
MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



American Psychiatric Association

Administração 2012–2013

PRESIDENTE DILIP V. JESTE, M.D.

PRESIDENTE-ELEITO JEFFREY A. LIEBERMAN, M.D.

TESOUREIRO DAVID FASSLER, M.D.

SECRETÁRIO ROGER PEELE, M.D.

Assembleia

ORADOR R. SCOTT BENSON, M.D.

ORADOR-ELEITO MELINDA L. YOUNG, M.D.

Conselho Administrativo

JEFFREY AKAKA, M.D.

CAROL A. BERNSTEIN, M.D.

BRIAN CROWLEY, M.D.

ANITA S. EVERETT, M.D.

JEFFREY GELLER, M.D., M.P.H.

MARC DAVID GRAFF, M.D.

JAMES A. GREENE, M.D.

JUDITH F. KASHTAN, M.D.

MOLLY K. McVOY, M.D.

JAMES E. NININGER, M.D.

JOHN M. OLDHAM, M.D.

ALAN F. SCHATZBERG, M.D.

ALIK S. WIDGE, M.D., PH.D.

ERIK R. VANDERLIP, M.D.,

ADMINISTRADOR-ELEITO EM TREINAMENTO



M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

Editado também como livro impresso em 2014.
ISBN 978-85-8271-089-0

1. Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association.

CDU 616.89-008

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]

Revisão técnica:

Aristides Volpato Cordioli (coordenação)

Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Professor aposentado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Christian Kieling

Psiquiatra, Psiquiatra da Infância e da Adolescência (HCPA/UFRGS).

Mestre e Doutor em Psiquiatria pela UFRGS.

Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Cristiano Tschiedel Belem da Silva

Psiquiatra (HSL/PUCRS). Doutorando no Programa de Pós-graduação
em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Ives Cavalcante Passos

Psiquiatra (HCPA/UFRGS).

Doutorando no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Mário Tregnago Barcellos

Psiquiatra, Psicoterapeuta (HCPA/UFRGS).

Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica (CELG/UFRGS).

Membro Aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

Versão impressa
desta obra: 2014



2014

Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. *Medo* é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os *ataques de pânico* se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais.

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.

Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), embora o critério para a duração seja tido como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e no mutismo seletivo). Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Este capítulo está organizado segundo os estágios do desenvolvimento, com os transtornos sequenciados de acordo com a idade típica de início. O indivíduo com transtorno de ansiedade de separação é apreensivo ou ansioso quanto à separação das figuras de apego até um ponto em que é impróprio para o nível de desenvolvimento. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de dano às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta.

O mutismo seletivo é caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal.

Os indivíduos com fobia específica são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritos. Uma ideação cognitiva específica não está caracterizada nesse transtorno

como está em outros transtornos de ansiedade. Medo, ansiedade ou esquiva é quase sempre imediatamente induzido pela situação fóbica, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta. Existem vários tipos de fobias específicas: a animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros.

No transtorno de ansiedade social (fobia social), o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquiva de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros.

No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico (p. ex., esquiva de exercícios ou de locais que não são familiares). Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os ataques de pânico com sintomas limitados incluem menos de quatro sintomas. Os ataques podem ser *esperados*, como em resposta a um objeto ou situação normalmente temido, ou *inesperados*, significando que o ataque não ocorre por uma razão aparente. Eles funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade com uma gama de transtornos, incluindo, mas não limitados, os transtornos de ansiedade (p. ex., transtornos por uso de substância, transtornos depressivos e psicóticos). O ataque de pânico pode, portanto, ser usado como um especificador descritivo para qualquer transtorno de ansiedade, como também para outros transtornos mentais.

Os indivíduos com agorafobia são apreensivos e ansiosos acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. O indivíduo teme essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. Essas situações quase sempre induzem medo ou ansiedade e com frequência são evitadas ou requerem a presença de um acompanhante.

As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono.

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento envolve ansiedade devido a intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica.

Escalas específicas estão disponíveis para melhor caracterizar a gravidade de cada transtorno de ansiedade e captar as alterações na gravidade ao longo do tempo. Para facilitar o uso, particularmente para indivíduos com mais de um transtorno de ansiedade, essas escalas foram desenvolvidas para ter o mesmo formato (porém focos diferentes) em todos os transtornos de ansiedade, com classificações de sintomas comportamentais, sintomas cognitivos e sintomas físicos relevantes para cada transtorno.

Transtorno de Ansiedade de Separação

Critérios Diagnósticos

309.21 (F93.0)

- A. Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos:

Transtorno de ansiedade social. Se as situações são temidas devido a possível avaliação negativa, deve ser diagnosticado transtorno de ansiedade social em vez de fobia específica.

Transtorno de ansiedade de separação. Se as situações são temidas devido à separação de um cuidador primário ou figura de apego, deve ser diagnosticado transtorno de ansiedade de separação em vez de fobia específica.

Transtorno de pânico. Os indivíduos com fobia específica podem experimentar ataques de pânico quando confrontados com a situação ou objeto temido. Deve ser dado um diagnóstico de fobia específica se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta ao objeto ou situação específica, e um diagnóstico de transtorno de pânico se o indivíduo também experimentou ataques de pânico inesperados (i.e., não em resposta ao objeto ou situação da fobia específica).

Transtorno obsessivo-compulsivo. Se o medo ou ansiedade primária de um indivíduo é de um objeto ou situação como resultado de obsessões (p. ex., medo de sangue devido a pensamentos obsessivos acerca de contaminação por agentes patogênicos transmitidos pelo sangue [p. ex., HIV]; medo de dirigir devido a imagens obsessivas de causar ferimentos a outras pessoas) e se outros critérios diagnósticos para transtorno obsessivo-compulsivo são satisfeitos, então este último transtorno deve ser diagnosticado.

Transtornos relacionados a trauma e estressores. Se a fobia se desenvolve após um evento traumático, deve ser considerado TEPT como diagnóstico. Entretanto, eventos traumáticos podem preceder o início de TEPT e a fobia específica. Nesse caso, um diagnóstico de fobia específica é dado somente se não são satisfeitos todos os critérios para TEPT.

Transtornos alimentares. Um diagnóstico de fobia específica não é dado se o comportamento de esquiva está limitado exclusivamente à esquiva de alimentos e estímulos relacionados a alimentos, em cujo caso um diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia deveria ser considerado.

Transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Quando o medo e a esquiva são devidos a pensamento delirante (como na esquizofrenia ou outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), um diagnóstico de fobia específica não é justificado.

Comorbidade

A fobia específica é raramente vista em contextos clínicos na ausência de outra patologia e costuma ser mais observada em contextos de saúde mental não médicos. Está com frequência associada a uma variedade de outros transtornos, especialmente depressão em adultos mais velhos. Devido a seu início precoce, a fobia específica costuma ser o transtorno que primeiro se desenvolve. Os indivíduos com a doença estão em risco aumentado de desenvolvimento de outros transtornos, incluindo os demais transtornos de ansiedade, os transtornos depressivo e bipolar, os transtornos relacionados a substâncias, transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionados e os transtornos da personalidade (particularmente transtorno da personalidade dependente).

