evaluarea deznodamentului la pacientii sub tratament;
6. Detectarea recaderii la pacientii sub tratament.

Trebuie mentionat ca aceste instrumente nu sunt instrumente diagnostice si nu inlocuiesc in nici un fel gandirea clinica a practicianului insa in afara situatiilor prezentate mai sus exista si cazuri in care clinicianul nu are suficient timp pentru a efectua un interviu clinic complet, de ex. in urgenta la camera de garda, si atunci aplicarea unui instrumente de screening a anxietatii poate ajuta la identificarea si indreptarea atentiei catre un domeniu sau altul.

Principalul beneficiu al utilizarii instrumentelor de acest fel este confidenta evaluarii, respectiv increderea ca de fiecare data cand evaluam o facem cu aceiasi metoda fara ca subiectivitatea cotatorului sa interfereze masurarea, asa cum se intampla atunci cand evaluarea o face clinicianul in mod liberal traditional.

Alte instrumente prezentate aici se recomanda a fi utilizate cu precadere de clinicienii implicati in terapia cognitiv-comportamentala a anxietatii si ajuta la identificarea distorsiunilor cognitive care sustin simptomatologia si care monitorizate de-a lungul terapiei arata progresul pacientului si eficacitatea metodei aplicate.

Scala Hamilton de evaluare a anxietati (*Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS*)

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

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

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

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

Limitarile acestei scale sunt legate de faptul ca simptomele somatice sunt vag conturate si se pot confunda in trialurile medicamentoase cu simptomele secundare administratii medicamentelor, discrimineaza destul de prost intre depresie si anxietate si

simptomele cognitive sunt inconsistent definite precum grija, simptom cardinal in tulburarea anxioasa generalizata. Mai mult, scala preteaza la confuzii cand se aplica la oameni invarsta la care simptomele depresive si anxioase sunt greu de decelat. Pentru a corecta aceste neajunsuri Raskind si colab. (1987) revizuieste versiunea originala a HRS-A adaugand patru noi itemi: anxietatea somatica, hipocondria, depersonalizarea/derealizarea si agitatia. Aceasta scala Hamilton revizuita reuseste sa discrimineze mai bine anxietatea la batrani (Beck si colab. 1999).

Scala originala de anxietate Hamilton nu furnizeaza indicatii cum sa se culeaga simptomele pe care le cuprinde si astfel confidenta ei in studii multi-centru sau cross-culturale este indoielnica (Bruss si colab. 1994).

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

Inventarul Stare-Trasatura de Anxietate a lui Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI)

Aceast inventar dezvoltat de Spielberger si colab. (1970) este unul din cele mai utilizate instrumente de evaluare a anxietatii mai mult la subiectii din alte facilitati medicale decat cele psihiatrice. Din 1989 si pana in zilele noastre mai mult de 3000 de studii au fost publicate referitor la aceasta scala care contrinua sa fie foarte populara in studiile psihologice (Kennedy si colab. 2001). Spielberger defineste starea de anxietate ca un raspuns tranzitoriu la o situatie stressanta, raspuns ce implica senzatii de tensiune,

frica si diferite modificari fiziologice. Spre deosebire de starea de anxietate, trasatura de anxietate este o caracteristica stabila a personalitatii care predispune persoana la starea de anxietate atunci cand este sub stress. Insa Cicero (citad de Lewis, 1970) facea distinctia dintre *anxietas*, predispozitia catre anxietate si *angor* ca o stare emotionala tranzitorie. Ambele ipostaze ale anxietatii sunt multidimensionale si astfel trasatura de anxietate se poate infatisa in domeniul evaluarii sociale, a pericolului fizic, ambiguitatii si in viata de zi cu zi, pe cand starea de anxietate are doar doua fatete: ingrijorarea si aspectul emotional si vegetativ (Endler si Kocovski, 2001). Scala Spielberger masoara starea si trasatura de anxietate doar ca dimensiuni unifacetate. In modelul Spielberger starea de anxietate este caracterizata de hipertonie vegetativa si de grija si este initiata de stressori interni sau externi sau de triggeri interni somatici. Daca acesti stimuli interni sau externi sunt perceptui ca amenintatori, se declanseaza o cascada de mecanisme defensive cognitive si comportamentale cu scopul de a combate anxietatea. Trasatura anxioasa este descrisa ca o inclinatie individuala sau senzitivitate personala de a experimenta stari anxioase atunci cand sunt perceptui stimuli/triggeri interni sau externi.

Scala STAI prezinta excelente calitati psihometrice si Barnes si colab. (2002) fac o analiza a 816 studii publicate intre 1990 si 2000 demonstreaza ca scala prezinta scoruri inalte pentru consistenta interna si confidenta test-retest. Cu toate acestea scala a fost criticata pentru ca nu discrimineaza bine intre subiectii su anxietate si depresie dar foarte confident intre normali si anxiosi (Kennedy si colab. 2001).

Scala cuprinde 40 itemi care sunt evaluati pe o scale Likert cu patru puncte. Ea are doua subscale, una pentru Stare cu 20 de afirmatii care evalueaza cum se simte subiectul "acum, in acest moment" si subscala Trasatura care contine 20 afirmatii despre cum se simte individul "in general". Scala furnizeaza un scor pentru fiecare din cele doua subscale.

Scala este aparata de legea drepturilor de autor si nu poate fi reproducuta in aceasta carte. Ea se poate obtine inasa contra cost de la autor: Charles D. Spielberger, PhD, Mind Garden, Inc. 1690 Woodside Road #202, Redwood City, CA 94061, USA.

Pentru a corecta unele neajunsuri ale scalei STAI Gros si colab (2007) construiesc o alta scala stare-trasatura de masurare a anxietatii numita The State-Trait Inventory for Cognition and Somatic Anxiety (STICSA), scala care cuprinde pentru fiecare domeniu 21

itemi si care s-a dovedit mai puternica pentru a deosebi anxietatea de deprsie si de alte tulburari din categoria tulburarilor anxioase precum tulburarea obsesiva compulsiva. Aceasta scala se poate obtine de la dr. Radu Vrasti prin solicitare directa.

