



ESTUDO DIRIGIDO PSI

CURSO PREPARATÓRIO CONCURSOS 2018

PSICOPATOLOGIA

Profª Clarisse Rinaldi S. de Santiago



PSICOPATOLOGIA

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS/CLASSIFICAÇÃO DOS TRANST. MENTAIS

Prof^a Clarisse Rinaldi S. de Santiago

1 PSICOPATOLOGIA

Consciência e Orientação

A) Alterações da Consciência

Obnubilação da consciência: diminuição da clareza do sensorio, com lentidão de compreensão e dificuldade de percepção e elaboração sensoriais. Há presença de entorpecimento, processos psíquicos fragmentários e imprecisos, frequentemente associados a alterações do juízo da realidade, da senso-percepção ou da psicomotricidade. Geralmente constitui estado mental flutuante (delirium tremens).

Coma: grau profundo de inconsciência, com alterações neurológicas e somáticas. Coma vigil ou agripnico é estado de atividade psíquica confusa e desassossego, que ao alcançar profundidade extrema é chamado de carus.

Delírio oniróide: obnubilação da consciência, desorientação e alucinações.

Amênia ou confusão mental: turvação da consciência acompanhada de excitação psicomotora.

Estado crepuscular (estreitamento da consciência): redução da amplitude do campo da consciência, com número reduzido de imagens, fenômenos ou ideias, mas conservando uma atividade mais ou menos coordenada. Geralmente transitório (sonambulismo, possessão e transe).

Onirismo: predominância extraordinária das representações imaginadas que deformam e amplificam o sensorio e a sensibilidade (epilepsia parcial complexa ou psicomotora).

B) Alterações da Orientação

Desorientação apática: há clareza e nitidez sensorial, mas o desinteresse pelo ambiente (inibição e anergia) impede a formação de juízos sobre a situação (transtorno somático ou privação crônica de estímulos sem sofrimento psíquico).

Desorientação amnésica: dificuldade de fixação (ou evocação) das referências comuns.

Desorientação amencial: a obnubilação da consciência impede uso adequado das percepções do ambiente, distúrbio de integração das referências comuns que resulta alteração da síntese perceptiva (estados confusionais).

Desorientação delirante (ou confusional): adulteração delirante da situação de tempo e espaço pela presença de sistema particular de referência que não domina totalmente a consciência. Geralmente cria dupla orientação. Há lucidez da consciência e inexistência de distúrbios da sensopercepção (atividade delirante intensa de certas psicoses agudas - buffet delirante - associadas à confusão mental e perplexidade).

Despersonalização: sentimento de irrealidade ou de estranheza para consigo mesmo.

Atenção

Alterações da atenção

Distração: incapacidade de fixar a atenção, inconstante e dirigida a estímulos sem importância. Pode significar concentração muito forte num assunto que dificulta a apreensão do resto. Pode estar presente em fases maníacas. Hiperprosexia: aumento anormal da atenção espontânea, com frequente diminuição da tenacidade, que no mais das vezes deve-se a perseveração ou obstinação do comportamento (mania e estados obsessivo-compulsivos).



Hipoprosexia: diminuição patológica da atenção em todos os seus aspectos, voluntária e involuntária (fadiga, hipoglicemia, fases depressivas graves e intoxicações).

Aprosexia: abolição completa da atenção (deficiências graves de inteligência, demências terminais, estados de coma e demais estados de inibição cortical).

Memória

Alterações da memória

Hipermnésia: as lembranças, mesmo as mais casuais, afluem em abundância, vivacidade e exatidão, de modo rápido e incoercível. É um fenômeno raro (episódios maníacos e nos estados hipnóticos).

Amnésia anterógrada (de fixação): incapacidade de fixar aquisições do momento - últimas 24 h.

Amnésia retrógrada (de evocação): perda da capacidade de evocar as lembranças.

Amnésia retro-antegrada (total): alteração de fixação e evocação.

Amnésia lacunar: limitada a um determinado período de tempo (orgânicas – intoxicação por substâncias, crises epilépticas, tratamento com eletroconvulsoterapia; psicogênicas – fatos relacionados a trauma).

Ilusão mnêmica: recordação equivocada, com alteração involuntária do conteúdo da recordação.

Alucinação mnêmica: um produto da imaginação é tomado como recordação, criações imaginativas com aparência de reminiscências.

Fabulação: São criações de memória sem ligação com o preenchimento de lacunas (crianças).

Fenômeno do já visto (déjà vu): certeza de conhecimento visual do desconhecido (epilepsias temporais, pacientes internados em UTI).

Criptomnésia: as lembranças perdem sua qualidade e aparecem ao paciente como fatos novos fazendo-o, por exemplo, apropriar-se de ideias alheias.

Ecmnésia: recordação muito nítida de certa fase do passado, a ponto de o paciente pensar que a está vivendo no momento. A perda da memória recente é progressiva, regredindo as lembranças em anos - reversão mental.

Humor e Afeto

Alterações da Afetividade

Hipertimia: Elevação do humor, exaltação, alegria patológica, imotivada ou inadequada.

Hipotimia: tristeza patológica, estado afetivo doloroso, caracterizada pela tristeza, visão pessimista do mundo e/ou de si mesmo.

Apatia ou Indiferença afetiva: incapacidade de reagir emotivamente a qualquer situação ou estímulo (estados depressivos e psicoses agudas).

Hipomodulação do afeto: incapacidade de modular a resposta afetiva de acordo com a situação existencial.

Embotamento afetivo: perda profunda do tipo de vivência afetiva. É observável, constatável pela mímica, postura e atitude do paciente. Ocorre tipicamente nas *formas negativas de esquizofrenia*.

Sentimento de falta de sentimento: queixas de não experimentar sentimentos, não ter ânimo. É vivenciado com sofrimento.

Sentimentos inadequados (ou paratimia): incongruentes com determinado ambiente ou situação; reações inadequadas aos estímulos, paradoxais.

Sentimento sem objeto: angústia flutuante, por vezes com grande inquietação, sem objeto aparente.

Irritabilidade patológica (distímia irritável): estado de mau-humor e irritabilidade, predisposição ao desgosto e impaciência (neurastenia, mania e depressão).



Tenacidade afetiva: persistência anormal de certos estados afetivos como ressentimento e rancor.

Instabilidade afetiva: mudanças bruscas e imotivadas das emoções e sentimentos dominantes da consciência (arteriosclerose cerebral, deficiências intelectuais graves e transtornos de humor).

Incontinência emocional (ou afetiva): emotividade patológica, emergência súbita e excessiva de afetos que não podem ser inibidos ou controlados, como nos estados senis, ansiosos e reações depressivas.

Puerilismo: presença de traços infantis (conteúdo e comportamento)

Moria: estado de excitação alegre em pessoa com puerilismo mental.

Ambivalência afetiva: oscilação entre sentimentos positivos e negativos dirigidos a um mesmo objeto ou situação.

Neotimia: é a designação para sentimentos e experiências afetivas inteiramente novas vivenciadas por pacientes psicóticos.

Sensopercepção

Conceitos de Imagem e Representação

Imagem

- *nitidez* (a imagem é nítida, seus contornos são precisos);
- *corporeidade* (a imagem é viva, corpórea, tem luz, brilho e cores vivas);
- *estabilidade* (a imagem percebida é estável, não muda de um momento para outro);
- *extrojeção* (a imagem, provinda do espaço externo, é também percebida nesse espaço externo);
- *ininfluenciabilidade voluntária* (o indivíduo não consegue alterar voluntariamente a imagem percebida);
- *completitude* (a imagem tem um desenho completo e determinado, com todos os detalhes diante do observador).

Representação é a “reapresentação” de uma imagem na consciência, sem a presença real externa, do objeto que num primeiro momento gerou uma imagem sensorial.

Imagem representativa ou mnêmica (representação):

- *pouca nitidez* (os contornos são, geralmente, esfumados);
- *pouca corporeidade* (a representação não tem a vida de uma imagem real);
- *instabilidade* (a representação aparece e desaparece facilmente do campo de consciência);
- *introjeção* (a representação é percebida no espaço interno);
- *incompletude* (a representação tem um “desenho” indeterminado, apresentando-se a nós geralmente incompleta e apenas com alguns detalhes).

- Alterações da intensidade (ou alterações quantitativas da sensopercepção):

Hiperestesia: exagero patológico da intensidade da imagem perceptiva (início das crises epilépticas, estados de ansiedade, enxaqueca, hipertireoidismo, intoxicação por alucinógenos, esquizofrenia aguda, e em alguns quadros maníacos).

Hipoestesia: diminuição global da sensopercepção (estados depressivos e orgânicos) ou de sensações isoladas (anestesia, surdez e amaurose histéricas).

Anestesia: abolição de todas as formas de sensibilidade.

Analgesia: perda da sensibilidade à dor. Esses dois últimos, quando não de origem neurológica, podem ocorrer em pacientes histéricos, em hipocondríacos, somatizadores e, ocasionalmente, em indivíduos submetidos a estados emocionais intensos.

**Alterações da percepção (reconhecimento):**

Agnosias: alteração intermediária entre sensações e percepções, ou seja, quando há lesão nas regiões responsáveis pela diferenciação das sensações elementares, em seu reconhecimento e integração.

Agnosia visual: incapacidade de reconhecer objetos ou pessoas.

Agnosia tátil: incapacidade de reconhecer pelo tato, apesar da sensibilidade estar conservada. A agnosia semântica ou aestereognosia é incapacidade de reconhecer objetos pelo toque, não por não analisar corretamente a forma, mas por não identificá-lo quanto a valor e utilização.

Agnosia auditiva: o indivíduo ouve, porém não identifica os sons e ruídos, não os compreende.

Alterações qualitativas da sensopercepção

Alterações da síntese perceptiva:

Ilusões: percepção deformada de um objeto real e presente, distorção de uma percepção normal.

Ocorrem, basicamente, em três condições: rebaixamento do nível de consciência (a percepção torna-se imprecisa), estados de fadiga grave ou inatenção marcante (ilusões geralmente transitórias), e em determinados estados afetivos intensos - ilusões catatímicas, ou atividade imaginativa mais ou menos deliberada).

As ilusões mais comuns são as visuais, mas podem ocorrer também ilusões auditivas, por exemplo.

Aberrações perceptivas ou sensoriais: empréstimo de cores inusitadas aos objetos exteriores.

As alucinações:

Alucinações: percepções falsas, sem objeto presente no campo sensorial, dotadas de corporeidade e projeção para o exterior, que não se originam das percepções reais, e que surgem paralelas e juntamente com estas. Mais comumente associadas a uma vivência delirante, onde não há a vontade idealizada de ver o que está se vendo. Podem ser elementares (contém apenas elementos de uma sensação – produzidas muitas vezes por lesões exclusivamente orgânicas!) e complexas (palavras, frases, pessoas).

Alucinações visuais: na maioria dos casos trata-se de visões cênicas, como nos sonhos, sendo próprias dos estados confuso-oníricos e delírios oniróides de origem tóxica. Mas podem ser de objetos, figuras, imagens instáveis, móveis, policrômicas, por vezes inteiramente fantásticas. De modo geral, embora as alucinações visuais possam ocorrer em qualquer psicose, elas são mais frequentes nas síndromes psicorgânicas agudas (*delirium*) e nas psicoses desencadeadas por drogas, principalmente por substâncias psicodislépticas (LSD, mescalina, por exemplo).

Alucinações liliputianas: ao lado das percepções normais se vê personagens humanos e animais minúsculos. Ao contrário da maioria, acompanham-se de estado afetivo agradável.

Alucinações autoscópicas: imagem do duplo de si mesmo (fenômeno do duplo). Não constitui uma alucinação visual porque as sensações cinestésicas podem também estar dando ao indivíduo a impressão de que a alucinação é ele. É um fenômeno relativamente raro, associado à *delirium* subagudos e histeria, desordens do lobo parietal devidas a alterações cerebrovasculares, esquizofrenias ou infecções severas. Semelhante ao fenômeno de sensação de uma presença, neste caso o indivíduo tem a nítida sensação de que um ser invisível o acompanha.

Alucinação extracampina: é aquela que está fora do campo sensoperceptivo do paciente (quando o indivíduo vê uma imagem “nas suas costas”, por exemplo). Geralmente associado às psicoses.



Alucinações auditivas: mais frequentes e importantes, apresentando-se sob forma elementar (sons) ou complexa (vozes).

Sonorização do pensamento: vivência sensorial de ouvir o pensamento, no momento mesmo em que ele está sendo pensado ou de forma repetida, logo após ter sido pensado. Diferenciar da publicação do pensamento, em que o paciente tem a nítida sensação de que as pessoas ouvem o que pensa, no momento mesmo em que está pensando, que pode ser classificado como alteração da consciência do eu.

Vozes em forma de diálogo: diálogo entre duas pessoas que falam coisas agradáveis ou desagradáveis.

Vozes que interferem nas atividades: dão ordens e comandos (imperativas) ou fazem comentário dos atos. Podem ser classificadas como alterações da consciência do eu.

Embora não sejam exclusivas da esquizofrenia, as *alucinações audioverbais* são muito típicas e frequentes nas psicoses esquizofrênicas. Ocorrem também em pacientes com depressões muito graves, sendo geralmente vozes com conteúdo negativo, de ruína, de culpa, ou de doença. Nos quadros maníacos, ocasionalmente, há alucinações auditivas de conteúdo de grandeza, de poder, místico, etc.