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)

Critérios Diagnósticos

300.23 (F40.10)

- A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).

Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

- B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
- C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.
Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
- D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
- E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
- F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
- G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.
- I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
- J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.

Especificar se:

Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.

Especificadores

Os indivíduos com transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho têm preocupações com desempenho que são geralmente mais prejudiciais em sua vida profissional (p. ex., músicos, dançarinos, artistas, atletas) ou em papéis que requerem falar em público. Os medos de desempenho também podem se manifestar em contextos de trabalho, escola ou acadêmicos nos quais são necessárias apresentações públicas regulares. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social somente desempenho não temem ou evitam situações sociais que não envolvam o desempenho.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade social é um medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. Em crianças, o medo ou ansiedade deve ocorrer em contextos com os pares, e não apenas durante interações com adultos (Critério A). Quando exposto a essas situações sociais, o indivíduo tem medo de ser avaliado negativamente. Ele tem a preocupação de que será julgado como ansioso, débil, maluco, estúpido, enfadonho, amedrontado, sujo ou desagradável. O indivíduo teme agir ou aparecer de certa forma ou demonstrar sintomas de ansiedade, tais como ruborizar, tremer, transpirar, tropeçar nas palavras, que serão avaliados negativamente pelos demais (Critério B). Alguns têm medo de ofender os outros ou de ser rejeitados como consequência. O medo de ofender os outros – por exemplo, por meio de um olhar ou demonstrando sintomas de ansiedade – pode ser o medo predominante em pessoas de culturas com forte orientação coletivista. Um indivíduo com medo de tremer as mãos pode evitar beber, comer, escrever ou apontar em público; um com medo de transpirar pode evitar apertar mãos ou comer alimentos picantes; e um com medo de ruborizar pode evitar desempenho em público, luzes brilhantes ou discussões sobre tópicos íntimos. Alguns têm medo e evitam urinar em banheiros públicos quando outras pessoas estão presentes (i.e., parurese, ou “síndrome da bexiga tímida”).

As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (Critério C). Assim, um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente em situação(ões) social(is) não seria diagnosticado com transtorno de ansiedade social. Entretanto, o grau e o tipo de medo e ansiedade podem variar (p. ex., ansiedade antecipatória, ataque de pânico) em diferentes ocasiões. A ansiedade antecipatória

pode ocorrer às vezes muito antes das próximas situações (p. ex., preocupar-se todos os dias durante semanas antes de participar de um evento social, repetir antecipadamente um discurso por dias). Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilização, comportamento de agarrar-se ou encolher-se em situações sociais. Os indivíduos com frequência evitarão as situações sociais temidas ou então as suportarão com intenso medo ou ansiedade (Critério D). A esquivia pode ser abrangente (p. ex., não ir a festas, recusar a escola) ou sutil (p. ex., preparando excessivamente o texto de um discurso, desviando a atenção para os outros, limitando o contato visual).

O medo ou ansiedade é julgado desproporcional ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências dessa avaliação negativa (Critério E). Às vezes, a ansiedade pode não ser julgada excessiva porque está relacionada a um perigo real (p. ex., ser alvo de *bullying* ou atormentado pelos outros). No entanto, os indivíduos com transtorno de ansiedade social com frequência superestimam as consequências negativas das situações sociais, e, assim, o julgamento quanto a ser desproporcional é feito pelo clínico. O contexto sociocultural do indivíduo precisa ser levado em conta quando está sendo feito esse julgamento. Por exemplo, em certas culturas, o comportamento que de outra forma parece socialmente ansioso pode ser considerado apropriado em situações sociais (p. ex., pode ser visto como um sinal de respeito).

A duração do transtorno é geralmente de pelo menos seis meses (Critério F). Esse limiar de duração ajuda a diferenciar o transtorno dos medos sociais transitórios comuns, particularmente entre crianças e na comunidade. Contudo, o critério de duração deve ser usado como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade. O medo, a ansiedade e a esquivia devem interferir significativamente na rotina normal do indivíduo, no funcionamento profissional ou acadêmico ou em atividades sociais ou relacionamentos ou deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida (Critério G). Por exemplo, alguém que tem medo de falar em público não receberia um diagnóstico de transtorno de ansiedade social se essa atividade não é rotineiramente encontrada no trabalho ou nas tarefas de classe e se o indivíduo não tem um sofrimento significativo a respeito disso. Entretanto, se evita ou ignora o trabalho ou educação que realmente deseja ter devido aos sintomas de ansiedade social, o Critério G é satisfeito.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Os indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ser inadequadamente assertivos ou muito submissos ou, com menos frequência, muito controladores da conversa. Podem mostrar uma postura corporal excessivamente rígida ou contato visual inadequado ou falar com voz extremamente suave. Podem ser tímidos ou retraídos e ser menos abertos em conversas e revelar pouco a seu respeito. Podem procurar emprego em atividades que não exigem contato social, embora esse não seja o caso para indivíduos com transtorno de ansiedade social somente desempenho. Podem sair da casa dos pais mais tarde. Os homens podem retardar o casamento e a paternidade, enquanto as mulheres que gostariam de trabalhar fora de casa podem viver uma vida inteira como donas de casa. A automedicação com substâncias é comum (p. ex., beber antes de ir a uma festa). A ansiedade social entre adultos mais velhos também pode incluir a exacerbação de sintomas de doenças médicas, como tremor aumentado ou taquicardia. O rubor é a resposta física característica do transtorno de ansiedade social.

Prevalência

A estimativa de prevalência de 12 meses do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é de 7%. As estimativas de prevalência de menos de 12 meses são vistas em muitas partes do mundo utilizando-se o mesmo instrumento diagnóstico, agregando em torno de 0,5 a 2,0%; a prevalência média na Europa é de 2,3%. As taxas de prevalência de 12 meses em crianças e adolescentes são comparáveis às dos adultos e decrescem com a idade. A prevalência de 12 meses para adultos mais velhos varia de 2 a 5%. Em geral, são encontradas taxas mais altas de transtorno de ansiedade social em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino na população em geral (com razão de

chances [RC] variando de 1,5 a 2,2), e a diferença de gênero na prevalência é mais pronunciada em adolescentes e jovens adultos. As taxas de gênero são equivalentes ou um pouco mais altas para indivíduos do sexo masculino nas amostras clínicas, e presume-se que os papéis de gênero e as expectativas sociais desempenham um papel significativo na explicação do maior comportamento de busca de ajuda nesses pacientes. A prevalência nos Estados Unidos é mais alta nos índios americanos e mais baixa em pessoas de descendência asiática, latina, afro-americana e afro-caribenha em comparação com brancos não hispânicos.