Inventarul Beck de Anxietate (*Beck Anxiety Inventory – BAI*)

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

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

Inventarul Beck de anxietate prezinta bune proprietati psihometrice coreland pozitiv cu alte scale de anxietate precum Scala de Anxietate Stare-Trasatura a lui Spilberger si colab. (1970) sau Scala de Anxietate a lui Hamilton si discrimineaza anxietatea de depresie mult mai bine decat alte scale (Enns si colab. 1998). Consistentia

interna a scalei, indice ce masoara confidenta unei scale, este foarte mare intanzandu-se de la 0,90 al 0,94 (Beck si colab. 2000). Ayala si colab (2005) inventariaza intreaga literatura despre scala beck de anxietate si gasesc ca intre 1988 si 2002 s-au publicat 172 de articole in reviste de specialitate, 58 de disertatii, 8 capitole de carti si un manual. Ei fac o meta-analiza a lucrarilor care publica studii despre scalei Beck si gasesc ca in 47 studii valabile consistenta interna se situeaza in medie peste 0,83 iar confidenta exprimata prin raportul test-retest se situeaza intre 0,35 si 0,83 ($< 0,50$ = confidenta buna).

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

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

Aceasta scala este perechea scalei Zung de evaluare a depresiei si a fost dezvoltata (Zung, 1971) pentru decelarea simptomelor anxietatii si a severitatii lor (Anexa Nr. 4). Ea contine 20 itemi care acopera cele mai frecvente simptome ale anxietatii, cu un raport intre simptomele afective si somatice de 5/15. Scala Zung este una din cele mai bune scale care citeste simptomele somatice.

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

Scala prezinta o buna validitate dar este destul de instabila in timp. Scorul se calculeaza adunandu-se scorul individual al fiecarui subiect. Un scor de peste 50 indica prezenta anxietatii. Scala reuseste sa deosebeasca cu confidenta subiectii cu anxietate de cei fara si de cei cu alte tulburari psihiatrice precum tulburarile de somatizare.

Scala de anxietate “Mintea inaintea Emotiilor” (*Mind over Mood Anxiety Inventory –MOM-A*)

Scala de anxietate “Mintea inaintea Emotiilor” este o scala de autoraportare a simptomelor de anxietate dezvoltata de Greenberger si Padeski (1995), unele din cele mai apropiate colaboratoare ale lui Aaron Beck, parintele terapiei cognitive a depresiei si anxietatii. Scala este incorporata in celebrul manual de terapie cognitive “Mind over Mood”, veriunea pentru pacient. Aceasta scala consta in 24 itemi ce evalueaza trei dimensiuni ale anxietatii: sentimentele de anxietate, gandurile anxioase si simptomele fizice (Anexa Nr. 5).

Subiectul trebuie sa se pozitioneze fata de fiecare item pe o scala cu patru ancore. Scorul scalei se face prin insumarea scorurilor individuale ale itemilor si se poate intinde de la 0 la 72. Autorii nu furnizeaza valori de prag care sa identifice “cazul” de anxietate pentru ca scala a fost construita doar pentru evaluarea severitatii anxietatii si care permite urmarirea evolutiei scorului de-a lungul terapiei.

Scala de anxietate “Mintea inaintea Emotiilor” prezinta un scor bun de validitate concurentiala atunci cand s-a corelat cu alte doua scale de anxietate: Beck Anxiety Inventory and Burns Anxiety Inventory (Cox si colab. 2000) ceea ce insemnata ca ea masoara cu acuratete ceea ce este de presupus sa masoare: anxietatea.

Inventarul de anxietate a lui Burns (*Burns Anxiety Inventory*)

Acest inventar de anxietate este foarte prietenesc si a fost dezvoltat de Dr. David Burns si publicat intr-o carte de auto-ajutor de mare succes “The Feeling Good” in editii succesive in 1980 si 1990 (Anexa Nr. 6). Astfel de carti, denumite “*self-help*” fac parte din conceptul terapeutic de “biblioterapie” si cunosc un mare succes in lumea anglosaxona. Cartea lui Burns s-a vandut in mai mult de 3 milioane de exemplare!

Scala cuprinde 33 intrebari grupate in trei sectiuni: dispozitie anxioasa (6 itemi), ganduri anxioase (11 itemi) si simptome fizice (16 itemi). Din aceasta distributie a itemilor se poate vedea ce structura echilibrata are aceasta scala. Fiecare item primeste un

scor pe o scala Likert cu patru ancore: niciodata=0, uneori=1, moderat=2 si totdeauna=3. Scorul total se poate intinde de la 0 la 99 so autorul propune urmatoarele praguri de severitate: 0-4 nici o anxietate sau anxietate minima; 5-10 anxietate la limita; 11-20 anxietate usoara; 21-30 anxietate moderata; 31-50 anxietate severa si 51-99= anxietate severa sau panica.

Eu folosesc aceasta scala atat in evaluarea bolnavilor in context de urgenta (camera de garda) sau la prima vizita medicala, cat si in terapie, pentru monitorizarea progresului. Scala prezinta o foarte buna sensibilitate si sensibilitate si deosebeste foarte bine bolnavii anxiosi de cei depresivi sau alte boli psihice (tulburari de somatizare, tulburarea posttraumatica de stress, hipocondria).

Scala de Anxietate Covi (*Covi Anxiety Scale-COVI*)

Aceasta scala pare similara cu scala *Clinical Global Impression* utilizata atat de mult in studiile clinice pentru ca ea are numai trei teme: raportarea verbala a anxietatii, comportamentul si simptomele fizice si furnizeaza rapid un scor sintetic asupra acestor trei fatete ale anxietatii. Scala a fost dezvoltata de Covi si colab. (1979) si este mult utilizata in studiile psihofarmacologice pentru ca este usor de aplicat si este sensibila la schimbare, deci urmeaza corect evolutia clinica (Anexa Nr. 7). Ea este aplicata de clinician pentru ca completarea ei se bazeaza pe interviul cu pacientul si pe observarea lui; completarea ei nu ia mai mult de 5 minute.

Scala de depresie, anxietate si stress (*The Depression Anxiety Stress Scale-DASS*)

Dupa cum s-a mai spus pana acum, scalele de anxietate nu pot deosebi destul de bine anxietate de depresie. Daca statutul viitor al acestor doua entitati clinice este incert, este bine ca din punct de vedere practic ele sa poate fi masurate in mod distinct. Scalele cele mai utilizate in clinical precum scala STAI, scala Beck sau scala Hamilton nu reusesc se faca acest lucru mai ales pentru ca ele contin itemi care sunt comuni celor doua categorii clinice (Beuke si colab. 2003). Pentru a rezolva aceasta situatie Lovibond si Lovibond (1995° si 1995b) construiesc Scala de depresie, anxietate si stress cu scopul de a discrimina anxietatea de depresie si de expresia somatica a stressului.

Scala contine 42 itemi grupati in trei scale a 14 itemi fiecare, cate una pentru depresie, anxietate si stress. Scala de depresie acopera simptome precum disforia, lipsa

de speranta, pierderea valorii personale si a stimei de sine, pierderea interesului, pierderea placerii si pierderea motivatiei. Scala de anxietate evalueaza hipertonia vegetativa, simptomele musculare, situatiile anxiogene si modul de percepere a fricii iar scala de stress evalueaza iritabilitate, reactivitatea si activitate motorie a individului sub stress. Fiecare item este evaluat pe o scala cu patru puncte de severitate de la 0 la 3 si scorul se calculeaza prin adunarea scorurilor fiecarei item.