Alucinações táteis e de contato: nas táteis, o paciente sente espetadas, choques, insetos ou pequenos animais sobre a pele (*delirium* alcoólico e na intoxicação pela cocaína) e a de contato se localizam mais nas zonas erógenas de mulheres (sobretudo em pacientes esquizofrênicos). As alucinações táteis com pequenos animais ou insetos via de regra ocorrem associados ao delírio de infestação (*síndrome de Ekbom*).

Alucinações olfativas e gustativas: raras, quase sempre associadas e com conteúdo desagradável (estados confusionais e crises de epilepsia temporal / crise uncinada).

Alucinações cinestésicas: sensações alteradas relacionadas aos movimentos e ao equilíbrio (*delirium tremens*), como sentir as pernas encolhendo, por exemplo.

Alucinações cenestésicas: dores dilacerantes, cobras se arrastando no abdômen e outras sensações anormais em diferentes partes do corpo principalmente de mulheres (esquizofrenia). Ao fenômeno geral denomina-se *cenestopatia*.

Alucinações psíquicas: alucinações sem verdadeiro caráter sensorial e objetivo, como nas “comunicação direta do pensamento”, “palavras sem som”, “vozes sem ruído”.

Alucinose: alucinações auditivas verbais, com vivacidade sensorial, decorrentes de quadros orgânicos específicos. O delírio – quando existe – é passageiro e não sistematizado, manifestando-se em crises sem muita firmeza (otosclerose, abstinência do uso de álcool, alterações metabólicas). O paciente geralmente percebe tal fenômeno como estranho à sua pessoa. Diz-se que a alucinose é um fenômeno “periférico ao eu”, enquanto a alucinação é “central ao eu”.

Alucinose peduncular: imagens visuais móveis e múltiplas, ao anoitecer (*hipnagógicas*) e sem ansiedade, relacionadas à transição sono-vigília, que surgem no momento em que se está adormecendo. As que ocorrem na fase em que o indivíduo está despertando, são denominadas *hipnopômicas*.

Alterações da representação ou das imagens representativas:

Pseudoalucinações: imagens mentais claras e vívidas que não possuem a corporeidade das percepções e não estão situadas no espaço objetivo, mas no espaço subjetivo interno. A imagem não tem nitidez e nem automatismo das alucinações, como “vozes interiores”.

Visões fantásticas: imagens projetadas por influência da vontade no campo visual subjetivo, que o indivíduo vê de olhos fechados e que se acompanham de tonalidade afetiva agradável.

**Diagnóstico diferencial das alucinações:**

<i>Alucinações de deaferentação/liberação neuronal</i>	<i>Alucinações ictais (por irritação neuronal)</i>	<i>Alucinações nas psicoses</i>
<i>Em lesões neuronais que produzem déficit sensorial e deaferentação</i>	<i>Presentes na epilepsia</i>	<i>Frequentes principalmente na esquizofrenia</i>
<i>Duração longa (minutos a horas)</i>	<i>Duração breve (segundos a min)</i>	<i>Duração longa (min a horas)</i>
<i>Conteúdo variável (cenários, músicas, etc.)</i>	<i>Conteúdo estereotipado, repetitivo</i>	<i>Conteúdo geralmente persecutório ou depreciativo</i>
<i>Estrutura complexa, independente da localização da lesão</i>	<i>Forma simples e elementar (cores mal formadas, ruídos, etc.)</i>	<i>Estrutura complexa, tipicamente vozes que comentam ou comandam a ação</i>
<i>Déficit no campo sensorial correspondente</i>	<i>Sem alterações no campo sensorial</i>	<i>Sem alterações no campo sensorial</i>
<i>Tipicamente lateralizado para o lado do déficit sensorial</i>	<i>Raramente lateralizado</i>	<i>Raramente lateralizado</i>
<i>Conteúdo geralmente novo ou original</i>	<i>O conteúdo das alucinações geralmente provém de material mnêmico</i>	<i>O conteúdo das alucinações provém de um “estado paranóide geral”</i>
<i>Sem alteração do nível de consciência</i>	<i>Quase sempre há alteração do nível de consciência</i>	<i>Sem alteração do nível de consciência</i>
<i>Paciente geralmente tem crítica em relação à alucinação</i>	<i>Paciente não se recorda da alucinação, portanto não tem crítica</i>	<i>Paciente geralmente não tem crítica do significado patológico das alucinações</i>
<i>Pode ser modificado/abolido por estímulos ambientais</i>	<i>Geralmente não pode ser modificado por estímulos ambientais</i>	<i>Geralmente não pode ser modificado por estímulos ambientais</i>

Pensamento e Juízo de Realidade

Os elementos propriamente intelectivos do pensamento podem ser divididos em três operações básicas:

- **Conceitos:** formam-se a partir das representações. Ao contrário das percepções, o conceito não tem elementos de sensorialidade, não sendo possível contemplá-lo, nem imaginá-lo. É um elemento puramente cognitivo, intelectivo, não tendo qualquer resquício sensorial. Resulta da síntese, por abstração e generalização, de um número considerável de fenômenos singulares.

- **Juízos:** formar juízos é o processo que conduz ao estabelecimento de relações significativas entre os conceitos básicos. Consiste, a princípio, na afirmação de uma relação entre dois conceitos. Na dimensão linguística, os conceitos se expressam, geralmente, por palavras e os juízos por frases ou proposições.

- **Raciocínio:** é a função que relaciona os juízos. No raciocínio dito lógico, a articulação dos juízos conduz à chamada conclusão.



O pensamento pode ser analisado enquanto processo de pensar, sendo distinguido os seguintes aspectos:

- *curso do pensamento*: é o modo como o pensamento flui, a sua velocidade e ritmo ao longo do tempo.
- *forma do pensamento*: é a sua estrutura básica, preenchida pelos mais diversos conteúdos e interesses do indivíduo.
- *conteúdo do pensamento*: o que dá substância ao pensamento, os seus temas predominantes, o assunto em si.

A) Alterações dos conceitos

Desintegração e condensação dos conceitos: pensamentos expressam atribuição de significados errados, heterogêneos, vicariantes e incompreensíveis até mesmo a palavras ou frases que expressam conceitos muito simples. No plano da linguagem, são designadas neologismos, ou seja, palavras inteiramente novas ou palavras conhecidas recebendo significados novos, que é bastante característica da esquizofrenia (mas pode ocorrer também nas síndromes demenciais).

Perda das relações conceptuais: transformação das relações conceptuais estabelecidas antes da enfermidade pode ser sinônimo de desagregação.

B) Alteração dos juízos

Conceito de delírio: juízos infundados que ocorrem ao indivíduo, que os vivencia como incontestáveis e dele retira consequências.

Segundo a estrutura, os delírios são classificados em simples (de tema único), ou complexos (vários temas ao mesmo tempo), não-sistematizados (sem concatenação consistente) ou sistematizados (bem organizados, com histórias ricas e consistentes).

Ideias deliróides: surgem compreensivelmente de outros processos psíquicos, que se pode seguir por meio das emoções, instintos, desejos, temores; inclui equívocos passageiros provocados por percepções enganosas.

Percepção delirante: uma percepção real assume um significado especial, quase sempre com alguma referência ao paciente. Possui dois componentes distintos, a percepção normal e o significado delirante a ela atribuído, que é incompreensível, irreduzível, inderivável e impenetrável.

Representação delirante: representa uma nova "coloração" e significação para certas recordações da vida. São significados inverossímeis atribuídos a certas reminiscências, que repentinamente assaltam o indivíduo. Também possui dois componentes, a percepção normal (que é uma lembrança do passado) e o significado delirante a ela atribuído.

Cognição delirante (intuição ou ocorrência): crença falsa, absurda, implausível, estranha, em geral de grande significação para o indivíduo, que lhe ocorre de modo imediato e incompreensível. Uma "revelação delirante". Nela existe um só componente, a percepção ou crença anormal.

Modalidades de delírio:

Reações deliróides: a atribuição de uma significação anormal para uma percepção normal é compreensível a partir de um determinado estado de ânimo, uma base afetiva que justifica as referências anormais, um determinado humor delirante. Este também é definido pelo autor como um estado atormentador de inquietação interna, caracterizado por sensações angustiosas, perplexidade, insegurança e estranheza consigo mesmo.

Tema do delírio: todos os que preocupam o ser humano.



Delírio de perseguição (ou persecutórios): desconfiança excessiva, alimentada por qualquer motivo e que gera interpretações principalmente sobre as atitudes das pessoas.

Delírios de referência (de alusão ou auto referência): tudo que é feito e dito e /ou tudo o que acontece no mundo exterior possui um significado especial e está relacionado à pessoa ou se refere a ela. Geralmente ocorre conjuntamente à temática de perseguição. Delírios de relação: o indivíduo delirante constrói conexões significativas (delirantes) entre os fatos normalmente percebidos.

Delírios (ou vivências) de influência: os indivíduos se sentem vítimas de influências telepáticas, radiações, correntes elétricas que lhes são aplicados à distância por meio de aparelhos especiais. Pode ser apenas de controle, ou seja, a crença na existência de manobras, por parte de outros, para controlar a pessoa. Típicos da esquizofrenia.

Delírios de reforma (ou salvacionismo): o indivíduo se sente destinado a salvar, reformar, revolucionar o mundo ou a sociedade.

Delírios de reivindicação (ou querelância): neste caso, o indivíduo, de forma completamente desproporcional em relação à realidade, afirma ser vítima de terríveis injustiças e discriminações. Mais comuns nos transtornos delirantes.

Delírios de ciúme: geralmente relacionado à infidelidade conjugal e o indivíduo está convencido de ser enganado. É mais característico do alcoolismo crônico e do transtorno delirante crônico.

Delírios de grandeza: sensação de superioridade em saúde, inteligência e força física; geralmente tem a forma de uma apreciação exagerada da própria personalidade, com consequências no comportamento, do tipo atitudes solenes, ar de dignidade, tom autoritário, linguagem rebuscada.

Delírio erótico (erotomania): o indivíduo afirma que uma pessoa, em geral de destaque social ou de grande importância para o paciente, está totalmente apaixonada por ele (Síndrome de Clerambault). Como sintoma isolado, ocorre frequentemente nos transtornos delirantes.

Delírio de ruína (ou niilista): o indivíduo vive em um mundo repleto de desgraças, está condenado à miséria, por exemplo.

C) Alterações do raciocínio e do estilo de pensar

Não se pode esquecer que um grande número de crenças preconceituosas, sociais ou pessoais, é mantido de forma insistente, por um número considerável de pessoas. O tipo e o estilo de pensamento comum, do indivíduo não acometido por doença mental, é apenas precariamente lógico. Tudo isso torna difícil a discriminação entre pensamento normal e patológico. Mesmo assim, a psicopatologia registra uma série de tipos de pensamento comumente associados a estados mentais alterados e transtornos psiquiátricos.

Inibição do pensamento: lentidão associativas, com diminuição do número de representações evocáveis e geralmente com concentração em temas dolorosos ou sentimento de incapacidade. O pensamento torna-se lento, rarefeito, pouco produtivo na medida em que o tempo flui. Ocorre em quadros depressivos graves e em quadros demenciais.

Pensamentos feitos (fabricados), inspirados e subtraídos: Os feitos são vividos como “impostos”, os inspirados vividos como “sugeridos” (por Deus, por ex.) e os subtraídos por influências telepáticas de desconhecidos.

Pensamento derreísta: liberação de fantasias em forma de devaneio, sem obedecer a leis da lógica, voltadas para o mundo interno. Pode ocorrer nos transtornos de personalidade, nas esquizofrenia, nas histeria e em adolescentes normais.

Concretismo: Incapacidade para pensamento abstrato. O simbólico não é compreendido ou é transformado em concreto. O pensamento encontra-se enclausurado na esfera da percepção,



impedindo o indivíduo de relacionar conceitos (psicoses graves crônicas, síndromes demenciais, retardo mental).

Ideias prevalentes: conjunto de ideias que, em virtude de sua tonalidade afetiva, adquirem predominância sobre todos os demais pensamentos e se conservam por longo tempo. São egossintônicas, aceitas pelo indivíduo que a produz.

Pensamento obsessivo: representações que, não explicadas pela sua tonalidade afetiva, são conscientes e persistentes, não podem ser afastadas pelo esforço da vontade e dificultam ou entorpecem o curso ordinário das representações, mesmo que o indivíduo perceba a falta de fundamento ou a falsidade do conteúdo. São egodistônicas.

Perseveração: dificuldade em abandonar o tema que inutilmente visa desenvolver, pela repetição automática de representações.

Prolixidade: incapacidade de selecionar/separar representações essenciais das acessórias. Raciocínio indireto, que demora a atingir o ponto desejado. Inclusão excessiva de detalhes. Falta de capacidade de síntese. Tangencialidade, as respostas apenas tangenciam àquilo que foi perguntado, nunca chegam ao objetivo final. Circunstancialidade, aqui o paciente, eventualmente, alcança o objetivo do seu raciocínio. Ocorrem em transtornos de personalidade associado a epilepsia com crises parciais complexas ou a patologias do lobo temporal, em lesões cerebrais, em deficiências cerebrais limítrofes, em esquizofrenias, e em transtornos obsessivos-compulsivos.

Pensamento oligofrênico: estrutura elementar, pobreza de conceitos, dificuldades de compreensão do simbólico e do abstrato, limitação aos interesses imediatos.

Pensamento demencial: empobrecimento adquirido, com rendimento irregular e não linear como o oligofrênico; as capacidades intelectuais não estão destruídas de maneira uniforme.

