

TRANSTORNOS ANSIOSOS

- Disciplina de pós graduação em
Psicologia Clínica –
8a. aula

Francisco B. Assumpção Jr
cassiterides@bol.bom.br



TRANSTORNOS NEURÓTICOS:

Histórico

William Cullen (1785)

Ordem I - Coma, apoplexia, paralisias, tremores

Ordem II - Adinamias

Ordem III - Espasmos

seção I - funções animais, tétanos, espasmos dos maxilares, convulsões, coréias, epilepsia

seção II - funções vitais, palpitações, asma, dispnéia, coqueluche

seção III - funções naturais, piroses, cólicas, cólera, diabetes, histeria, hidrofobia

Ordem IV - Vesânicas (lesões do juízo sem febre ou coma), amência, melancolia, mania, onirodinamia (pesadelos).

TRANSTORNOS NEURÓTICOS: Histórico

Pierre Janet (1895) - interesse pela histeria, partindo da idéia de Braid de "dupla consciência", caracterizando uma "dissociação de consciência" que agrupa sob o nome de "psicastenia".

Breuer, em Viena, relaciona "catarse" a melhoria sintomatológica e Freud, aperfeiçoando as idéias de ambos, cria a noção de "incosciente", caracterizando as neuroses enquanto "doenças funcionais" embora jamais negando seu substrato biológico ("Não tenho qualquer tendência a crer que o domínio psicológico vague de alguma forma no ar, sem qualquer base orgânica").

TRANSTORNOS NEURÓTICOS:

Histórico

Pavlov vai considerar as neuroses enquanto manifestações provocadas por pressões (físicas, econômicas e interpessoais) que o cérebro não pode tolerar. Refere assim

- 1. Aumento da intensidade do sinal;**
- 2. Dilatação do tempo entre a emissão do sinal e a chegada do alimento;**
- 3. Apresentação ambivalente e conflitante de sinais positivos e negativos;**
- 4. Desorganização das condições físicas do indivíduo.**

TRANSTORNOS NEURÓTICOS:

Histórico

Pavlov caracteriza 3 tipos distintos de resposta

- 1. Equivalente - pressões de intensidades variadas produzem a mesma resposta;**
- 2. Paradoxal - estímulos fortes reforçam a inibição protetora do córtex;**
- 3. Ultraparadoxal - invertem-se as respostas condicionadas com o positivo tornando-se negativo e vice-versa.**

TRANSTORNOS NEURÓTICOS: Histórico

Blander e Grinder (1982) - indivíduo cria o mundo a partir de 3 "filtros"

Neurológico - idêntico para indivíduos da mesma espécie, distorcendo e eliminando as mesmas partes do mundo real;

Social - conjunto de condicionamentos, permissões e restrições sociais;

Pessoais - conjunto de experiências pessoais, únicas e inconfundíveis.

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Conceito

Perturbação mental que não compromete as funções essenciais da personalidade, mantendo o paciente, penosa consciência de seu estado.

(Aurélio Buarque de Holanda; 1988)

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Conceito

**Enfermidades da personalidade
caracterizadas por conflitos intrapsíquicos
que inibem as condutas sociais.**

(H. Ey; 1969)

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Conceito

Ansiedade que pode ser dirigida e expressa, mas passível de ser controlada inconsciente e automaticamente pela utilização de mecanismos de defesa psicológicos. É produzida por ameaça interior da personalidade, com ou sem estimulação de situações externas.

(APA apud Wender; 1987)

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Diagnóstico Diferencial com quadros psicóticos

Neuroses

Etiologia psíquica (provável)

compreensibilidade

alt. Quantitativa

**vive a realidade comum
estrutura psíquica identificável
relacionada a angústia**

Psicoses

Etiologia biológica

incompreensibilidade

alt. Qualitativa

**rompe vínculos com o Real
estrutura psíquica
variada**

**maior perda de liberdade
(K. Schneider; 1962)**

I - ANSIEDADE



o do que da angústia (patológica) é sempre um ataque lesivo a possibilidade de estar-aí.

(Boss; 1977)

o ameaçador está dentro e o Nada, se apodera da existência.