Exista si o versiune scurta a scalei cu doar 21 itemi. Scala poate fi obtinuta prin solicitare directa de la Dr. Radu Vrsti dar informatii complete si manualul scalei poate fi obtinut contra cost de la adresa: Linda Camilleri, DASS Orders, PO Box 6780, UNSW Sydney NSW 1466, Australia

Chestionarul Penn State de evaluare a ingrijorarii (*Penn State Worry Questionnaire - PSWQ*)

Problema centrala in evaluarea Tulburarii anxioase generalizate (TAG) este cea a masurarii “grijii”. Din punct de vedere a teoriei cognitiviste, grija reprezinta o privire negativa asupra evenimentelor viitoare, este vorba de o intoleranta individuala a incertitudinii (Dugas si colab. 1998). Subiectul pierde sau nu are incredere in capacitatea proprie de a rezolva problemele presupuse a le avea cu situatii neprevazute si amenintatoare si atunci grija sau ingrijirea ii ajuta sa evite descurajarea si sa protejeze pe plan mental persoanele iubite fata de care este ingrijorat. De fapt grija este un mecanism de coping care are ca scop “stapanirea” pe plan ideatic a evenimentelor anxiogene, evitarea incertitudinii si prevenirea/anticiparea lucrurilor negative (Wells si Carter, 1999). Grija si grija patologica, de intensitate clinica, se reveleaza pe plan afectiv, fiziologic si in comportamentul de relatie interpersonal si se poate defini ca “o inlantuire de ganduri si imagini negative si relativ necontrolabile; ea reprezinta o incercare de angajare in rezolvarea problemelor pe plan mental, probleme care ar avea un deznodamant incert” (Berkovec si colab. 1998).

Grija patologica este criteriul esential al diagnosticului TAG desi ea se gaseste in foarte multe alte entitati clinice, mai ales in tulburarile depresive. Unii autori considera grija ca o vulnerabilitate individual non-specifica pentru tulburari anxioase si depresive (Barlow si Wincze, 1998). Prevalenta ei in populatia generala este destul de mare, in jur

de 5,1% (lifetime prevalence) iar la nivelul cabinetelor de medicina generala este intre 8 si 10%.

Chestionarul Penn State (*Pennsylvania State*) de evaluare a griii este un instrument cu 16 itemi dezvoltat de Meyer si colab. (1990) pentru a masura caracteristicile patologice ale griii precum ingrijorarea excesiva si caracterul generalizat si incontrolabil al ingrijorarii (Anexa Nr. 8). Chestionarul are bune proprietati psihometrice (validitate si confidenta) si este sensibil sa deceleze schimbarile sub interventii terapeutice si sa identifice indivizii cu tulburare anxioasa generalizata. Fiecare item este cotate pe o scala cu 5 trepte de la 1 = nu este tipic pentru mine pana la 5 = este foarte tipic pentru mine. Astfel scala poate da un scor de la 0 la 80. Prin metoda Receiver Operating Characteristic Analysis, Fresco si colab. (2003) gasesc ca scorul de 65 reprezinta un punct in care PSWQ are cea mai mare sensibilitate la cea mai mare specificitate, deci este un bun scor-prag pentru a identifica un "caz" de TAG.

Prin testarea mai multor modele factoriale, Olatunji si colab. (2007) gasesc ca scala prezinta doi factori: grija excesiva si absenta ingrijorarii si ca factorul grija excesiva (itemii cu nr. 2, 4-7, 9, 12-16) coreleaza puternic cu factori precum afect negativ si pesimism din alte instrumente de evaluare. Interesant este ca inainte cu un an de fi publicate aceste cercetari, Crittendon si Hopko (2006) publica o scala PSWQ abreviata cu doar 8 itemi si ca acesti itemi sunt cuprinsi in factorul grija excesiva decelat prin analiza factoriala; toate acestea subliniaza inca odata valoarea chestionarului PSWQ.

Dupa experienta mea din ultimii trei ani, pentru a avea un diagnostic confident sau pentru a urmari progresul terapeutic este obligatoriu evaluarea subiectilor care ar indeplini criteriile TAG cu acest instrument.

Chestionarul Tulburarii Anxioase Generalizate – IV (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV*)

Pornind de la constatarea ca aproape toate instrumentele folosite pentru evaluarea Tulburarii Anxioase Generalizate se focalizeaza doar pe unele aspecte ale acestei categorii clinice, Newman si colab. (2002) construiesc un nou instrument de autoevaluare care are pretentia sa acopere toate fatetele acesteia (Anexa Nr. 9). Aceasta scala reflecta modificarile facute de la nasterea acestei entitati in DSM-III pana la ultima versiune din DSM-IV-TR. De exemplu, in DSM-III se cerea ca grija sa fie patologica (excesiva si

nerealista) si sa existe cel putin 6 simptome din 18, in DSM-IV grija poate fi doar excesiva in modul in care cuprinde mai multe domenii iar simptomele cerute sunt doar 3 din 6.

Scala foloseste interviul clinic pentru anxietate a lui Di Nardo si Barlow (1988) si cuprinde 9 simptome scorate pe o scala cu 8 ancore: 0 = deloc; 2 = usor; 4 = moderat; 6 = sever; 8 = foarte sever. Pentru intrebarile 1-4 si 6 care exploreaza grija scorul este intre 1 pentru DA si 0 pentru NU. In cazul intrebarii 5 care exploreaza domeniile pentru care individul este ingrijorat, fiecare domeniu scorat pozitiv capata scorul 1 si totalul este impartit la 3. In cazul intrebarii 7 fiecare simptom cu o severitate peste 6 capata scorul 1 si scorul total al simptomelor se divide la 3. Pentru intrebarile 8 si 9 valorile incercuite de subiect vor fi divizate la 4. Scorul total al scalei se intinde de la 0 la 12. Aceasta metode de scor, la prima vedere complicata, nu face altceva decat sa confere o mai mare pondere simptomelor care evalueaza grija (primele 6 itemi) care pot contribui cu maximum 7 puncte la valoarea totala a scorului scalei. Scala prezinta o buna validitate si confidenta si scorul la care senzitivitatea maxima se intalneste cu sensibilitatea maxima a scalei este de 5,70, deci dincolo de aceasta valoare subiectii sunt categoric afectati de tulburarea anxioasa generalizata.

