

PSIQUIATRIA



TRANSTORNOS PSICÓTICOS

1. DEFINIÇÃO

Psicose: perda de contato c/ a realidade; presença de ideia delirantes; alterações comportamentais; desorganização do pensamento.

2. EPIDEMIOLOGIA

Prevalência: 1% da população

H: (+) precoce (15-25anos)

M: bimodal (jovem adulta; menopausa)

Fatores de risco: genético/ Familiar; alterações gestacionais; uso de substâncias psicoativas (SPA)

Carga: 1 das 10 doenças mais incapacitantes.

3. NEUROBIOLOGIA

Doenças multicausais (ambiente +genética + social+ psíquica)

Teoria dopaminérgica: (+) dopamina pode levar a quadros psicóticos (um dos fatores)

Modelo: Vulnerabilidade vs. Estresse (metáfora do Balde)

4. PSICOPATOLOGIA/ APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Sinais e sintomas de entendimento essencial p/ estudo dos transtornos psicóticos:

Delírio: convicção extrema; imutável; não compartilhada socialmente; pensamento bizarro ou maluco (c/ estímulo real alterado)

Alucinação: alteração da sensopercepção; s/ estímulo real por trás da sensação

Embotamento afetivo: perda profunda da vivência afetiva (mímica, postura e atitude afetadas).

Grupos de sinais e sintomas psicóticos

Sintomas Positivos

Delírios e Alucinações

Sintomas Negativos

Perda de certas funções psíquicas

Embotamento afetivo; associabilidade; alogia; abulia e hipopragmatismo (- desejos); anedonia

Desorganizações

Afrouxamento de associações; descarrilhamento o pensamento; comportamentos desorganizados; afeto inadequado.

Sintomas psicotores

Catatonía; flexibilidade cêrea; ecopraxia; ecolalia; mutismo; negativismo.

Outros sinais

Humor: (-) experiência e expressão do humor e afetos;

Cognição: alteração difusa da atenção, memória, velocidade de processamento e funções executivas

Insight: entendimento da doença ausente.

5. DIAGNÓSTICO

Critérios p/ esquizofrenia

2 sintomas ou (+): Delírios; alucinações; discurso desorganizado; comportamento desorganizado ou catatônico; sintomas negativos.

PELO Menos 1: Delírios; alucinações; discurso desorganizado

Tempo: duração de pelo menos 1 mês (sintomas)

Prejuízo: significativo; disfuncionalidade no trabalho, nas relações, no autocuidado, na auto-comparação.

Excluir: sintomas não atribuíveis à SPA ou Condição médica Geral (CMG); Ñ atribuíveis à outros transtornos.

Subdivisões (CID-10):: paranóide; herbefrênico; catatônico; indiferenciado e simples

Crise= sintoma Positivo + piora do comportamento (agudização dos sintomas).

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Secundários à Condições Médicas Gerais (CMG):

Neurológicas (epilepsias, neoplasia AVE ou TCE); Infeciosas (HIV, neurosífilis, encefalites); reumatológicas (LES) E OUTRAS.

Secundário ao uso de substâncias:

corticoesteróides; antiparkinsonianos; SPA – afentamínicos; alucinógenos; álcool.

Psiquiátricos: Humor; personalidade; factícios ou de simulação

Observar

Tempo dos sintomas

Transtorno psicótico breve: sintomas (-) 1 mês

Transtorno esquizofreniforme: 1 a 6 meses quadro completo (início e fim)

Forma dos sintomas

Transtorno delirante: sem sintoma negativo (só tem delírio)

Transtorno esquizoafetivo: sinais afetivos apenas

7. TRATAMENTO (TTO)

Farmacológico

Antipsicóticos (APS)

Objetivos: controle da doença e modificações do curso da doença

Tempo de uso: 4-8 semanas

Usar em monoterapia

Dose terapêutica/ dose alvo: flexível.

APS típicos

Haloperidol (5mg): APS típico incisivo; V.O. OU I.M.; comprimido (cp) ou líquido (infusão); usar em momentos de crise. EAS: síndrome extrapiramidal (SEP); parkinsonismo.

APS atípicos

Preferidos p/ TTO à longo prazo.

Clozapina (usado p/ esquizofrenia refratária; s/ resposta à 2 APS de classes diferentes). EAS: Agranulocitose (CUIDADO AO PRESCREVER)

Outros: risperidona, clorpromazina

Não Farmacológico

Treinamento de habilidades sociais; reabilitação cognitiva; reinserção ocupacional; terapia familiar.

8. CUIDADOS NAS PSICOSES

Riscos:

Alteração psicótica

Agressividade

Suicídio (delírios persecutórios; alucinações visuais e auditivas).

EAS medicamentos: SEP; síndrome metabólica;

Comorbidades: uso de SPA; tabagismo

9. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO

Risco de auto e heteroagressão

Falta de suporte e apoio

Risco de suicídio

Risco de exposição moral

Quadro psicótico grave, sem melhora em 72hrs.

Risco para terceiros.

TRANSTORNOS DE HUMOR – TDM E TAB

1. DEFINIÇÃO

Humor: Emoção ou tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e colore sua percepção de ser no mundo. Condição basal que se perpetua ao longo de alguns dias. Tônus afetivo individual basal.

Afeto: manifestação do humor, qualidade emocional q/acompanha ideia ou representação

Principais transtornos relacionados:

Transtorno depressivo Maior; transtorno afetivo Bipolar; distímia; ciclotímia

2. EPIDEMIOLOGIA

Transtorno depressivo maior:

Prevalência: 15% ao longo da vida.

Incidência H:M = 1:2 (mediana ao redor dos 30 anos).

Fatores de risco: genético/ familiar; solteiro ou divorciado; uso de substâncias; comorbidades; área rural; fatores psicossociais.

Carga de doença: doença mais incapacitante atualmente.

Transtorno Afetivo Bipolar:

Prevalência: <1% ao longo da vida, variável. Vem aumentando.

Incidência H:M = 1;1. Idade de início variável. Mediana: ao redor dos 30 anos.

Fatores de risco: genético familiar; alterações gestacionais; uso de substâncias; nível socioeconômico mais alto.

Carga de doença: 1 das 10 doenças mais incapacitantes.

3. NEUROBIOLOGIA

Doenças multicausais (ambiente +genética + social+ psíquica)

Teoria monoaminérgica (hipótese da serotonina): (-) serotonina (mas também, noradrenalina e dopamina) = quadro depressivo. Alteração do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (mais ativado = quadro depressivo, 50% dos casos). Hipótese das citocinas (p. inflamatórios)

Quadros depressivos, não dependem de (-) serotonina.

Etiopatogenia TAB: fatores genéticos relacionados; genes envolvidos: BDNF; DAOA, DISC1, TPH2 e SLC6A4; fatores ambientais como abuso podem estar relacionados. Estruturas acometidas: corpo estriado, tálamo, córtex pré-frontal; amígdalas hipocampo e cerebelo.

Aumento dopaminérgico e de glutamato = crises de mania

4. PSICOPATOLOGIA/ APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Sinais e sintomas (importante pesquisar todos, usar como critério de melhora)

Episódios depressivos: (TDM)

Hipotímia: humor deprimido

Anedonia: perda do prazer e interesse pelas atividades.

Demais sinais:

Insônia ou hiperssonia

Hipo/hiperexia: alteração do apetite.

Aceleração/+retardo psicomotor

Anergia [fadiga intensa]

Fala alentecida

Labilidade emocional [choro]

Prejuízo da higiene

Tendência isolacionista

Delírios de Cotarde [psicose]

Sentimento de inutilidade

Hipoestesia [sensopercepção]

Ilusões catatímicas

Afeta funções afetivas [rigidez afetiva] e volitivas [diminuição da atv. Psíquica p/ação].

Buscar relatos suicidas (gravação de gravidade): pensamento de morte; ideação suicida; planejamento suicida; tentativa de suicídio. [pergunta ativa para descobrir]. Atenção global: hipoprosexia. Atenção focal: hipotenacidade.

Episódios Maníacos (TAB):

Hipertímia: humor elado, expansivo.

Energia: (+) aumento da disposição e da atividade dirigida a objetos.

Humor pode ser irritado ou eufórico.

Demais sinais:

Grandiosidade [delírio]

Diminuição da necessidade de sono [diferente de insônia]

Loquacidade/pressão de fala [pensamento acelerado]

Distraibilidade

Impulsividade [sexo, compras, finanças] – situações de risco [+risco de suicídio]

Hipomania: a perturbação do humor nos episódios hipomaniacos não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou de exigir hospitalização, mas gera prejuízo funcional. S/ sintomatologia psicótica

Mais observado por terceiros, sintomas geram prejuízo neuronal

Apresentam um caráter cíclico, alternando com períodos de lucidez.

5. DIAGNÓSTICO

Transtorno Depressivo Maior (clínico):

Hipotímia e/ou Anedonia + 3 ou 4 entre [sempre completar 5]: hiporexia, hiperexia, perda de peso/ ganho de peso; insônia ou hipersonia; aceleração ou lentificação psicomotora; fadiga, astenia ou apatia; sentimento de inutilidade e/ou culpa excessiva ou inapropriada; prejuízo da concentração [perguntar esse], atenção ou memória; pensamento de morte, ideação suicida, planejamento suicida ou tentativa de suicídio [perguntar sempre]. **Não pode ter histórico de Mania.**

Sentimentos persistentes de inadequação, tristeza profunda ou irritação, desamparo e pessimismo exagerado.

Tempo: pelo menos 02 semanas

Impacto: sofrimento clinicamente significativo e prejuízo funcional

Excluir: CMG; TRUSPA; Histórico de Mania ou Hipomania.

Transtorno Afetivo bipolar (Mania) – Clínico:

Hipertímia e/ou Humor irritado + Aumento da Energia + 3 entre: autoestima inflada ou grandiosidade; redução da necessidade do sono; loquacidade ou pressão de fala; fuga de ideias; aceleração do pensamento; distraibilidade; aumento da atividade dirigida a objetos ou agitação psicomotora; envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas [compras compulsivas, hipersexualidade, gestos indevidos].

Tempo: pelo menos, 1 semana

Impacto: prejuízo funcional GRAVE, ou hospitalização.

Excluir: CMG, TRUSPA.

Hipomania (clínico)

Mesmos sintomas; muda:

Tempo: pelo menos 4 dias

Impacto: mudança clara comparada ao padrão assintomático. Prejuízo funcional menos grave, observável por terceiros

TAB 1: psicose maníaco depressiva – pelo menos 1 episódio maníaco [podendo ter Episódio depressivo ou não]. [depressão bipolar= usar lamotrigina]

TAB 2: pelo menos 1 episódio hipomaniaco E 1 episódio depressivo maior.

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Transtornos depressivos:

Secundários à Condições Médicas Gerais (CMG): Anemia; hipertireoidismo [episódios leves]; mimetizantes de episódios depressivos: doenças infecciosas (HIV); neurológicas; pseudodemência. [alteração de cognição em idosos].

Secundário ao uso de substâncias: metildopa; fenobarbital; interferon/ Anticoncepcional Oral/ SPA [substâncias psicoativas]: álcool, BZD.

Psiquiátricos: TAB; Distímia; luto não-complicado [não é transtorno mental]; luto complicado; somente tristeza e sofrimento não é depressão. *Luto não exclui hipótese depressão*

TAB; Mania e Hipomania

Secundários à CMG: hipertireoidismo; doenças neurológicas (tumores e infecções) – tem alteração focal; doenças metabólicas.

Secundário ao uso de substâncias: intoxicação por psicoestimulantes (lícitos ou ilícitos) Ritalina; metilfenidato, cocaína, MD; abstinência de álcool ou BZD; medicamentos (diferenciador **acatisia -inquietação interna**). APS e antieméticos?

Psiquiátricos: esquizofrenia; transtornos de personalidade; alegria/excitação [não é transtorno mental].

7. TRATAMENTO (TTO)

Farmacológico

Transtornos Depressivos

Antidepressivos (ADS)

(1) ISRS fluoxetina; sertralina

ADT: amitriptilina (EAS: sonolência; ganho de peso, alteração TGI; xerostomia; inquietação).

IMAO: efetivas, mas com muito EAS e interações.

Outros: Duais (IRS – serotonina e norepinefrina) – luoxetina; tetracíclicos (mirtazapina)

Primeira escolha: Fluoxetina; Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (mecanismo: inibe recaptação de 5-HT no neurônio pré-sináptico).;

EAS: inquietação; insônia; disfunção sexual, alterações TGI.(náusea, vômito, epigastralgia) via SUS. **Vias de adm:** VO; liq. E cp. Mais utilizado pela manhã.

Prescrição da fluoxetina:

(1) Começar com dose baixa: 20 mg; 1cp p/manhã [usar 10mg, a depender de ansiedade e inquietação].

(2) Reavaliar após 30 a 60 dias. Os ADS demoram a fazer efeito [em geral 15 dias]

(3) Fez efeito? Manter a dose e reavaliar periodicamente.