Curso e Desenvolvimento

A idade média de início do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é 13 anos, e 75% dos indivíduos têm idade de início entre 8 e 15 anos. O transtorno ocasionalmente emerge de história infantil de inibição social ou timidez nos estudos norte-americanos e europeus. O início também pode ocorrer no princípio da infância. Pode se seguir a uma experiência estressante ou humilhante (p. ex., ser alvo de *bullying*, vomitar durante uma palestra pública) ou pode ser insidioso, desenvolvendo-se lentamente. O início na idade adulta é relativamente raro e é mais provável de ocorrer após um evento estressante ou humilhante ou após mudanças na vida que exigem novos papéis sociais (p. ex., casar-se com alguém de uma classe social diferente, receber uma promoção no trabalho). O transtorno de ansiedade social pode diminuir depois que um indivíduo com medo de encontros se casa e pode ressurgir após o divórcio. Entre as pessoas que buscam atendimento clínico, o transtorno tende a ser particularmente persistente.

Os adolescentes apresentam um padrão mais amplo de medo e esquiva, incluindo os encontros, comparados com crianças menores. Os adultos mais velhos expressam ansiedade social em níveis mais baixos, mas dentro de uma variedade mais ampla de situações, enquanto os adultos mais jovens expressam níveis mais altos de ansiedade social para situações específicas. Em adultos mais velhos, a ansiedade social pode referir-se a incapacidade devido ao declínio do funcionamento sensorial (audição, visão), vergonha em relação à própria aparência (p. ex., tremor como um sintoma da doença de Parkinson) ou funcionamento devido a condições médicas, incontinência ou prejuízo cognitivo (p. ex., esquecer os nomes das pessoas). Na comunidade, aproximadamente 30% dos indivíduos com transtorno de ansiedade social experimentam remissão dos sintomas no espaço de um ano, e em torno de 50% experimentam remissão em poucos anos. Para cerca de 60% dos indivíduos sem um tratamento específico para transtorno de ansiedade social, o curso é de vários anos ou mais.

A detecção do transtorno de ansiedade social em adultos mais velhos pode ser desafiadora devido a diversos fatores, incluindo foco nos sintomas somáticos, doença médica comórbida, *insight* limitado, mudanças no ambiente ou nos papéis sociais, os quais podem obscurecer o prejuízo no funcionamento social ou psíquico.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Os traços subjacentes que predis põem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social incluem inibição comportamental e medo de avaliação negativa.

Ambientais. Não existe um papel causal dos maus-tratos na infância ou outra adversidade psicossocial com início precoce no desenvolvimento do transtorno de ansiedade social. Contudo, maus-tratos e adversidades na infância são fatores de risco para o transtorno.

Genéticos e fisiológicos. Os traços que predis põem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social, como inibição comportamental, são fortemente influenciados pela genética. Essa influência está sujeita à interação gene-ambiente; ou seja, crianças com alta inibição comportamental são mais suscetíveis às influências ambientais, tais como um modelo socialmente ansioso por parte dos pais. Além disso, o transtorno de ansiedade social pode ser herdado (embora a ansiedade do tipo somente desempenho seja menos). Parentes de primeiro grau têm uma chance 2 a 6 vezes maior de ter o transtorno, e a propensão a ele envolve a interação de fatores específicos (p. ex., medo de avaliação negativa) e fatores genéticos não específicos (p. ex., neuroticismo).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A síndrome de *taijin kyofusho* (p. ex., no Japão e na Coreia) é com frequência caracterizada por preocupações de avaliação social, satisfazendo os critérios para transtorno de ansiedade social, associadas ao medo de que o indivíduo deixe *outras* pessoas desconfortáveis (p. ex., “O meu olhar incomoda as pessoas, então elas olham para outro lado para me evitar”), um medo que é por vezes experimentado com intensidade delirante. Esse sintoma também pode ser encontrado em contextos não asiáticos. Outras apresentações de *taijin kyofusho* podem satisfazer os critérios para transtorno dismórfico corporal ou transtorno delirante. O *status* de imigrante está associado a taxas significativamente mais baixas de transtorno de ansiedade social em grupos brancos latinos e não latinos. As taxas de prevalência do transtorno podem não estar de acordo com os níveis autorrelatados de ansiedade social na mesma cultura – ou seja, as sociedades com forte orientação coletivista podem relatar níveis altos de ansiedade social, mas baixa prevalência de transtorno de ansiedade social.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Indivíduos do sexo feminino com transtorno de ansiedade social relatam um número maior de medos e transtornos depressivo, bipolar e de ansiedade comórbidos, enquanto os do masculino têm mais probabilidade de ter medo de encontros, ter transtorno de oposição desafiante ou transtorno da conduta e usar álcool e drogas ilícitas para aliviar os sintomas do transtorno. A parurese é mais comum no sexo masculino.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade Social

O transtorno de ansiedade social está associado a taxas elevadas de evasão escolar e prejuízos no bem-estar, no emprego, na produtividade no ambiente de trabalho, no *status* socioeconômico e na qualidade de vida. O transtorno também está associado a ser solteiro, não casado ou divorciado e sem filhos, particularmente entre os homens. Em adultos mais velhos, pode haver prejuízo nas funções de cuidador e em atividades voluntárias. O transtorno também impede atividades de lazer. Apesar da extensão do sofrimento e do prejuízo social associados ao transtorno, apenas cerca da metade dos indivíduos com a doença nas sociedades ocidentais acaba buscando tratamento, e eles tendem a fazer isso somente depois de 15 a 20 anos com sintomas. Não estar empregado é um forte preditor para a persistência de transtorno de ansiedade social.

Diagnóstico Diferencial

Timidez normal. A timidez (i.e., reticência social) é um traço de personalidade comum e não é por si só patológica. Em algumas sociedades, a timidez é até avaliada positivamente. Entretanto, quando existe um impacto adverso significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, um diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado, e, quando são satisfeitos todos os critérios para transtorno de ansiedade social, o transtorno deve ser diagnosticado. Somente uma minoria (12%) dos indivíduos tímidos autoidentificados nos Estados Unidos tem sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social.

Agorafobia. Os indivíduos com agorafobia podem ter medo ou evitar situações sociais (p. ex., ir ao cinema) porque escapar pode ser difícil ou o auxílio pode não estar disponível no caso de incapacitação ou sintomas do tipo pânico, enquanto os indivíduos com transtorno de ansiedade social têm mais medo da avaliação dos outros. Além disso, aqueles com transtorno de ansiedade social ficam normalmente calmos quando deixados inteiramente sozinhos, o que com frequência não é o caso na agorafobia.

Transtorno de pânico. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ter ataques de pânico, mas a preocupação está relacionada ao medo de avaliação negativa, enquanto no transtorno de pânico a preocupação se relaciona aos próprios ataques de pânico.

Transtorno de ansiedade generalizada. Preocupações sociais são comuns no transtorno de ansiedade generalizada, mas o foco é mais na natureza das relações existentes do que no medo de avaliação negativa. Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada, particularmente crianças, podem ter preocupações excessivas acerca da qualidade do seu desempenho social, mas essas preocupações também são pertinentes ao desempenho não social e a quando o indivíduo não está sendo avaliado pelos outros. No transtorno de ansiedade social, as preocupações focam no desempenho social e na avaliação dos demais.