Scala de Severitate a Tulburarii Anxioase Generalizate ***(Generalized Anxiety Disorder Severity Scale –GADSS)***

Scala de severitate a tulburarii anxioase e o scala simpla cu doar 6 itemi care evalueaza severitatea fiecarui simptom stipulat in DSM-IV. Ea a fost dezvoltata de Shear si colab. (2006) cu scopul de a monitoriza evolutia simptomelor din timpul tratamentului atat din punct de vedere a severitatii cat si a frecventei si interferentei cu functionarea subiectului (Anexa Nr.10). Fiecare item este evaluat pe o scala cu 5 puncte de la 0 = deloc la 4 = foarte sever. Scala este recomandata sa fie utilizata la nivelul medicului de medicina generala. Ea prezinta un scor bun la validitate dar autorii nu au intreprins nici un studiu asupra confidentei.

Scala Sheehan de auto-evaluare a anxietatii ***(Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale –SPRAS)***

Istoric, conceptual de panica a fost definit la nivel individual de prezenta unei anxietati extreme iar la nivel colectiv de prezenta in masa a unei stari de soc sau surpriza care se intretine prin contagiune. In ani '80 ai secolului trecut a existat o perioada de dezacord privind termenul de panica, unii intelegand prin aceasta doar frica si/sau teroarea, altii ecloziunea brusca a unei stari de frica, iar altii ca o interpretare catastrofica a evenimentelor exterioare sau simptomelor corporale. DSM-IV introduce o ordine in delimitarea conceptului. Pentru aceste considerente scalele confidente de evaluare a panicii au aparut tarziu dupa aceasta perioada de incertitudine.

Backer si colab. (2004) demonstreaza ca ce caracterizeaza indivizii cu panica este faptul ca ei au anumite particularitati emotionale precum tendinta marcata de a controla sentimentele de manie, anxietate si nefericire (dorinta de a suprima sau incapsula astfel de emotii), perceptie accentuate a emotiilor si dificultati de a identifica si denumi emotiile resimtite. Toate acestea duc rapid la un raspuns vegetativ supradimensionat si la hipervigilenta, care la randul lor tind sa intretina hiperemotionalitatea primordiala.

Scala Sheehan (1999) este un instrument cu 35 itemi care evalueaza severitatea simptomelor de panica, itemi pe care subiectul insusi trebuie sa le coteze pe o scala de la 0=deloc la 4=extrem. Scala cuprinde intregul cortegiu de simptome somatice pe care le experimenteaza un subiect in timpul atacului de panica (Anexa Nr. 11). Scala evalueaza si patru ipostaze in care panica poate apare: i) ca urmare a unei situatii anxiogene (cu trigger), ii) apare neasteptat (fara trigger), iii) apare ca anticipare a unei situatii anxiogene si iv) apare cu simptome limitate, intr-un cadru de timp bine definit, ultima saptamana. Scala reuseste sa identifice subiectii cu panica si sa-i deosebeasca de cei cu alte forme de tulburari anxioase. Ciudat totusi este existenta in cadrul scalei a doi itemi care sunt caracteristici tulburarii obsesiv-compulsive.

Scala de severitate a tulburarii de panica (*Panic Disorder Severity Scale –PDSS*)

Aceasta scala a fost dezvoltata de Shear si colab. (1997) ca o scala care sa masoare severitatea tulburarii de panica asa cum este descrisa in DSM-IV-TR. La fel, ea poate monitoriza evolutia simptomelor de-al lungul tratamentului.

Scala este construita dupa acelasi model ca si scala Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (care va fi prezentata in capitolul dedicate evaluarii tulburarii obsesiv

compulsive). Scala contine sapte itemi care se evalueaza de catre clinician pe baza intrebarilor pe care scala le furnizeaza. Fiecare item acopera un criteriu diagnostic/un simptom si este scorat pe o scala Likert cu 5 puncte si evalueaza frecventa atacurilor de panica, severitatea lor, anxietatea anticipatorie, comportamentul de evitare si tulburarile de functionare ale subiectului (Anexa Nr. 12).

Scala prezinta proprietati psihometrice ce o recomanda uzului clinic. Validitatea ei a fost demonstrata concurent cu interviuri special destinate pentru diagnosticul tulburarii de panica. Se recomanda ca scala sa fie utilizata pentru a vedea profilul severitatii panicii la un subiect si ca sa monitorizeze schimbarile acestuia de-a lungul tratamentului; ea nu este recomandata pentru screening.

Scala de auto-evaluare a tulburarii de panica (*Panic Disorder Self-report – PDSR*)

Newman si colab. (2006) pornesc la constructia acestui instrument de la constatarea ca exista doar doua interviuri diagnostice confidente pentru diagnosticarea tulburarii de panica (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – ADIS-IV* si *The Structured Clinical Interview for DSM-IV - SCID*) si evaluarea tulburarii de panica cu aceste interviuri diagnostice este costisitoare si ia timp. In schimb, scalele de autoraportare sunt usor de administrat si destul de confidente pentru a furniza o evaluare necesara clinicienilor. Instrumentul dezvoltat de acesti autori este modelat dupa modulul de panica a interviul ADIS-IV si raspunde la criteriile diagnostice ale DSM-IV. Structura scalei PDSR este ierarhica. Astfel, primii 4 itemi exploreaza daca subiectul a avut atacuri recurente si neasteptate de panica, urmatorii trei itemi evalueaza raspunsul subiectului la atacul de panica iar ultimii 12 itemi evalueaza simptomele asociate atacului de panica. Ultimii itemi evalueaza cat de mult atacurile de panica afecteaza subiectul si cat de mult interfera cu functionarea lui (Anexa Nr. 13).

Scorul pentru itemii 1, 2, 3, 5-19 si 22 este de 1 pentru DA si 0 pentru NU, itemii 4, 23 si 24 nu se coteaza, iar scorul itemilor 20 si 21 se divide la 2; scorul total se poate intinde de la 0 la 24.

Analiza de validitate si confidenta a relevat scoruri inalte si un *kappa agreement* de 0,93 cand a fost comparat cu un interviu diagnostic. Prin analiza *Receiver Operating Characteristic Curve* s-a identificat ca scorul de 8,75 poate fi considerat ca scor prag dincolo de care un caz de atac de panic poate fi considerat ca identificat.

Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie (*Mobility Inventory for Agoraphobia – MI*)

Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie este o scala de autoevaluare destinata sa evalueze comportamentul de evitare (agorafobic) a subiectilor anxiosi (Chambless si colab. 1985, 2000). Acest comportament este evaluat pentru 26 situatii tipice pe care agorafobicul le evita si subiectul este evaluat atat pentru situatia cand este singur cat si pentru situatia cand este cu cineva, scala furnizand doua scoruri separate. Fiecare item este evaluat cu o scala cu 5 puncte. In final subiectul trebuie sa indice daca are o zona de siguranta si cat de departe este ea de casa proprie. Scala are o buna confidenta si validitate si furnizeaza scoruri stabile in timp. Scala este utila clinicianului pentru ca furnizeaza informatii despre severitatea agorafobiei si ierarhizarea situatiilor fobogene.