(4) Efeito parcial? Aumentar a dose [40mg/dia > 60, uma única administração p/dia]

(5) Efeito ausente? Dose máxima tolerada [80mg/dia] OU substituir por outra classe [em casos de intolerância e +EAS/ alergia].

(6) Em caso de retirada: necessário desmame [retirar metade a cada 2/4 sem.]. ideal: sempre fazer o desmame, mesmo p/troca.

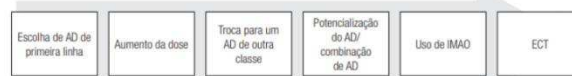


Figura 7.2 Etapas do tratamento farmacológico da depressão. (AD: antidepressivo; IMAO: inibidor da monoaminoxidase; ECT: eletroconvulsoterapia.)

Fases do tratamento Antidepressivo:

Aguda: remover a remissão dos sintomas e recuperação do funcionamento psicossocial; [medicar por 8-12 semanas]

Recuperação: manter a melhora e prevenir recaídas [reaparecimento dos sintomas após remissão] [manter medicação por 6-12 meses];

Manutenção: visa evitar novos episódios depressivos. Se grande risco de recidiva [novo episódio independente do anterior que foi tratado], como na depressão crônica, recorrente, muito grave. Estender por 1 ou + anos, ou tempo indeterminado.

Fatores de risco para recidiva: presença de sintomas residuais, mais de 3 episódios depressivos prévios, depressão crônica [+2 anos], história familiar de transtornos de humor, presença de comorbidades, início após os 60 anos de idade e duas ou mais tentativas de tratamento para atingir a remissão.

Virada Maníaca:

pode ocorrer após início TTO, saída da hipotímia para hipertímia. O paciente não fica no estado de humor basal normal [mais presente c/ISRS].

Cuidar com o uso de ADps em **pacientes bipolares**= melhora rápida e intensa; reavaliação breve.

Conduta: se ocorrer: suspender o AD [antidepressivo] e iniciar EH [estabilizador de humor]

Transtorno Bipolar (Mania)

Tratamento específico para os diferentes quadros da doença [mania e depressão].

Tratamento continuado **a longo prazo**.

Estabilizadores de Humor (EH)

(1) **Lítio:** Carbonato de lítio. metablismo “exclusivo” renal; risco de lesão renal [primeira escolha – em monoterapia]

(2) **Segundas escolhas:** quetiapina; divalproato

Anticonvulsivantes: valproato; lamotrigina [TAB2]; carbamazepina

Antipsicóticos atípicos: olanzapina, aripiprazol. Risperidona [risco de síndrome metabólica].

Avaliar: risco de heteroagressividade, exposição moral e suicídio.

Possíveis combinações (caso monoterapia ã funcione):

Lítio + valproato; lítio + carbamazepina; lítio + antipsicóticos atípicos;

Não Farmacológico

De suma importância para o manejo correto dos transtornos de humor. Pode ser tão eficiente quanto o farmacológico.

(1) Psicoterapia [terapia, meditação, etc.]

(2) Exercício físico

(3) Psicoeducação

(4) Orientação e informação

(5) Eletroconvulsoterapia (ECT) – Para casos refratários [ex: depressão grave em gestantes]

(6) Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)

(7) Internação hospitalar

Cuidados no TDM e TAB

Psicoeducação: sempre informar ao paciente e sua família sobre – sintomas, etiologia, curso, prognóstico, estresse indutores e tratamento

Suicídio: maior risco; abordar SEMPRE; avaliação global; estadiamento de risco para internação.

Risco: mania pode cursar com agitação e agressividade. Manejo adequado, avaliar p/internação.

EAS dos psicofármacos: atenção às queixas do paciente. Manejar corretamente [diminuir progressivamente medicações – desmame].

Comorbidades: quadros que tem influência no atendimento em outras clínicas. Pode haver queixas somáticas que remetam aos transtornos de Humor. [+] riscos IAM e AVE.

8. DEMAIS TRANSTORNOS DE HUMOR

Ciclotímia

Forma atenuada e persistente do TAB. Períodos de alternância entre sintomas depressivos e hipomaniacos

Distímia

Forma atenuada e persistente do TDM. Paciente cronicamente deprimido Depressão crônica [+2 anos];

As características principais desses transtornos consistem na presença prolongada [pelo menos 2 anos] de sintomatologia insuficiente para construir um quadro completo de depressão ou de hipomania.

Podem ser confundidos com traços de personalidade.

Tanto a distímia como a ciclotímia mostram-se responsáveis a tratamentos medicamentosos convencionais, como antidepressivos e estabilizadores de humor.

1. DEFINIÇÃO

Ansiedade: Do grego – estrangular, sufocar, oprimir. Sensação difusa, em geral desagradável, vaga, de apreensão; apreensividade, expectativa negativa; em geral com algum objeto interno ao indivíduo [ameaça interna, pouco delimitada]. Muitas vezes é acompanhada de sintomas somáticos [dispneia, taquicardia, tensão muscular; tremores, sudorese, tontura]. Nem sempre é patológica.

Ansiedade reativa: episódios de ansiedade em decorrência de eventos cotidianos, não é necessariamente patológica

Ansiedade generalizada: ansiedade em todos os campos da vida, mas sem motivo; desproporcional. Tônus ansioso [+] p/ tudo.

Relacionada à alerta: indica um perigo iminente; permite adaptação p/ sobreviver à ameaças.

Normalmente a ansiedade torna-se patológica quando se torna desproporcional ao estímulo que a causa.

Ansiedade não é a mesma coisa que o medo [resposta à uma ameaça externa, mais conhecida] – Fobias estão relacionadas.

Fobia: medo desproporcional e incompatível com a possibilidade de perigo real oferecida pelo desencadeante [objeto ou situações]

Principais transtornos relacionados:

Transtorno de Ansiedade Generalizada [TAG];
Transtorno de Pânico [TP]; Fobia específica;
Fobia social; Agorafobia.

2. EPIDEMIOLOGIA

Geral:

30% dos brasileiros vivem episódios que podem ser enquadrados em quadros ansiosos ao longo de sua vida.

20% teriam critérios p/ TA ao longo de 1 ano.

Mais comum em **mulheres**.

Transtorno Ansiedade Generalizada [TAG]:

Prevalência: 5% ao longo da vida.

Incidência H:M = 1:2 [mediana ao redor dos 20 anos].

Transtorno de Pânico [TP]:

Prevalência: 3% ao longo da vida

Incidência H:M = 1;3. Idade de início variável. Mediana: ao redor dos 25 anos.

Fatores de risco: Hereditariedade; separação recente

Fobias [F]:

Específicas: 5-10% pop./ **social:** 5% pop.

Geralmente as fobias são desenvolvidas na infância e juventude.

3. NEUROBIOLOGIA

Sistema nervoso autônomo: TÔNUS SIMPÁTICO [+] em TP.

Eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal: [+] secreção contínua e excessiva de cortisol

Neurotransmissores: [-] GABA [receptores GABA:A – BZD = crise de pânico/ansiedade].

4. PSICOPATOLOGIA/ APRESENTAÇÃO CLÍNICA

1) Sinais e sintomas do Transtorno de Pânico
[TP ≠ Crise; ataque ou surto de pânico]

Crise de pânico

União de sintomas e sinais que vão caracterizar o TP. Surto, crise abrupta, de desconforto intenso e medo intenso, relacionados à sintomas do corpo, que iniciam e crescem rapidamente [duração: 10-20 mins]. [sint. Adrenérgicos]

[1] Sinais corporais [físicos]:

Palpitações; taquicardia; sudorese;

Tremores ou abalos

Sensações de falta de ar ou sufocamento;

Sensações de asfixia;

Dor ou desconforto torácico;

Náusea ou desconforto abdominal;

Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou demais;

Calafrios ou ondas de calor;

Parestesias [anestesia ou sensações de formigamento];

[2] Sinais Psíquicos:

Desrealização [sensações de irrealidade];

Despersonalização [sensação de estar distanciado de si mesmo];

Medo de perder o controle;

Medo de “enlouquecer” ou perder a razão;

Medo de morrer.

Risco aumentado de recidiva p/ medo persistente de novo ataque de pânico.

[3] Apreensão ou preocupação persistente [com ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências]

[4] Modificação desadaptativa [no comportamento relacionado aos ataques].

2) Sinais e sintomas do Transtorno de Ansiedade Generalizada [TAG]:

Crise de Ansiedade

Menos intensa que a crise de ansiedade

Diferença = Sem sinais psíquicos importantes [s/ medo de morrer ou perder o controle]

O TAG pode ter crise de pânico

Preocupação excessiva/expectativa apreensiva [de difícil controle]

Inquietação: sensação de estar com os nervos à flor da pele.

Fatigabilidade;

Prejuízo da concentração: ou sensação de “branco” na mente.

Irritabilidade

Perturbação do sono: dificuldade de conciliar ou manter o sono/ OU sono insatisfatório e inquieto [insônia e hipersonia diurna].

Tensão muscular

3) Sinais e sintomas das Fobias:

Agorafobia [medo de sair de casa]

Medo ou ansiedade marcantes em:

[1] Uso de transporte público

[2] Permanecer em espaços abertos;

[3] Permanecer em locais fechados;

[4] Ficar em meio a uma multidão

[5] Sair de casa sozinho

Claustrofobia [medo de lugares fechados especificamente]

Fobia específica

Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação

[1] O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade e é ativamente evitado.

[2] se repete em muitos cenários diferentes.

[3] fobia específica é um medo desproporcional de uma situação específica que pode ser repetido em diversos cenários

[4] sempre gera um prejuízo funcional

Transtorno de Ansiedade Social = Fob. social

Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível.

[1] O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente.

[2] As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade desproporcionalmente à ameaça real e contexto.

Sair de casa sozinho **Fatigabilidade;**

Resumo:

TP: crises de pânico; comportamento desadaptativo;

TAG: preocupação excessiva; inquietação; fatigabilidade; prejuízo da concentração; irritabilidade; alterações de sono; tensão muscular [pode ter C. Pânico e C. Ansiedade].

Fobias: medo ou ansiedade intensa acerca de um objeto ou situação.

5. DIAGNÓSTICO

Transtorno de Pânico – TP [clínico]:

Ataque de Pânico: Recorrentes e inesperados; surto abrupto (medo intenso/ desconforto); pico em minutos; duração breve (10-20 min); 4 ou mais entre sinais FÍSICOS e PSÍQUICOS. [precisa ter medo de morrer ou enlouquecer – condição desadaptativa, se não é crise de ansiedade] – pelo menos 2 ataques.

Tempo e impacto: Pelo menos 1 dos ataques foi seguido de um mês de:

- (1) Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências. [ansiedade antecipatória]
- (2) Mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques. Precisa ter DISFUNCIONALIDADE causada pelas crises; pode se adaptar a essa disfuncionalidade. [esquiva fóbica]

Frequência de ataques de pânico: variável

Diagnóstico: necessário (+) 1 ataque de pânico completo inesperado p/ confirmação.

Excluir: Condição Médica Geral (CMG); TRUSPA; outros transtornos fobio-ansiosos. TDM.

Manejo TP: iniciar ISRS ou IRSN gradualmente > caso irresponsivo > trocar p/ medicamento de 1ª classe. Tempo de TTO: após controle agudo, manter medicação p/ 1-2 anos.

Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG (clínico)

Ansiedade e preocupação excessivas: a maior parte dos dias, pelo menos 6 meses. Dificuldade para controlar a preocupação.

3 ou mais: Inquietação ou sensação de estar com nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade em concentrar; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono.

Excluir: CMG; TRUSPA; outros transtornos fóbico-ansiosos.

História natural: curso crônico c/ episódios de melhora e piora.

Manejo TAG: ISRS, IRSN ou pregabalina > reavaliação 4-6 semanas > caso irresponsivo >

trocar por outro agente de 1ª linha, ou 2ª linha, ou associar medicamentos. **Tempo de TTO:** pelos menos 12 meses após estabilização de sintomas.

Transtorno de Ansiedade Social – TAS

TAS = Fobia Social

Medo ou ansiedade acentuados em situações sociais. **Situação fóbica** > ansiedade + sintomas somáticos (rubor facial; taquicardia; sudorese) + avaliação cognitiva distorcida e de modos.

Manejo TAS: iniciar ISRS metade da dose mínima, manter 4 semanas > resposta parcial (+) dose; observar 12 semanas > irresponsivo: fenelzina ou IMAO; BZD (-) > tratamento combinado TCC + medicação. (relaxamento muscular; treinamento de habilidades sociais e reestruturação cognitiva)

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Crises de pânico (Diag. p/ avaliação)

- (1) Avaliar sinais e sintomas (Risco CV) – Urgência médica (IAM e outros).
- (2) Excluir CMG (SCA, Crise hipertensiva, TEP hipoglicemia, doença tireoidiana; hiperparatireoidismo; alterações metabólicas - alcalose)
- (3) Excluir medicamentos e SPA (intoxicações, abstinências)

CMG

- (1) Doenças cardiovasculares e pulmonares
- (2) Doenças endocrinológicas (hiperterioidismo para TAG) e metabólicas.
- (3) Doenças neurológicas

Transtornos ansiosos

- (1) Fator precipitante?
- (2) Tempo?
- (3) Sintomas associados

7. TRATAMENTO (TTO)

Farmacológico

Critérios p/ escolha de medicamento: disponibilidade, escolha do paciente; custos,

evidência de eficácia e efetividade; presença de comorbidades, idade, perfil de EAS; tolerabilidade; risco de superdosagem; interações medicamentosas e respostas prévias.