Transtorno de ansiedade de separação. Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação podem evitar contextos sociais (incluindo recusa à escola) devido às preocupações de serem separados das figuras de apego ou, em crianças, por demandarem a presença de um dos pais quando essa exigência não é apropriada ao seu estágio de desenvolvimento. Geralmente ficam confortáveis em contextos sociais quando sua figura de apego está presente ou quando estão em casa, enquanto aqueles com transtorno de ansiedade social podem ficar desconfortáveis quando ocorrem situações sociais em casa ou na presença das figuras de apego.

Fobias específicas. Os indivíduos com fobias específicas podem ter medo de constrangimento ou humilhação (p. ex., vergonha de desmaiar quando lhes é tirado sangue), mas geralmente não têm medo de avaliação negativa em outras situações sociais.

Mutismo seletivo. Os indivíduos com mutismo seletivo podem fracassar em falar devido ao medo de avaliação negativa, mas não têm medo de avaliação negativa em outras situações sociais em que não seja exigido falar (p. ex., um jogo não verbal).

Transtorno depressivo maior. Os indivíduos com transtorno depressivo maior podem se preocupar em serem avaliados negativamente pelos outros porque acham que são maus ou não merecedores de que gostem deles. Em contraste, aqueles com transtorno de ansiedade social preocupam-se em serem avaliados negativamente devido a certos comportamentos sociais ou sintomas físicos.

Transtorno dismórfico corporal. Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal preocupam-se com a percepção de um ou mais defeitos ou falhas em sua aparência física que não são observáveis ou parecem leves para os outros; essa preocupação frequentemente causa ansiedade social e esquiva. Se seus medos e a esquiva social são causados apenas por suas crenças sobre sua aparência, um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade social não se justifica.

Transtorno delirante. Os indivíduos com transtorno delirante podem ter delírios e/ou alucinações não bizarros relacionados ao tema delirante que foca em ser rejeitado por ou em ofender os outros. Embora a extensão do *insight* das crenças acerca das situações sociais possa variar, muitos indivíduos com transtorno de ansiedade social têm bom *insight* de que suas crenças são desproporcionais à ameaça real apresentada pela situação social.

Transtorno do espectro autista. Ansiedade social e déficits na comunicação social são características do transtorno do espectro autista. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social geralmente têm relações sociais adequadas à idade e capacidade de comunicação, embora possam parecer ter prejuízo nessas áreas quando inicialmente interagem com pessoas ou adultos estranhos.

Transtornos da personalidade. Dado seu frequente início na infância e sua persistência durante a idade adulta, o transtorno de ansiedade social pode se parecer com um transtorno da personalidade. A sobreposição mais evidente é com o transtorno da personalidade evitativa. Os indivíduos com esse transtorno têm um padrão mais amplo de esquiva do que aqueles com transtorno de ansiedade social. No entanto, o transtorno de ansiedade social é geralmente mais comórbido com o transtorno da personalidade evitativa do que com outros transtornos da personalidade, e o transtorno da personalidade evitativa é mais comórbido com o transtorno de ansiedade social do que com outros transtornos de ansiedade.

Outros transtornos mentais. Medos sociais e desconforto podem ocorrer como parte da esquizofrenia, mas outras evidências de transtornos psicóticos costumam estar presentes. Em indivíduos com um transtorno alimentar, é importante determinar se o medo de avaliação negativa

acerca dos sintomas ou comportamentos do transtorno alimentar (p. ex., purgação e vômitos) não é a única fonte de ansiedade social antes de estabelecer um diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Igualmente, o transtorno obsessivo-compulsivo pode estar associado a ansiedade social, mas o diagnóstico adicional de transtorno de ansiedade social é usado apenas quando os medos sociais e a esquiva são independentes dos focos das obsessões e compulsões.

Outras condições médicas. Condições médicas podem produzir sintomas constrangedores (p. ex., tremor na doença de Parkinson). Quando o medo de avaliação negativa devido a outras condições médicas é excessivo, um diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado.

Transtorno de oposição desafiante. A recusa em falar devido à oposição a figuras de autoridade deve ser diferenciada do fracasso em falar devido ao medo de avaliação negativa.

Comorbidade

O transtorno de ansiedade social é com frequência comórbido com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior e transtornos por uso de substâncias, e seu início geralmente precede o de outros transtornos, exceto a fobia específica e o transtorno de ansiedade de separação. O isolamento social crônico no curso de um transtorno de ansiedade social pode resultar em transtorno depressivo maior. A comorbidade com depressão é alta também em adultos mais velhos. Substâncias podem ser usadas como automedicação para medos sociais; porém, os sintomas de intoxicação ou abstinência, como tremor, também podem ser uma fonte de (mais) medo social. O transtorno de ansiedade social é frequentemente comórbido com transtorno bipolar ou transtorno dismórfico corporal; por exemplo, um indivíduo tem transtorno dismórfico corporal referente à preocupação com uma leve irregularidade em seu nariz e também transtorno de ansiedade social devido a um medo grave de parecer pouco inteligente. A forma mais generalizada de transtorno de ansiedade social, mas não o transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho, é com frequência comórbida com transtorno da personalidade evitativa. Em crianças, as comorbidades com autismo de alto funcionamento e mutismo seletivo são comuns.

Transtorno de Pânico

Critérios Diagnósticos

300.01 (F41.0)

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.

Nota: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrollável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.

- B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características:
1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).
 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquivas de exercícios ou situações desconhecidas).
- C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).
- D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).
-

Características Diagnósticas

Transtorno de pânico se refere a ataques de pânico inesperados recorrentes (Critério A). Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos. O termo *recorrente* significa literalmente mais de um ataque de pânico inesperado. O termo *inesperado* se refere a um ataque de pânico para o qual não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência – ou seja, o ataque parece vir do nada, como quando o indivíduo está relaxando ou emergindo do sono (ataque de pânico noturno). Em contraste, os ataques de pânico *esperados* são ataques para os quais existe um indício ou desencadeante óbvio, como uma situação em que os ataques de pânico ocorrem geralmente. A determinação de os ataques de pânico serem esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base na combinação de um questionamento cuidadoso quanto à sequência dos eventos que precederam ou conduziram ao ataque e do próprio julgamento do indivíduo do quanto o ataque lhe pareceu ocorrer sem razão aparente. As interpretações culturais podem influenciar a designação do ataque de pânico como esperado ou inesperado (ver a seção “Questões Diagnósticas Relativas à Cultura” para esse transtorno). Nos Estados Unidos e na Europa, aproximadamente metade dos indivíduos com transtorno de pânico tem ataques de pânico esperados tanto quanto ataques inesperados. Assim, a presença de ataques de pânico esperados não exclui o diagnóstico de transtorno de pânico. Para mais detalhes referentes a ataques de pânico esperados *versus* inesperados, ver o texto que acompanha ataques de pânico (p. 214-217).