Scala de claustrofobie a lui Ost (*The Ost Claustrophobia Scale - CS*)

Aceasta scala a fost construita de Ost in 1979 dar studiul de psihometrie a fost facut abia mai tarziu (Ost, 2006). Autorul a ales 20 itemi dintre mai multe situatii pe care indivizii claustrofobici le-au raportat ca fiind generatoare de anxietate. Scala furnizeaza pentru fiecare item doua categorii de raspunsuri, cat de multa anxietate are in diferite situatii (evaluata pe o scala cu 5 puncte) si cat de mult evita subiectul astfel de situatii (pe o scala cu 3 puncte). Astfel fiecare subiect va avea doua scoruri, unul pentru anxietatea claustrofobica si altul pentru comportamentul de evitare claustrofobic (Anexa Nr. 15). Autorul a luat un esantion din populatia generala si a constatat ca subiectii claustrofobici au dat in medie un scor de 28,90 la anxietate si 19,91 la evitare fata de lotul de control cu 6,60 la anxietate si 3,60 la evitare. Autorul recomanda un scor prag de 24 pentru nota de anxietate si de 9 pentru nota de evitare. A se nota ca nu se evalueaza ultimii doi itemi in cazul subscalei de evitare. Scala prezinta bune proprietati psihometrice la o analiza de validitate-confidentata.

Chestionarul de claustrofobie (*The Claustrophobia Questionnaire-CLQ*)

Acest chestionar a fost dezvoltat de Rachman (1993) iar studiul de validitate si confidenta a fost facut de Radomsky si colab. (2001). La constructia acestui instrument Rachman porneste de la considerentul ca exista doi factori ai claustrofobiei: frica de sufocare si frica de a fi restrans intr-un un spatiu mic, ambele generand anxietatea claustrofobica. Frica de a fi restrans este o frica ancestrala care se intalneste si la animale si care are legatura cu incapacitatea individului de a avea libertatea de miscare si alegere. Autorul face o colectie de 36 situatii in care un claustrofobic ar putea trai anxietatea si grupeaza acesti itemi in doua scale, de sufocare si restrictie. Subiectul este invitat sa aleaga un scor pentru fiecare item dintre cinci variante: 1= fara nici o anxietate, 2 = usor anxios, 3 = moderat anxios, 4 = foarte anxios si 5 = extrem de anxios. Autorul face o analiza a componentelor principale cu rotatie oblica si compara solutia cu unul sau mai multi factori si gaseste ca solutia cu doi factori reprezinta varianta cea mai simpla pentru solutia multifactor si acopera cel mai bine varianta raspunsurilor din esantionul de studiu. Deci Chestionarul de claustrofobie va furniza doua scoruri, unul pentru sufocare si altul pentru restrictie.

Radomski si colab. (2001) reanalizeaza scala in intregime si incearca sa produca o versiune usor mai scurta, sa faca scoruri normative si sa vada daca scala are o validitate predictiva si discriminativa in a identifica cazul de claustrofobie, ca si consistenta interna si confidenta test-retest. Astfel a rezultat o scala numai cu 26 itemi, cu aceeasi doi factori (sufocare cu 14 itemi si restrictie cu 12 itemi) iar proprietatile psihometrice sunt dincolo de orice dubiu in privinta folosirii cu incredere a acestui instrument (Anexa Nr. 16).

Scala anxietatii sociale a lui Liebowitz (*The Liebowitz Social Anxiety Scale-LSAS*)

Fobia sociala a starnit un interes crescut in ultimele doua decenii, probabil legat de o mai buna conceptualizare a domeniului cat si de prevalenta deosebit de ridicata din populatia generala (Lampe, 2000). Progresele cele mai importante din ultimul timp sunt legate de subdivizarea ei in doua clase: fobia sociala generalizata (complexa) si fobia sociala circumscrisa (limitata la doar la putine situatii sociale), legatura cu tulburarea de

personalitate evitanta si evidentierea factorilor cognitivi care sustin tulburarea, in principal a evaluarii negative a persoanei. Masurarea cu acuratete a tabloului clinic, a simptomatologiei si a situatiilor generatoare de fobie sociala este un obiectiv care intereseaza clinicianul pentru a evalua progresul si deznodamantul tratamentului medicamentos si/sau psihoterapic.

Scala anxietatii sociale a lui Liebowitz evalueaza frica si evitarea in 24 situatii care sunt probabile a genera anxietate sociala (Liebowitz, 1987). Scala este compusa din 13 activitati care genereaza anxietate sociale si 11 interactiuni care genereaza anxietate sociala. Fiecare situatie este evaluata pe o scala cu patru puncte, de la 0 la 3. Exista mai multe versiuni ale scalei, una de autoevaluare a subiectului (*LASA-Self-Reported*), o versiune pentru clinician (*LASA-Clinician-Administered*) si o alta pentru copii si adolescent (*LSAS-Children and Adolescents*). Exista putin diferente intre cele doua versiuni pentru adulti. In Anexa Nr. 17 este prezentata versiunea pentru clinician. Ambele versiuni au o foarte buna consistenta interna (coeficient Cronbach peste 0,90) si corelatia dintre cele doua versiuni ale scalei este foarte buna; la fel, studiile arata o validitate convergenta si discriminativa puternica (Balon, 2005). Scala furnizeaza 6 scoruri: unul pentru frica de interactiune sociala, altul pentru frica de actiune in context social, un scor pentru evitarea interactiunii sociale, un scor pentru evitarea actiunii, un scor subtotal pentru actiune si un scor subtotal pentru evitare. Foarte interesant este ca la o analiza factoriala scala Liebowitz nu rapunde la solutia cu doi factori, frica de actiune si interactiune, asa cum ne-am fi asteptat (Safren si colab. 1999) ci evidentiaza existenta a patru factori: frica de interactiune sociala, frica de a vorbi in public, frica de a fi observati in public si frica de a manca si bea in public care ar putea reprezenta forme distincte de fobie sociala.