Pode ser feito com ansiolíticos

Benzodiazepínicos (BZD) P/ crise

BZD utilizados p/ crises de pânico (evitar uso prolongado; pode ser usado rapidamente no início do tratamento até os ISRS comecem a fazer efeito)/ EAS: dependência; alterações cognitivas, risco de queda). Dose baixa, alta absorção.

Orientação p/ uso (CLONAZEPAM- 0,5 mg; usar na hora da crise; 1 cp p/crise; evitar superdose)

Pode ser usado p/ abstinência alcoólica.

Midazolam; alprazolam – ação curta [+ dependência]

Clonazepam; Diazepam – ação longa

Quando for retirado, trocar os de ação rápida por ação longa antes de retirar completamente.

Adesão: cuidado com os BZD.

Orientação: não beber; não dirigir.

Antidepressivos (ADS)

Objetivos: controle de sintomas e modificação do curso da doença

Dose terapêutica: dose-alvo (flexível)

Tempo de uso variável – inicialmente reavaliações frequentes (1 mês).

Avaliar uso por, pelo menos, 12 meses após boa resposta.

Usar p/ todos: ISRS (Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina): fluoxetina; sertralina

EAS: inquietação, insônia, disfunção sexual, alterações TGI.

p/ pessoas ansiosas, começar com dose menor: 10mg (p/diminuir EAS de inquietação) – p/ 4 a 6 dias. Posteriormente, aumenta p/ 20 mg.

Seguir o mesmo manejo de fluoxetina utilizado p/ o paciente com Transtornos de Humor.

Retorno p/ avaliação: 4-8 semanas

Outros ISRS: paroxetina; escitalopram; sertralina

Outras opções p/ TP: venlafaxina 37,5 - 75mg (IRSN); BZD (crises)

Outras opções farmacológicas p/ TAG: inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN); ligantes A2D (pregabalina); menos usados: BZD; ADT (amitriptilina); e outros ADPs (agomelatina, bupropiona, IMAO) e buspirona (agonista do receptor 5-HT1A de serotonina).

Não Farmacológico

Cuidados na ansiedade

- (1) **Respiração** (lenta, compassada, abdominal – efetiva nas crises de pânico e quadros ansiosos) posição confortável; maior tranquilidade possível; respiração abdominal (transferência de atenção) – importantes p/ crises de ansiedade e pânico. Oxigenação (+) adequada.
- (2) **Psicoterapia** (especialmente as linhas cognitivas e comportamentais - TCC) – procurar gatilhos desencadeantes. Dessensibilização sistemática (enfrentar os problemas), nas fobias. Dessensibilização = (++) p/ fobias
- (3) **Psicoeducação** (conhecimento; autoconhecimento – gera melhora do quadro e modifica curso da doença)
- (4) **Comorbidades** (Uso de SPA; Transtornos mentais associados). Não minimizar as queixas (crises de pânico = + chances de episódios depressivos).

TRUSPA - TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

1. DEFINIÇÃO

Drogas: qualquer substância não produzida no organismo que tem propriedade de atuar em um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (holandês = folha seca)

Dependência: uso repetido de uma droga ou substância química, associado ou não a um estado fisiológico alterado devido à administração repetida de uma droga, cuja cessação resulta em uma síndrome específica.

Tolerância: necessidade de quantidades crescentes da substância p/ usuário atingir o efeito desejado pois dose atual apresentou redução do efeito com uso continuado.

Intoxicação: síndrome reversível causada p/ substância específica que afeta uma ou mais das seguintes funções mentais: memória, orientação, humor, discernimento e funcionamento

Abstinência: Síndrome inespecífica de cada substância que ocorre após a interrupção ou redução da quantidade da droga ou substância de uso regular durante um período prolongado.

2. EPIDEMIOLOGIA

Álcool

Uso no último ano: 50% >18an; 53% destes bebiam +1/sem, (uso em grande qtd; em pequenos espaços de tempo) em 59%

Dependência: 10% H e 3,6% M

Risco 10x (+) de causar dependência em uso p/+10anos

Cannabis

Ao longo da vida: 6% >18an, 4,3% adolescentes
Último ano: 2,5% >18an, 3,4% adolescentes

Cocaína e Crack

Ao longo da vida: 3,8/1,3%

Último ano: 1,7/0,8%

Fatores de risco

Uso precoce; sexo masculino, desemprego; relação com realidade social e cultural.

3. FATORES PREDISPOANTES E CONSEQUÊNCIAS

Antecedentes sociais e individuais predispõem a formação de um quadro de dependência.

Condições Neurobiológicas

Antecedentes Sociais

Distantes: grupos de pares; interações familiares; uso de drogas pelos pais.

Imediatos: Leis regulamentadoras; pressões sociais; disponibilidade; variáveis demográficas.

Antecedentes Individuais

Distantes: aprendizado precoce; experiência com drogas; predisposição genética; eventos de desenvolvimento.

Imediatos: estados de humor; estados de abstinência; expectativas; transtornos mentais; alterações comportamentais; padrão de relacionamento interpessoal; dificuldades acadêmicas não cuidadas. (-) tolerância à frustração.

Consequências sociais

Aversivas: efeitos tóxicos; efeito reduzido da droga; dano orgânico; disfunção psicossocial

Reforçadoras: intensificação do humor; facilitação psicossocial; evitação ou alívio dos sintomas de abstinência.

4. NEUROBIOLOGIA

Alterações no sistema límbico (hipocampo; amígdala, corpo estriado) – circuito de recompensa (regula a capacidade de sentir prazer)

Via do Prazer: Área tegmentar ventral > ativação de vias > estímulo p/ corpo estriado ventral. (determina a busca repetida dos estímulos positivos – sistema de autopreservação)

Núcleo accumbens = centro do prazer (recebe estímulo + da dopamina) > ativação do núcleo (reforço positivo ou negativo p/ buscar estímulos)

Associação c/ diversas regiões do córtex cerebral: córtex pré-frontal (pensamento, planejamento, resolução de problemas; o prazer modifica a forma de pensar e sensações)

Cocaína: bloqueia os receptores pré-sinápticos de dopamina: impede recaptção de dopamina [+ dopamina = + prazer].

Metanfetamina: inibe recaptção de serotonina e induz (+) liberação de dopamina (altos riscos de causar dependência)

5. PSICOPATOLOGIA/ APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Não há sinais e/ou sintomas específicos para os TRUSPA.

Variáveis modificadoras dos sintomas apresentados nos TRUSPA:

Natureza da Substância

Depressora: lentificação de processos (Alcool; BZD)

Estimuladora: energia; euforia; taquicardia/pneia; psicoses. (COCAÍNA; CRACK; MD-MA; Ecstasy; Metilfenidato; etc).

Perturbadora: modificação de percepção [alucinógenos; psicogênicas; cogumelos].

Condição induzida pela substância

Dependência;

Intoxicação: álcool – depressão geral, coma

Abstinência: Álcool – Delírium tremens; Sd. Wernicke Korsakoff; etc.

Transtorno Mental induzido p/ substância

Indivíduo

Histórico de uso e dependências e vícios.

Comorbidade (comum estarem associadas à quadros de TRUSPA).

6. DIAGNÓSTICO

Feito da mesma forma para todas as substâncias

Identificação da substância utilizada

SPA possíveis: Álcool; cafeína cannabis; alucinógenos (subtipos: fenciclidia e outros

alucinógenos]; inalantes, opióides, sedativos/hipnóticos/ ansiolíticos, estimulantes (subtipos: anfetaminas; cocaína e outros); tabaco e outras substâncias; jogo patológico (DSM-5)

Critérios p/ diagnóstico de dependência

Necessário Pelo menos 2 dos seguintes critérios p/ podermos diagnosticar uma dependência.

- (1) Uso recorrente (gerando fracasso em desempenhar papéis importantes)
- (2) Uso recorrente em situações de perigo p/ a integridade física do paciente
- (3) Uso recorrente apesar de problemas pessoais.
- (4) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais
- (5) Tolerância: (-) efeito c/ uso continuado ou necessidade de quantidades maiores p/ obter o efeito desejado
- (6) Abstinência: sintomas de abstinência ou uso da SPA para evitar tais sintomas
- (7) Consumo em maiores quantidades ou por mais tempo que o pretendido
- (8) Desejo persistente ou esforços malsucedidos de reduzir ou controlar o uso
- (9) Gasto de tempo p/ obtenção da substância; na utilização ou recuperação de seus efeitos (ressaca);
- (10) Abandono ou redução de atividades sociais, profissionais ou recreacionais devido ao uso.
- (11) Manutenção de uso apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso
- (12) Fissura. [forte desejo, incontrolável, pessoa é fissurada na droga]. [+cocaína].
 - a. Tônica: induzido pela abstinência e desaparece com o tempo
 - b. Fásico: intenso, agudo, episódico; ocorre mesmo sem abstinência; gatilho + droga.

Tempo: no mínimo 12 meses [realidade crônica].
Observar crises de abstinência e sintomas específicos de cada SPA.

Classificação: Leve [2 ou 3 critérios]; Moderado-grave [4 ou 5]; Grave [6 Ou +]

Considerar: Uso de SPA em ambiente protegido ou não; c/ ou s/ perturbação da percepção.

Remissão precoce: um período de 3 meses em que nenhum dos critérios p/ uso de SPA [exceto desejo] é atendido

Remissão sustentada: quando isso ocorre num período >12 meses.

7. TRATAMENTO (TTO)

Não farmacológico

Ponto chave: sempre indicado, mas nem tudo serve para qualquer TRUSPA. [níveis de dependência determinam a conduta]

Fases do tratamento e percepção do TRUSPA

pré-contemplação: PCTE ã percebe nem vislumbra seu problema c/ uso SPA; n cogita mudar e resiste a qualquer abordagem

Contemplação: PCTE começa a entender e perceber a existência desse problema.

Preparação: PCTE planeja como intervir no problema; vontade de mudar estilo de vida.

Ação: PCTE ativamente busca sanar o problema

Manutenção: PCTE prossegue na ação/TTO. [período de desintoxicação]

Ambivalência: PCTE quer parar o uso; mas ainda quer usar a SPA.

Recaída = [-] autovigilância / [+] ambivalência Comum que ocorram recaídas [em geral 7 recaídas] – Evitar situações gatilho p/ uso SPA.

Métodos: Terapia individual, comportamental; familiar, de grupo; grupos de apoio; Psicoeducação; Mindfulness, Yoga, 12 passos p/ remissão do vício; etc.

Farmacológico

Só 3 dependências têm medicação:

[1] Dependência de Álcool: Dissulfiram [impede acúmulo de metabólito tóxico], naltrexona [diminui prazer e desejo pelo álcool, caro, ã tem no SUS]. (s/ antídoto) e acamprosato

Só prescrever pra quem queira; saiba todos os EAS e opte por usar.

[2] Dependência de Heroína: metadona; levometadil ou buprenofrina [incomum no Brasil]

[3] Dependência de nicotina [Tabagismo]: adesivos ou gomas de liberação de nicotina; bupropiona; vareniclina; nortriptilina

Outras dependências: s/ medicamento

Abstinência de álcool: BZD (crises fortes).

Intoxicações:

Usar Antídotos, se houver. Se não houver, fazer medidas de suporte. (ã dar BZD p/ intoxicação p/ álcool; usar p/ intoxicações c/ inquietação)

Naloxona = antídoto p/ opioide

Flumazenil = antídoto p/ BZD

Complicações c/ outras drogas

Maconha: BZD [intoxicação aguda c/ sintomas ansiosos]; Antipsicóticos [psicoses por maconha] – PCTES c/ [+] ambivalência.

Cocaína/crack: intoxicação aguda [BZD - inquietação]; dependência [dissulfiram; naltrexona [antifissura]; topiramato [antifissura]; Modafinil; ondansetrona; vacina anticocaína].

Abstinência de opióides: trocar e ir diminuindo c/ outros opióides.

Manejo do dependente de álcool

Aplicar o CAGE – p/ Etilismo [Triagem].

Pontuação: 1 ponto [possibilidade de dependência: investigar]; 2 pontos [certeza de dependência: tratar]

Questionário CAGE:

C) Cut Down: Você alguma vez tentou diminuir a quantidade de bebida? Ou tentou parar de beber?

A) Annoyment [Aborrecimento]: Você já se sentiu incomodado pela forma como as pessoas dizem que você bebe?

G) Guilt: Você se sente culpado pela forma ou quantidade como você bebe?

E) Eyes open: Você bebe logo ao acordar? p/ diminuir nervosismo ou tremores?