A frequência e a gravidade dos ataques de pânico variam de forma considerável. Em termos de frequência, pode haver ataques moderadamente frequentes (p. ex., um por semana) durante meses, pequenos surtos de ataques mais frequentes (p. ex., todos os dias) separadas por semanas, meses sem ataques ou ataques menos frequentes (p. ex., dois por mês) durante muitos anos. As pessoas que têm ataques de pânico infrequentes se parecem com as pessoas com ataques de pânico mais frequentes em termos de sintomas do ataque, características demográficas, comorbidade com outros transtornos, história familiar e dados biológicos. Em termos de gravidade, os indivíduos com transtorno de pânico podem ter ataques com sintomas completos (quatro ou mais sintomas) ou com sintomas limitados (menos de quatro sintomas), e o número e o tipo de sintomas do ataque de pânico frequentemente diferem de um ataque de pânico para o seguinte. No entanto, é necessário mais de um ataque de pânico completo inesperado para o diagnóstico de transtorno de pânico.

As preocupações acerca dos ataques de pânico ou de suas consequências geralmente relacionam-se a preocupações físicas, como a preocupação de que os ataques de pânico reflitam a presença de doenças ameaçadoras à vida (p. ex., doença cardíaca, transtorno convulsivo); preocupações pessoais, como constrangimento ou medo de ser julgado negativamente pelos outros devido aos sintomas visíveis de pânico; e preocupações acerca do funcionamento mental, como

“enlouquecer” ou perder o controle (Critério B). As mudanças desadaptativas no comportamento representam as tentativas de minimizar ou evitar os ataques de pânico ou suas consequências. Os exemplos incluem a esquiva de esforço físico, reorganização da vida diária para garantir que haja ajuda disponível no caso de um ataque de pânico, restrição das atividades diárias habituais e esquiva de situações agorafóbicas, como sair de casa, usar transporte público ou fazer compras. Se a agorafobia está presente, um diagnóstico adicional de agorafobia é estabelecido.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

Um tipo de ataque de pânico inesperado é o ataque de pânico *noturno* (i.e., acordar do sono em um estado de pânico, que difere de entrar em pânico depois de completamente acordado). Nos Estados Unidos, foi estimado que esse tipo de ataque de pânico ocorre pelo menos uma vez em aproximadamente um quarto a um terço dos indivíduos com transtorno de pânico, dos quais a maioria também tem ataques de pânico durante o dia. Além da preocupação acerca dos ataques e de suas consequências, muitos indivíduos com o transtorno relatam sentimentos constantes ou intermitentes de ansiedade que são mais amplamente relacionados a preocupações com a saúde em geral e com a saúde mental em específico. Por exemplo, indivíduos com transtorno de pânico com frequência preveem um resultado catastrófico a partir de um sintoma físico leve ou efeito colateral de medicamento (p. ex., pensar que pode ter um infarto agudo do miocárdio ou que uma dor de cabeça significa a presença de um tumor cerebral). Essas pessoas em geral são relativamente intolerantes aos efeitos colaterais de medicamentos. Além disso, pode haver preocupações acerca da capacidade de concluir as tarefas ou suportar os estressores diários; pode haver uso excessivo de drogas (p. ex., álcool, medicamentos de prescrição ou drogas ilícitas) ou comportamentos extremos que visam controlar os ataques de pânico (p. ex., restrições severas na ingestão de alimentos ou evitação de alimentos ou medicamentos específicos devido a preocupações acerca dos sintomas físicos que provocam ataques de pânico).

Prevalência

Na população em geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para o transtorno de pânico nos Estados Unidos e em vários países europeus é de 2 a 3% em adultos e adolescentes. Nos Estados Unidos, taxas significativamente mais baixas de transtorno de pânico são relatadas entre latinos, afro-americanos, negros caribenhos e asiáticos americanos em comparação com brancos não latinos; os índios americanos, em contrapartida, têm taxas bem mais altas. Estimativas mais baixas foram relatadas para países asiáticos, africanos e latino-americanos, variando de 0,1 a 0,8%. Indivíduos do sexo feminino são afetados mais frequentemente do que os do masculino, em uma razão em torno de 2:1. A diferenciação de gênero ocorre na adolescência e já é observável antes dos 14 anos de idade. Embora ocorram ataques de pânico em crianças, a prevalência geral do transtorno é baixa antes dos 14 anos (< 0,4%). As taxas do transtorno apresentam aumento gradual durante a adolescência, em particular no sexo feminino, e possivelmente após o início da puberdade, e alcançam seu pico durante a idade adulta. As taxas de prevalência declinam em indivíduos mais velhos (i.e., 0,7% em adultos acima de 64 anos), refletindo, de modo provável, a diminuição na gravidade até níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de início do transtorno de pânico nos Estados Unidos é de 20 a 24 anos. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer. O curso habitual, se o transtorno não é tratado, é crônico, mas com oscilações. Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão entre eles, e outros podem ter sintomatologia grave contínua. Apenas uma minoria dos indivíduos tem remissão completa sem recaída subsequente no espaço de poucos anos. O curso do transtorno de pânico geralmente é complicado por uma

variedade de outros transtornos, em particular outros transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias (ver a seção “Comorbidade” para esse transtorno).

Embora o transtorno de pânico seja muito raro na infância, a primeira ocorrência de “períodos de medo” com frequência remonta a esse período de desenvolvimento. Como nos adultos, o transtorno de pânico em adolescentes tende a ter um curso crônico e é frequentemente comórbido com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo e transtorno bipolar. Até o momento, não foram encontradas diferenças na apresentação clínica entre adolescentes e adultos. No entanto, os adolescentes podem ser menos preocupados acerca de ataques de pânico adicionais do que os jovens adultos. A prevalência mais baixa do transtorno em adultos mais velhos parece dever-se à “atenuação” da resposta do sistema nervoso autônomo relacionada à idade. Observa-se que muitos indivíduos mais velhos com “sensações de pânico” têm um “híbrido” de ataques de pânico de sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, tendem a atribuir seus ataques de pânico a certas situações estressantes, como um procedimento médico ou o contexto social. Os indivíduos mais velhos podem apresentar explicações para o ataque de pânico (o que excluiria o diagnóstico de transtorno de pânico), mesmo que ele tenha sido inesperado no momento (e assim se qualifique como base para um diagnóstico de transtorno de pânico). Isso pode resultar na subavaliação do ataque de pânico inesperado nesses indivíduos. Assim, é necessário o questionamento cuidadoso dos adultos mais velhos para avaliar se os ataques de pânico eram esperados antes de entrarem na situação, de forma que os ataques inesperados e o diagnóstico de transtorno de pânico não sejam negligenciados.

Embora a baixa taxa de transtorno de pânico em crianças possa estar relacionada a dificuldades no relato dos sintomas, isso parece improvável, já que as crianças são capazes de relatar medo intenso ou pânico em relação a separação ou a objetos ou situações fóbicas. Os adolescentes podem ser menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico. Portanto, os clínicos devem estar cientes de que ataques de pânico inesperados ocorrem em adolescentes, assim como em adultos, e devem estar atentos a essa possibilidade quando encontrarem adolescentes que apresentam episódios de medo ou sofrimento intenso.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) (i.e., propensão a experimentar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (i.e., disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) são fatores de risco para o início de ataques de pânico e, separadamente, para preocupação acerca do pânico, embora seu *status* de risco para o diagnóstico de transtorno de pânico seja desconhecido. História de “períodos de medo” (i.e., ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores e transtorno de pânico. Embora a ansiedade de separação na infância, especialmente quando grave, possa preceder o desenvolvimento posterior de transtorno de pânico, não se trata de um fator de risco consistente.