Inventarul de fobie sociala (*The Connors Social Phobia Inventory-SPIN*)

Connors si colab. (2000) pornind de la limitarile cunoscute ale scalelor deja existente, dezvoltata un inventar scurt care sa cuprinda spectrul tulburarii de fobie sociala, precum anxietatea in situatii sociale, comportamentul de evitare si concomitentele somatice ale acestora (Anexa Nr. 18). Acest instrument este de fapt o scala de autoevaluare construita cu scopul de a distinge subiectii cu fobie sociala de cei fara, de a

evalua severitatea simptomelor, de a fi sensibilă la schimbările sub tratament și de a furniza un scor prag dincolo de care un caz să poate fi identificat. Scala conține întrebări care evaluează frica (de oameni importanți sau cu autoritate, de petreceri sau evenimente sociale, de a fi criticat, de a vorbi cu străini sau de a face lucruri când este observat), evitarea (de a vorbi cu oameni străini, de a apărea jenat în fața altora, de a merge la petreceri, de a fi în centrul atenției, de a ține discursuri, de a fi criticat) și despre simptomele fizice însoțitoare (roșeață, transpirații, palpitații, tremurături sau neliniște în fața altora). Cele 17 întrebări sunt evaluate pe o scală de la 0 la 4 și scorul întreg se poate întinde de la 0 la 64. Scala prezintă o notă bună de confidență la test-retest și o validitate satisfăcătoare; consistența internă este între coeficientul Chronbach 0,87 și 0,94. Scorul prag la care decelează un caz de fobie socială față de populația generală sau de alte cazuri de tulburări psihiatrice este de 19.

Inventarul de anxietate și fobie socială (*The Social Phobia and Anxiety Inventory-SPAI*)

Inventarul de anxietate și fobie socială este un instrument de autoevaluare a fobiei sociale așa cum este definită în DSM. El a fost dezvoltat de Tuner și colab. (1989,1995) ca să evalueze simptomele somatice și cele cognitive ale fobiei sociale. Scala cuprinde două subscale, una cu 32 itemi pentru fobia socială și alta cu 13 itemi pentru agorafobie. Itemii au fost extrasi din experiența clinică a autorilor și sunt evaluați pe o scală cu 7 puncte. Subscala de fobie socială evaluează gradul de teamă și frecvența ei în situația în care subiectul întâlnește persoane cu autoritate, străini, persoane de sex opus sau oameni în general și gradul în care subiectul prezintă simptome somatice și cognitive legate de această teamă. Subscala de agorafobie este inclusă doar ca să se determine în prealabil dacă aceste simptome sunt datorate fricii de a avea un atac de panică sau sunt parte a fricii de evaluare negativă.

Scala prezintă bune proprietăți psihometrice și reușește să discrimineze fobia socială de alte tulburări anxioase.

Scorul scalei poate fi de la 0 la 192 pentru scala de fobie socială și de la 0 la 78 pentru scala de agorafobie. Modul de scorare a fiecărui item este destul de complex pentru că sunt itemi cu mai multe elemente ce trebuie evaluate și scorul se stabilește făcând o medie. Dacă se scade din scorul de fobie socială scorul la scala de agorafobie

atunci se considera ca rezultatul este cel adevarat pentru fobia sociala si astfel un scor de peste 60 reprezinta un semnal de alarma iar un scor diferential de peste 80 reprezinta o siguranta ca este vorba de un caz de fobie sociala.

Scala este aparata de drepturi de autor si nu poate fi reprodusa aici. Se poate obtine un kit ce include manualul de utilizare si 25 formulare de scor pentru 55\$ de la Multi-Health Systems, Inc, 908 Niagara Falls Blvd, North Tonawanda, NY 14120-2060.

Indexul senzitivitatii anxioase (*The Anxiety Sensitivity Index-ASI-3*)

Din punct de vedere etologic anxietatea se bazeaza pe doua posibile moduri prin care mamiferele, in general, reactioneaza la primejdie: orientarea si apararea. In timpul orientarii individul scaneaza mediul cautand posibilele amenintari iar el poate fi confident referitor la capacitatea proprie de a rezolva pericolele sau poate fi senzitiv la pricol si hipervigilent la semnalele de pericol. Cand se apare, individul este gata de a declansa o cascada de reactii care sa asigure securitatea organismului. Indivizii anxiosi, indiferent de "haina" care o imbraca prezinta o atentie exagerata si o hipervigilenta fata de pericole sau sugestii care amintesc pericolul si care sunt autointretinute de scheme cognitive distorsionate precum ca simptomele pe care le traieste cand e anxios sunt aducatoare sau anuntatoare de moarte sau de alte daune severe organice (Mansell, 2004). Reiss si colab. (1986) considera ca orice forma de anxietate se dezvoltă dintr-una din cele trei forme de senzitivitati pe care un individ anxios le-ar avea: frica de evaluare negativa, senzitivitatea anxioasa si senzitivitatea pentru boli si traumatisme. Senzitivitatea anxioasa este frica de simptomele pe care le traieste un subiect anxios (de ex. palpitatele, senzatia de sufocare, durerile in piept, ametelile, etc) si care nu le pune pe seama anxietatii ci considera ca ele ar fi expresia unui risc iminenta pentru o afectiune amenintatoare de viata. Senzitivitatea anxioasa este considerata a fi o trasatura neuro-cognitiva care amplifica frica si alte reactii anxioase si plaseaza individul la riscul de a dezvoltă tulburari anxioase, mai ales tulburarea anxioasa generalizata sau tulburarea de panica (Reiss, 1991). Reiss si colab. (1986) construiesc o scala de evaluare a senzitivitatii anxioase cu 16 itemi, Scala de Evaluare a Sensitivitatii Anxioase (*Anxiety Sensitivity Index-ASI*), itemi care in majoritate sunt despre simptomele somatice ale anxietatii. Taylor si Cox (1998) revizuiesc aceasta scala si adauga alti itemi si astfel ca versiunea revizuita contine 36 itemi si obtine *Anxiety*

Sensitivity Index-Revised – ASI-R. Această scală încearcă să înlocuiască un construct mono-dimensional cu altul multidimensional care prezintă patru factori: frica de simptome fizice (simptomele cardiace vor conduce la un atac de inimă), frica cognitivă (frica că își va pierde controlul și va înnebuni) și frica socială (oamenii vor observa dificultățile pe care le întâmpină) și frica de simptome fizice fără o explicație plauzibilă (Deacon și colab. 2003). Foarte recent, Taylor și colab. (2007) își reconstruiesc scală și fac o versiune mai scurtă cu doar 18 itemi (*ASI-3*) pe bazele unui eșantion de 2361 subiecți și îi găsesc o structură cu trei factori: frica somatică, frica cognitivă și frica socială. Subiectul evaluat trebuie să aleagă cât de mult este de acord cu fiecare afirmație a testului între 1 = foarte puțin și 4 = foarte mult. Studiul de validitate și fiabilitate a fost un studiu cross-cultural care a cuprins eșantioane din SUA, Canada, Spania, Franța, Mexic și Olanda și a arătat o performanță psihometrică remarcabilă. Scală este prezentată în Anexa Nr. 19.