Técnica p/ entrevista - normatização de bebidas e substância: usar valores muito altos como referência [dá abertura p/ o PCTE se abrir sobre sua forma de usar as substâncias].

8. COMPLICAÇÕES DA DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL

Importante

Abstinência de Álcool

[1] Delírium Tremes: Confusão mental aguda; presença de tremores; inquietação; alterações da percepção, alucinações [visuais ou auditivas] e comportamentos alucinatórios [alucinações liliputianas + comuns]; histórico de não usar álcool há 2 ou 3 dias. Risco maior p/ Síndrome cardiológica grave. **TTO – BZD** [doses altas, 2 mg clonazepam ou 10 mg de Diazepam de 30/30 min; até a pessoa diminuir os sintomas] – Síndrome de Abstinência por álcool GRAVE [TTO: contenção química + contenção mecânica. Risco de agressividade e lesões ao PCTE]

Condições relacionadas à hipovitaminose B1

[1] Encefalopatia de Wernike: quadro agudo; Triade: Confusão mental; alterações oculares; ataxia. [nistagmos; oftalmoplegia] – 30% dos afetados. TTO: usar tiamina. Prognóstico + favorável – consequência de hipovitaminose; agudo, mas s/ gatilho tão agudo e claro.

[2] Síndrome de Korsakof: alteração [+] crônica. Amnésia anterógrada [ã lembra das coisas, a partir das lesões]; confabulação [perda de memória e preenchimento com dados não verdadeiros] – lesões mais difíceis de tratar; pior prognóstico. **TTO:** Tiamina e BZD em casos mais graves

Intoxicação p/ Álcool

Em casos de intoxicação por Alcool: ã dar BZD, fazer manobras de suporte [dar tiamina + glicose – sempre!!].

Dar Tiamina p/ todos PCTES: profilaxia Wernicke-Korsakoff;

Desidratação, hipoglicemia: soro fisiológico e glicose hipertônica EV

Evitar BZD

Em caso de agitação psicomotora: Haloperidol 5mg.

Piridoxina [Metoxadil] [acelera retirada do Álcool do organismo].

TTO SEMPRE: tiamina p/ abstinência ou intoxicação [relacionado à metabolismo de glicose; necessária para impedir acúmulo de ácido lático; impedindo morte celular e neurotoxicidade]. Na dúvida da condição do PCTE, dar TIAMINA + GLICOSE [soro glicosado].; se paciente desidratado e hipoglicêmico.

Prescrição: Tiamina 300mg/dia

1. DEFINIÇÃO

Ciclo Sono-Vigília: necessário um ciclo estruturado, para reparação sistêmica; influenciado por questões externas que adaptam o indivíduo ao relógio de 24 hrs.

Estados do Sono: sono paradoxal ou REM e sono lento ou NREM (corresponde à 80% do período; dividido em fases N1, N2, N3)

Ciclo do sono: [-] luz = [+] melatonina > [-] glândula pineal.

Indutores do sono: melatonina; GABA

Importantes p/ período de vigília: hipocretina; histamina e acetilcolina.

Higiene do Sono: sono reparador (descanso); [-] tempo de tela; evitar: excessos alimentares; SPA, exercício à noite; dormir durante o dia. ambiente calmo; rotina ao dormir;

2. EPIDEMIOLOGIA

Transtornos do sono/vigília: Prevalência crescente, principalmente no que se refere ao impacto na saúde e na qualidade de vida

3. CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS SONO/VIGÍLIA

Principais queixas: insônia, insatisfação c/ qualidade de sono, sonolência excessiva diurna; fenômenos indesejáveis durante o sono

CIDS: Distúrbios do Sono e do Despertar (DSD)

DSM-5: 10 distúrbios de sono - transtorno de insônia; transtorno de hipersônia; narcolepsia; transtornos do sono relacionados c/ a respiração [apneia e hipopneia obstrutiva do sono; apneia central, mista e hipoventilação relacionada com o sono]; transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, transtorno do despertar do sono NREM, transtorno do pesadelo, transtorno do sono REM, síndrome das pernas inquietas, transtorno do sono induzido p/SPA.

4. DIAGNÓSTICO (DX)

Métodos: avaliação subjetiva [aplicação de questionários específicos]; registros actigráficos e polissonografia.

Questionários: Sleep Disorders [quantitativo e qualitativo]; Pittsburgh Sleep Quality [qualidade de sono do último mês]; Mini Sleep (MSQ - freq. e intensidade do sono nos últimos 3 meses).

Escalas: de Epworth; de Stanford [p/ hipersonias e insônias]

5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E TRATAMENTO (TTO)

Transtorno de insônia

Incidência: 10-22% pop. Europeia. (+ mulheres, idosos, centros urbanos; associado à fatores psicológicos e condições médicas gerais -CMG).

Diagnóstico Insônia Primária

Dificuldade p/ iniciar ou manter o sono p/ pelo menos 1 mês; necessário: desfrutar de local adequado e oportunidade tempo para dormir. independente de CMG ou psiquiátrica ou sobre efeito de SPA. **Prejuízo** clinicamente significativo OU comprometimento funcional do PCTE.

Queixas persistentes, mas de intensidade variável, de acordo c/ eventos estressantes.

Insônia ≠ Privação voluntária de sono (sem oportunidade p/ dormir)+ 2ª Causas: TDM e TAG

Consequências: disfunções individuais e profissionais, [-] qualidade de vida; risco de acidente, [-] produtividade, absenteísmo.

Classificação

episódica (dura + de 1 mês e - de 3 meses); **persistente** (+3 meses); **recorrente** (2 ou + eps. Dentro de 1 ano);

Período de sono: inicial (dificuldade p/ começar a dormir); intermediária (despertares frequentes ou prolongados); terminal (despertar antes do habitual).

Tratamento

Ñ farmacológico: mudança hábitos de vida (higiene do sono, TCC, meditação).

Farmacológico: Hipnóticos não-BZD ou

agonistas de GABA-A (zolpidem e zopiclone); ADP sedativos (mirtazapina, trazodona, aglomelatina e doxepina); agonistas recp. Melatonina (reamelteon) e melatonina; APS atípicos (-) doses (quetiapina e olanzapina); Anticonvulsivantes (carbamazepina); fitoterápicos (valeriana); antagonistas duais dos recp. Da hipocretina. Escolha: perfil do PCTE.

Hipersonia

Sintomas: quantidade excessiva de sono, vigília deteriorada e inércia do sono. **Outros:** Sono ñ reparador; comportamento automático e dificuldade p/ acordar de manhã (ddx).

Hiperssonolência central: 14 subtipos. Síndrome de Klein-Levin (hiperssonolência recorrente)

Conduta: anamnese + exames clínicos e neuroimagem + polissonografia (diferenciar primária de secundária)

TTO medicamentoso: estimulantes (modafinil)

Narcolepsia

Narcolepsia = ataques do sono; (70% acompanhados de cataplexia = atonia muscular generalizada). Intrusão so Sono REM na vigília.

Incidência: 0,5% pop c/ padrão bimodal (adolescência e depois 5ª década de vida).

Sintomas iniciais: sonolência excessiva, alucinações hipnagógicas, sonhos vívidos e transtorno comportamental do sono REM.

Fisiopatologia: causa auto imune > morte celular no hipotálamo > [-] hipocretina

Gravidade: leve (cataplexia infrequente; <1x/semana); moderada (cataplexia 1x/dia ou em intervalos curtos c/ sono fragmentado); grave (cataplexia resistente a medicamentos; múltiplos ataques diários, sonolência CTE e sono noturno fragmentado). **Duração:** (10-15min; 30)

Tratamento

Ñ farmacológico: melhorar higiene do sono, evitar privação do sono

Farmacológico: ñ usar medicamento que desencadeie sono (álcool, anti-histamínicos, sedativos e analgésicos); p/ controle de

hipersonolência = fármacos estimulantes do SNC (metilfenidato; modafenil); c/ cataplexia usar ADP tricíclico (amitriptilina [-] doses, à noite).

Transtornos do sono-vigília ritmo circadiano

Diagnóstico: (1) padrão persistente ou recorrente de interrupção do sono p/ alteração no sistema circadiano ou desequilíbrio entre ritmo endógeno e horários impostos pelo ambiente do indivíduo p/ vigília-sono. (2) a interrupção do sono gera sonolência excessiva ou insônia ou ambas; (3) perturbação do sono que causa sofrimento clínico e prejuízo funcional **CIDS:** 9 subtipos: distúrbios de jet lag; **DSM:** 6 dist **Subtipos (DSM-5):** fase do sono atrasada (atraso no horário principal de sono); Fase do sono avançada (adiamento de início sono/vigília) tipo sono-vigília irregular (padrão ñ sincronizado no rtm de 24hrs); Tipo trabalho noturno (insônia no período de sono p/ trabalho em turno ñ convencional); tipo ñ específico (episódico, persistente e recorrente)

Transtornos relacionados c/ respiração

+ **prevalente:** Sd. Da apneia obstrutiva do sono (SAOS; + Homens 40-50 anos);

Subdivisão DSM: apneia e hipopneia obstrutiva, apneia central, hipoventilação p/ sono.

Fatores de risco: obesidade, [-] aptidão física

Dx: polissonografia c/ prova de oxigênio c/ pressão positiva contínua das v. aéreas (CPAP)

Agravos: BZD e sedativos (+ hiperventilação).

Parassonias

Manifestações físicas e emocionais durante o sono. Podem acometer: SNA, locomotor, cognitivo. Prejuízo funcional. **Ñ gera memória** **Parassonias primárias:** distúrbios do sono por si [classificadas p/ estado de sono em q ocorrem

Parassonias do sono NREM

Transtornos do despertar do sono NREM; vigília + sono NREM;

Sinais: ocorrência repetida de despertares incompletos no 1/3 final do ep. Principal de sono;

pode ter mescla de despertar c/ confusão mental, sonambulismo e terror noturno

Dx clínico; polissonografia (se suspeitas). DDX.: epilepsia.

Tipos: sonambulismo e terror noturno

1. Sonambulismo

Episódios repetitivos c/ ampal variedade de comportamentos (levantar do leito, deambular; choro inconsolável e agressividade.

Duração: 1-10 min s/ ativação autonômica exceto sudorese. Alterações (+) benignas

Incidência: 10=30% das crianças.

Subdivisões: acompanhado de transtorno alimentar no sono OU c/ comportamento sexual c/ sono (sexonía).

TTO: Ñ farmacológico (higiene do sono + medidas comportamentais; pode despertar) cuidado PCTE

2. Terror noturno

Despertar súbito c/ ou sem grito estridente e agudo; fácies de extremo terror

Duração: 5-20 min.

Persistência e aparecimento em adultos tem as mesmas implicações do sonambulismo.

Parassoninas do Sono REM

Parassonias primárias no Sono REM

Tipos: comportamental e pesadelo, paralisia.

1. Transtorno comportamental do sono REM

Sinais: comportamentos motores complexos durante o sono REM; pode causar ferimentos e danos materiais.

Incidência: + Homens; histórico de sono tumultuado e mudança no conteúdo dos sonhos

Formas clínicas: primária (criptogênica); secundária (p/ retirada do álcool/ADP)

2. Transtorno do pesadelo

Pesadelo: Sequencias oníricas longas, elaboradas, narrativa real, gerando emoções disfóricas. Conteúdos desagradáveis e assustadores. Ocorrem (-) durante sono REM

Incidência: + crianças e mulheres, (-) > idade.

Fatores predisponentes: medicamentos (L-

dopa, propranolol), retirada de ADP, hipnóticos ou abuso de álcool.

Dx: ausência de outro transtorno psiquiátrico

TTO: [-+] HIGIENE DO SONO, pode fármacos (hipnóticos, BZD, ADP tricíclicos ou ISRS).

Outras parassonias

CIDS: Enurese (micção noturna). Ocorre em todas as fases do sono (+NREM2; -REM); Controle miccional aos 5anos, depois é patológico.

Prevalência: pediátrica (<6anos); +Homens; adultos (2% pop. Geral). Histórico familiar

Enurese primária: s/ fatores orgânicos (causa: genética, comportamental, (-) capacidade vesical; disfunção vesical; (-)ADH)

Enurese secundária: c/ convulsões noturnas, transtorno urológico ou disfunção medular.

TTO: medidas comportamentais, ADP tricíclicos (Imipramina ou amitriptilina 10-50mg);

Síndrome das pernas Inquietas (SPI)

Prevalência: (+) 3ª idade (1,5M:1H)

Critérios diagnósticos:

(1) presença de necessidade compulsiva, irresistível e intensa de movimentar MMII;

(2) sintomas começam ou pioram no período de repouso, c/ PCTE deitado ou sentado;

(3) atividade física, exercícios e massagens levam ao alívio temporário dos sintomas

(4) o quadro apresenta característica circadiana, ocorre à noite, antes de dormir.

Dx: clínico (relato PCTE) Polissonografia (MMII).

Alterações sensoriais: queimação, formigamento, câibras ou pontadas.