Ambientais. Relatos de experiências infantis de abuso sexual e físico são mais comuns no transtorno de pânico do que em alguns outros transtornos de ansiedade. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico e para o transtorno. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico (p. ex., estressores interpessoais e estressores relacionados ao bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família).

Genéticos e fisiológicos. Acredita-se que múltiplos genes confirmam vulnerabilidade ao transtorno de pânico. No entanto, os genes exatos, produtos de genes ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas permanecem desconhecidos. Os modelos atuais dos sistemas neurais para o transtorno de pânico enfatizam a amígdala e estruturas relacionadas, assim como em outros transtornos de ansiedade. Existe risco aumentado para transtorno de pânico entre filhos de pais com transtornos de ansiedade, depressivo e bipolar. Distúrbios respiratórios, como asma, estão associados ao transtorno de pânico, em termos de história passada, comorbidade e história familiar.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

A taxa dos medos acerca dos sintomas mentais e somáticos de ansiedade parece variar entre as culturas e pode influenciar as taxas de ataques de pânico e de transtorno de pânico. Além disso, as expectativas culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Por exemplo, um indivíduo vietnamita que tem um ataque de pânico após caminhar em um ambiente ventoso (*trúng gió*; “atingido pelo vento”) pode atribuir o ataque à exposição ao vento como consequência da síndrome cultural que liga essas duas experiências, resultando na classificação do ataque de pânico como esperado. Várias outras síndromes culturais estão associadas ao transtorno de pânico, incluindo *ataque de nervios* (“ataque de nervos”) entre os latino-americanos e *khyâl* e “perda da alma” entre os cambojanos. O *ataque de nervios* pode envolver tremor, gritos ou choro descontrolado, comportamento agressivo ou suicida e despersonalização ou desrealização, que podem ser experimentados por mais tempo do que os poucos minutos típicos dos ataques de pânico. Algumas apresentações clínicas do *ataque de nervios* satisfazem os critérios para outras condições além do ataque de pânico (p. ex., outro transtorno dissociativo especificado). Essas síndromes têm impacto nos sintomas e na frequência do transtorno de pânico, incluindo a atribuição do indivíduo de imprevisibilidade, pois as síndromes culturais podem criar medo de certas situações, variando desde discussões interpessoais (associadas ao *ataque de nervios*) até alguns tipos de esforço (associados aos ataques de *khyâl*) e o vento atmosférico (associado a ataques de *trúng gió*). O esclarecimento dos detalhes das atribuições culturais pode auxiliar na distinção de ataques de pânico esperados e inesperados. Para mais informações referentes às síndromes culturais, consulte o “Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento”, no Apêndice deste Manual.

As preocupações específicas quanto aos ataques de pânico ou suas consequências podem variar de uma cultura para outra (e entre as diferentes faixas etárias e os gêneros). Para o transtorno de pânico, as amostras da comunidade norte-americana de brancos não latinos têm significativamente menos prejuízos funcionais do que as de afro-americanos. Também existem taxas mais elevadas de gravidade definida objetivamente nos negros não latinos caribenhos com transtorno de pânico e taxas mais baixas de transtorno de pânico em geral nos grupos afro-americano e afro-caribenho, sugerindo que, entre os indivíduos descendentes de africanos, os critérios para o transtorno podem ser satisfeitos somente quando há gravidade e prejuízo substanciais.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

As características clínicas do transtorno de pânico não parecem diferir entre os sexos. Existem algumas evidências de dimorfismo sexual, com uma associação entre transtorno de pânico e o gene catecol-O-metiltransferase (COMT) apenas em indivíduos do sexo feminino.

Marcadores Diagnósticos

Agentes com mecanismos diferentes de ação, como lactato de sódio, cafeína, isoproterenol, ioimbina, dióxido de carbono e colecistoquinina, provocam ataques de pânico em indivíduos com o transtorno em um grau muito maior do que em sujeitos-controle saudáveis (e, em alguns casos, do que em indivíduos com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo ou transtorno bipolar sem ataques de pânico). Além disso, para uma proporção dos indivíduos com transtorno de pânico, os ataques estão relacionados a detectores hipersensíveis de dióxido de carbono medular, resultando em hipocapnia e outras irregularidades respiratórias. Entretanto, nenhum desses achados laboratoriais é considerado diagnóstico de transtorno de pânico.

Risco de Suicídio

Ataques de pânico e diagnóstico de transtorno de pânico nos últimos 12 meses estão relacionados a uma taxa mais elevada de tentativas de suicídio e ideação suicida, mesmo quando as comorbidades e uma história de abuso infantil e outros fatores de risco de suicídio são levados em conta.

Consequências Funcionais do Transtorno de Pânico

O transtorno de pânico está associado a níveis altos de incapacidade social, profissional e física; custos econômicos consideráveis; e ao número mais alto de consultas médicas entre os transtornos de ansiedade, embora os efeitos sejam mais fortes com a presença de agorafobia. Os indivíduos com transtorno de pânico podem se ausentar com frequência do trabalho ou escola para visitas ao médico ou ao serviço de urgência, o que pode levar a desemprego ou evasão escolar. Em adultos mais velhos, o prejuízo pode ser visto nas funções de cuidador ou em outras atividades voluntárias. Os ataques de pânico completos geralmente estão associados a maior morbidade (p. ex., maior utilização dos serviços de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques com sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial

Outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado. O transtorno de pânico não deve ser diagnosticado se nunca foram experimentados ataques de pânico com sintomas completos (inesperados). No caso de ataques de pânico inesperados apenas com sintomas limitados, um diagnóstico de outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado deve ser considerado.

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. O transtorno de pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico são considerados consequência fisiológica direta de outra condição médica. Exemplos de condições médicas que podem causar ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardiopulmonares (p. ex., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]). Testes laboratoriais apropriados (p. ex., níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exame físico (p. ex., para condições cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. O transtorno de pânico não é diagnosticado se os ataques forem considerados consequência fisiológica direta de uma substância. Intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (p. ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou *Cannabis* e abstinência de depressores do sistema nervoso central (p. ex., álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Entretanto, se os ataques continuam a ocorrer fora do contexto do uso da substância (p. ex., muito tempo depois que terminaram os efeitos da intoxicação ou abstinência), um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado. Além disso, como o transtorno pode preceder o uso da substância em alguns indivíduos e pode estar associado a aumento no seu uso, especialmente com fins de automedicação, uma história detalhada deve ser colhida para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo da substância. Nesse caso, um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado além de um diagnóstico de transtorno por uso de substância. Características como o início após a idade de 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (p. ex., vertigem, perda da consciência, perda de controle esfinteriano, fala confusa, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possam estar causando os sintomas de ataque de pânico.