Incoerência: pensamento confuso, contraditório e ilógico, acompanhando as alterações de consciência, onde conceitos são representados por símbolos (como nos sonhos).

D) Alterações do processo de pensar:

- Curso do pensamento:

Aceleração do pensamento: o pensamento flui de forma muito acelerada, uma ideia se sucedendo à outra rapidamente. Ocorre nos quadros de mania, em alguns esquizofrênicos, nos estados de ansiedade intensa, em psicoses tóxicas (principalmente por anfetamina e cocaína) e em alguns casos de depressão ansiosa.

Lentificação do pensamento: o pensamento progride lentamente de forma dificultosa. Há certa latência entre as perguntas formuladas e as respostas. Ocorre principalmente nas depressões graves, e em alguns casos de rebaixamento do nível de consciência.

Bloqueio ou interceptação do pensamento: interceptação abrupta no curso do pensamento, antes que a ideia tenha sido terminada, expressada na linguagem. É quase exclusivo da esquizofrenia.

Roubo do pensamento: é uma vivência frequentemente associada ao bloqueio do pensamento, na qual o indivíduo tem a nítida sensação de que o seu pensamento foi roubado de sua mente, por uma força ou ente estranho, por exemplo. É um tipo de vivência de influência. É típico da esquizofrenia.

Forma do pensamento:

Fuga de ideias: curso rápido e contínuo com afastamento progressivo do tema inicial, em consequência de digressões sucessivas motivadas por associações secundárias. São verbalizações rápidas e contínuas ou jogo de palavras que produzem uma constante mudança de uma ideia para a outra, que tendem a estar conectadas entre si. As associações entre as palavras deixam de seguir uma lógica ou finalidade do pensamento e passam a ocorrer por assonância. Muito característica das síndromes maníacas.



Dissociação do pensamento: os pensamentos passam a não seguir uma sequência lógica e bem organizada. Com o agravamento, pode tornar-se totalmente incoerente.

Descarrilhamento do pensamento: o pensamento passa a extraviar-se de seu curso normal, toma atalhos colaterais, desvios, pensamentos acessórios, ao seu curso original. É observado na esquizofrenia e nas síndromes maníacas.

Desagregação do pensamento: profunda e radical perda dos enlaces associativos, total perda da coerência do pensamento. Alteração típica de formas avançadas de esquizofrenia e, eventualmente, nas síndromes demenciais.

Na *esquizofrenia*, de um modo geral, o progredir da desestruturação do pensamento segue a seguinte sequência (em ordem de gravidade): *afrouxamento das associações, descarrilhamento e, finalmente, desagregação do pensamento*.

Fala e Linguagem

Alterações da linguagem

Disartria: dificuldade de articular as palavras por alterações de paresia, paralisia ou ataxia dos músculos das articulação fonética. Acentua-se nas consoantes labiais e linguais.

Dislalia: substituição ou deformação de fonemas por deficiência dos órgãos da fonação, especialmente língua e abóbada palatina.

Afasia: perturbação da linguagem pela perda da memória dos sinais.

Afasia motora: a linguagem está conservada, mas o indivíduo não fala por distúrbio na musculatura de articulação.

Afasia sensorial ou de Wernicke (ou de compreensão): afasia fluente. O central do transtorno é a recepção dos sinais verbais. O indivíduo fala, mas de modo ilógico e pronuncia as palavras de forma defeituosa, sem ordem gramatical. Há perturbação da palavra espontânea, da leitura e da escrita. O paciente não consegue compreender a linguagem (falada e escrita) e tem dificuldades para a repetição.

Afasia de Broca (ou de expressão): afasia não-fluente. Todas as modalidades da linguagem estão comprometidas, mas predomina a perturbação da palavra articulada, da leitura e da escrita. O paciente não consegue falar ou fala com dificuldades. Articula muito poucas palavras. É afásico de expressão. A compreensão da linguagem pode estar relativamente preservada. É o tipo mais comum. Ocorre por lesões (geralmente vasculares) na área de Broca. Acompanha-se geralmente de hemiparesia direita, principalmente no braço. Nas formas mais leves observa-se o agramatismo (ausência de preposições, verbos, etc.)

Afasia global: perda completa da articulação da palavra e surdez verbal. A dissolução da linguagem é tão ampla que chega a comprometer os automatismos mais elementares; também atinge compreensão e expressão e são decorrentes de lesões cerebrais extensas, sendo acompanhadas de apraxias (dificuldades de realizar tarefas motoras específicas) e agnosias (dificuldades de reconhecimento).

Disfemias: perturbação na emissão das palavras, como, intermitentes, pela alteração dos órgãos de expressão, como na gagueira.

Disfonias: perturbações decorrentes de distúrbios das cordas vocais ou da respiração.

Logorréia: fala constante, com ritmo rápido, sem interrupções, com palavras relacionadas por assonância e sem sentido lógico (fases maníacas e embriaguez alcoólica). Pode aparecer na escrita - graforria.

Verbigerção: repetição longa e incessante de palavras ou frases. Tom monótono, declamatório, patético.

Mutismo: não uso da linguagem oral, de forma mais ou menos obstinada.

Mussitação: voz murmurada, automática, com tom baixo e monocórdico, quase sem movimento labial, com emissão de poucas frases.



Ecolalia: repetição das últimas palavras que chegam ao ouvido do indivíduo.

Jargonofasia: produção contínua de palavras sem ordem lógica, coerente ou compreensível.

Esquizofasia: profunda alteração da expressão verbal em esquizofrênicos, “salada de palavras”.

Neologismos: uso de palavras com sentido desfigurado.

Estereotipia verbal: repetição automática de palavra, sílaba ou som, que se intercala entre frases, sem finalidade.

Alterações dos movimentos de expressão: alterações da mímica facial que expressam estados afetivos e também gesticulação da cabeça, tronco e membros.

Hipermímia: aumento de energia, rapidez e duração dos movimentos mímicos, sempre acompanhada de gesticulação abundante.

Hipomímia: debilidade dos movimentos expressivos e lentidão da mutação das expressões mímicas. A amímia é a ausência total de expressão emocional nos traços fisionômicos. “Máscara” da face (catatonia).

Paramímia: perversões da mímica, decorrentes de quadros orgânicos. Pode se manifestar por uma discordância entre mímica e afeto ou falta de harmonia entre mímica e atitudes ou palavras.

Alexia: é a perda de origem neurológica da capacidade previamente adquirida para a leitura. Ocorre associada às afasias.

Dislexias: disfunção leve de leitura, encontrada principalmente em crianças que apresentam dificuldades diversas no aprendizado da linguagem.

Vontade

Alterações da atividade voluntária

Estados de excitação: multiplicidade movimentos, com objetivo, adequados aos pensamentos, estado de ânimo e desejos.

Debilidade da vontade (hipo- ou abulia): afrouxamento ou insuficiência volitiva especialmente na passagem do pensamento para a ação (depressões e esquizofrenias com sintomas negativos).

Estupor: período de atividade reduzida ao grau mínimo ou mesmo abolida. Pode ser catatônico: síndrome de mutismo acinético ou agitado onde o paciente apresenta os sinais de catatonia – estereotipias, negativismo, etc.

Negativismo: resistência e recusa na execução de um ato solicitado. A realização de ato contrário chama-se negativismo ativo e a indiferença em relação às solicitações chama-se negativismo passivo.

Sugestionabilidade volitiva: tendência geral, permanente e instintiva de adotar solicitações vindas do exterior. Ausência de vontade e desejo próprios.

Estereotipias: padrão repetitivo de ação.

Ato impulsivo: praticado de forma súbita, incoercível, em geral inadequado ou antissocial. A execução é consciente, mas sem resolução nem desejo consciente. Automutilação, frangofilia, piromania, dipsomania, bulimia, potomania, etc. Ocorre nas psicoses (principalmente esquizofrenia e mania), em alguns quadros de intoxicação por psicotrópicos, em indivíduos com transtorno de personalidade, bem como em alguns deficientes mentais.

Ato automático: realização de atos sem a interferência da vontade, e sem consciência de realização. Representativos de atividade simbólica inconsciente.

Tiques: movimentos motores reflexos, de defesa ou de expressão, que são semiconscientes e dependem parcialmente da vontade.



Consciência do eu

Alterações da Consciência do eu

Atividade do eu: baseada na consciência da existência - o doente relata que se sente modificado, estranho a si mesmo; e na consciência de execução - o doente ao pensar ou desejar alguma coisa, sente, porém, que de fato foi outro que pensou ou desejou (pensamentos feitos e impostos). Ambos são característicos da esquizofrenia.

Unidade do eu: o indivíduo sente-se radicalmente dividido, sente-se anjo e demônio ao mesmo tempo, ou homem e mulher simultaneamente. Corresponde ao que Bleuler denominava ambivalência. Mais comum na esquizofrenia.

Oposição do eu-mundo: os pacientes identificam-se completamente com os objetos do mundo externo. O indivíduo sente que seu eu se expande para o mundo exterior e não mais se diferencia deste. Podem ocorrer na esquizofrenia, nas intoxicações por drogas (principalmente alucinógenos), em fenômenos culturais (êxtase religioso, estados de possessão, etc.).

Êxtase: sensação de sair de si e ter comunhão com o mundo, um profundo sentimento de beatitude que acarreta na perda transitória de contato com mundo sensível.

Transitivismo: sensação de ter-se transformado em outra pessoa.

Possessão demoníaca: sensação de ser possuído por entidade sobrenatural, especialmente o demônio.

Convicção de inexistência pessoal: negação do próprio corpo ou de certos órgãos, afirmação de não se encontrar vivo – aniquilamento da corporeidade.

2 CLASSIFICAÇÃO E SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS

Apresentaremos um resumo das síndromes psiquiátricas e do capítulo de transtornos mentais da Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID 10).

Componentes na Constituição e Manifestação dos Sintomas

Fator patogênico: diz respeito à manifestação dos sintomas diretamente relacionada ao transtorno mental de base (percepção delirante relacionada à esquizofrenia, por exemplo)

Fator patoplástico: inclui as manifestações relacionadas à personalidade pré-mórbida do doente e aos padrões de comportamento relacionados à cultura de origem do paciente, que lhe eram particulares desde antes de adoecer.

Fator psicoplástico: relaciona-se aos eventos e reações do indivíduo e do meio psicossocial decorrentes do adoecer, modos de reações aos conflitos familiares, às perdas sociais e ocupacionais associados aos episódios da doença.

Evolução Temporal dos Transtornos Mentais

A) Crônicos

Processo: refere-se a uma transformação lenta e insidiosa da personalidade, decorrente de alterações psicologicamente incompreensíveis, de natureza endógena. Há um rompimento da continuidade do sentido normal do desenvolvimento biográfico de uma pessoa.

Desenvolvimento: refere-se à evolução psicologicamente compreensível de uma personalidade. Tal evolução pode ser normal, configurando os distintos traços de personalidade do indivíduo, ou anormal, determinando os transtornos de personalidade e as neuroses. Há uma conexão de sentido, uma trajetória compreensível ao longo da vida do sujeito.

B) Fenômenos agudos ou subagudos

Crise ou ataque: caracteriza-se, geralmente, pelo surgimento e término abruptos, durando segundos ou minutos, raramente horas (crises epiléticas, crises de ou ataques de pânico, crises histéricas, por exemplo).



Episódio: tem geralmente a duração de dias até semanas.

Reação vivencial anormal: caracteriza-se por ser um fenômeno psicologicamente compreensível, desencadeado por eventos vitais significativos para o indivíduo que os experimenta. Passada a reação vivencial, o indivíduo retorna ao que era antes, sua personalidade não sofre uma ruptura. Não é considerado um transtorno mental agudo.

Fase: refere-se particularmente, aos períodos de depressão e de mania dos transtornos afetivos. Passada a fase, o indivíduo retorna ao que era antes dela, sem que fiquem alterações duradouras na personalidade, não ocorrendo sequelas na mesma. Pode durar semanas ou meses, menos frequentemente, anos.

Surto: é uma ocorrência aguda, que se instala de forma repentina, fazendo eclodir uma doença de base endógena, não compreensível psicologicamente. Produz sequelas irreversíveis, danos à personalidade e/ou à esfera cognitiva do indivíduo (surto esquizofrênico agudo, por exemplo).

Personalidade pré-mórbida: elementos identificados em períodos da vida do paciente claramente anteriores ao surgimento da doença propriamente dita, geralmente na infância. Sinais e sintomas prodrômicos, já pertenceriam ao início do transtorno.

Remissão: retorno ao estado normal tão logo terminou o episódio agudo.

Recuperação: retorno e manutenção do estado normal, já tendo passado um bom período de tempo (geralmente considera-se 1 ano) sem que o paciente apresente uma recaída do quadro.

Recaída: retorno dos sintomas logo após uma melhora parcial do quadro clínico, ou quando o estado assintomático ainda é recente (menos de 1 ano do episódio agudo).

Recorrência: surgimento de um novo episódio (após 1 ano).

Síndromes Psiquiátricas/Transtornos Mentais

Síndromes ansiosas

Ansiedade generalizada - presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos 6 meses. Insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada, dificuldade de concentração. Sintomas físicos: taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, epigastralgia, formigamentos, sudorese fria.

Crises de pânico - crises intensas de ansiedade, com: taquicardia, sudorese, tremores, dispneia, náuseas, fogachos, formigamentos e membros e/ou lábios, despersonalização, desrealização, medo importante de ter um infarto, de morrer e/ou de enlouquecer. As crises são de início abrupto (chegam a um pico em 5-10 min) e de curta duração (raramente passam de 30-60 min).