Agravamento: privação de sono

Neurobiologia: (-) Fe no SNC na subs. Negra > sinapses hipodopaminérgicas [- receptores D2]

Distúrbios relacionados c/ sono: SPI, bruxismo

TTO: agentes dopaminérgicos (L-dopa, agonista dopaminérgico); as CMG ñ responde a esse TTO.

EAS: transtornos do controle de impulsos (jogo patológico, sexo compulsivo, compras compulsivas, ingestão alimentar compulsiva).

Bruxismo

Definição (CIDS): transtorno do movimento relacionado com o sono que apresenta atividade involuntária estereotipada e repetitiva da musculatura mastigatória, podendo provocar cefaléias e desgastes do esmalte dentário, entre outras complicações.

Prevalência: (=) sexos. (dim.) c/ (+) idade.

Dx.: história clínica + exame odontológico.

Bruxismo primário: sem causas

Bruxismo secundário: p/ transtornos neurológicos (demências; Parkinson; discinesia tardia; distonia oromandibular; sd. La Tourette; retardo mental; TDAH; hemorragia erebelar; transt. Alimentar; medicamentos; drogas; SAOS, SPI; Ronco, transtornos do sono REM).

TTO: uso de próteses dentárias até associação de ADP tricíclicos.

6. TRANSTORNOS MENTAIS E O CICLO SONO-VIGÍLIA

Distúrbios do sono podem representar sinais e sintomas de outros transtornos mentais.

Transtornos do Humor

Relacionados c/ etiopatogenia desses transt.

Depressão: insônia e hipersônia (fator preditivo de recorrências e recaídas); **Critério p/ TDM**

TAB: insônia como gatilho p/ episódio maniaco
Distímia: insônia inicial, sono de má qualidade, despertares, fadiga e leve sonolência diurna.

Transtornos de Ansiedade

TAG: sintomas crônicos de insônia ou sono de má qualidade; múltiplos despertares, preocupação constante na hora de dormir.

TEPT: insônia, pesadelos recorrentes relacionados ao evento traumático.

TP: crises de pânico durante o sono semelhante às crises em vigília; ataques noturnos e durante o sono; fobia de dormir, pensamento de morte durante o sono.

Transtorno obsessivo compulsivo

s/ alterações na arquitetura do sono, atraso do início quando presente rituais obsessivos.

Esquizofrenia

Inversão do ciclo sono-vigília; vários dias sem dormir; piora do padrão de sono (preditivo)= surto psicótico; Alterações no sono = (-) isolamento social (casos crônicos).

Olanzapina e clozapina: (+) qualidade sono Delta ATP típicos: causa transt. Do movimento periódico e SPI (diferenciar de acatisia).

Transtornos alimentares

Comuns nesses PCTEs. Anorexia nervosa = (-) tempo total de sono; (+) vigília. Bulimia Nervosa: sonambulismo e bruxismo.

Sd. Alimentar noturna (excessiva antes de dormir) ≠ Transt. Alimentar do Sono (TARS) (alimentação estranha no sono).

Transtorno do sono relacionado com álcool

Álcool como sedativo: (+) sono NREM ; (-) sono REM = sono de má qualidade; despertares, pesadelos, taquicardia, sudorese, náuseas, quedas; Têm insônia (uso como sedativo), trocar p/ ADP sedativos.

TDAH

Transtorno do déficit de atenção- hiperatividade Problemas de sono secundários à medicação.

Sintomas: sono agitado, enurese noturna, dificuldade de início de sono, pesadelo, (-) tempo total, sonambulismo e bruxismo. TTO sono = melhorar sintomas do TDAH

7. PSICOFÁRMACOS E CICLO SONO-VIGÍLIA

Antipsicóticos: intensificam SPI; BZD(distúrbios confusionais, prejudica sono); ADP (alivia ou intensifica problemas de sono) IMAO (insônia ou sedação); Tricíclicos (causam sedação); ISRS (causam insônia persistente); ADP duais (causam sonolência ou insônia); Buppriona (insônia); Miltazapina (sedativa); ADP (pesadelo, paralisia do sono, despertares confusional)

8. SONO E EXERCÍCIO FÍSICO (TERMORREGULAÇÃO)

Exercício: sequência de mov. Realizados pela musc. Esquelética de maneira planejada. **Melhora qualidade do sono** (+ tempo total de sono; - latência do sono; + latência p/ início do sono REM; - sono REM). Exercício (-) ansiedade

1. DEFINIÇÃO

Sexualidade: dimensão da vida relacionada ao prazer, suas relações com as outras pessoas e as experiências desenvolvidas durante o ciclo de vida. Inclui percepção de ser homem ou mulher e pensamentos e fantasias provados, além do comportamento.

Fatores Psicossociais da Sexualidade

identidade de gênero; identidade sexual; orientação sexual e comportamento sexual.

Identidade Sexual

Padrão das características sexuais biológicas de uma pessoa (cromossomos, genitália externa, interna, composição hormonal, gônadas e caracteres secundários). É **interativa**.

Identidade de Gênero

Sentimento de masculinidade ou feminilidade individual. É interativa. Conota aspectos psicológicos de comportamentos masculinos ou femininos. Formada entre 2 ou 3 anos de idade.

Papel de Gênero: atos concretos individuais para demonstrar status de homem ou mulher. Pode concordar ou não com a identidade de gênero.

Orientação Sexual

Objeto (fonte) dos impulsos sexuais do indivíduo. Heterossexual (sexo≠); Homossexual (sexo=); bissexual (2 sexos).

Comportamento Sexual

Função: auxiliar nos vínculos; criar prazer mútuo, expressar e estimular amor e carinho entre parceiros e procriar.

normalmente: traz prazer. Desprovido de sentimentos inapropriados de culpa ou ansiedade e não é compulsivo.

Função Sexual

fatores biológicos+psicológicos+ socioculturais.

Fatores Biológicos: impulso sexual cerebral (córtex do cíngulo; área septal; hipotálamo; hipocampo e amígdala) e hormonal (testosterona, vasopressina, ocitocina e dopamina);

Fatores psicológicos: desejos eróticos subjetivos; vida afetiva ligada à vida sexual.

Fatores socioculturais: padrões de desejos, comportamentos e fantasias criados historicamente, social e cultural.

Ciclo de Resposta Sexual

[1] Desejo: fantasias sexuais e interesse em praticar a atividade sexual.

[2] Excitação: início da relação sexual; mudanças fisiológicas preparatórias p/ intercurso sexual e prazer (participação SNA)

[3] Orgasmo: pico do prazer sexual (H: ejaculação; leve obnubilação da consciência).

[4] Resolução: sensação de bem-estar relaxamento e retorno ao fisiológico basal. (Homem tem período refratário + q mulher).

Hormônios, Neurotransmissores e Sexo

[1] dopamina (+) = (+) libido

[2] serotonina (+) = (-) função sexual

[3] oxitocina (+) = (+) atividades prazerosas

[4] testosterona (+) = (+) libido

[5] progesterona (+) = (-) desejo sexual

[6] estrogênio (+) = (-) libido

Demais Termos

Gênero: papel público desempenhado como menino ou menina, homem ou mulher; influenciados por fatores biológicos, sociais e psicológicos.

Sexo: indicadores biológicos de masculino e feminino (cromossomos, gônadas; hormônios; genitálias internas e externas não ambíguas).

Designação de gênero: designação inicial como homem ou mulher que ocorre ao nascimento, criando o gênero de nascimento.

Atípicos c/ gênero: características somáticas ou comportamentais não típicas de indivíduos com a mesma designação de gênero em determinada sociedade, em determinado momento.

Redesignação de gênero: identificação de um indivíduo como homem, mulher ou alguma categoria diferente de masculina e feminina.

Identidade de gênero: categoria de identidade social que se refere à identificação de um indivíduo como homem, mulher ou outra categoria.

Disforia de gênero: descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado, embora seja definida mais especificamente quando utilizada como categoria diagnóstica. **Incongruência** entre gênero experimentado ou expresso e o gênero designado associado com sofrimento clínico e prejuízo funcional.

Transgênero: amplo espectro de indivíduos que se identificam com gênero diferente do nascimento (**Não é d. mental s/ sofrimento**) Pessoas transgênero podem ter qualquer orientação sexual.

Genderqueer: pessoas que se sentem entre os gêneros; são de ambos ou de nenhum deles.

Crossdressers: vestem roupas associadas com outro gênero, mas mantêm a mesma identidade de gênero de seu gênero designado.

Transexual: indivíduo que busca ou passa por transição social de masculino para feminino ou vice-versa; pode envolver transição somática (p/ TTO hormonal e cirurgia genital)

2. TRANSTORNOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL

Disfunção Sexual

Definição: perturbação significativa na capacidade de um indivíduo responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual. Incapacidade de responder a estímulos sexuais.

Tipos de disfunção sexual

Transtorno do desejo sexual masculino hipotivo; transtorno do interesse// excitação sexual feminino; transtorno erétil, ejaculação retardada/ precoce; transtorno do orgasmo feminino; transtorno da dor gênito-pélvica /penetração, disfunção sexual p/SPA, etc.

Sinais clínicos

Principais: Desejo/ interesse sexual diminuído; redução de excitação; p/ 6 meses; geram sofrimento e prejuízo individual.

Dispareunia: dor genital recorrente ou persistente, antes durante ou depois do ato.

Vaginismo: constrição externa do canal vaginal p/ espasmo muscular

Tratamento

1ª linha: psicoterapia individual (foco em explorar conflitos, motivação, fantasias e dificuldades interpessoais); adição de técnicas comportamentais pode ser útil.

Outros: Terapia sexual dual (p/ presença de disfuncionalidade na relação); hipnoterapia; TCC; mindfulness; terapia de grupo; terapia sexual de orientação analítica.

TTO medicamentoso: sildenafil; fentolamina oral; alprostadil; papaverina; prostaglandina

TTO hormonal: andrógenos (+) impulso sexual

TTO cirúrgico: próteses; cirurgia vascular.

3. TRANSTORNOS PARAFÍLICOS (PARAFILIAS)

Parafilia

Definição: interesse sexual intenso; preferencial e persistente que não aquele voltado para estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física para tal.

Para ser parafilia o interesse sexual atípico deve ser o interesse preferencial do indivíduo. PCTE parafílico é inibido por estímulos normalmente considerados excitatórios.

Epidemiologia

Prevalência (+) do PCTEs diagnosticados.

Pedofilia é o mais comum. Exibicionismo 2º

Homens (+); início antes 18 anos

Mesmo PCTE pode ter (+) de 1 Parafilia.

Tipos bizarros relacionados a (+) transtornos

Etiologia

Parafilias surgem como forma de controle de ansiedade gerada por realidades de disfuncionalidades no desenvolvimento sexual. Fatores biológicos: níveis hormonais anormais.

Diagnóstico

Critério: viver excitação intensa e recorrente com sua fantasia desviante por pelo menos 6 meses e tenha ATUADO o impulso parafilico.

Adicionais: essas fantasias causam sofrimento ou dificuldades interpessoais e prejuízos.

Atividade sexual ritualizada e estereotipada.

D.DX: diferenciação parafilia de ato experimental ã recorrente ou compulsivo

Principais Parafilias (Clínica)

(1) Voyeurismo: excitação sexual ao observar uma pessoa que ignora estar sendo observada e que está nua, ou em atividade sexual.

(2) Exibicionismo: excitação sexual decorrente da exposição dos próprios genitais a uma pessoa que ã espera o fato.

(3) Fotteurismo: excitação sexual p/ tocar ou esfregar-se em pessoa que não consentiu.

(4) Masoquismo sexual: excitação em ser humilhado, espancado, amarrado ou vítima de qualquer tipo de sofrimento.

(5) Sadismo sexual: excitação c/ sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa que ã havia consentido.

(6) Pedofilia: fantasias sexuais excitantes, impulsos envolvendo atividades sexuais com crianças pré-pubescentes (até 13 anos) [≠ 5anos]

(7) Fetichismo: excitação por uso de objetos inanimados ou de um foco altamente específico em uma ou mais de uma parte ã genital do corpo.

(8) Transvestinismo: impulso de se vestir com roupas de sexo oposto p/ excitação.

Outras Parafilias

(1) Zoofilia: animais incluídos nas fantasias.

(2) necrofilia (vampirismo): cadáver.

(3) coprofilia: desejo de defecar sobre o parceiro

(4) Urofilia: desejo de urinar sobre o parceiro

(5) Parcialismo: partes do corpo

(6) Escatologia telefônica: ligações obscenas

(7) Cismafilia: enemas.

(8) Masturbação Excessiva: quando é a única atividade sexual do adulto mesmo se parceiro disponível. Compulsão presente.

(9) Hipoxifilia: desejo de atingir estado de alteração de consciência secundário à hipóxia durante o orgasmo.

Curso e prognóstico

Mau prognóstico: estágio precoce; alta frequência de atos, nenhuma culpa ou vergonha ao ato e abuso de substância.

Bom prognóstico: história de coito além da parafilia, busca de TTO por conta própria; presença de apenas 01 parafilia; inteligência normal; ausência de SPA; s/ personalidade antisocial ã sexual presença de vínculo adulto.