(Gebaattell; 1966)

I - ANSIEDADE e ANGÚSTIA (Alonso Fernandes; 1979)

SINTOMAS ANGÚSTIA ANSIEDADE

Experiência corporal global

espera incerta e imobilizadora

inquietação

Experiência corporal localizada

opressão pré-cordial ou epigástrica

dispnéia

Vivência

medo da morte

medo de desastres

I - ANSIEDADE e ANGÚSTIA (Alonso Fernandes; 1979)

SINTOMAS

ANGÚSTIA

ANSIEDADE

Tempo vivido

lentificado

acelerado

Espaço individual

redução

exaltação

Característica básica

física

psíquica

I - ANSIEDADE

Conceito -

“Reação do organismo infantil frente a situações de ameaça, que se caracteriza por vivências desagradáveis, com formas de expressão diversas através de sintomas e sinais somáticos ou comportamentos variados, com valor defensivo, dinamizante, organizador e evolutivo, que se aprende e constitui na infância.”

(Sacristán, 1995)

ANSIEDADE NORMAL

- 1. De estranhos, reconhecendo familiares** **6 meses**
- 2. De separação** **8-10 meses**
- 3. De desintegração com perda ou destruição total dos pais** **18 meses**
- 4. De lesão corporal e morte** **3 anos**
- 5. De desaprovação (Super-Ego)** **4-5 anos**

(Gemelli; 1995)

ANSIEDADE NORMAL

Entre 6/7 e 12 anos de idade, através das interações sociais, estabelece-se que

- 1. O desenvolvimento da ansiedade não indica nem impede fatos ruins,**
- 2. Mecanismos de defesa podem auxiliar no enfrentamento da ansiedade;**
- 3. As ansiedades normais auxiliam o enfrentamento de futuras experiências ansiosas;**
- 4. Ação (locomoção), fala, jogos simbólicos, podem ser utilizados para controlar ou elaborar eventos geradores de ansiedade.**

(Gemelli; 1995)

II - FATORES QUE INTERVEM NA EXPERIÊNCIA ANSIOSA

- 1. Fatores Cerebrais - Bioquímicos Fisiológicos**
- 2. Fatores Cognitivos - o desenvolvimento cognitivo da criança matiza o vivenciar ansioso que também repercute no desenvolvimento cognitivo**
- 3. Fatores Familiares - vulnerabilidade**

II - FATORES QUE INTERVEM NA EXPERIÊNCIA ANSIOSA

"PREPOTENCY" (Marks; 1969)

indica que estímulos particulares são especialmente notáveis para certa espécie que os percebe e reconhece seletivamente entre outros estímulos, mesmo quando os encontra pela primeira vez.

"PREPAREDNESS" (Seligman; 1970)

é a idéia de que certos estímulos se associam mais facilmente com outros evocando respostas específicas, por exemplo, diante de um sinal de perigo específico, cada espécie aprende certas respostas defensivas mais facilmente do que outras, e o aprendizado é mais rápido na medida em que estas respostas façam parte do repertório inato de reações de defesa.

III - FATORES PRECIPITANTES DA ANSIEDADE NA INFÂNCIA

- 1. Enfermidades e cirurgias**
- 2. Morte de amigos e parentes**
- 3. Dificuldades escolares**
- 4. Ataques ou experiências sexuais**
- 5. Problemas intrafamiliares**
- 6. Situações de medo**
- 7. Preocupações frente a perigos imaginários**
- 8. Acidentes**
- 9. Experiências traumáticas específicas**

(Sacristán; 1995)

IV - EPIDEMIOLOGIA

Transtornos Ansiosos

10% (Bell-Dolan;1993)

Pânico 1 a 5 anos

2%

6 a 10 anos

4%

11 a 15 anos

11%

16 a 20 anos

13% (Morecen; 1993)

Fobia social

**1% de crianças e de
adolescentes (Bendel;1993)**

TOC

**0,3% (Rutter; 1973)
0,35% (Flamentt; 1995)**

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Hipóteses Etiológicas

Fatores que interferem na experiência ansiosa

**1. Fatores Cerebrais - Bioquímicos
Fisiológicos**

**2. Fatores Cognitivos – desenvolvimento cognitivo
matiza o vivenciar ansioso que também
repercute no desenvolvimento cognitivo**

3. Fatores Familiares - vulnerabilidade

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Hipóteses Etiológicas

Mecanismos de Defesa: a defesa consegue sua intenção de expulsar da consciência a representação intolerável quando a pessoa integra, na qualidade de suas recordações inconscientes, cenas sexuais infantis, e quando a representação que tem que ser expulsa pode ser envolvida a tal sucesso infantil.