Síndrome do pânico - recorrência das crises, com desenvolvimento de medo de ter novas crises. Podendo ser acompanhada ou não de agorafobia.

Síndrome mista de ansiedade e depressão - sintomas das duas síndromes estão presentes, mas nenhuma das duas é grave o suficiente para, por si só, constituir um diagnóstico.

Ansiedade de origem orgânica - segue-se à instalação de uma doença/condição orgânica: hipertireoidismo, LES, uso de medicamentos, etc.

Síndromes depressivas

Os sintomas depressivos podem ser agrupados em:

Sintomas afetivos: tristeza, melancolia; choro fácil e/ou frequente; apatia; sentimento de falta de sentimento; sentimento de tédio; irritabilidade aumentada; angústia ou ansiedade; desespero; desesperança.

Alterações da esfera instintiva e neurovegetativa: fadiga; desânimo (com hipobulia); insônia ou hipersonia; perda ou aumento de apetite; constipação, palidez, pele fria; diminuição da libido; diminuição da resposta sexual; anedonia.



Alterações ideativas: ideação negativa; ideias de culpa; ruminações; visão do mundo marcado pelo tédio; ideias de morte; ideação suicida.

Alterações cognitivas: déficit de atenção; déficit secundário de memória; dificuldade de tomar decisões; pseudodemência depressiva.

Alterações da autoavaliação: sentimentos de baixa autoestima, insuficiência, incapacidade, vergonha e autodepreciação.

Alterações da volição e da psicomotricidade: tendência a permanecer na cama por todo o dia; aumento da latência entre as perguntas e as respostas; lentificação psicomotora até o estupor; diminuição da fala; mutismo (negativismo verbal); negativismo (recusa à alimentação, por exemplo).

Sintomas psicóticos: ideias delirantes de conteúdo negativo: de ruína ou miséria, de culpa, hipocondríacos; de inexistência; alucinações (auditivas geralmente); ilusões auditivas ou visuais; ideação paranóide.

Subtipos de síndromes depressivas:

Episódio ou fase depressiva - evidentes sintomas depressivos devem estar presentes por pelo menos 2 semanas, e não mais que por 2 anos de forma ininterrupta. Classificado em leve, moderado ou grave (de acordo com número, intensidade e importância clínica dos sintomas).

Transtorno depressivo recorrente - vários episódios, que nunca são intercalados por episódios maníacos.

Distímia - depressão crônica (por pelo menos 2 anos), geralmente de intensidade leve. Os sintomas mais comuns são: diminuição da autoestima, fadigabilidade aumentada, dificuldade em tomar decisões, mau humor crônico, irritabilidade e sentimento de desesperança.

Depressão atípica - além dos sintomas depressivos gerais: aumento do apetite e/ou ganho de peso; hipersonia; sensação de corpo muito pesado (“paralisia inerte ou plúmbea”); sensibilidade exacerbada a “indicativos” de rejeição; reatividade do humor; fobias e aspecto histriônico associados.

Depressão tipo melancólica ou endógena - seria de natureza mais neurobiológica. Sintomas típicos: anedonia; hiporreatividade geral; tristeza vital; lentificação psicomotora; perda do apetite e de peso corporal; piora pela manhã, melhorando ao longo do dia; insônia terminal; ideação de culpa.

Depressão psicótica - associados aos sintomas depressivos ocorrem 1 ou mais sintomas psicóticos. Os sintomas psicóticos podem ser humor-congruentes ou humor-incongruentes.

Estupor depressivo - estado em que o paciente permanece dias na cama ou cadeira, em estado de catalepsia (imóvel, geralmente rígido); com negativismo.

Depressão agitada ou ansiosa - forte componente de ansiedade e agitação psicomotora. O paciente anda de um lado para outro, desespera-se. Há risco de suicídio.

Depressão secundária - fortemente associada ou causada por uma doença/quadro clínico somático. Hipo e hipertireoidismo, LES, AVC, doença de Parkinson, etc.

Síndromes maníacas

Sintomas maníacos: aumento de autoestima; elação; insônia; logorréia; pressão para falar; distrabilidade; agitação psicomotora; irritabilidade; arrogância; heteroagressividade; desinibição social e sexual; tendência exagerada a comprar objetos ou dar seus pertences; ideias de grandeza; de poder, de importância social; delírios de grandeza ou poder; alucinações (auditivas geralmente).

Subtipos de síndromes maníacas:

Mania franca ou grave - forma mais intensa, com taquipsiquismo acentuado, agitação psicomotora, heteroagressividade, fuga de ideias e delírios de grandeza.

Mania irritada ou disfórica - predomina a irritabilidade, mau humor, hostilidade em relação as pessoas.



Mania mista - sintomas maníacos e depressivos. Tende a ser mais frequente em adolescentes e em indivíduos idosos.

Hipomania - forma atenuada de episódio maníaco, que muitas vezes passa despercebido. O indivíduo está mais disposto que o normal, fala muito, faz muito planos, pode ter diminuição da necessidade de sono. O característico é que o indivíduo e seu meio não são seriamente prejudicados.

Ciclotimia - muitos e frequentes períodos de poucos ou leves sintomas depressivos (semelhantes aos da distímia) seguidos, em uma periodicidade variável, de certa elevação e discreta elevação do humor (sensação agradável de autoconfiança, aumento de sociabilidade e criatividade, etc.) - sem que se configure um episódio completo de mania ou depressão.

Mania com sintomas psicóticos - episódio maníaco grave com sintomas psicóticos (delírios de grandeza, delírios místicos, delírios persecutórios, por exemplo).

Transtorno bipolar - episódios depressivos leves a graves, intercalados com fases de normalidade e de fases maníacas (no tipo I) ou fases hipomaníacas (no tipo II) bem caracterizadas.

Tipo ciclador rápido - pelo menos 4 fases bem caracterizadas e distintas de mania ou hipomania, num período de 1 ano.

Síndromes neuróticas

Síndromes fóbicas - medos intensos e irracionais, por situações, objetos ou animais que objetivamente não oferecem ao indivíduo um perigo real e proporcional à intensidade de tal medo.

Agorafobia - relaciona-se a espaços amplos ou com muitas pessoas.

Fobia simples ou específica - relaciona-se a objetos simples (seringas, sangue, faca, etc.) ou animais (barata, sapo, cobra, etc.).

Fobia social - medo intenso e persistente de situações sociais que se envolvam expor-se ao contato interpessoal, a mostrar certo desempenho ou situações competitivas ou de cobrança.

Síndromes obsessivo-compulsivas

Síndromes obsessivas - presença de ideias, pensamentos, fantasias ou imagens persistentes, que surgem de forma recorrente na consciência, são vivenciadas com angústia e como algo que “invade” a consciência. O indivíduo geralmente reconhece o caráter irracional e absurdo desses pensamentos, tentando, às vezes, neutralizá-los com outros pensamentos ou com atos e rituais específicos.

Síndromes compulsivas - predominam os comportamentos e rituais repetitivos, como lavar as mãos inúmeras vezes, tomar muitos banhos, verificar e checar se as portas estão trancadas dezenas de vezes.

Síndromes histéricas

Histeria de conversão - paralisias histéricas, anestésias e analgesias histéricas, cegueira histérica, perturbações histéricas no andar e no ficar de pé, e perda da fala ou rouquidão histérica (afonia histérica).

Histeria dissociativa - alterações de consciência, com pseudocrises que se assemelham a crises epiléticas; estado crepuscular histérico; amnésias histéricas; fugas histéricas; fenômenos sensoperceptivos (ilusões e pseudo-alucinações).

Diagnóstico diferencial das pseudocrises - mais comum em mulheres; antecedentes pessoais de “personalidade histriônica”; uma fase tônica precedendo a clônica é mais rara; tende a surgir na presença de outras pessoas, raramente surgem durante o sono; a instalação é mais lenta que abrupta; geralmente não há confusão mental, obnubilação, tontura, ou hipotonia muscular após uma pseudocrise.

Síndromes hipocondríacas - predominam os temores e preocupações intensas com a ideia de ter uma doença grave, sem adquirir um caráter delirante.



Somatização - refere ao processo pelo qual um indivíduo usa (consciente ou inconscientemente) seu corpo ou sintomas corporais para fins psicológicos ou para obter ganhos pessoais. Sintomas comuns são: dores difusas (cefaleias, lombalgias, artralguas, dores abdominais, etc.), sintomas gastrointestinais (náuseas, diarreias, dispepsias, etc.), por exemplo.

Síndromes neurastênicas - “síndrome da fadiga crônica”; fadiga fácil, sensação de fraqueza e exaustão corporal, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se, tonturas, insegurança.

Síndromes psicóticas

Crítérios para esquizofrenia de Kurt Schneider:

1. Sintomas de primeira ordem:
 - a. pensamentos audíveis;
 - b. vozes argumentando, discutindo, ou ambos;
 - c. vozes comentando;
 - d. experiências somáticas de passividade;
 - e. extração de pensamento e outras experiências de pensamento influenciado;
 - f. irradiação do pensamento;
 - g. percepções delirantes;
 - h. todas as outras experiências envolvendo a volição, afetos "fabricados" e impulsos "fabricados";
2. Sintomas de segunda ordem:
 - a. outros distúrbios da percepção;
 - b. ideias delirantes súbitas;
 - c. perplexidade;
 - d. alterações do humor eufóricas e depressivas;
 - e. sentimento de empobrecimento emocional;
 - f. "...e também muitos outros".

Subtipos de esquizofrenia:

Paranóide - caracterizada por alucinações e ideia delirantes.

Catatônica - marcada por alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea e alterações da vontade (negativismo, mutismo e impulsividade).

Hebefrênica - pensamento desorganizado, comportamento bizarro e afeto pueril.

Simple - observa-se um lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com autonegligência, embotamento afetivo e distanciamento social.

Síndromes deficitárias nas psicoses (sintomas negativos) - distanciamento afetivo (até completo embotamento afetivo); retração social; empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia); diminuição da vontade (avolição) e apragmatismo; autonegligência; lentificação psicomotora.

Síndromes produtivas nas psicoses (sintomas positivos) - alucinações (auditivas frequentemente); ideias delirantes (de conteúdos paranóide, autorreferente, de influência, etc.); comportamento bizarro; atos impulsivos; neologismos.

Síndrome psicótica com predomínio de desorganização mental e comportamental - pensamento progressivamente desorganizado; comportamento desorganizado; afeto inadequado; afeto pueril.



Paranoia (Transtornos delirantes) - surgimento e desenvolvimento de um delírio ou sistema delirante, com relativa preservação da personalidade e do resto do psiquismo do indivíduo. Geralmente com curso crônico e estável.

Parafrenias - formas em que surgem tardiamente delírios e alucinações, mas com relativa preservação da personalidade do doente.

Psicoses breves, reativas ou psicogênicas - quadros psicóticos de surgimento agudo, com remissão rápida (dias ou semanas) que não deixam “sequelas” no psiquismo.

Síndromes volitivo-psicomotoras

Síndromes de agitação psicomotora:

Maníaca - secundária a um marcante taquipsiquismo que domina o quadro.

Paranóide - secundária às vivências paranoides - o paciente apresenta-se desconfiado, atento a tudo, etc.

Catatônica - agitação impulsiva, com momentos inesperados de explosões agressivas e agitação intensa. Pode estar associada a ideias delirantes e alucinações, mas em muitos casos revela profundas alterações volitivas da esquizofrenia catatônica.

Psicorgânica (no delirium) - além de agitado e irritado, apresenta um rebaixamento do nível de consciência, dificuldade em compreender o ambiente, desorientação temporoespacial, pensamento confuso e perplexidade. São mais comuns nas intoxicações (cocaína, anfetamina, etc.) e síndromes de abstinência (ao álcool, por exemplo).

Nas demências - podem ser decorrentes de episódios paranoides ou associados à redução transitória do nível de consciência.

Oligofrênica - dificuldades em compreender questões sutis e complexas relacionadas a normas e valores sociais.

Explosiva - principalmente em pacientes com transtorno de personalidade do tipo explosivo, borderline, sociopático, tendem a reagir a frustrações, às vezes mínimas, de forma explosiva e agressiva.

Histérica - mais teatral, demonstrativa, escandalosa.

Ansiosa - indivíduos em estados de ansiedade intensa podem ficar andando de um lado para outro, esfregando as mãos, roendo unhas, irritáveis e agressivos.

Síndromes de estupor:

Catatônico (esquizofrênico) - além do estado de estupor (mutismo, imobilidade, rigidez hipertônica), sintomas típicos como a flexibilidade cerácea (indivíduo permanece na posição em que é colocado), fenômenos em eco (ecolalia, ecopraxia, ecomimia), negativismo passivo ou ativo, e furor catatônico.

Depressivo - secundário a um estado depressivo muito intenso. Pode apresentar um fâcies triste e desanimado.

Psicogênico - histórico, traumático, de choque psicogênico. Quadro de instalação geralmente agudo, frequentemente após um trauma psíquico ou evento vital de importante significado para o indivíduo. Pode ser revertido por uso de benzodiazepínico ou pela indução hipnótica.

Orgânico - decorrente de um grande número de transtornos neurológicos ou sistêmicos (metabólicos, eletrolíticos, endócrinos, neoplásicos, etc.). Presença de reflexos neurológicos primitivos, hipotonia generalizada.