Tratamento e Manejo

Não Farmacológico

Terapia cognitivo comportamental (rompimento de padrões parafilicos); **psicoterapia dinâmica** (longa duração orientada pelo Insight); **controle externo; redução dos impulsos sexuais; TTO de condições coloridas.** **Intervenções:** treinamento de habilidades sociais; educação sexual; reestruturação cognitiva; dessensibilização imaginária; técnicas de relaxamento e aprendizagem

Farmacológico

1ª Linha: antidepressivos (ISRS) E neurolépticos até controle da sintomatologia.

Pedofilia: substâncias antiandrogênicas (acetato de ciproterona); Doses (+) ADPT e ISRS

Pior prognóstico: manifestação parafilica precoce, ausência de sentimento de culpa, frequência elevada de práticas, falta de atração ã parafilica, personalidade mutio imatura ou doente; incapacidade de discernir sobre o que é adequado, uso de SPA; presença de outras parafilias.

4. DISFORIA DE GÊNERO

Definição (disforia de Gênero)

Marcante incongruência entre o gênero vivenciado ou expresso e aquele com o qual o indivíduo nasceu. [só em PCTEs ã Cis gênero] **Descontentamento e desconforto c/ desejo de ter o corpo de outro sexo Ou ser visto socialmente como o outro sexo.**

Epidemiologia

Epidemiologia: Homens (0,005-0,014%)
Mulheres (0,002-0,003%).

Prevalência: H(1/11mil); M(1/30mil)

Visto em crianças a partir de idade escolar.

Etiologia

Fatores biológicos: esteroides sexuais influenciam no comportamento sexual.

Fatores Psicossociais: alterações em comportamentos ditos tradicionais durante desenvolvimento neuropsicogênico.

Diagnóstico e Características clínicas

Disforia de gênero em crianças

Pelo menos 6 dos 8 critérios [1º sempre]

(1) Desejo de pertencer a outro gênero [autopercepção infantil sobre o quadro]

(2) cross-dressing (travestismos);

(3) Usar papéis transgêneros nas brincadeiras

(4) Preferências p/ brincadeiras e atividades do outro gênero

(5) preferência por brincar c/ pares outro sexo

(6) rejeição de brincadeiras tradicionais

(7) Rejeição à anatomia sexual

(8) desejo ter caracteres sexuais outro gênero.

Início: 2-4 anos. c/ prejuízo OU sofrimento

D.dx: transtornos interssexuais

Disforia de Gênero Adolescentes e adultos

Pelo menos 2 dos 6 critérios:

(1) incongruência entre gênero experimentado e características sexuais primárias e secundárias

(2) forte desejo de se livrar dos caracteres sexuais próprios

(3) Desejo p/ caracteres sexuais do sexo oposto

(4) Desejo de pertencer ao outro gênero

(5) desejo de ser tratado como do outro gênero

(6) convicção de ter sentimentos e reações típicas do outro gênero.

Associado a sofrimento clínico e/ou prejuízo

Adultos podem conviver melhor c/ as características sexuais primárias e/ou secundárias de seu sexo de nascimento e desejar menos intensamente as do outro gênero Podem apresentar risco elevado de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio. Adoção de vestimentas e maneirismos do gênero experimentado.

Diagnósticos diferenciais

Transtorno transvético (excitação sexual de se travestir que causa prejuízo). Transtorno do desenvolvimento sexual; esquizofrenia; transtorno dismórfico corporal;

Prognóstico

Crianças: [+] probabilidade de identificação futura como adultos transgênero; desenvolvimento de ansiedade; t. depressivos

Adultos: [+] probabilidade p/ transtornos depressivos, de ansiedade, comportamentos suicidas autodestrutivos, abuso de SPA.

Tratamento

Crianças

Terapia individual, de família e de grupo. Terapia reparativa [Proibido – alterar identidade de gênero]. **Orientação PCTE e Família; escola.**

Adolescentes

Psicoterapia. Considerar: medicamentos bloqueadores puberdade [agonistas de GnRH]

Adultos

Psicoterapia. Medicação hormonal (>16 anos) pode ser administrada c/ subst. Androgênicas ou antiandrogênicas, estrogênicas ou antiestrogênicas. Acompanhar desde diagnóstico. Equipe multidisciplinar.

Outra opção: cirurgia de redesignação.

5. CONDIÇÕES INTERSEXUAIS (HERMAFRODITA)

Anatomias que ã correspondem c/ sexos típicos Hiperplasia adrenal congênita; insibilidade a andrógenos; Turner; Klinefelter; Def. Redutase.

1. DEFINIÇÃO

Transtornos alimentares: conjuntos de síndromes clínicas em que há perturbação da relação do indivíduo c/ seu comportamento alimentar.

Diagnóstico: Observar IMC (se [-] anorexia; se [nrl.] Ou (+) é bulimia)

Peso significamente baixo: peso inferior ao peso mínimo corporal, em crianças, menor do que o peso minimamente esperado

Sociedade: sensação que resulta quando a fome é satisfeita, seguida p/ cessar da ingestão.

2. ANOREXIA NERVOSA

Definição: perda de apetite. Ênfase desproporcional na magreza. Vista como fonte vital de autoestima, sendo o peso e a forma física as preocupações principais do indivíduo, tomando conta de seus pensamentos, humor e comportamento durante o dia inteiro.

Epidemiologia

Incidência: início (+) comum entre 14-18 anos;

Prevalência: 0,5-15 das meninas adolescentes; H: M (1: 10-20 m). 5% das mulheres apresentam alguns sintomas, mas ã fecham diagnóstico.

Mais frequente em países desenvolvidos; mulheres jovens em profissões c/ magreza.

Etiologia

Fatores Biológicos

(+) opióides endógenos: (+) negação da fome.

Inanição gera: hipercortisolemia, inibição tireoidiana redução de níveis hormonais (causa amenorreia); [corrigidos por realimentação]; Disfunção no eixo hipotalâmico-hipofisário.

Disfunção serotonina, dopamina e norepinefrina: alteração comportamental da alimentação.

Demais alterações: fator liberador de corticotrofina (CRH); neuropeptídeo Y; hormônio liberador de gonadotrofina e hormônio estimulador da tireoide.

Fatores Sociais

Prática anoréxica apoiada pela sociedade e sua ênfase na magreza e exercício.

Relações próximas, mas problemáticas c/ pais.

Crianças: hostilidade; caos, isolamento e [-] níveis de empatia e conforto.

Relação c/ interesses vocacionais (Ballet/luta)

Orientação homossexual em homens (normas de magreza fortes na comunidade).

Orientação homossexual em mulheres (fator protetor por maior tolerância).

Fatores Psicológicos

Reação à demanda adolescente de comportamento independente e aumento do funcionamento sexual e social.

Substituição de preocupações normais por obsessões com alimentação e ganho de peso.

Falta de senso de autonomia e individualidade.

Inanição como validação de identidade única.

PCTEs Anoréxicos = visão introjetada dos pais.

Clínica - Critérios Diagnósticos (IMC [-])

(1) Comportamento: Inanição autoinduzida até um grau significativo (restrição da ingesta calórica em relação às necessidades) **[IMC [-]]**

(2) Psicopatologia: busca incessante por magreza ou medo mórbido de engordar; persistente mesmo c/ peso significativo baixo.

(4) Autopercepção: perturbação no modo de vivenciar o próprio peso ou forma corporal; ou ausência de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

(5) Tempo: os critérios estão presentes há pelo menos 3 meses (Prejuízo/sofrimento associado)

Outros sinais clínicos

Apetite preservado; relatam ter fome, mas ã comem, por conta da sua psicopatia.

Sintomatologia fisiológica: presença de sinais e sintomas resultantes de inanição (funcionamento anormal hormônio reprodutivo; hipotermia, bradicardia, ortostase, reservas de gordura corporal muito reduzidas; edema, lanugem, alterações metabólicas, amenorreia, indução de vômito, alcalose hipocalcêmica; prejuízo da diurese; ECG alterado)

Comportamento obsessivo-compulsivo, depressão e ansiedade; desconforto epigástrico; PCTEs c/ fixação por comida, escondem alimentos; roubo compulsivo (comida); pobre ajustamento sexual; [-] interesse por sexo

Subtipos de Anorexia

Restrição Alimentar

Critério: PCTE s/ histórico de episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo nos últimos 3 meses

Perda de peso por meio de dieta hiper restrita, jejum ou exercício físico excessivo.

Compulsão alimentar purgativa

Critério: PCTE c/ episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa nos últimos 3m.

Purgação: compensação secundária para as calorias indesejadas

Comportamento purgativo: vômitos autoinduzidos; uso de indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Alteração entre dieta rigorosa e compulsão alimentar.

Risco (+): uso de SPA; transtornos do controle de impulsos e transtornos de personalidade.

Exames complementares

Hemograma: leucopenia com linfocitose;

Eletrólitos: alcalose hipocalcêmica (se compulsão alimentar e purgação presentes)

[Glicemia] [-] e [amilase salivar] [+]

ECG: inversão e achatamento ondam T; alterações no segmento ST

Jovens: (+) colesterol sérico

Endócrino: amenorreia; hipotireoidismo.

Valores voltam ao Nrl se reabilitação nutricional

Diagnósticos diferenciais

Complicação: negação dos sintomas pelo PCTE

Pesquisar CMG: neoplasias, transtornos mentais; distúrbios de sono; ruminações obsessivas.

Transtornos depressivos (sintomas comuns): sentimentos depressivos, crises de choro, ideias suicidas.

Curso e prognóstico

Tipo restritivo [-] probabilidade de recuperação

Geral: prognóstico ã é bom. **Mortalidade:** 5-18%.

¼ tem recuperação completa, ¼ mantém situação precária de peso insuficiente.

Metade dos PCTEs c/ anorexia terá bulimia.

Tratamento

Plano de TTO abrangente: hospitalização, terapia individual e familiar; abordagens comportamental, interpessoal e cognitiva.

Hospitalização

Preocupação 1ª: recuperar estado nutricional;

Indicação de hospitalização: PCTEs c/ anorexia nervosa que estejam 20% abaixo do peso esperado. PCTEs c/ 30% [-] demandam internação psiquiátrica por 2 a 6 meses.

Sinais de alerta: desidratação, inanição e desequilíbrio eletrolítico.

Internação compulsória: apenas se houver risco iminente de morte por complicação do estado.

TTO Agudo: sonda c/ dieta paulatina.

Manejo: combinação de abordagem comportamental + psicoterapia individual + educação e terapia familiar + medicamento psicotrópicos. Vigilância diária do peso; se vômitos, monitorar eletrólitos; controle emético; (ã dar laxativos); **Dieta progressiva**

Dieta: 500 calorias acima da necessária (1500-2000/ dia). Distribuídas em 6 refeições. Suplemento alimentar (sustagen).

Supervisão ambulatorial após alta.

Psicoterapia

Terapia cognitivo comportamental (TCC): monitoramento da ingestão alimentar, sentimentos e emoções, compulsões.

Psicoterapia dinâmica: cuidado se PCTE c/ insight [-] ã percebe seu quadro como problema.

Terapia familiar: recomenda tipo de conduta.

TTO Farmacológico

Tipo restritivo: ciproheptadina (anti-histamínica e antiserotoninérgica);

Outros: Fluoxetina; clompramina; piomizida, clorpromazina; Amitriptilina [*]

Se anorexia + Depressão: tratar depressão.

[*] **Cuidado:** ADP tricíclicos; EAS: hipotensão, arritmia; desidratação. [-] /melhora nutricional

3. BULIMIA NERVOSA

Definição: episódios de compulsão alimentar + formas inapropriadas de interromper o ganho de peso. Acompanhado de culpa, depressão ou autoindignação. PCTEs c/ peso corporal normal.

(Fome de Boi). Episódios de ingestão forçada, incapacidade de manter inanição prolongada.

Associado à obesidade.

Epidemiologia

Mais prevalente que anorexia nervosa. Mais comum em mulheres (1-4%); início no final da adolescência. Históricos de obesidade anterior.

Prevalência 1% na pop. geral

Etiologia

Fatores Biológicos

Distúrbios na serotonina e norepinefrina; elevações de endorfina (prazer ao vômito).

Região insular anterior direita cerebral: percepção exagerada dos sinais de fome.

Fatores Sociais

Pessoas c/ alto desempenho a responder pressões sociais de ser esbeltas. Deprimidas, Conflitos familiares (Pais negligentes)

Fatores Psicológicos

Dificuldades na adolescência; mais extrovertidas, irritadas e impulsivas.

Associações: dependência de álcool, furtos e labilidade emocional.

Procuram ajuda mais rapidamente. Ñ possuem controle dos impulsos e vontades.

Clínica - Critérios diagnósticos (IMC nrl.)

(1) episódios de compulsão alimentar recorrentes; **(c/ IMC nrl.)**

(2) presença de comportamentos compensatórios depois da compulsão p/ impedir ganho de peso (hábitos purgativos);

(3) peso ñ reduzido como na anorexia nervosa.