(S. Freud; 1967)

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

Diagnóstico

- 1- Fenomenológico - através da sintomatologia estabelece hipóteses sobre o conflito psíquico;**
- 2 - Caracterológico - através dos traços de caráter confirma ou não, as hipóteses de conflito;**
- 3 - Relacional - visa a relação com o ambiente que interage com o indivíduo.**

(Volmer Filho; 1984)

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Epidemiologia

Incidência de 3 a 8%

50% apresentam outros transtornos mentais

homens:mulheres => 2:1

Idade inicial difícil de ser caracterizada, só 1/3 procuram atendimento psiquiátrico.

25% tem parentes em 1o. Grau acometidos.

Etiologia

Fatores genéticos, alterações de neurotransmissores e funcionais (neuroimagem e mapeamento)

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Diagnóstico

Excessiva ansiedade ou preocupação sobre circunstâncias da vida por pelo menos 6 meses. Difícil controle, inquietação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão motora e muscular, distúrbios de sono. Sofrimento significativo e prejuízo adaptativo.

Clínica

Sintomas Primários: ansiedade (excessiva e incontrolável), tensão (inquietação, tremores, abalos, cefaléia), hiperatividade (dispnéia, sudorese, palpitações, queixas gastrointestinais), vigilância cognitiva (irritabilidade).

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Diagnóstico diferencial

Distúrbios médicos geradores de ansiedade, intoxicações, dependência química, outros transtornos ansiosos, depressão, distímia, hipocondria, TDAH, somatizações, transtornos de personalidade.

Curso e prognóstico

Crônico. Eventos negativos aumentam desencadeamento.

Tratamento

Psicoterapia, ADT, Buspirona, Clonidina, Propranolol

V - QUADROS CLÍNICOS

FOBIA SOCIAL E ESPECÍFICA

Epidemiologia

Fobias específicas

Incidência de 5 a 10%

homens:mulheres => 1:2

Fobia social

Incidência de 5 a 10%

homens:mulheres => 1:2

Idade inicial: adolescência em ambos os quadros

Etiologia

Fatores genéticos, alterações de neurotransmissores e psicossociais

V - QUADROS CLÍNICOS

FOBIA SOCIAL E ESPECÍFICA

Diagnóstico

Medo intenso e persistente desencadeado pela persistência ou antecipação do objeto fóbico. Resposta imediata com reconhecimento da irracionalidade, situação é evitada com intensa ansiedade, interferindo na vida. Tipos mais comuns: fobias a animais, a fatores naturais, a sangue ou ferimentos, a enclausuramento.

A fobia social é um medo intenso e persistente das situações sociais nas quais a pessoa é exposta a observação alheia.

Clínica

Ansiedade severa quando exposto ao objeto com tentativa de esquívamento que ocasiona a resposta fóbica observando-se prejuízo na rotina do indivíduo.

V - QUADROS CLÍNICOS

FOBIA SOCIAL E GENERALIZADA

Diagnóstico diferencial

Medo normal e timidez, intoxicações por alucinógenos, tumores, doenças cérebro-vasculares, esquizofrenia, pânico, transtornos de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo.

Curso e prognóstico

Vida relativamente normal para alguns e adaptação a limitação para outros

Tratamento

Psicoterapia, BDZ, IMAO, ADT, Buspirona, Clonidina, Propanolol

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Epidemiologia

Prevalência de 2 a 7%

homens:mulheres => 1:1

Idade inicial: adolescência em ambos os quadros, celibatários e desempregados

Etiologia

Fatores genéticos, alterações de neurotransmissores, neuroanatômicas e funcionais, psicossociais, psicodinâmicos e de personalidade

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Diagnóstico



Obsessões e compulsões que causam sofrimento e comprometimento da personalidade

Clínica

Idéias ou impulsos invadem a consciência levando a sentimentos de medo e atitudes contrárias embora a pessoa as reconheça como absurdas. Demandam horas para a execução de atividades.

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Diagnóstico diferencial

Esquizofrenia, depressão, transtornos de personalidade, fobias, epilepsia de lobo temporal

Curso e prognóstico

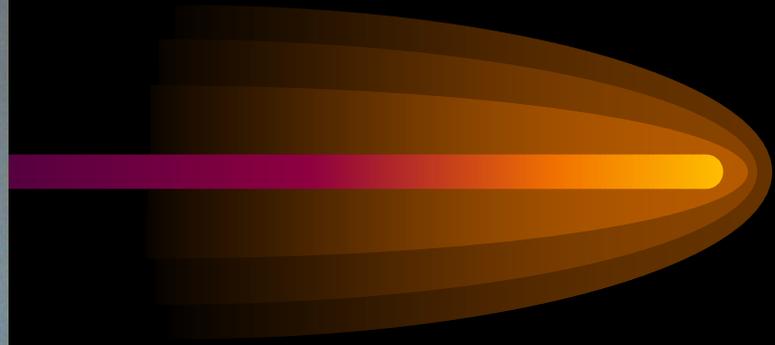
Sintomas iniciados antes dos 24 anos (50%) e 35 (80%), agudamente.