Síndromes psicorgânicas

Delirium ou síndrome confusional aguda - síndrome orgânico-cerebral encontrada com mais frequência por psiquiatras e clínicos. Quadro clínico: rebaixamento do nível da consciência (alteração básica); ilusões visuais ou alucinações visuais e/ou táteis; ansiedade; perplexidade; labilidade afetiva; desde inibição até agitação psicomotora; desorientação alopsíquica. Evolução: nas fases prodrômicas, o paciente sente-se ansioso, tem dificuldade para se concentrar, está inquieto e perplexo. Com o evoluir do quadro (geralmente no final da tarde e início da noite), começam a surgir ilusões visuais e táteis, agitação psicomotora, sudorese intensa, tremores grosseiros. Depois de terminado, o quadro permanece para o doente apenas como uma reminiscência vaga do que ocorreu. É comum ocorrer variação temporal marcante, que pode causar dificuldades diagnósticas.

Demências

Aspectos clínicos gerais:

Perda de memória - concentra-se principalmente na memória recente, de fixação. Apenas em fases avançadas há a perda da memória remota e da capacidade de evocação.

Perda de múltiplas funções cognitivas - além da memória, como: alterações da linguagem (disfalias), do reconhecimento (agnosias), das atividades gestuais no vestir-se, construir objetos (apraxias), do raciocínio complexo, de habilidades aritméticas (acalculia), da compreensão de problemas e de novas situações ambientais, da capacidade de aprendizagem e julgamento, da orientação direita-esquerda e das relações espaciais-simbólicas.

Alterações das funções executivas - associadas ao lobo frontal: perda do pensamento abstrato, da capacidade de planejamento e monitorização de atos complexos, solução de problemas novos, diminuição da fluência verbal, perseveração, perda da flexibilidade cognitiva.

Alterações da personalidade - como a perda de hábitos sociais mais refinados, do controle emocional, desinibição da personalidade, deterioração do comportamento social global.

O curso geralmente é insidioso e progressivo.

Presença de alterações difusas do tecido cerebral - principalmente do córtex.

Nível de consciência normal - o paciente está desperto, vigil, e com sensorio claro.

Sintomas psiquiátricos acessórios - sintomas paranoides, depressão, ansiedade, alucinações e heteroagressividade.

Diagnóstico diferencial - transtorno depressivo; delirium; retardo mental; esquizofrenia hebefrênica.

Causas etiológicas mais frequentes de demências:

Demência de Alzheimer - processo degenerativo do tecido cerebral, com instalação insidiosa e evolução lenta (geralmente por mais de 2 anos). Início na velhice, principalmente a partir de 50-60 anos; se o início for antes dos 65 anos - “subforma pré-senil”, e após os 65 anos - “subforma senil”.

Demências vasculares - secundário a pequenos e múltiplos infartos cerebrais, de efeito cumulativo. História de ataques isquêmicos transitórios, com sinais e sintomas neurológicos focais. Tipo de evolução “em escada”.

Demência subcortical - além de perdas cognitivas globais, presença de sintomas afetivos (apatia, abulia, irritabilidade, depressão ou mania) e mudanças na personalidade (desconfiança, comportamento excêntrico ou bizarro, etc.), bem como lentificação psicomotora. Tem como causas: complexo AIDS-demência, Síndrome de Parkinson, por exemplo.

Síndromes psicorgânicas focais ou localizadas - lesões circunscritas a determinadas áreas cerebrais, com certa manutenção das funções cognitivas globais.



Síndrome amnésica - perda da memória de fixação. Síndrome de Wernicke-Korsakoff - composta por 2 “subsíndromes”: de Wernicke - oftalmoplegia, ataxia, confusão mental.; e de Korsakoff - perda de memória de fixação, desorientação temporoespacial, confabulações.

Síndromes frontais

Órbito-frontal - o indivíduo torna-se desinibido, grosseiro, lábil, irritável.

Frontomediais - inibição comportamental, indiferença afetiva.

Da convexidade frontal - predominam sintomas cognitivos relativos às chamadas funções executivas frontais - perseverações, dificuldade nos comportamentos sequenciais, incapacidade de persistir em tarefas complexas.

Síndromes temporais e parietais

Síndrome de Geschwind - viscosidade, hipergrafia, circunstancialidade, hiperreligiosidade e hipossexualidade. Encontrado em epilepsia do lobo temporal, por exemplo.

Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas (abuso e dependência)

<u>DROGAS LÍCITAS</u>	<u>DROGAS ILÍCITAS</u>
São aquelas comercializadas de forma legal, <u>podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição</u> . Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial (tarja preta).	<u>Proibidas por lei.</u> Estas não podem ser comercializadas. A restrição aqui não se enquadra em uma faixa etária, mas a todas as faixas etárias e todas as formas de apresentação. Ex.: maconha, cocaína, crack.

DROGAS DEPRESSORAS DA ATIVIDADE MENTAL	DROGAS ESTIMULANTES DA ATIVIDADE MENTAL	DROGAS PERTUBADORAS DA ATIVIDADE MENTAL
ÁLCOOL BARBITÚRICOS BENZODIAZEPÍNICOS (clonazepam, alprazolam, diazepam, etc.). OPIÓIDES (morfina, heroína, codeína) SOLVENTES E INALANTES (cola de sapateiro) GHB (boa noite Cinderela)	ANFETAMINAS COCAÍNA CAFEÍNA TABACO (estimulante leve)	MACONHA ALUCINÓGENOS NATURAIS (aywasca/santo daime, peiote/mescalina) DIETILAMADA DO ÁCIDO LISERGICO/LSD ECSTASY/MDMA ANTICOLINÉRGICOS

As drogas depressoras do sistema nervoso central fazem com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual.

As drogas estimulantes do sistema nervoso central aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.



As drogas perturbadoras do sistema nervoso central produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção, sendo também chamadas de alucinógenos. Uma terceira denominação para esse tipo de droga é psicotomiméticos, devido ao fato de serem conhecidas como psicoses as doenças mentais nas quais esses fenômenos ocorrem de modo espontâneo.

Droga psicoativa: qualquer substância química que, quando ingerida, modifica um ou várias funções do SNC, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais.

Abuso de drogas - quando há um uso de uma substância psicoativa que é lesivo.

Dependência a drogas - sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência.

Dependência psíquica: compulsão ao uso da droga, buscando o indivíduo a obtenção de prazer ou a diminuição de desconforto - quando o sujeito não obtém a droga, experimenta ansiedade, desconforto geral, raiva, insônia, etc.

Dependência física: estado de adaptação do corpo manifestado por transtornos físicos quando o uso da droga é interrompido.

Tolerância: diminuição do efeito de uma droga após administração repetidas. O organismo passa a necessitar de quantidades cada vez maiores da droga para que se mantenha o nível inicial de seu efeito.

Síndrome de abstinência - conjunto de sinais ou sintomas que ocorre horas ou dias após a interrupção do uso por um indivíduo com dependência física da substância.

Psicoses induzidas por drogas - duram dias ou, no máximo, semanas. Ocorrem após período de uso intenso da droga - podem se manifestar como quadros paranoides, maniformes, esquizofreniformes ou polimorfos. Geralmente causados por cocaína, anfetamina, alucinógenos, maconha.

A diferenciação com as psicoses funcionais (desencadeadas pelo abuso da droga) pode ser difícil - essas geralmente tem duração mais prolongada do quadro psicótico, a ocorrência no futuro de episódios psicóticos independentes da exposição à droga.

Alcoolismo - perda da liberdade de escolher entre beber e não beber. Deve ser diagnosticado em 3 dimensões:

Dimensão física - verificam-se aqui as alterações de saúde física decorrentes do uso repetitivo do álcool, produzindo por exemplo, gastrites, esofagites, hepatites, pancreatites, cirrose, neuropatia periférica, síndrome de abstinência, delirium tremens, síndrome de Wernicke-Korsakoff, alterações cognitivas e demência alcoólica.

Dimensão psicológica - irritabilidade, ansiedade, depressão, agressividade, insônia, etc.

Dimensão social - transtornos no relacionamento matrimonial e familiar, dificuldade e problemas no trabalho e no estudo (faltas, acidentes, desemprego, etc.), acidentes de trânsito, problemas legais, desmoralização, perda de crítica e julgamento moral, isolamento social, etc.

Alguns quadros psicopatológicos característicos ocorrem em associação com a síndrome de dependência ao álcool:

Delirium tremens - forma grave de síndrome de abstinência alcoólica, na qual ocorrem, além dos sintomas clássicos do delirium (rebaixamento do nível de consciência, confusão mental, desorientação temporoespacial, etc.), intensas manifestações autonômicas (como tremores, febre,



sudorese profusa, etc.), ilusões e alucinações visuais e táteis marcantes, principalmente com insetos e pequenos animais (zoopsia).

Alucinose alcoólica - pode ocorrer durante a síndrome de abstinência, mas é mais comum em períodos independentes dela, estando o indivíduo sóbrio ou alcoolizado. Caracteriza-se por alucinações audioverbais de vozes que, tipicamente, falam do paciente na terceira pessoa ou falam com ele humilhando-o, desprezando-o. Pode persistir mesmo após o paciente ter parado de beber.

Delírio de ciúmes do alcoolista - geralmente o paciente passa a acreditar plenamente que sua esposa ou companheira o trai. Pode ter um sentido psicológico compreensível, dependendo do contexto.

Embriaguez patológica - ou intoxicação idiossincrásica. Resposta paradoxal, intensa, à ingestão de pequena quantidade de álcool - o paciente torna-se muito excitado, violento, às vezes paranóide e mesmo homicida (“fúria alcoólica”). Tal agitação surge de forma inexplicável, dura várias horas, é seguida de exaustão e termina comumente com um sono profundo e amnésia posterior para o evento.

Síndrome Alcoólica Fetal - O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém-nascido e deve ser evitado na gestação e durante a amamentação. Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo durante a gravidez, apresentam:

- sinais de irritação
- mamam e dormem pouco
- tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência).
- problemas físicos (prejuízo no crescimento) e mentais (retardo e comportamento) ao longo da infância, variando de intensidade de acordo com a gravidade do caso.

Entrevista Motivacional

Forma de abordagem em que o profissional não assume uma posição confrontadora, mas conduz o paciente a assumir ele próprio responsabilidade pela mudança.

Estados de prontidão (de Prochaska e DiClemente):

Pré-ponderação – paciente não vê razão para a mudança e não acredita que seu consumo de álcool seja excessivo
Ponderação – o paciente está ambivalente, não se acha dependente mas sabe que algo vai mal.
Determinação – o paciente tem consciência do uso e dos problemas causados mas ainda não faz nada para mudar.
Ação – o paciente está consciente do seu problema e tentando fazer algo a respeito (diminuiu frequência de uso, está em tratamento).
Manutenção – o paciente mudou sua relação com a bebida e mantém-se abstinente há alguns meses.
Recaída – desesperança costuma ser frequente.

O paciente pode voltar aos estágios já “superados” a qualquer momento e várias vezes, deve-se pensar o processo como uma espiral.

Síndromes relacionadas ao comportamento alimentar

Anorexia nervosa - perda de peso auto induzida por abstenção de alimentos que engordam ou por comportamentos como vômitos e/ou purgação auto induzidos, exercícios excessivos e uso de anorexígenos. Ocorrem alterações endócrinas (amenorréia, secreção anormal de insulina, p.ex.). Há distorção da imagem corporal.



Bulimia nervosa - preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida, sucumbindo o paciente a repetidos episódios de hiperfagia, às vezes, seguidos de vômitos, purgação, enemas e diuréticos. Geralmente estão dentro da faixa de peso normal. O comer compulsivo é um quadro próximo à bulimia, mas se difere pela ausência de vômitos.

Obesidade – conforme definição da OMS, trata-se de uma doença crônica complexa, de origem multifatorial (fatores fisiológicos, comportamentais, psicológicos tais como: regulação metabólica do gasto energético, tamanho e número das células de gordura, alterações endócrinas, susceptibilidade genética, contexto sociocultural, de estilo de vida, de personalidade, consumo alimentar), caracterizada pelo excesso de gordura corporal. Os tratamentos visam sempre o aumento do gasto energético (exercícios) ou diminuição do aporte calórico para os tecidos (regimes alimentares, fármacos ou cirurgia do aparelho digestivo) para que haja perda de peso com manutenção do novo peso. No caso da obesidade mórbida (aquela que predispõe o indivíduo a outras doenças), o tratamento de eleição tende a ser cirúrgico.

Diretrizes do Programa de Preparo para Gastroplastia (PPG) da Santa Casa de São Paulo:

- ✓ Informar o paciente sobre o tratamento
- ✓ Eliminar crenças distorcidas sobre a cirurgia e o emagrecimento
- ✓ Aumentar a autopercepção sobre os hábitos alimentares e sobre as reais expectativas de emagrecimento
- ✓ Aumentar a rede social de apoio
- ✓ Estabelecer vínculo de continência e confiança: entre os elementos do grupo e entre o grupo e a equipe
- ✓ Permitir troca de informações
- ✓ Promover emagrecimento (com o objetivo de diminuir o risco cirúrgico).