(4) PCTE c/ medo mórbido de obesidade e/ ou ímpeto incessante pela magreza

(5) autoavaliação desproporcional do peso e forma corporal

(6) Tempo: 1x/semana p/ 3 meses ou mais

(7) ñ ocorre em episódios de anorexia nervosa.

Episódio de compulsão alimentar

Ingestão de (+) alimento que o considerado normal para um indivíduo dentro de um tempo.

Falta de controle sobre a ingestão no episódio.

Consumo rápido, às escondidas.

Comportamentos compensatórios

Vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes; diuréticos; jejum; excesso exercícios

Gravidade (nº episódios compulsivos)

Lev [1-3] Moderado [4-7] Grave [8-13] Extrema [>14]

Subtipos de Bulimia

Tipo purgativo: pctes que regularmente se engajam em comportamentos compensatórios inapropriados (vômito autoinduzido, laxantes). Riscos de complicações maiores.

Tipo ñ purgativo: pctes que usam dieta restritiva, jejum ou exercícios vigorosos, sem engajamento em compensações inapropriados.

Diagnósticos diferenciais

Diagnóstico ñ pode ser feito se episódios ocorrerem durante episódios de anorexia nervosa.

PCTES apresentam peso normal e atividade sexual preservada; descartar transtornos de humor; e do controle de impulsos; TRUSPA; transtornos de personalidade; de ansiedade, transtornos dissociativos, abuso sexual.

Descartar CMG: neurológicas (epilepsia; tumores SNC; sd. Kliver-Bucky [agnosia visual, laber e morder; objetos na boca; incapacidade de ignorar estímulos; hipersexualidade e hiperfagia]; Sd. Kleine-Levin [hipersonia periódica e hiperfagia]

Exames Complementares

Estudos de eletrolíticos e metabolismo; função tireoidiana preservada;

Achados: hipomagnesemia e hiperamilasemia; hipotensão, bradicardia, distúrbios menstruais.

Curso e Prognóstico

(+) recuperação parcial e completa que anorexia S/ TTO (+) risco de cronificação. Uso de SPA prediz pior prognóstico. Mortalidade baixa.

Tratamento

Maioria ñ requer hospitalização, TTO ambulatorial mais fácil (- sigilo dos sintomas);

Hospitalização

Indicações: compulsão alimentar fora de controle; falha TTO ambulatorial; PCTE c/ sintomas adicionais (suicidabilidade, abuso de SPA, distúrbios eletrolíticos, metabólitos resultantes de purgação intensa]

Psicoterapia

TCC: 1ª linha de escolha. 18-20 sessões (6 meses); **Ações:** interromper ciclo comportamental autossustentável de compulsão e dieta. Alterar cognição disfuncionais do indivíduo (crenças sobre comida, peso, imagem corporal)

Psicoterapia Dinâmica: sucesso limitado.

Outros: variedades da TCC online.

TTO farmacológico

ISRS: fluoxetina (mais indicado)

ADPs: reduz compulsão alimentar e purgação.

Outros: imipramina, trazodona, IMAO

Se Bulimia + T. Humor: carbamazepina e lítio.

Conduta: TCC + antidepressivo.

4. OUTRAS CONDIÇÕES ALIMENTARES

Transtorno de Compulsão Alimentar

Definição: compulsão alimentar recorrente, ao ingerir quantidade anormal (+) de comida em curto período. Ñ apresenta comportamentos compensatórios inapropriados. Associado à obesidade. **Epidemió:** Transtorno alimentar (+) comum; 25% dos PCTEs c/ obesidade; (+) comum mulheres.

Critérios Diagnósticos

Presença de episódio de compulsão alimentar associado à O1 ou mais dos seguintes critérios:

(1) comer de modo (+) rápido do que o normal e até se sentir desconfortavelmente saturado.

(2) comer muito mesmo s/ sensação de fome.

(3) comer sozinho;

(4) sentir-se culpado ou desgostoso c/ episódio.

(5) Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar;

Tempo: 1 episódio por semana p/ 3 meses.

Ñ relacionado com bulimia ou anorexia.

Tratamento

Psicoterapia: TCC (redução da compulsão); Grupos de mútua ajuda.

Farmacológico: ISRS (fluoxetina, citalopram e sertralina), desmipramina, imipramina

Síndrome do comer noturno

Epidemió: 2% da população geral. Relaçã c/ alteração em melatonina, leptina, grelina e cortisol; relacionado à obesidade.

Diagnóstico

Critérios: episódios recorrentes de hiperfagia ou ingestão noturna, falta de desejo por comidas pela manhã e insônia.

Tempo: persistência por pelo menos 3 meses.

Comum em anorexia e bulimia.

Tratamento

Farmacológicos: ISRS; topiramato;

Outros: TCC; terapia c/ luz brilhante.

Transtorno de Purgação (ñ especificado)

Definição: comportamento recorrente de purgação depois de consumir pouca comida em pessoas de peso normal que tem uma visão distorcida de seu peso ou de sua forma corporal.

Ñ pode estar associado à anorexia nervosa.

Tempo: 1 x/ semana por pelo menos 3 meses.

Transtorno Alimentar não especificado

Definição: critérios insuficientes para determinar se transtorno de bulimia ou anorexia.

Obesidade

Definição: doença crônica excesso de gordura corporal. **Diagn.:** IMC >30 (Peso/ Altura²).

TTO: dieta com déficit calórico; exercício físico;

Fármacos: orlistat; sibutramina; lorcaserina; fentermina-topiramato. **Cirurgia e Psicoterapia.**

1. DEFINIÇÃO

Fenômeno obsessivo-compulsivo Normal: não interfere na fluência existencial e no livre arbítrio do indivíduo

Transtorno: quando o indivíduo passa a se comportar a partir das exigências internas disfuncionais, passando a ser comandado por suas obsessões.

Principais transtornos relacionados:

TOC, Transtorno dismórfico-corporal; transtorno de acumulação; tricotilomania, transtorno de escoriação, transtorno induzido p/ SPA/ condição médica; transtorno especificado e o não especificado.

2. EPIDEMIOLOGIA

TOC:

Incidência: 2,5% pop. Mundial. Manifestação independente de gênero, etnia, estado civil, nível sócioeconômico, religião e nacionalidade.

4º transtorno psiquiátrico (+) frequente

Prevalência internacionalmente similar

Infância: (+) homens/ Adulto: (-) mulheres

52% dos PCTEs demoram (+) de 16 anos entre início dos sintomas e diagnóstico.

Presença de sintomas obsessivos-compulsivos em familiares de PCTEs c/ TOC sugerem manutenção de sintomas [fundamental participação da família – acomodação familiar].

3. DIAGNÓSTICO

Transtorno Obsessivo-Compulsivo:

Crítérios:

Pelo menos 1: Obsessões e/ou Compulsões

Obsessões

(1) Pensamento, impulsos ou imagens persistentes e recorrentes que são experimentados em algum momento durante o transtorno como intrusivos e indesejados, causando ansiedade e desconforto.

(2) A pessoa tenta ignorar ou suprimir esses pensamentos, impulsos ou imagens ou

neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. [contaminação: hipertrofia de fragilidade]

Compulsões

(1) Comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que devem ser rigidamente aplicadas.

(2) Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou prevenir algum evento ou situação temidos, entretanto NÃO tem conexão realística ou direta com o que pretendem neutralizar ou prevenir ou são claramente excessivos.

Tempo e prejuízo

Tempo: obsessões ou compulsões tem que tomar tempo [+ 1hr/dia]

Prejuízo: causam sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional na vida.

Especificadores do TOC

Insight: Capacidade de distinguir as obsessões como reais ou não. [bom ou razoável/ pobre/ ausente/ crenças delirantes] **Relacionado c/ tique.** Tipos princ.: 1. Contaminação; 2. simetria

4. TRATAMENTO (TTO)

Farmacológico

Antes do TTO farmacológico, informar sobre chance de resposta, benefícios pretendidos, latência de início de efeito e possíveis efeitos colaterais.

Drogas de uso [dose máx. usual]: Citalopram [40-60mg]; Clomipramina [100-250mg]; Escitalopram [20mg]; Fluoxetina [40-60 mg]; Paroxetina [40-60mg]; Sertralina [200mg]; Fluvoxamina [200mg]

Algoritmos de TTO farmacológico

(1) Monoterapia c/ ISRS [até doses máximas toleradas e por tempo adequado];

(2) Aumento da dose do medicamento em uso.

(3) Trocar para outro ISRS

(4) Trocar do ISRS P/ Clomipramina

(5) Associação de clomipramina c/ISRS

(6) Potencialização c/ antipsicóticos

(7) Outras estratégias de potencialização

(8) neurocirurgia

Manejo terapêutico -TOC

(1) **Iniciar c/ doses baixas de ISRS e atingir doses médias em 4 a 5 semanas** – aguardar 8 a 9 semanas; em caso de falha e tolerabilidade: (+) p/dose max. E esperar 12 semanas e reavaliar.

(2) **Manter dose p/ 1 ano após remissão sintomática;** depois, retirar 25% a cada 2 meses; se tiver TCC manter fármaco p/ 6 meses; se recaídas considerar TTO de longo prazo.

(3) **Refratariedade:** utilizar 3 drogas sendo uma a clomipramina p/ comprovar refratariedade [considerar tempo/ dose máx. do medicamento].

(4) **Comorbidades:** associar TTO das demais condições médicas ao TTO do TOC.

(5) **Associação da Clomipramina c/ ISRS:** optar p/ sertralina ou escitalopram [CYP P450 2D6]; iniciar gradativamente ver EAS; checar PA, pulso e ECG.

(6) **Potencialização c/ adição de outros medicamentos:** PCTEs ainda refratários.

(7) **Antipsicóticos:** PCTEs refratários [resposta em 4-6 semanas, se ã, ineficaz]

(8) **Outras estratégias:** PCTEs ainda refratários. Antagonistas 5-HT3 [ondansetrona]/ terapia antiandrogênica [ciproterona]; triptofano; IMAO; opióides; moduladores glutamatergicos [NMDA] [memantina]; ketamina; D-cicloserine.

(9) **Neurocirurgia:** PCTEs refratários e c/ sintomas graves há pelo menos 5 anos [estimulação encefálica profunda no braço anterior da cápsula interna]

Não farmacológico

Intervenções educacionais: biblioterapia e psicoeducação [p/ PCTE e familiares]; abordagens psicológicas e biológicas. Dessensibilização.

Terapia cognitivo comportamental (TCC): apenas p/ casos leves ou moderados; p/ PCTEs motivados. **Método:** exposição > Habituação

Manejo: exposição sistemática aos estímulos temidos c/ prevenção de rituais compulsivos, associados a abordagem cognitiva, que consiste na modificação de crenças errôneas relacionadas com os sintomas. Pode ser usado TCC em grupo. [+] Ansiedade>Platô >Habituação **Em casos mais graves (c/ crítica pior; muitas comorbidades):** iniciar TTO farmacológico + TCC.

5. PRINCIPAIS TRANSTORNOS RELACIONADOS

Transtorno dismórfico corporal (TDC)

Feiura imaginária; **preocupação excessiva com aspecto ou defeito na aparência pessoal;** não observável ou leve p/ terceiros; causando sofrimento e prejuízo funcional p/ PCTE.

Conteúdo: preocupações persistentes e recorrentes c/ aparência. **Dismorfia muscular** [indivíduos q acreditam ã serem suficiente musculosos = anabolizantes e exercícios +++].

Transtorno de Acumulação

Definição: dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de pertences, se deve a necessidade de guardar itens e ao sofrimento associado ao seu descarte; gera acumulação.

Sinais: aquisição excessiva [síndrome de Diógenes – negligência e acúmulo de itens sem utilidade].

Tricotilomania (arrancar cabelos)

Definição: Comportamento recorrente de arrancar cabelos, perda capilar perceptível.

Comportamentos: examinar raiz ao arrancá-la, enfiar mecha na boca ou comer fios arrancados.

Transtorno de escoriação (skin-picking)

Definição: atos repetitivos, como beliscar a pele de maneira recorrente, gerando lesões.

Comportamentos: utilização de instrumento, morder lábios ou cutículas, coçar couro cabeludo, cutucar verruga ou tentar arrancá-la, etc.

TRANSTORNOS RELACIONADOS COM TRAUMA E ESTRESSORES (TEPT - TEA)

1. DEFINIÇÃO

Estressor: fator causativo do TEPT, mas não causa o Transtorno isoladamente.

Evento Traumático (ET): episódios concretos de ameaça de morte; lesão grave ou violência sexual;

Pode ocorrer de diversas maneiras: vivenciar diretamente o ET, testemunhar pessoalmente ocorrido c/ outras pessoas; saber que o ET ocorreu c/ familiar ou próximo; ser exposto repetidamente ou de maneira extrema a detalhes aversivos do evento traumático (ET)].

Referências ao evento: sintomas intrusivos.