Outros transtornos mentais com ataques de pânico como característica associada (p. ex., outros transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos). Os ataques de pânico que ocorrem como sintoma de outros transtornos de ansiedade são esperados (p. ex., desencadeados por situações sociais no transtorno de ansiedade social, por objetos ou situações fóbicas em fobia específica ou agorafobia, por preocupação no transtorno de ansiedade generalizada, por separação de casa e de figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação) e, assim, não satisfariam os critérios para transtorno de pânico. (**Nota:** Ocasionalmente, um ataque de pânico inesperado está associado ao início de outro transtorno de ansiedade, mas então os ataques se tornam esperados, enquanto o transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados recorrentes). Se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta a desencadeantes específicos, então somente o transtorno de

ansiedade relevante é diagnosticado. No entanto, se o indivíduo também experimenta ataques de pânico inesperados e apresenta apreensão e preocupação persistentes ou mudança comportamental devido aos ataques, então um diagnóstico adicional de transtorno de pânico deve ser considerado.

Comorbidade

O transtorno de pânico raramente ocorre em contextos clínicos na ausência de outra psicopatologia. Sua prevalência é elevada em indivíduos com outros transtornos, sobretudo outros transtornos de ansiedade (e em especial agorafobia), depressão maior, transtorno bipolar e possivelmente transtorno leve por uso de álcool. Embora o transtorno de pânico ocorra com frequência em idade mais precoce do que o(s) transtorno(s) comórbido(s), às vezes pode se manifestar depois do transtorno comórbido e pode ser visto como um marcador da gravidade da doença comórbida.

As taxas de comorbidade com transtorno depressivo maior relatadas durante a vida variam de forma considerável, podendo ser de 10 a 65% em indivíduos com transtorno de pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com os dois transtornos, a depressão precede o início do transtorno de pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do transtorno de pânico. Um subgrupo de indivíduos com transtorno de pânico desenvolve um transtorno relacionado a substância, o que para alguns representa uma tentativa de tratar sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbidade com outros transtornos de ansiedade e transtorno de ansiedade de doença também é comum.

O transtorno de pânico é significativamente comórbido com inúmeros sintomas e condições médicas gerais, incluindo, mas não limitado a, tontura, arritmias cardíacas, hipertireoidismo, asma, DPOC e síndrome do intestino irritável. Entretanto, a natureza da associação (p. ex., causa e efeito) entre transtorno de pânico e essas condições permanece incerta. Embora prolapso da válvula mitral e doença da tireoide sejam mais comuns entre indivíduos com transtorno de pânico do que na população em geral, as diferenças na prevalência não são consistentes.

Especificador de Ataque de Pânico

Nota: Os sintomas são apresentados com o propósito de identificação de um ataque de pânico; no entanto, o ataque de pânico não é um transtorno mental e não pode ser codificado. Os ataques de pânico podem ocorrer no contexto de um transtorno de ansiedade, além de outros transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias) e algumas condições médicas (p. ex., cardíaca, respiratória, vestibular, gastrointestinal). Quando a presença de um ataque de pânico é identificada, ela deve ser anotada como um especificador (p. ex., “transtorno de estresse pós-traumático com ataques de pânico”). Para transtorno de pânico, a presença de ataque de pânico está inclusa nos critérios diagnósticos, e o ataque de pânico não é usado como especificador. Um surto abrupto de medo ou de desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.

1. Palpitações, coração acelerado ou taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).

11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.

Nota: Sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, gritos ou choro descontrolado) podem ser vistos. Não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos.

Características

A característica essencial de um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante a qual ocorrem quatro ou mais dos 13 sintomas físicos e cognitivos. Onze desses sintomas são físicos (p. ex., palpitações, sudorese), enquanto dois são cognitivos (i.e., medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer). “Medo de enlouquecer” é um coloquialismo usado com frequência por indivíduos com ataques de pânico e não tem a pretensão de ser um termo pejorativo ou diagnóstico. A expressão *em minutos* significa que o tempo para atingir o pico de intensidade é literalmente uns poucos minutos. Um ataque de pânico pode se originar a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso, e o tempo para alcançar o pico de intensidade deve ser avaliado independentemente da ansiedade precedente. Ou seja, o início do ataque de pânico é o ponto no qual existe um aumento abrupto no desconforto, e não o ponto em que a ansiedade começou a se desenvolver. Da mesma forma, um ataque de pânico pode retornar a um estado ansioso ou a um estado calmo e possivelmente ter outro pico. Um ataque de pânico é diferenciado de ansiedade persistente por seu tempo até o pico de intensidade, que ocorre em minutos; sua natureza distinta; e sua gravidade geralmente maior. Os ataques que satisfazem todos os outros critérios, mas têm menos de quatro sintomas físicos e/ou cognitivos, são denominados *ataques com sintomas limitados*.

Existem dois tipos característicos de ataques de pânico: esperado e inesperado. Os *ataques de pânico esperados* são ataques para os quais existe um sinal ou desencadeante óbvio, como as situações em que eles geralmente ocorreram. Os *ataques de pânico inesperados* são aqueles para os quais não há gatilho ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência (p. ex., quando em relaxamento ou durante o sono [ataque de pânico noturno]). A determinação de os ataques de pânico serem esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base em uma combinação de questionamento cuidadoso quanto à sequência dos eventos que precederam ou levaram ao ataque e o próprio julgamento do indivíduo sobre se o ataque pareceu ter ocorrido ou não por alguma razão aparente. As interpretações culturais podem influenciar a determinação como esperado ou inesperado. Sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, dor de cabeça, gritos ou choro descontrolado) podem ser vistos; entretanto, não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos. Os ataques de pânico podem ocorrer no contexto de um transtorno mental (p. ex., transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos da personalidade, transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias) e de algumas condições médicas (p. ex., cardíaca, respiratória, vestibular, gastrintestinal), com a maioria nunca satisfazendo os critérios para transtorno de pânico. São necessários ataques de pânico inesperados recorrentes para um diagnóstico de transtorno de pânico.

Características Associadas

Um tipo de ataque de pânico inesperado é o *ataque de pânico noturno* (i.e., acordar do sono em estado de pânico), o qual difere de entrar em pânico depois de estar completamente acordado. Os ataques de pânico estão relacionados a uma taxa mais alta de tentativas de suicídio e ideação suicida, mesmo quando as comorbidades e outros fatores de risco de suicídio são levados em conta.