Transtornos de personalidade

Os transtornos de personalidade são na verdade diagnósticos psiquiátricos. Segundo a CID-10 os transtornos de personalidade são definidos por:

- surgirem na infância ou adolescência e permanecerem relativamente estáveis ao longo da vida
- manifestar um conjunto de comportamentos e reações afetivas claramente desarmônicas, envolvendo vários aspectos da vida do indivíduo
- possuir um padrão permanente de comportamento anormal e de respostas afetivas volitivas, que é de longa duração e não limitado a qualquer episódio de doença mental associada
- este padrão anormal de comportamento inclui vários aspectos do psiquismo e da vida social, não sendo restrito a apenas um tipo de reação ou a determinada área do psiquismo
- o padrão de comportamento é mal adaptativo, causando várias dificuldades para o indivíduo e para as pessoas que com ele convivem
- não são relacionados diretamente à lesões orgânicas ou a outros transtornos psiquiátricos (caso sejam causados por lesões orgânicas cerebrais dizemos tratar-se de alterações de personalidade secundárias)
- causa algum grau de sofrimento, embora isso possa se manifestar apenas tardiamente
- geralmente causa um mau desempenho ocupacional (no trabalho ou nos estudos) e social.



Apresentaremos a classificação dos transtornos de personalidade segundo a CID 10 com suas principais características.

Personalidade paranóide

Sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo, suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade; sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos, superavaliação de sua auto-importância, havendo frequentemente auto-referência excessiva.

Personalidade esquizóide

Predomina o desapego, desinteresse pelo contato social, retraimento afetivo, dificuldade em experimentar prazer, tendência à introspecção.

Personalidade dissocial

Prevalece a indiferença pelos sentimentos alheios, podendo adotar comportamento cruel; desprezo por normas e obrigações; baixa tolerância a frustração e baixo limiar para descarga de atos violentos. Também chamada: anti-social, associal, psicopática, sociopática

Personalidade emocionalmente instável

Manifestações impulsivas e imprevisíveis.

Dois subtipos:

Impulsivo - instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos.

Borderline - instabilidade emocional, perturbações da auto-imagem, dificuldade em definir suas preferências pessoais, com conseqüente sentimento de vazio.

Personalidade histriônica

Egocentrismo, baixa tolerância a frustrações, teatralidade, superficialidade, necessidade de fazer com que todos dirijam a atenção para eles próprios.

Também conhecida como personalidade: histérica, psicoinfantil.

Personalidade anancástica

Preocupação com detalhes, rigidez, teimosia, pensamentos repetitivos e intrusivos não alcançam a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Também conhecida como personalidade: compulsiva, obsessiva, obsessiva-compulsiva.

Personalidade ansiosa ou esquiva

Prevalece sensibilidade excessiva a críticas, sentimentos persistentes de tensão e apreensão, tendência a retraimento social por insegurança de sua capacidade social e/ou profissional.

Personalidade dependente

Astenia do comportamento, carência de determinação e iniciativa, instabilidade de propósitos.

Também conhecida como personalidade: astênica, inadequada, passiva.

Apresentamos agora a divisão em grupos do DSM 5 (a lógica é a mesma da CID 10, mesmo que alguns subtipos apresentados no DSM não existam na CID como esquizotípico e narcisista - e esta divisão auxilia na compreensão dos quadros):

Cluster/Grupo A (Transtornos Excêntricos ou Estranhos)

Os indivíduos que estão neste grupo, costumam ser apelidados como esquisitos, isolados socialmente, frios emocionalmente, inexpressivos, distantes e muito desconfiados. Este grupo está mais propenso a desenvolver sintomas psicóticos.

Transtorno de personalidade esquizóide

Transtorno de personalidade esquizotípica (apresenta déficits sociais e interpessoais, com dificuldade nos relacionamentos íntimos e distorções cognitivas ou perceptivas que não chegam a configurar delírios ou alucinações propriamente ditas)

Transtorno de personalidade paranóide

Cluster/Grupo B (Transtornos Dramáticos, Imprevisíveis ou Irregulares)

“Problemáticos“, indivíduos que são vistos como manipuladores, rebeldes, com tendência a quebrar regras e rotinas, irritantes, "maus", inconstantes, impulsivos, dramáticos, sedutores, imprevisíveis, egoístas e muito intolerantes às decepções. Os sintomas inflexíveis dos distúrbios afetam muito mais as pessoas em sua volta, do que o próprio indivíduo.

Transtorno de personalidade antissocial

Transtorno de personalidade histriônica

Transtorno de personalidade borderline

Transtorno de personalidade narcisista (grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia).

Cluster/Grupo C (Transtornos Ansiosos ou Receosos)

Medrosos, ansiosos, frágeis, dependentes, fóbicos e com tendência a serem submissos, organizados, obedientes e, ao contrário do grupo B, evitam quebrar regras ou rotinas. Neste grupo, frequentemente os traços inflexíveis dos transtornos prejudicam muito mais o próprio indivíduo, do que as pessoas à sua volta. Este grupo está mais propenso aos transtornos de ansiedade.

Transtorno de personalidade dependente

Transtorno de personalidade esquiva

Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva

Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10)**F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos**

Este agrupamento compreende uma série de transtornos mentais reunidos tendo em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos.

A demência (F00-F03) é uma síndrome devida a uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não se acompanha de uma obnubilação da consciência. O comprometimento das funções cognitivas se acompanha habitualmente e é por vezes precedida por uma deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação. A síndrome ocorre na doença de Alzheimer, em doenças cerebrovasculares e em outras afecções que atingem primária ou secundariamente o cérebro.

Usar código adicional, se necessário, para identificar a doença subjacente.



- F00 Demência na doença de Alzheimer
- F01 Demência vascular
 - F01.1 Demência por infartos múltiplos
- F02 Demência em outras doenças classificadas em outra parte
 - F02.0 Demência da doença de Pick
 - F02.1 Demência na doença de Creutzfeldt-Jakob
 - F02.2 Demência na doença de Huntington
 - F02.3 Demência na doença de Parkinson
 - F02.4 Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- F03 Demência não especificada
- F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
- F05 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
- F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física
- F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral
- F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F00* Demência na doença de Alzheimer (G30.-)

A doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. O transtorno é usualmente insidioso no início e se desenvolve lenta, mas continuamente durante um período de vários anos.

F00.0* Demência na doença de Alzheimer de início precoce (G30.0)

Demência na doença de Alzheimer com início antes da idade de 65 anos, com um curso de deterioração relativamente rápido e com transtornos múltiplos e marcantes das funções corticais superiores.

Doença de Alzheimer, tipo 2

F00.1* Demência na doença de Alzheimer de início tardio (G30.1)

Demência na doença de Alzheimer com início após a idade de 65 anos, e usualmente ao fim do oitavo decênio (70-79 anos) ou após esta idade; evolui lentamente e se caracteriza essencialmente por uma deterioração da memória.

Doença de Alzheimer, tipo 1

F01 Demência vascular

A demência vascular é o resultado do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive a doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos, mas cumulativos em seus efeitos. O seu início se dá em geral na idade avançada.

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. O terceiro caractere do código identifica a substância implicada e o quarto caractere especifica o quadro clínico. Os códigos devem ser usados, como determinado, para cada substância especificada, mas deve-se notar que nem todos os códigos de quarto caractere podem ser aplicados a todas as substâncias.

A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informação possíveis. Estas compreendem: informações fornecidas pelo próprio sujeito, as análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e os



comportamentos clínicos, e outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados. Numerosos usuários de drogas consomem mais de um tipo de substância psicoativa. O diagnóstico principal deverá ser classificado, se possível, em função da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Diagnósticos suplementares devem ser codificados quando outras drogas ou categorias de drogas foram consumidas em quantidades suficientes para provocar uma intoxicação (quarto caractere comum .0), efeitos nocivos à saúde (quarto caractere comum .1), dependência (quarto caractere comum .2) ou outros transtornos (quarto caractere comum .3-.9).

O diagnóstico de transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias (F19.-) deve ser reservado somente aos casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas.

Exclui:

abuso de substâncias que não produzem dependência (F55)

As subdivisões seguintes de quarto caractere devem ser usadas com as categorias F10-F19:

-
- o (F1x.0) Intoxicação aguda
- o (F1x.1) Uso nocivo para a saúde
- o (F1x.2) Síndrome de dependência
- o (F1x.3) Síndrome de abstinência
- o (F1x.4) Síndrome de abstinência com delirium
- o (F1x.5) Transtorno psicótico
- o (F1x.6) Síndrome amnésica
- o (F1x.7) Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
- o (F1x.8) Outros transtornos mentais ou comportamentais
- o (F1x.9) Transtorno mental ou comportamental não especificado
- (F10) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- (F11) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- (F12) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
- (F13) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
- (F14) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
- (F15) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
- (F16) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- (F17) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- (F18) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- (F19) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

.0 Intoxicação aguda

Estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.



.1 Uso nocivo para a saúde

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite conseqüente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

.2 Síndrome de dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

.3 Síndrome [estado] de abstinência

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

.4 Síndrome de abstinência com delirium

Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere .3 se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em F05.-. Este estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em F05.8.

Delirium tremens (induzido pelo álcool)

.5 Transtorno psicótico

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave.

.6 Síndrome amnésica

Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada



Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas

.7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os flashbacks podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e frequentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

Demência:

- alcoólica SOE
- e outras formas leves de alterações duradouras das funções cognitivas

Síndrome cerebral crônica de origem alcoólica

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios. Os transtornos esquizoafetivos foram mantidos nesta seção, ainda que sua natureza permaneça controversa.

F20 Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em F06.2; os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em F10-F19 com quarto caractere comum .5.

F20.0 Esquizofrenia paranóide

A esquizofrenia paranóide se caracteriza essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.



F20.1 Esquizofrenia hebefrênica

Forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas negativos, particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.

F20.2 Esquizofrenia catatônica

A esquizofrenia catatônica é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. Atitudes e posturas a que os pacientes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afecção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenômeno catatônico pode estar combinado com um estado oníróide com alucinações cênicas vívidas.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos em F20.0-F20.2, ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas.

F20.5 Esquizofrenia residual

Estádio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas negativos, embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

F20.6 Esquizofrenia simples

Transtorno caracterizado pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo: embotamento do afeto e perda da volição) se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos.

F21 Transtorno esquizotípico

Transtorno caracterizado por um comportamento excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto que se assemelham às daquelas da esquizofrenia, mas não há em nenhum momento da evolução qualquer anomalia esquizofrênica manifesta ou característica. A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado, anedonia; um comportamento estranho ou excêntrico; uma tendência ao retraimento social; ideias paranoides ou bizarras sem que se apresentem ideias delirantes autênticas; ruminações obsessivas; transtornos do curso do pensamento e perturbações das percepções; períodos transitórios ocasionais quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e ideias pseudodelirantes, ocorrendo em geral sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral àquela de um transtorno da personalidade.

F22 Transtornos delirantes persistentes

Esta categoria reúne transtornos diversos caracterizados única ou essencialmente pela presença de ideias delirantes persistentes e que não podem ser classificados entre os transtornos orgânicos, esquizofrênicos ou afetivos. Quando a duração de um transtorno delirante é inferior a poucos meses, este último deve ser classificado, ao menos temporariamente, em F23.-.



F22.0 Transtorno delirante

Transtorno caracterizado pela ocorrência de uma ideia delirante única ou de um conjunto de ideias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que por vezes permanecem durante o resto da vida. O conteúdo da ideia ou das ideias delirantes é muito variável. A presença de alucinações auditivas (vozes) manifestas e persistentes, de sintomas esquizofrênicos tais como ideias delirantes de influência e um embotamento nítido dos afetos, e a evidência clara de uma afecção cerebral, são incompatíveis com o diagnóstico. Entretanto, a presença de alucinações auditivas ocorrendo de modo irregular ou transitório, particularmente em pessoas de idade avançada, não elimina este diagnóstico, sob condição de que não se trate de alucinações tipicamente esquizofrênicas e de que elas não dominem o quadro clínico.

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo “agudo” é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se frequentemente de uma perplexidade e de uma confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delírium de origem orgânica (F05.-). Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, frequentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a um stress agudo (os acontecimentos geralmente geradores de stress precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).

F24 Transtorno delirante induzido (Folie à deux)

Transtorno delirante partilhado por duas ou mais pessoas ligadas muito estreitamente entre si no plano emocional. Apenas uma dessas pessoas apresenta um transtorno psicótico autêntico; as ideias delirantes são induzidas na(s) outra(s) e são habitualmente abandonadas em caso de separação das pessoas.

F25 Transtornos esquizoafetivos

Trata-se de transtornos episódicos nos quais tanto os sintomas afetivos quanto os esquizofrênicos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica um diagnóstico quer de esquizofrenia quer de episódio depressivo ou maníaco. Outras afecções em que os sintomas afetivos estão superpostos a doença esquizofrênica pré-existente ou coexistem ou alternam com transtornos delirantes persistentes de outros tipos, são classificados em F20-F29. Os sintomas psicóticos que não correspondem ao caráter dominante do transtorno afetivo, não justificam um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

F30-F39 Transtornos do humor (afetivos)

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

F30 Episódio maníaco

Todas as subdivisões desta categoria se aplicam exclusivamente a um episódio isolado. Um episódio hipomaníaco ou maníaco em indivíduo que já tenha apresentado um ou mais episódios



afetivos prévios (depressivo, hipomaniaco, maniaco, ou misto) deve conduzir a um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

F30.0 Hipomania

Transtorno caracterizado pela presença de uma elevação ligeira mas persistente do humor, da energia e da atividade, associada em geral a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Existe frequentemente um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e uma redução da necessidade de sono; estes sintomas não são, entretanto, tão graves de modo a entravar o funcionamento profissional ou levar a uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude pretenciosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de ideias delirantes.

F31 Transtorno afetivo bipolar

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos somáticos, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas somáticos.

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.



F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.0 Ciclotimia

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve elevação nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31.-) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33.-). O transtorno se encontra frequentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias ulteriormente um transtorno afetivo bipolar.