Resposta ao ET: medo intenso ou Terror; Sintomas de Evitação (esforço p/ evitar situações e pessoas gatilho). [piora c/ estresse]

Transtornos relacionados

TEPT: Transtorno do estresse pós-traumático

TEA: Transtorno de Estresse Agudo

2. EPIDEMIOLOGIA

TEPT:

Incidência: 9-15%

Prevalência: 8% da pop. Geral. (+) veteranos de guerra e profissionais c/ alto risco de exposição traumática (policiais, bombeiros, socorristas); sobreviventes de estupro, combate e captura militar, sobreviventes de genocídios p/ motivação étnica ou política.

Mais comum em Mulheres (+ probabilidade de exposição à ET como estupro e formas de violência interpessoal).

(+) prevalente em adultos jovens, e PCTEs c/ vulnerabilidade. PCTEs c/ Histórico Familiar

Comorbidades: 2/3 dos PCTEs c/TEPT tem pelo menos outros 2 transtornos. Comum: transtornos de Humor, TRUSPA; de Ansiedade.

3. NEUROBIOLOGIA

Modelo Psicodinâmico: Trauma reativa conflito psicológico adormecido, mas não resolvido.

Modelo cognitivo: incapacidade de processar ou racionalizar o Trauma e ET.

Fatores Biológicos: Hiperatividade dos sistemas noradrenérgico, opióide, SNA e do Eixo Hipotalâmico-Hipofisário-suprarrenal (HHS)

4. DIAGNÓSTICO

Sinais de TEPT: PCTE evita gatilhos que lembrem o ET; PCTE revive o ET de diversas maneiras; Surgimento ou piora de alterações negativas na cognição e no humor após ET

Critério DSM-5: pelo menos 1 sintoma intrusivo

Sintomas Intrusivos (1 ou +)

(1) Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do ET.

(2) sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou sentimento do sonho estão relacionados c/ET.

(3) Reações Dissociativas (flashbacks) PCTE sente e/ou age como se o ET se repetisse (em continuum – perda da percepção ambiental]

(4) Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante exposição a sinais internos ou externos que lembrem o ET.

(5) Reações fisiológicas intensas e sinais internos e externos que lembrem o ET.

Sintomas de Evitação

(1) Evitação ou esforços p/ evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes

(2) Evitação ou esforços p/ evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem lembranças do ET.

Alterações Negativas na Cognição e Humor

(1) Amnésia Dissociativa: incapacidade de recordar algum aspecto importante do ET.

(2) Crenças ou expectativas negativas exageradas ou persistentes a respeito de si próprio, de outras pessoas, do mundo.

(3) cognições distorcidas persistentes a respeito do ET levando o PCTE a se culpar ou culpar aos outros.

(4) estado emocional negativo persistente medo

(5) sentimento de distanciamento e alienação em relação aos outros (embotamento afetivo)

(6) Redução significativa do interesse e da participação em atividades antes importantes.

(7) Incapacidade de sentir emoções positivas

Sintomas de Excitação

(1) Irritabilidade aumentada e facilitada

(2) Adoção de comportamentos físico e/ou verbal agressivos diante de pouca ou nenhuma provocação [pode-se usar haloperidol, racional]

(3) comportamento autodestrutivo, imprudente,

(4) hipervigilância,

(5) resposta de sobressalto exagerada,

(6) problemas de concentração

(7) perturbações no sono

Tempo e prejuízo

Tempo: Manifestação sintomática dentro dos 3 primeiros meses após o ET [podendo atrasar de meses a anos para aparecerem os sintomas].

Tempo de permanência de no mínimo 1 mês

TEPT tardio: expressão (+) 6 meses pós-ET.

Prejuízo: causam sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional na vida. Afastamento social; ñ relacionado à SPA.

TEPT c/ sintomas dissociativos

Despersonalização: experiência de observar externo aos processos corporais e mentais

Desrealização: irrealidade do ambiente ao redor

TEPT em Crianças

Limitação de expressão de sentimentos.

Sinais (+) comuns: mudança de humor, propensão a expressar sintomas de revivência por meio de brincadeiras.

D.Dx: Epilepsia; TRUSPA; TP; TAG; Borderline

5. TRATAMENTO (TTO)

Associação de fármacos e psicoterapia (TCC)

Não farmacológico

Primeira Escolha no TTO: Psicoterapia

Principais linhas utilizadas: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); Terapia de Exposição ao Trauma; terapia de processamento cognitivo, terapia cognitiva; EMDR (Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares - parear exp.); terapia de exposição narrativa

Farmacológico

Primeira Escolha: ISRS (fluoxetina; paroxetina e sertralina) e Venlafaxina

Costumam não ser suficientes em virtude dos problemas de sono, levando a **polifarmácia**.

Opções de Associação: Antagonistas do receptor Alfa-adrenérgico (prazosina) [auxilia c/ sono]; ADPT (amitriptilina); IMAO; BZD [usar c/ cautela];

Manejo Terapêutico TEPT

ISRS ou venlafaxina iniciados em doses baixas; aumento gradativo até as doses utilizadas p/ TTO da depressão [por conta do possível aumento inicial de ansiedade].

Tempo mínimo p/ avaliação dos efeitos: 4-6 semanas [podendo ser até 12 semanas].

Efeito Comum: Resposta lenta e gradual

Período mínimo de TTO: 12 meses a partir da resposta p/ prevenção de recaídas com posterior retirada gradual [desmame].

6. DEMAIS TRANSTORNOS ASSOCIADOS

Transtorno de Estresse Agudo (TEA)

Duração dos sintomas: 3 dias a 1 mês após ET.

Critérios Diagnósticos: Necessário a presença de 09 (ou mais) de 14 sintomas de qualquer uma das 5 categorias:

(1) sintomas de intrusão; **(2)** humor negativo; **(3)** sintomas dissociativos; **(4)** Sintomas de evitação; **(5)** sintomas de excitação.

Diferença TEPT: tempo de permanência; sintomatologia semelhante;

TEA é fator de risco para desenvolver de TEPT

TTO: TCC focada no Trauma indicada p/ crianças, adolescentes e adultos. Sem comprovação de eficácia terapêutica farmacológica;

Contraindicações: evitar BZD [aumenta risco de evolução para TEPT].

7. CURSO E PROGNÓSTICO

Bom prognóstico: início rápido, curta duração, bom funcionamento pré-mórbido; suporte social e ausência de demais transtornos.

Mal prognóstico: idades limítrofes; Transtornos associados; comorbidades; falta de apoio.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO - PSICOTERAPIA

1. PSICOTERAPIA

Definição

Psicoterapia: método de tratamento que utiliza meios psicológicos (comunicação verbal); com a finalidade de aliviar um desconforto ou sofrimento psíquico, eliminar sintomas de um transtorno definido, resolver problemas pessoais de natureza emocional ou psicológica ou estimular o desenvolvimento pessoal

Atividade colaborativa entre o PCTE e terapeuta.

Método realizado p. profissional treinado, que, busca ajudar o PCTE que o busca procurando alívio de sofrimento de natureza psíquica.

Realizada em um contexto interpessoal - relação terapêutica;

Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica

Técnica da psicanálise

Atitude neutra do analista, curiosidade e ouvinte atento; sem contato visual direto c/ PCTE que pode expressar livremente seus pensamentos, sentimentos

Indicações p/ psicanálise

Transtornos de personalidade (evitativa; dependente; obsessivo-compulsiva; borderline); Traços de personalidade ou caráter disfuncionais; Conflitos não resolvidos nas relações c/ pais; Atrasos ou lacunas evolutivas.

Condições exigidas do PCTE

Ter capacidade de introspecção razoável; tenha motivação p/ modificar aspectos de sua pessoa e interesse em aumentar sua compreensão própria; seja capaz de experimentar afetos intensos sem externalizá-los na conduta; seja capaz de desenvolver um bom vínculo e aliança terapêutica; disponha de tempo e condições financeiras para arcar com os custos. Em geral, essas duas condições financeiras p/ arcar c/ os custos. Em geral, essas duas condições definem a modalidade de terapia a ser escolhida: se psicanálise ou terapia de orientação analítica.

Contraindicações da terapia de orientação analítica

Em transtornos mentais com TTO efetivos mais Breves e de menor custo; problemas de natureza aguda que exigem solução urgente. Ausência de ego razoavelmente integrado e cooperativo; PCTEs impulsivos que não toleram níveis, mesmo que pequenos, de frustração; dificuldade p/ estabelecimento de vínculo; falta de condições para busca de Insight;

Terapia Interpessoal (TIP)

Técnica

Alívio dos sintomas por abordagem de problemas interpessoais que podem originar ou manter os sintomas. Intervenção em: ajustamento social; relações; problemas conscientes e pré-conscientes.

Focos da TIP

Perdas complicadas (luto); transições de papéis ou mudanças de vida; disputas por papéis ou conflitos interpessoais; déficits interpessoais.

Indicações p/ TIP

Depressão Maior; profilaxia de depressão maior recorrente; depressão em PCTEs geriátricos e adolescentes; depressão em PCTEs soropositivos; depressão pré e pós-parto; bulimia; transtorno de compulsão alimentar; adjuvante na depressão em transtorno bipolar; transtornos de ansiedade; TEPT; distímia (transtorno depressivo persistente).

Contraindicações p/ TIP

Não recomendada p/ PCTEs depressivos c/ sintomas psicóticos ou quando não identificados padrões disfuncionais de relações interpessoais.

Terapia Comportamental (TC)

Técnicas de TC

Exposição; prevenção de respostas; modelação; reforço positivo; reforço negativo; terapia aversiva; relaxamento muscular e treino da respiração; Biofeedback; reversão de hábitos; treino de habilidades sociais; treino de assertividade.

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Técnica TCC

Identificar e registrar pensamentos e crenças; utilizar intervenções para corrigi-los (10-20 sessões); questionamento socrático;

descatastrofização; exames das vantagens e desvantagens; retribuição ou resignificação; pode usar técnicas comportamentais.

Indicações p/ TCC

Depressão Maior; transtorno Bipolar; transtornos de ansiedade e TOC; TEPT; transtornos alimentares; esquizofrenia; abuso e dependência de álcool; cessação de tabagismo; transtornos somatoformes

Contraindicações p/ TIP

Doença mental orgânica que implique comprometimento cognitivo; psicose aguda; níveis de ansiedade elevados ou incapacidade de tolerar aumento dos níveis de ansiedade; PCTEs c/ problemas caracterológicos graves; s/ motivação.

EMDR

EMDR: Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares; **Indicações:** TEPT; TOC.

Mindfulness

Fundamentos

Modo de ser: contemplar, sentir e estar;

Modo de fazer: analisar, organizar e sintetizar.

Saúde mental = equilíbrio entre os 2 modos.

Mostra que o sentir é algo individual, mas não o define.

Objetivo: desenvolver senso de consciência sobre suas emoções; pensamentos e sensações físicas e diferenciá-los do que é considerado próprio [self].

Indicações p/ terapias c/ mindfulness

Prevenção de recaída de PCTEs eutímicos c/ TDM; ACT: dor crônica; depressão, ansiedade, TOC; transtornos alimentares; DBT: personalidade borderline; prevenção de suicídio; depressão; abuso de substância; condutas autolesivas s/ intencionalidade suicida.

Terapia familiar e de casal (TFC)

Focos: estrutura familiar, constituição e organização; processos familiares; evolução e adaptação familiar; relações interpessoais

Indicações p/ TFC

Transtornos de conduta de 1 dos familiares; Abuso de substâncias; psicoeducação para doenças mentais; problemas conjugais; alcoolismo; educação de relacionamento; depressão;

transtornos de crianças e adolescentes; doença crônica; violência interpessoal.

Contraindicações p/ TFC

Negação familiar de problemas; paranoides, psicóticos, agressivos, agitados; quando membros importantes não podem estar presentes; tendência irreversível à ruptura familiar; crianças muito fortes que impedem intervenções externas; equilíbrio familiar precário; intervenção familiar incapaz de solucionar problema; problemas conjugais egossintônicos; individualização de 1 membro comprometida p/ terapia; problemas individuais prévios; p/ encobrir responsabilidades individuais; quando não existe honestidade entre a família; transtornos de caráter grave; antissocial etc.

Psicoterapia de Grupo (TG)

Objetivos da TG

Instalação da esperança; universalidade do problema; compartilhamento de informações; altruísmo; socialização; comportamento imitativo; catarse; recapitulação corretiva; fatores existenciais; coesão grupal; aprendizagem interpessoal.

Indicações p/ TG

Psicoterapias de grupo de orientação dinâmica: padrões de relacionamento interpessoal considerados desadaptativos; aspectos do caráter desadaptativos

Psicoterapias cognitivo-comportamentais: ansiedade ou fobia social/TOC; ansiedade generalizada; insônia; transtorno de pânico; fobias específicas; estresse pós-traumático; dor crônica; síndrome do intestino irritável; grupos de autoajuda

Contraindicações p/ TIP

Incompatibilidade c/ as normas do grupo; PCTEs que não toleram o setting grupal; incompatibilidade grave c/ membros do grupo; tendência de assumir papel desviante dos demais; ausência de comportamentos agressivos; ansiedade; depressão psicose graves; dificuldades p/ ter empatia com demais membros; incapacidade de estabelecer relação honesta e laços de lealdade c/ grupo.