20-30% melhoram, 50% melhoram pouco, 20-30% pioram.

Risco de suicídio. Piores casos iniciados na infância.

Tratamento

Psicoterapia, BDZ, IMAO, ADT, ECT, Neurolépticos, Psicocirurgia



TRICOTILOMANIA

EPIDEMIOLOGIA

TOC

0,3% (Rutter; 1973)
0,35%(Flamentt; 1995)

infância	0,3%
adolescência	1%
adultos	2% (Swedo, 1990)

Comorbidades

Depressão (36%)
Fobia simples (17%)
Ansiedade excessiva (16%)
T. Oposicional (7%)
Ansiedade de separação (7%)

ETIOLOGIA

FATORES BIOLÓGICOS

Envolvimento de núcleos da base:

**superposição com a síndrome de Gilles de la Tourette em
mesmas famílias;**

**sintomas obsessivo compulsivos em S. Gilles de la
Tourette**

**prevalência 10 vezes maior de TOC em coréia de Syndehan
TOC após intoxicação por monóxido de carbono com
lesões de globo pálido e putamen**

**1/3 das crianças com TOC tem movimentos coreiformes ao
ex. neurológico fino**

Hipótese serotoninérgica

Genética

Concordância de 81% em MZ (Carey,1981)

24% de TOC em familiares com TOC (Swedo,1989)

ETIOLOGIA

FATORES DE APRENDIZADO

Obsessões e compulsões enquanto respostas condicionadas que diminuem a ansiedade, aprendidas quando a pessoa percebe que a ansiedade pode ser diminuída quando aprende esses mecanismos (condicionamento operante).

O indivíduo evita a situação ou o estímulo gerador da obsessão (esquiva passiva) ou atua com rituais motores ou cognitivos (esquiva ativa) para reestabelecer a segurança ou prevenir o prejuízo.

QUADROS CLÍNICOS QUE MANIFESTAM OBSESSÕES E/OU COMPULSÕES

Anorexia nervosa

Depressão

Hipocondria

Fobias

Personalidade esquizotípica

Transtorno dismorfofóbico

Organizações delirantes

Síndromes mentais orgânicas

Pânico

Autismo

Transtorno de estresse pós traumático

Transtorno de somatização

Síndrome de Gilles de la Tourette

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO ANSIOSO DEVIDO A PATOLOGIAS CLÍNICAS

Epidemiologia

Dependente da causa de base

Etiologia

Dependente da causa de base

Diagnóstico

Sintomas de transtorno de ansiedade associados a doença clínica

Clínica

Ataques de pânico, obsessões, convulsões ou fobias. Evidências clínicas ou laboratoriais da doença de base

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO ANSIOSO DEVIDO A PATOLOGIAS CLÍNICAS

Diagnóstico diferencial

Dependente da causa de base

Curso e prognóstico

Dependente da causa de base

Tratamento

Dependente da causa de base

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO ANSIOSO INDUZIDO PRO SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

Epidemiologia

Quadro comum devido a uso de drogas, medicamentos.

Etiologia

**Drogas simpatomiméticas (anfetaminas, cocaína, cafeína),
serotoninérgicas (LSD)**

Diagnóstico

Sintomas ansiosos surgidos durante ou logo após o uso.

Clínica

Varia com a substância envolvida

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO ANSIOSO INDUZIDO POR USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

Diagnóstico diferencial

Transtornos de ansiedade primários e devido a distúrbios afetivos

Curso e prognóstico

Depende da supressão do uso da substância, com os sintomas sendo usualmente reversíveis

Tratamento

Supressão do uso da droga

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO ANSIOSO NÃO ESPECIFICADO

Epidemiologia

Quadro comum

Etiologia

Distúrbio da neurotransmissão, genético

Diagnóstico

Sintomas ansiosos concomitantes a sintomas depressivos

Clínica

Sintomas depressivos e ansiosos

V - QUADROS CLÍNICOS

TRANSTORNO ANSIOSO NÃO ESPECIFICADO

Diagnóstico diferencial

Distúrbios depressivos, transtornos ansiosos e transtornos de personalidade

Curso e prognóstico

Variável

Tratamento

Psicoterapia, ansiolíticos e antidepressivos

V - QUADROS CLÍNICOS

REAÇÃO AO STRESS PÓS TRAUMÁTICO

A – Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos foram presentes:

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça a integridade física, própria ou de outros

2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impoência ou horror. Em crianças pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado

V - QUADROS CLÍNICOS

REAÇÃO AO STRESS PÓS TRAUMÁTICO

B - O evento traumático é persistentemente revivido em uma ou mais das seguintes maneiras

2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem conteúdo identificável.