F34.1 Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e frequentemente se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica frequentemente se associa a uma depressão. Para determinar se convém fazer dois diagnósticos (ansiedade fóbica e episódio depressivo) ou um só (ansiedade fóbica ou episódio depressivo), é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do exame.

F40.0 Agorafobia

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A



presença de um transtorno de pânico é frequente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se frequentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de levitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

F40.1 Fobias sociais

Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da autoestima e de um medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico.

F40.2 Fobias específicas (isoladas)

Fobias limitadas à situação altamente específicas tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, ver sangue ou ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social.

F41 Outros transtornos ansiosos

Transtornos caracterizados essencialmente pela presença da manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves.

F41.0 Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

F41.1 Ansiedade generalizada

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos.

F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo

Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo.



F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

Transtorno caracterizado essencialmente por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer direto algum da realização destes atos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável, frequentemente implicando dano ao sujeito ou causado por ele, que ele teme que possa ocorrer. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno se acompanha quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua atividade compulsiva.

F43 Reações ao stress grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras na medida em que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de stress aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de stress psicossociais (life events) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, frequentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob F43, admite-se que sua ocorrência é sempre a consequência direta de um stress agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadequadas a um stress grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entravam assim o funcionamento social.

F43.0 Reação aguda ao stress

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um stress físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao stress são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo. A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido quer por um distanciamento do ambiente (podendo tomar a forma de um estupor dissociativo - ver F44.2) ou de uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha frequentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor). Os sintomas se manifestam habitualmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias (frequentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa (F44.0) do episódio. Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico (e do tratamento).



F43.1 Estado de stress pós-traumático

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (flashbacks), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de levitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas frequentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F62.0).

F43.2 Transtornos de adaptação

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de stress pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de stress considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

F44 Transtornos dissociativos (de conversão)

Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de “histeria de conversão”. Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis. Os sintomas traduzem frequentemente a ideia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com



um stress psicológico e ocorrer frequentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes (F45.0). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

F44.0 Amnésia dissociativa

A característica essencial é a de uma perda da memória, que diz respeito geralmente a acontecimentos importantes recentes, não devida a transtorno mental orgânico, e muito importante para ser considerado como expressão de esquecimento ou de fadiga. A amnésia diz respeito habitualmente aos eventos traumáticos, tais como acidentes ou lutos imprevistos, e é mais frequente que seja parcial e seletiva. Uma amnésia completa e generalizada é rara, e diz respeito habitualmente a uma fuga (F44.1); neste caso, deve-se fazer um diagnóstico de fuga. Não se deve fazer este diagnóstico na presença de um transtorno cerebral orgânico, de uma intoxicação, ou de uma fadiga extrema.

F44.1 Fuga dissociativa

Uma fuga apresenta todas as características de uma amnésia dissociativa: comporta além disto, um deslocamento motivado maior que o raio de deslocamento habitual cotidiano. Embora exista uma amnésia para o período de fuga, o comportamento do sujeito no curso desta última pode parecer perfeitamente normal para observadores desinformados.

F44.2 Estupor dissociativo

O diagnóstico de estupor dissociativo repousa sobre a presença de uma diminuição importante ou de uma ausência dos movimentos voluntários e da reatividade normal a estímulos externos, tais como luz, ruído, tato, sem que os exames clínicos e os exames complementares mostrem evidências de uma causa física. Além disto, dispõe-se de argumentos em favor de uma origem psicogênica do transtorno, na medida em que é possível evidenciar eventos ou problemas estressantes recentes.

F44.3 Estados de transe e de possessão

Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente. Devem aqui ser incluídos somente os estados de transe involuntários e não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

F44.4 Transtornos dissociativos do movimento

As variedades mais comuns destes transtornos são a perda da capacidade de mover uma parte ou a totalidade do membro ou dos membros. Pode haver semelhança estreita com quaisquer variedades de ataxia, apraxia, acinesia, afonia, disartria, discinesia, convulsões ou paralisia.

F44.5 Convulsões dissociativas

Os movimentos observados no curso das convulsões dissociativas podem se assemelhar de perto àquelas observadas no curso das crises epiléticas; mas a mordedura de língua, os ferimentos por queda e a incontinência de urina são raros contudo; além disto, a consciência está preservada ou substituída por um estado de estupor ou transe.

F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas

Os limites das áreas cutâneas anestesiadas correspondem frequentemente às concepções pessoais do paciente, mais do que a descrições científicas. Pode haver igualmente uma perda de um tipo de sensibilidade dado, com conservação de outras sensibilidades, não correspondendo a nenhuma lesão neurológica conhecida. A perda de sensibilidade pode se acompanhar de parestesias. As perdas da visão e da audição raramente são totais nos transtornos dissociativos.



F45 Transtornos somatoformes

A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

fatores psicológicos ou comportamentais associados a doenças ou transtornos classificados em outra parte (F54)

F45.0 Transtorno de somatização

Transtorno caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo ao menos por dois anos. A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas. Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crônico e flutuante, e frequentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar. Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1).

F45.2 Transtorno hipocondríaco

A característica essencial deste transtorno é uma preocupação persistente com a presença eventual de um ou de vários transtornos somáticos graves e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou uma preocupação duradoura com a sua aparência física. Sensações e sinais físicos normais ou triviais são frequentemente interpretados pelo sujeito como anormais ou perturbadores. A atenção do sujeito se concentra em geral em um ou dois órgãos ou sistemas. Existem frequentemente depressão e ansiedade importantes, e que podem justificar um diagnóstico suplementar.

F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme

O paciente atribui seus sintomas a um transtorno somático de um sistema ou de órgão inervado e controlado, em grande parte ou inteiramente, pelo sistema neurovegetativo: sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e urogenital. Os sintomas são habitualmente de dois tipos, sendo que nenhum dos dois indica transtorno somático do órgão ou do sistema referido. O primeiro tipo consiste de queixas a respeito de um hiperfuncionamento neurovegetativo, por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como por expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física. O segundo tipo consiste de queixas subjetivas inespecíficas e variáveis, por exemplo dores e sofrimentos, e sensações de queimação, peso, aperto e inchaço ou distensão, atribuídos pelo paciente a um órgão ou sistema específico.

F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente

A queixa predominante é uma dor persistente, intensa e angustiante, dor esta não explicável inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico, e ocorrendo num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno. O resultado é em geral uma maior atenção em suporte e assistência quer pessoal, quer médica. Uma dor considerada como psicogênica mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia não deve ser aqui classificada.

F48.0 Neurastenia

Existem variações culturais consideráveis para a apresentação deste transtorno, sendo que dois tipos principais ocorrem, com considerável superposição. No primeiro tipo, a característica essencial é



a de uma queixa relacionada com a existência de uma maior fatigabilidade que ocorre após esforços mentais frequentemente associada a uma certa diminuição do desempenho profissional e da capacidade de fazer face às tarefas cotidianas. A fatigabilidade mental é descrita tipicamente como uma intrusão desagradável de associações ou de lembranças que distraem, dificuldade de concentração e pensamento geralmente ineficiente. No segundo tipo, a ênfase se dá mais em sensações de fraqueza corporal ou física e um sentimento de esgotamento após esforços mínimos, acompanhados de um sentimento de dores musculares e incapacidade para relaxar. Em ambos os tipos há habitualmente vários outras sensações físicas desagradáveis, tais como vertigens, cefaléias tensionais e uma impressão de instabilidade global. São comuns, além disto, inquietudes com relação a uma degradação da saúde mental e física, irritabilidade, anedonia, depressão e ansiedade menores e variáveis. O sono frequentemente está perturbado nas suas fases inicial e média mas a hipersonia pode também ser proeminente.

F48.1 Síndrome de despersonalização-desrealização

Trata-se de um transtorno raro no qual o paciente se queixa espontaneamente de uma alteração qualitativa de sua atividade mental, de seu corpo e de seu ambiente, estes últimos percebidos como irreais, longínquos ou “robotizados”. Dentre os vários fenômenos que caracterizam esta síndrome, os pacientes queixam-se mais frequentemente de perda das emoções e de uma sensação de estranheza ou desligamento com relação aos seus pensamentos, seu corpo ou com o mundo real. A despeito da natureza dramática deste tipo de experiência, o sujeito se dá conta da ausência de alterações reais. As faculdades sensoriais são normais e as capacidades de expressão emocional intactas. Sintomas de despersonalização-desrealização podem ocorrer no contexto de um transtorno esquizofrênico, depressivo, fóbico ou obsessivo-compulsivo identificável. Neste caso, reter-se-á como diagnóstico aquele do transtorno principal.

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F50.0 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma ideia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

F50.1 Anorexia nervosa atípica

Transtornos que apresentam algumas das características da anorexia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, um dos sintomas-chave, tal como um temor acentuado de ser gordo ou a amenorréia, pode estar ausente na presença de uma acentuada perda de peso e de um comportamento para emagrecer. Este diagnóstico não deve ser feito na presença de transtornos físicos conhecidos associados à perda de peso.

F50.2 Bulimia nervosa

A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Este transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso



corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas. Nos antecedentes encontra-se frequentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes.

F50.3 Bulimia nervosa atípica

Transtornos que apresentam algumas características da bulimia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, pode haver acessos repetidos de hiperfagia e de uso exagerado de laxativos sem uma alteração significativa de peso ou então a preocupação típica e exagerada com a forma e peso corporais pode estar ausente.

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

F51.0 Insônia não-orgânica

F51.1 Hipersonia não-orgânica

F51.2 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos

F51.3 Sonambulismo

F51.4 Terrores noturnos

F51.5 Pesadelos

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

F52.0 Ausência ou perda do desejo sexual

F52.1 Aversão sexual e ausência de prazer sexual

F52.2 Falha de resposta genital (Impotência psicogênica)

F52.3 Disfunção orgásmica (Anorgasmia psicogênica)

F52.4 Ejaculação precoce

F52.5 Vaginismo não-orgânico

F52.6 Dispareunia não-orgânica

F52.7 Apetite sexual excessivo (Ninfomania para mulheres, Satíriase para homens)

F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte (Depressão pós-parto SOE/sem outra especificação, Depressão puerperal SOE/sem outra especificação)

F53.1 Transtornos mentais e comportamentais graves associados ao puerpério não classificados em outra parte (Psicose puerperal SOE/sem outra especificação)

F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade (F60.-), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade (F61.-), e as modificações duradouras da personalidade (F62.-), representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do



funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

F60 Transtornos específicos da personalidade

Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.

F60.0 Personalidade paranóica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade sexual do esposo ou do parceiro sexual; e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos. Pode existir uma superavaliação de sua auto-importância, havendo frequentemente auto-referência excessiva.

F60.1 Personalidade esquizóide

Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.

F60.2 Personalidade dissocial

Transtorno de personalidade caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.

F60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo borderline, caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

F60.4 Personalidade histriônica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

F60.5 Personalidade anancástica

Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez



excessivas. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

F60.6 Personalidade ansiosa (esquiva)

Transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

F60.7 Personalidade dependente

Transtorno da personalidade caracterizado por: tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro (por exemplo de pessoas mais idosas) e uma dificuldade de fazer face às exigências da vida cotidiana; falta de energia que se traduz por alteração das funções intelectuais ou perturbação das emoções; tendência frequente a transferir a responsabilidade para outros.

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F63.0 Jogo patológico

F63.1 Piromania

F63.2 Roubo Patológico (Cleptomania)

F63.3 Tricotilomania

F64 Transtorno de identidade de gênero

F64 Transtorno da Identidade Sexual

F64.0 Transexualismo

F64.1 Travestismo de duplo papel

F64.2 Transtorno de identidade de gênero infantil

F65 Transtornos da preferência sexual (parafilia)

F65.0 Fetichismo

F65.1 Travestismo fetichista

F65.2 Exibicionismo

F65.3 Voyeurismo

F65.4 Pedofilia

F65.5 Sadomasoquismo

F65.6 Múltiplas distorções da preferência sexual

F65.8 Outras desordens da preferência sexual (Frotteurismo, Necrofilia)

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento e à sua orientação sexual.

F66.0 Desordem da maturidade sexual

F66.1 Orientação sexual egodistônica

F66.2 Transtorno do relacionamento sexual

F68 Sintomas físicos aumentados por fatores psicológicos

F68.1 Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas (transtorno fictício ou Síndrome de Münchhausen)

Simulação repetida e coerente de sintomas, às vezes com automutilações com o intuito de provocar sinais ou sintomas. A motivação é obscura e possivelmente de origem interna e visa adotar



um papel ou um status de doente, e frequentemente se associa a grandes transtornos da personalidade e das relações.

F70-F79 Retardo mental

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente.

Usar código adicional, se necessário, para identificar as afecções associadas, por exemplo, autismo, outros transtornos do desenvolvimento, epilepsia, transtornos de conduta ou uma incapacidade física grave.

As seguintes subdivisões de quarto caractere devem ser usadas com as categorias F70-F79 para identificar a extensão do comprometimento comportamental:

- .0 Menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento
- .1 Comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
- .8 Outros comprometimentos do comportamento
- .9 Sem menção de comprometimento do comportamento

F70.- Retardo mental leve

Amplitude aproximada do QI entre 50 e 69 (em adultos, idade mental de 9 a menos de 12 anos). Provavelmente devem ocorrer dificuldades de aprendizado na escola. Muitos adultos serão capazes de trabalhar e de manter relacionamento social satisfatório e de contribuir para a sociedade.