Prevalência

Na população em geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para ataques de pânico nos Estados Unidos é de 11,2% em adultos. Ela não parece diferir significativamente entre afro-americanos, asiáticos americanos e latinos. As estimativas de prevalência de menos de 12 meses para os países europeus parecem variar entre 2,7 e 3,3%. Indivíduos do sexo feminino são afetados com mais frequência do que os do masculino, embora essa diferença de gênero seja mais pronunciada para o transtorno de pânico. Ataques de pânico podem ocorrer em crianças, mas são relativamente raros até a puberdade, quando a prevalência aumenta. As taxas de prevalência declinam em indivíduos mais velhos, possivelmente refletindo a diminuição na gravidade até níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso

A idade média de início dos ataques de pânico nos Estados Unidos é de 22 a 23 anos entre os adultos. No entanto, é provável que o curso dos ataques seja influenciado pelo curso de transtorno(s) mental(is) e eventos estressantes na vida que ocorrem concomitantemente. Os ataques de pânico são incomuns, e os ataques de pânico inesperados são raros em pré-adolescentes. Estes podem ser menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico, muito embora eles estejam presentes com episódios de medo e desconforto intensos. A prevalência mais baixa de ataques de pânico em indivíduos mais velhos pode estar relacionada a uma resposta autonômica mais tênue aos estados emocionais em comparação com os indivíduos mais jovens. Os mais velhos podem ser menos inclinados a usar a palavra “medo” e mais inclinados a usar a palavra “desconforto” para descrever ataques de pânico. Aqueles com “sensações de pânico” podem ter um misto de ataques com sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, os indivíduos mais velhos tendem a atribuir os ataques de pânico a determinadas situações estressantes (p. ex., procedimentos médicos, ambientes sociais) e podem dar explicações para eles mesmo que tenham sido inesperados no momento. Isso pode resultar em subavaliação dos ataques de pânico inesperados nesses indivíduos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) (i.e., tendência a experimentar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (i.e., disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) são fatores de risco para o início de ataques de pânico. História de “períodos de medo” (i.e., ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores.

Ambientais. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico (p. ex., estressores interpessoais e estressores relacionados a bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

As interpretações culturais podem influenciar a determinação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Os sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, dor de cabeça e gritos ou choro incontrolável) podem ser vistos; entretanto, não devem ser contabilizados como um dos quatro sintomas requeridos. A frequência de cada um dos 13 sintomas varia entre as culturas (p. ex., taxas mais altas de parestesias em afro-americanos e de tontura em vários grupos asiáticos). As síndromes culturais também influenciam a apresentação transcultural dos ataques de pânico, resultando em diferentes perfis de sintomas nos diferentes grupos culturais. Exemplos incluem ataques de *khyâl* (vento), uma síndrome cultural cambojana envolvendo tontura, tinido e dor na nuca, e ataques de *trúng gió* (relacionado ao vento), uma síndrome cultural vietnamita associada a dores de cabeça. O *ataque de nervios* (ataque de nervos) é uma síndrome cultural entre latino-americanos que pode envolver tremor, gritos ou choro descontrolado, comportamento

agressivo ou suicida e despersonalização ou desrealização, e que pode ser experimentado por mais tempo do que apenas poucos minutos. Algumas apresentações clínicas do *ataque de nervios* satisfazem os critérios para outras condições além do ataque de pânico (p. ex., outro transtorno dissociativo especificado). Além disso, as expectativas culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados, já que as síndromes culturais podem criar medo de certas situações, variando desde discussões interpessoais (associadas ao *ataque de nervios*) até tipos de esforço (associados aos ataques de *khyâl*) e vento atmosférico (associado a ataques de *trúng gió*). O esclarecimento dos detalhes das atribuições culturais pode auxiliar na distinção de ataques de pânico esperados e inesperados. Para mais informações referentes às síndromes culturais, consulte o “Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento”, no Apêndice deste Manual.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Os ataques de pânico são mais comuns em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino, mas as características clínicas dos sintomas dos ataques de pânico não diferem entre os gêneros.

Marcadores Diagnósticos

Registros fisiológicos de ataques de pânico de ocorrência natural em indivíduos com transtorno de pânico indicam surtos abruptos de excitação, habitualmente se manifestando como aumento na frequência cardíaca, que atingem um pico em minutos e cedem também em minutos, e, para uma proporção desses indivíduos, o ataque de pânico pode ser precedido por instabilidades cardiorrespiratórias.

Consequências Funcionais dos Ataques de Pânico

No contexto da concomitância dos transtornos mentais, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtorno bipolar, transtornos por uso de substâncias, transtornos psicóticos e transtornos da personalidade, os ataques de pânico estão associados a aumento na gravidade dos sintomas, taxas mais altas de comorbidade e suicídio e pior resposta ao tratamento. Além disso, os ataques de pânico com sintomas completos geralmente estão associados a maior morbidade (i.e., maior utilização dos serviços de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques com sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial

Outros episódios paroxísticos (p. ex., “ataques de raiva”). Os ataques de pânico não devem ser diagnosticados se os episódios não envolvem a característica essencial de um surto abrupto de intenso medo ou desconforto, e sim outros estados emocionais (p. ex., raiva, tristeza).

Outro transtorno devido a outra condição médica. As condições médicas que podem causar ou ser mal diagnosticadas como ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardiopulmonares (p. ex., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, DPOC). Testes laboratoriais apropriados (p. ex., níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exame físico (p. ex., para condições cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. Intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (p. ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou *Cannabis* e abstinência de depressores do sistema nervoso central (p. ex., álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Deve ser coletada uma história detalhada para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo de substância. Características como o início após os 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (p. ex., vertigem, perda da

consciência, perda de controle esfinteriano, fala confusa ou amnésia) sugerem a possibilidade de que uma condição médica ou substância possa estar causando os sintomas de ataque de pânico.

Transtorno de pânico. Ataques de pânico inesperados repetidos são necessários, mas não suficientes, para o diagnóstico de transtorno de pânico (i.e., todos os critérios diagnósticos para transtorno de pânico devem ser satisfeitos).

Comorbidade

Os ataques de pânico estão associados à probabilidade aumentada de vários transtornos mentais comórbidos, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos do controle dos impulsos e transtornos por uso de substâncias. Também estão associados à probabilidade aumentada de desenvolvimento posterior de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares e possivelmente ainda outros transtornos.

Agorafobia

Critérios Diagnósticos

300.22 (F40.00)

- A. Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:
 1. Uso de transporte público (p. ex., automóveis, ônibus, trens, navios, aviões).
 2. Permanecer em espaços abertos (p. ex., áreas de estacionamento, mercados, pontes).
 3. Permanecer em locais fechados (p. ex., lojas, teatros, cinemas).
 4. Permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão.
 5. Sair de casa sozinho.
- B. O indivíduo tem medo ou evita essas situações devido a pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que o auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (p. ex., medo de cair nos idosos; medo de incontinência).
- C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.
- D. As situações agorafóbicas são ativamente evitadas, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade.
- E. O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural.
- F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
- G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- H. Se outra condição médica (p. ex. doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente excessivo.
 - I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental – por exemplo, os sintomas não estão restritos a fobia específica, tipo situacional; não envolvem apenas situações sociais (como no transtorno de ansiedade social); e não estão relacionados exclusivamente a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo), percepção de defeitos ou falhas na aparência física (como no transtorno dismórfico corporal) ou medo de separação (como no transtorno de ansiedade de separação).

Nota: A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de transtorno de pânico. Se a apresentação de um indivíduo satisfaz os critérios para transtorno de pânico e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Características Diagnósticas

A característica essencial da agorafobia é o medo ou ansiedade acentuado ou intenso desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações (Critério A). O diagnóstico requer que os