3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. Em crianças pode haver reencenação específica do trauma

4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram, algum aspecto do evento traumático

5. Reatividade fisiológica a exposição a indícios internos ou externos, que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento

V - QUADROS CLÍNICOS

REAÇÃO AO STRESS PÓS TRAUMÁTICO

C - Esquiva persistente de estímulos associados como trauma e entorpecimento da responsividade geral, indicados por tres (ou mais) dos seguintes quesitos:

- 1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma**
- 2. Esforço no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma**
- 3. Incapacidade de recordar algum aspecto específico do trauma**

V - QUADROS CLÍNICOS

REAÇÃO AO STRESS PÓS TRAUMÁTICO

C - 4. Redução acentuada de interesses ou da participação em atividades significativas

5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação as outras pessoas

6. Faixa de afeto restrita

7. Sentimento de futuro abreviado

D - duração dos sintomas superior a um mês

DOENÇAS DE ADAPTAÇÃO

Altos níveis de ACTH e corticóides levando a ulcerações, doenças cardíacas e aumento da pressão arterial.

Clínicamente

Irritabilidade

Insônia

Contração do músculo masseter

Bruxismo

Taquicardia

Taquipnéia

Sudorese fria de mãos e pés

Diminuição da libido

DOENÇAS DE ADAPTAÇÃO

Reação de Alarme

Envolve resposta endócrina com a liberação de ACTH, tendo por objetivo preservar a integridade do organismo enquanto elabora mecanismos mais específicos de defesa.

Estágio de Resistência

É organizado um local melhor para resistir ao fator estressor. A resposta geral não é necessária e o SN Autônomo e o Sistema Endócrino retornam a seus níveis normais.

Estágio de Exaustão

Sistemas autonômico e endócrino retornam a sua atuação por um tempo mais prolongado, com o corpo tendo sua resistência cada vez mais diminuída, podendo chegar a morte.

TOC - EPIDEMIOLOGIA

TOC

0,3% (Rutter; 1973)
0,35%(Flamentt; 1995)

infância

0,3%

adolescência

1%

adultos

2% (Swedo, 1990)

Comorbidades

Depressão (36%)

Fobia simples (17%)

Ansiedade excessiva (16%)

T. Oposicional (7%)

Ansiedade de separação (7%)

VI - TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS

1. Tratamento Farmacológico

Diagnóstico	Fatores considerados	1a./2a.
TOC	Tricotilomania Onicofagia	Clomipramina Fluoxetina Sertralina (2a.) outros IRSSe (2a.)
Ansiedade de Separação	Recusa escolar ADHD Depressão	ADT BZD

VI - TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS

1. Tratamento Farmacológico

Diagnóstico

Fatores considerados

1a./2a.

Ansiedade Generalizada

Recusa escolar
ADHD
Depressão

ADT
Buspirona
BDZ

Pânico

ADT
Buspirona
BZD

VI - TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS

1. Tratamento Farmacológico

Diagnóstico	Fatores considerados	1a./2a.
Fobia simples		não indicados
Fobia social		propanolol BZD
Stress pós traumático	sintomas específicos estágio da resposta individual, ADHD, Depressão	ADT Propanolol Lítio, IMAO, (2a.) BDZ, CBZ (2a.)

(Allen; 1993)

VI - TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS

- 2. Educação e Intervenções Familiares - Esclarecimento e compreensão**
- 3. Psicoterapia Psicodinâmica - Jogos e desenhos.
Foco na separação, autonomia e autoestima**
- 4. Terapias Cognitivas - Modificação dos estados de inadaptação que interferem nas condutas sociais.
Procedimentos de reestruturação cognitiva promovendo a competência.**

VI - TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS

5. Tratamento Comportamental

- a) procedimentos de contracondicionamento -
dessensibilização sistemática**
- b) técnicas operantes - encorajamento no engajar-se em
situações sociais (reforço)**
- c) modelagem - demonstração de conduta adequada em
presença de estímulo ansioso**
- d) treino de padrões sociais - treino de prática de
componentes**

(Beidell; 1993)