F71.- Retardo mental moderado

Amplitude aproximada do QI entre 35 e 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos). Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprendem a desempenhar algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

F72.- Retardo mental grave

Amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

F73.- Retardo mental profundo

QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

Os transtornos classificados em F80-F89 têm em comum: a) início situado obrigatoriamente na primeira ou segunda infância; b) comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central; e c) evolução contínua sem remissões nem recaídas. Na maioria dos casos, as funções atingidas compreendem a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora. Habitualmente o retardo ou a deficiência já estava presente mesmo antes de poder ser posta em evidência com certeza, diminuirá progressivamente com a idade; déficits mais leves podem, contudo, persistir na idade adulta.

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F80.0 Transtorno específico da articulação da fala

F80.1 Transtorno expressivo de linguagem

F80.2 Transtorno receptivo da linguagem



- F80.3 Afasia adquirida com epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
- F80.8 Outros transtornos de desenvolvimento da fala ou da linguagem
- F80.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

- F81.0 Transtorno específico de leitura
 - Dislexia de desenvolvimento
- F81.1 Transtorno específico da soletração
- F81.2 Transtorno específico da habilidade em aritmética
- F81.3 Transtorno misto de habilidades escolares
- F81.8 Outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares
- F81.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

Grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões.

F84.0 Autismo infantil

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

F84.1 Autismo atípico

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo.

F84.2 Síndrome de Rett

Transtorno descrito até o momento unicamente em meninas, caracterizado por um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de uma perda parcial ou completa de linguagem, da marcha e do uso das mãos, associado a um retardo do desenvolvimento craniano e ocorrendo habitualmente entre 7 e 24 meses. A perda dos movimentos proposital das mãos, a torsão estereotipada das mãos e a hiperventilação são características deste transtorno. O desenvolvimento social e o desenvolvimento lúdico estão detidos enquanto o interesse social continua em geral conservado. A partir da idade de quatro anos manifesta-se uma ataxia do tronco e uma apraxia, seguidas frequentemente por movimentos coreoatetósicos. O transtorno leva quase sempre a um retardo mental grave.



F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado pela presença de um período de desenvolvimento completamente normal antes da ocorrência do transtorno, sendo que este período é seguido de uma perda manifesta das habilidades anteriormente adquiridas em vários domínios do desenvolvimento no período de alguns meses. Estas manifestações se acompanham tipicamente de uma perda global do interesse com relação ao ambiente, condutas motoras estereotipadas, repetitivas e maneirismos e de uma alteração do tipo autístico da interação social e da comunicação. Em alguns casos, a ocorrência do transtorno pode ser relacionada com uma encefalopatia; o diagnóstico, contudo, deve tomar por base as evidências de anomalias do comportamento.

F84.5 Síndrome de Asperger

Transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de um retardo ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem frequentemente na adolescência e idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da idade adulta.

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 - Transtornos hipercinéticos

F90.0 Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de autoestima.

F91 - Distúrbios de conduta

F91.0 Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar

F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado

F91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado

F91.3 Distúrbio desafiador e de oposição

Os transtornos de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). Quando as características de um transtorno de conduta são sintomáticos de uma outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado.

O diagnóstico se baseia na presença de condutas do seguinte tipo: manifestações excessivas de agressividade e de tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou a animais; destruição dos bens de



outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediência anormalmente frequentes e graves. A presença de manifestações nítidas de um dos grupos de conduta precedentes é suficiente para o diagnóstico mas atos dissociais isolados não o são.

F92 - Transtornos mistos de conduta e das emoções

F92.0 Distúrbio depressivo de conduta

F93 - Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F93.0 Transtorno ligado à angústia de separação

F93.1 Transtorno fóbico ansioso da infância

F93.2 Distúrbio de ansiedade social da infância

F93.3 Transtorno de rivalidade entre irmãos

F94 - Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F94.0 Mutismo eletivo

F94.1) Distúrbio reativo de vinculação da infância

F94.2 Transtorno de fixação da infância, com desinibição

F95 - Tiques

F95.0 Tique transitório

F95.1 Tique motor ou vocal crônico

F95.2 Tiques vocais e motores múltiplos combinados (Síndrome de Tourette)

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F98.0 - Enurese de origem não-orgânica

F98.1 - Encoprese de origem não-orgânica

F98.2 - Transtorno de alimentação na infância

F98.3 - Pica do lactente ou da criança

F98.4 - Estereotipias motoras

F98.5 Gagueira (tartamudez)

F98.6 - Linguagem precipitada

F98.8 - Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência (Exemplos: roer unhas, déficit de atenção sem hiperatividade, masturbação exagerada...)

F98.9 - Transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início habitualmente na infância ou adolescência



MATERIAL COMPLEMENTAR: SÍNDROMES RELACIONADAS À CULTURA (retirado do livro Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais 2ª Ed., de Paulo Dalgalarro, Artmed, 2008.)

392

Paulo Dalgalarro

Quadro 38.2

Diferença do padrão de transtornos e sintomas mentais nas distintas culturas

Transtorno mental	Sociedades industrializadas	Sociedades rurais
Depressão	Predominam: Humor triste Delírios de ruína Redução da auto-estima Idéias de culpa Auto-acusação	Predominam: Sintomas somáticos (cefaléias, "corpalgia") Agitação psicomotora Confusão mental Sintomas histéricos A depressão "endógena" seria mais rara entre grupos indígenas e na África
Síndromes ansiosas	Mais sintomas psíquicos	Mais sintomas somáticos
Esquizofrenia (Jablensky et al., 1992)	Pior prognóstico Mais sintomas afetivos, principalmente depressão Mais "inserção" e "publicação" do pensamento Predominam as formas clássicas (paranóide, hebefrênica, catatônica e simples) Nos EUA, negros teriam mais sintomas paranóides que os brancos. Na Inglaterra, filhos e netos de afro-caribenhos apresentam significativamente mais esquizofrenia	Melhor prognóstico Mais alucinações visuais e auditivas Mais "vozes que comentam a ação" Formas confusionais (seriam quadros orgânicos?) Formas paranóides desorganizadas Delírios místicos, de possessão Delírios hipocôndricos Delírios com ancestrais
Psicoses reativas	Menos freqüentes	Mais freqüentes Haveria, de fato, um número significativo de casos em países subdesenvolvidos
Transtorno bipolar	Nos EUA, parece haver, entre os negros, uma proporção maior de esquizofrenia e menor de transtorno bipolar em comparação com os brancos	Formas de "mania reativa" seriam mais freqüentes
Anorexia nervosa	Seria mais freqüente em sociedades urbanas, ricas e ocidentais Nessas sociedades, embora ocorram casos, seriam mais raros em negros e grupos migrantes do Terceiro Mundo	Seria rara em sociedades rurais e pobres
Transtorno obsessivo-compulsivo	Mais freqüente nos países ocidentais	Seria mais raro na África
Histeria	Menos freqüente em países como a Inglaterra e a Escandinávia	Mais freqüente em sociedades não-industrializadas Mais freqüente nos países árabes(?)



Quadro 38.3

Síndromes relacionadas à cultura no contexto brasileiro

Síndrome "cultural"	Grupo religioso ou cultural	Características
Dom da fala ou glossolalia	Principalmente em grupos pentecostais (Assembleia de Deus, Congregação Cristã, Igreja Universal, etc.)	Em estado de transe, de beatitude, o crente passa a falar uma linguagem incompreensível (como se fosse uma língua estrangeira), às vezes gutural. O fenômeno é interpretado como um dom oferecido ao crente pelo Espírito Santo.
Obsessão ou "estar <i>obsedado</i> ou <i>obsidiado</i> "	No espiritismo kardecista	Geralmente um espírito <i>obsessor</i> exerce ação negativa sobre o indivíduo, causando sintomas muito variados, como angústia, depressão, fobias, dependências químicas, idéias suicidas, psicoses, etc. Os espíritas preconizam a cura pelo tratamento espiritual da "desobsessão".
Estados de possessão	Nas religiões afro-brasileiras (candomblé, umbanda, etc.), eventualmente no pentecostalismo, em outras religiões evangélicas e no catolicismo	Estado de transe que dura de minutos a horas, com alteração da consciência, perda temporária da identidade pessoal, movimentos rítmicos do tronco, caretas e gestos estereotipados. O indivíduo tem a sensação de ter sido possuído por uma entidade (Pombagira, Exú, orixá, etc.).
Gostura	Populações rurais ou recentemente urbanizadas	Mal-estar, sensação desagradável por ver ou ouvir alguma coisa que não se pode suportar. Também ansiedade e irritabilidade, aflição sentida principalmente no corpo, como indisposição estomacal e azia.
Quebranto ou mau-olhado	Generalizado na cultura popular, mas é mais difundido em populações rurais	Produzido por indivíduo maldoso, invejoso, com uma "irradiação maléfica". A vítima pode apresentar os olhos lacrimejantes, bocejar constante, moleza no corpo, inapetência, tristeza. Pode ficar doente, definir e até morrer. Animal com mau-olhado fica jururu; ave, encorruja. Trata-se com benzedura, defumação com palha de alho, por nove dias seguidos.
Espinheira caída	Populações rurais ou recentemente urbanizadas	A reentrância do apêndice xifóide, segundo a crença popular, produz sintomatologia multiforme, mas especialmente vômitos, astenia, estado de fraqueza e apatia generalizada, dor nas costas, epigastralgia, tosse seca.



Calundu	Nordeste brasileiro	Estado disfórico, de irritação repentina, mau humor e depressão.
Canuara ou "treme-treme"	Nordeste, principalmente na Bahia	Forma de histeria conversiva, geralmente de natureza epidêmica, com fraqueza ou paralisia nas pernas, desequilíbrio (astasia-abasia), dura de 3 a 15 meses, desaparecendo de forma repentina ou gradual.
Tangolomango	Crença trazida ao Brasil pelos escravos africanos, mais difundida no Nordeste	Mal súbito, geralmente incurável e causado por sortilégio, feitiçaria. Faz o indivíduo definhar.
Banzo ou banza	Em escravos negros e em índios escravizados (entidade histórica, não se observa mais atualmente)	Nostalgia, melancolia, estado progressivo de apatia, tristeza, desânimo, inapetência, podendo evoluir até o estupor e a morte.



Quadro 38.1

Síndromes relacionadas à cultura no contexto internacional

Síndrome	Grupo cultural	Entidades mais semelhantes no contexto ocidental	Características
Latah	Malásia	Histeria, transtorno de Tourette	Quadro de extrema sugestibilidade, acompanhado de obediência automática, ecopraxia, ecomimia, ecolalia, tiques motores, pequenos saltos, etc.
Amok	Malásia	Quadros dissociativos, furor catatônico ou epiléptico, mania, depressão agitada, etc.	Um período (horas ou dias) de recolhimento ou tristeza é seguido por episódio intenso de agitação psicomotora; o sujeito sai correndo, atacando e destruindo tudo que se encontra ao seu alcance, cometendo homicídios inclusive. Termina com exaustão e amnésia do ocorrido.
Koro	Sudeste asiático	Hipocondria, dismorfofobia, ansiedade	Crença de que o pênis irá encolher, retraindo-se em direção ao abdome, causando a morte do infeliz.
Pibloktoq	Esquimós do norte da Groenlândia	Histeria	Irritabilidade seguida de intensa agitação psicomotora (indivíduo joga-se no chão, rola pela neve, etc.), convulsões, sono profundo e amnésia do ocorrido.
Brain Fag	África, abaixo do Saara (grupos recém-urbanizados)	Hipocondria, somatização, síndrome da fadiga crônica	Cansaço crônico, cefaléia, dificuldades visuais e cognitivas.
Voodoo	Haiti	Fobia social, depressão, esquizofrenia paranoide, etc.	Felicitaria realizada contra a vítima, que passa a ser totalmente rejeitada e isolada pelo meio social, tornando-se deprimida, apática, inapetente, podendo, inclusive, morrer por tal quadro (a chamada <i>morte voodoo</i>).
Windigo	Índios canadenses (Algonkians)	Psicose paranoide	Medo intenso e convicção de tornar-se um canibal por meio da posseção pelo <i>windigo</i> , uma criatura mítica maligna.
Ataque de nervos	América Latina (principalmente hispânica)	Transtorno somatoforme, hipocondria, ansiedade generalizada	Queixas de cefaléia, insônia, inapetência, medos, raivas, tremores, quedas, fadiga e desespero. Descrito primeiro na Costa Rica, mas difundido na América Latina.
Couvade (choco)	Difundido pelo mundo	Transtorno somatoforme	É o resguardo tomado pelo pai, antes, durante ou depois do parto da mulher. O pai pode ter sintomas semelhantes aos da mulher grávida (náuseas, indisposição, dores nas costas, etc.).
Susto	América Latina (principalmente hispânica)	Transtorno de estresse pós-traumático, reações de ajustamento, depressão	Após um evento estressante intenso (traumas emocionais, brigas violentas, etc.), o indivíduo passa a apresentar estado de mal-estar generalizado, anedonia, desânimo.



Referências bibliográficas desta compilação e sugestões de estudo:

CURSO DE PSICOPATOLOGIA, de Isaías Paim, 10ª edição.

PSICOPATOLOGIA E SEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS, de Paulo Dalgalarrrondo, 1ª e 2ª edição.

MANUAL DE PSIQUIATRIA, de Henry Ey, 5ª edição.

COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA, de Harold Kaplan, 8ª edição.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 10ª REVISÃO (CID 10), da OMS, disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>