Scala scurtă a fricii de evaluare negativă (*The Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Brief FNES*)

Această scală a fost făcută de Leary (1984) pe baza unui din cele mai vechi chestionare de evaluare a fobiei sociale, cel al lui Watson și Friend (1969). Scală evaluează un aspect particular al anxietății sociale legată de o particularitate cognitivă precum așteptarea de a fi evaluat negativ. Versiunea integrală avea 30 întrebări care erau cotate cu adevărat sau fals, cu scopul de a măsura frica de a fi evaluat de alții, așteptarea de a fi evaluat negativ de alții și necazul generat de acestea. Versiunea scurtă are doar 12 întrebări și răspunsurile pot fi etalate pe o scală de la 1 la 5. Scorurile de la itemii 2, 4, 7 și 10 trebuie inversate, 5 devenind 1 și 1 devenind 5 (Anexa Nr. 20). Scală întreaga FNES și cea scurtă au o bună validitate și fiabilitate și sunt pe larg folosite în studii clinice și munca de zi cu zi cu pacientul.

Scala Gândurilor și Credințelor Sociale (*The Social Thoughts and Beliefs Scale*)

Această scală evaluează structura cognitivă și porneste de la considerentul că fobia socială este o entitate clinică în care simptomele cognitive sunt dominante spre deosebire de tulburarea de panică în care plângerile somatice apar pe primul plan.

Individul cu fobie sociala prezinta distorsiuni cognitive care il conduce la prelucrarea neadecvata a sugestiilor primite din ambianta sociala precum sugestiile conversationale, de acceptare sau de confort; el le percepe printr-o lentila negativa si le deturnezeza sensul spre rejectie, jena, inadaptare, disconfort.

Turner si colab. (2003) dezvolta un instrument cu 21 itemi formulati empiric pe baza literaturii si experientei autorilor cu scopul de a evalua cognitiile negative din fobia sociala. Initial autorii au ales un numar de 45 itemi iar apoi pe baza raspunsurilor unui numar de psihiatrii si psihologici clinicieni pe de-o parte si a unui lot de bolnavii cu fobie sociala au exclus 14 itemi iar pe baza unei analize "*post hoc*" au fost inlaturati alti itemi ramanand doar 21 de itemi. Fiecare item este evaluat pe o scala Likert cu 5 puncte (1 = deloc caracteristic pana la 5 = totdeauna caracteristic).

Analiza de confidenta si validitate a aratat calitati psihometrice robuste (coeficient Cronbach = 0,96, indice test-retest = 0,94) iar analiza factoriala a evidentiat structura cu doi factori (comparare sociala si inaptitudine sociala).Scala are capacitatea de a distinge subiecti cu fobie sociala de alti subiecti cu tulburari anxioase si este destinata mai ales sa evalueze subiectul de-a lungul terapiei cognitiv-comportamentale.

Bibliografie:

Andrews G, Anderson TM, Slade T, Sunderland M (2008): Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions, *Depression and Anxiety*, 25:274-281

Backer R, Holloway J, Thomas PW (2004): Emotional processing and panic, *Behaviour Research and Therapy*, 42: 1271-1287.

Balon R (2005): Masuring anxiety: Are we getting what we need? *Depression and Anxiety*, 22:1-10.

Barlow DH (2000): Unraveling the mystery of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory, *American Psychologist*, 2000: 1247-1263.

Barlow DH (1988); *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, New York: Guilford Press.

Barlow DH, Wincze J (1998): DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (Suppl 393):23-29.

Barnes LLB (2002): Reliability Generalization of Scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, *Educational and Psychological Measurement*, 62: 603-618.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988): An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric proprieties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6: 893-897.

- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (2000): Beck Anxiety Inventory, Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.
- Beck AT, Steer RA (1991): Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck JG, Stanley MA, Zebb BJ (1999): Effectiveness of the Hamilton Anxiety Rating Scale with Older Generalized Anxiety Disorder Patients, *Journal of Clinical Geropsychology*, 5:281-290.
- Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML (1999): The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6:126-138.
- Borkovec TD, Ray WJ, Stoeber J (1998): Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy Research*, 22:561-576.
- Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP (1994): Hamilton anxiety rating scale interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Research*, 53: 191-202.
- Burns DD (1990): *The Feeling Good, Plume* by Penguin Group, New York.
- Cassano GB, Michelini S, Shear MK et al (1997): The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms, *American Journal of psychiatry*, 154:27-38.
- Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, et al (1985): The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behavioral Research and Therapy*, 23:33-44.
- Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE et al (2000): The Mobility Inventory for Agoraphobia (MI), *Handbook of Psychiatric Measures*, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.
- Clark DA, Steer RA, Beck AT: Common and specific dimensions of self-report anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models, *Journal of Abnormal Psychology*, 103:645-654.
- Clark LA, Watson D (2006): Distress and fear disorders: an alternative empirically based taxonomy of the “mood” and “anxiety” disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189:481-483.
- Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE et al (2000): Psychometric proprieties of the Social Phobia Inventory (SPIN), *British Journal of Psychiatry*, 176:379-386.
- Covi L, Lipman MC, Nair DM, Crezlinisky T (1979): Symptomatic volunteers in multicenter drug trials. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 3: 521-528.
- Cox T, Beal D, Brittain S (2000): The concurrent validity of the Mind over Mood Anxiety Inventory, Eastern Kentucky University, unpublished manuscript.
- Crittendon J, Hopko DR (2006): Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A), *Anxiety Disorders*, 20: 1036-1054.
- Deacon, BJ, Abramowitz JS, Woods CM, Tolin DF (2003): The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples, *Behaviour Research and Therapy*, 41: 1427-1449.
- Di Nardo RA, Barlow D H (1988): *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany: Center for Stress and Anxiety Disorders.
- Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R (1998): Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorder* 12:253-261.

- Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R (2001): Intolerance of uncertainty and worry: Investigating narrow specificity in a non-clinical sample. *Cognitive and Therapy Research*, 25:551–558.
- Endler NS, Kocovski NL (2001): State and trait anxiety revisited, *Anxiety Disorder*, 15:231-245.
- Enns MW, Cox BJ, Parker JDA, Gurertin JE (1998): Confirmatory factor analysis of the Beck Anxiety and Depression Inventories in patients with major depression, *Journal of Affective Disorders*, 46: 195-200.
- Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL (2003): Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: a receiver operating characteristic analysis, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34: 283–291.
- GoodwinRD, Lieb R, Hofler M et al (2004): Panic attack as a risk factor for severe psychopathology, *American Journal of Psychiatry*, 161:207-214.
- Greenberger D, Padesky CA (1995): *Mind Over Mood: A Cognitive Therapy Treatment Manual for Clients*. New York: Guilford Press.
- Gros DF, Antony MM, Simms LJ, McCabe RE (2007): Psychometric Properties of the State–Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State–Trait Anxiety Inventory (STAI), *Psychological Assessment*, 19: 269-381.
- Hamilton M (2000): Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), *Handbook of Psychiatric Measures*, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.
- Haslam N (2003): Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37:696-704.
- Hettema JM (2008): The nosologic relationship between generalized anxiety disorder and major depression, *Depression and Anxiety*, 25:300-316.
- Hewitt PL, Norton GR (1993): The Beck Anxiety Inventory: A psychometric analysis, *Psychological Assessment*, 5: 408-412.
- Kennedy BL, Schwab JJ, Morris RL, Belida G (2001): Assessment of state and trait of anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders, *Psychiatric Quarterly*, 72: 263-276.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al.:(1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8 - 19.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA et al (1996): Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168:17–30.
- Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. (2002): Detection of depression and anxiety in primary care: Follow up study. *British Medical Journal*, 325:1016-1017.
- Kobak KA, Reynolds WM, Greist JH: Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale, *Psychological Assessment*, 5:487-492.
- Lampe LA (2000): Social phobia: a review of recent research trends, *Current Opinion in Psychiatry*, 13:149-155.
- Leary MR (1983): A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale, *Personality and Social Psychiatry*, 9:371-375.

- Lewis A (1970): The ambiguous word “anxiety”, *International Journal of Psychiatry*, 9:62-79.
- Liebowitz, M. R. (1987): Social phobia, *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* (DF Klein Ed.) 22: 141-173.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995a): *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995b): The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 335-343.
- Mansell W (2004): Cognitive psychology and anxiety, *Psychiatry*, 3: 6-10.
- Meyer T J, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD (1990): Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28: 487-495.
- Mineka S, Watson D, Clark LA (1998): Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49:377-412.
- Newman MG, Holmes M, Zuellig AR et al (2006): The Reliability and Validity of the Panic Disorder Self-Report: A New Diagnostic Screening Measure of Panic Disorder, *Psychological Assessment*, 18: 49-61.
- Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE et al (2002): Preliminary Reliability and Validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A Revised Self-Report Diagnostic Measure of Generalized Anxiety Disorder, *Behavior Therapy*, 33:215-233.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997): Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behavioral Research Therapy*, 35: 667-681.
- Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS, Tolin DF (2006): Dimensionality of somatic complaints: Factor structure and psychometric proprieties of the Self-Rating Anxiety Scale, *Anxiety Disorders*, 20: 543-561.
- Olatunji BO, Schottenbauer MA, Rodriguez BF et al (2007): The structure of worry: Relations between positive/negative personality characteristics and the Penn State Worry Questionnaire, *Journal of Anxiety Disorders*, 21:540-553.
- Ost LG (2006): The claustrophobia scale: a psychometric evaluation, *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1053-1064.
- Plehn K, Peterson RA (2002): Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorder*, 16:455-474.
- Power MJ, Tarsia M (2007): Basic and Complex Emotions in Depression and Anxiety, *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 14:19-31.
- Puddifoot S, Arroll B, Goodyear-Smith FA et al. (2007): A new case-finding tool for anxiety: A pragmatic diagnostic validity study in primary care, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37: 371-381.
- Rachman S (1993): Analyses of Claustrophobia, *Journal of Anxiety Disorder*, 7: 281-291.
- Radomsky AS, Rachman S, Thordarson et al (2001): The Caustrophobia Questionnaire, *Journal of Anxiety Disorders*, 15: 287-297.

- Reiss S, Peterson RA, Gursky M, McNally RJ (1986): Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and prediction of fearfulness, *Behavioural Research and Therapy*, 24: 1-8.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11: 141–153.
- Riskind JH., Beck AT, Brown G, Steer RA (1987): Taking the measure of anxiety and depression: Validity of the reconstructed Hamilton scales. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175: 474-479.
- Ruscio AM, Borkovec TD, Ruscio J (2001): A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 110:413–422.
- Safren SA, Heimberg RG, HornerKJ et al (1999): Factor structure of social fear: The Liebowitz Social Anxiety Scale, *Journal of Anxiety Disorders*, 3: 253-270.
- Sakashita C, Slade T, Andrews G (2007): Empirical investigation of two assumptions in the diagnosis of DSM-IV major depressive episode. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41:17–23.
- Shafraan R, Rachman S (2004): Thought–action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 35:87–107.
- Sheehan DV (1999): Appendix 2. The Sheehan Patient Rated Anxiety Scale, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 18): 63-64.
- Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ (1997): The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106:355–364.
- Shear KM, Belnap BH, Mazumdar S et al (2006): Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (ADSS): A preliminary validity study, *Depression and Anxiety*, 23: 77-82.
- Shear MK, Bilt JV, Rucci P et al (2001): Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A), *Depression and Anxiety*, 13: 166-178.
- Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, Gloster AT, Wittchen H-U (2007): Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1): S52–S64.
- Shear MK, Brown TA, Barlow DH et al (1997): Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale, *American Journal of Psychiatry*, 154:1571-1575.
- Shear MK, Feske U, Brown C et al (2000): *Handbook of Psychiatric Measures*, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.
- Slade T, Andrews G (2005): Latent structure of depression in a community sample: a taxometric analysis. *Psychological Medicine*, 35:489–497.
- Spielberger CD, Gorsuch RR, Luchene RE (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press.
- Stanley MA, Beck JG (2000): Anxiety disorder, *Clinical Psychology Review*, 20: 731–754.
- Starcevic V, Berle D (2006): Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23:51-61.
- Taylor S, Cox BJ (1998): An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12: 463–483.

Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA (1989): An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory, *Psychological Assessment* 1:35–40.

Turner SM, Beidel DC, Dancu CV (1995): *Social Phobia and Anxiety Inventory Manual*, North Tonawanda, NY, MHS.

Turner SM, Johnson MR, Beidel DC et al (2003): The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia, *Psychological Assessment*, 15: 384-391.

Watson D, Friend R (1969): Measurement of social-evaluative anxiety, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33:448–457.

Watson D, O'Hara MA, Stuart S (2008): Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders, *Depression and Anxiety*, 25:282-288.

Wells A, Carter K (1999): Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 37:585-594.

Wetherell LJ, Arean PA (1997): psychometric evaluation of the Beck Anxiety Inventory with older medical patients, *Psychological Assessment*, 9: 136-144.

Zung WK (1971): A rating instrument for anxiety disorders, *Psychosomatics*, 12: 371-379.