



# ESTUDO DIRIGIDO PSI

## Psicopatologia Geral e Transtornos Psiquiátricos

*Prof<sup>a</sup>. Clarisse Rinaldi S. de Santiago*

## **Bibliografia sugerida**

Manual de Psicopatologia. Elie Cheniaux Jr.

Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Paulo Dalgalarondo.

Psicopatologia – Uma Abordagem Integrada. D. Barlow e M. Durand.

Classificação Internacional de Doenças - CID 10

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5

# Síndromes Psiquiátricas

- Sintoma
- Síndrome: conjunto estável de sinais e sintomas que podem ter diversas causas.
- Diagnóstico nosológico (classificações):  
CID 10, DSM 5
- Conduta terapêutica/Tratamento

# CID 10

- **F00-F09 – Transt. mentais orgânicos.**
- **F10-F19 – Transt. mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.**
- **F20-F29 – Esquizofrenia, transt. esquizotípicos e delirantes.**
- **F30-F39 – Transt. do humor.**
- **F40-F49 – Transt. neuróticos, transtornos relacionados ao “stress” e transtornos somatoformes.**
- **F50-F59 – Sínd. comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e fatores físicos.**
- **F60-F69 – Transt. da personalidade e do comportamento do adulto.**
- **F70-F79 – Retardo mental.**
- **F80-F89 – Transt. do desenvolvimento psicológico.**
- **F90-F98 – Transt. do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.**
- **F99 – Transt. mental não especificado**

# DSM 5

- **Transtornos do Neurodesenvolvimento**
- **Espectro da Esquizofrenia e outros transt. psicóticos**
- **Transtorno Bipolar e transt. relacionados**
- **Transtornos depressivos**
- **Transtornos de ansiedade**
- **Transtorno obsessivo-compulsivo e transt. relacionados**
- **Transtornos relacionados a trauma e estressores**
- **Transtornos dissociativos**
- **Transtornos de sintomas somáticos e transt. relacionados**
- **Transtornos alimentares**
- **Transtornos da eliminação**
- **Transtornos do sono-vigília**
- **Disfunções sexuais**
- **Disforia de gênero**
- **Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e conduta**
- **Transtornos relacionados a substâncias e transt. rditivos**
- **Transtornos neurocognitivos**
- **Transtornos de personalidade**
- **Transtornos parafílicos**

# **Transtornos de Humor**

- **Sintomas depressivos**

- Sintomas afetivos: tristeza, apatia, sentimento da falta de sentimento, desespero, irritabilidade.
- Alterações da esfera instintiva e neurovegetativa: anedonia, fadiga, desânimo, alteração do sono e apetite, diminuição da libido.
- Alterações ideativas
- Alterações cognitivas
- Alterações da autoavaliação
- Alterações da volição e da psicomotricidade: diminuição da vontade e psicomotricidade podendo chegar ao estupor.
- Sintomas psicóticos: de cunho negativo e depreciativo.

- **Subtipos dos transtornos depressivos**

- Episódio/fase depressiva (Depressão Maior): episódios duram ao menos 2 semanas e não mais que 2 anos.
- Transtorno depressivo recorrente
- Distimia (Transt. Depressivo Persistente): depressão crônica, leve, por pelo menos 2 anos.
- Depressão atípica: apetite e sono aumentados, corpo pesado (paralisia plúmbea), humor reativo e sensível, aspecto histriônico.
- Depressão melancólica/endógena: sintomas graves, piores pela manhã e com importante lentificação psicomotora.
- Depressão psicótica
- Estupor depressivo: negativismo, mutismo, pode levar à morte.
- Depressão agitada ou ansiosa
- Depressão secundária/orgânica

- **Outros dos transtornos depressivos no DSM 5**
- **Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor – explosões de raiva recorrentes (3 ou mais vezes por semana) e graves, desproporcionais à situação e inconsistentes com o nível de desenvolvimento; humor irritável ou zangado na maior parte do tempo. Para crianças até 12 anos.**
- **Luto Complicado – incluído como categoria para estudos no DSM 5.**

- **Outros dos transtornos depressivos no DSM 5**

- **Transtorno Disfórico Pré-Menstrual** – sintomas ocorrem na semana final antes da menstruação e melhora nos primeiros dias do período menstrual.
- ***1. Humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos.***
- ***2. Ansiedade acentuada, tensão, sentimentos de estar com os "nervos à flor da pele".***
- ***3. Labilidade afetiva.***
- ***4. Raiva ou irritabilidade persistente e conflitos interpessoais aumentados.***
- **5. Interesse diminuído pelas atividades habituais.**
- **6. Sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar.**
- **7. Letargia, fadiga fácil ou acentuada falta de energia.**
- **8 Alteração acentuada do apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos.**
- **9. Hipersônia ou insônia.**
- **10. Sentimentos subjetivos de descontrole emocional.**
- **11. Outros sintomas físicos tais como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor de cabeça, dor articular ou muscular, sensação de inchaço geral e ganho de peso.**

- **Sintomas maníacos**

- Aumento de autoestima, elação (expansão do eu), insônia
- Logorréia, pressão para falar, aceleração das funções psíquicas
- Distrabilidade, agitação psicomotora, heteroagressividade
- Irritabilidade, arrogância, desinibição social e sexual; tendência exagerada a compras e doações
- Ideias de grandeza, de poder, de importância social, chegando a delírios

- **Subtipos de síndromes maníacas**

- Mania franca ou grave

- Mania irritada (disfórica)

- Mania mista: sintomas maníacos e depressivos juntos ou se revezando rapidamente.

- Hipomania

- Ciclotimia: episódios hipomaníacos seguidos de episódios distímicos, considerados “normais” para a maioria das pessoas.

- Mania com sintomas psicóticos

- **Subtipos de transtorno afetivo bipolar**

- Transtorno bipolar tipo I: episódios depressivos e episódios maníacos.
- Transtorno bipolar tipo II: episódios depressivos e episódios hipomaníacos.
- Transtorno bipolar tipo "ciclador" rápido (transtorno ciclotímico): pelo menos 4 episódios de mania/hipomania e/ou depressão em 1 ano. Para o DSM 5: em dois anos ocorrência de vários episódios subclínicos de hipomania e depressão.



# **Transtornos de ansiedade**

- A ansiedade pode ser constante ou aparecer apenas em episódios abruptos de crise.
- Ansiedade Generalizada – angústia, tensão/nervosismo, preocupação, irritabilidade constantes
- Crises de Ansiedade
- Ansiedade de origem orgânica – relacionada à doença ou medicamentos. Acompanha irritabilidade e labilidade de humor.

- Crises de Pânico – ansiedade intensa com sintomas físicos de descarga do SN autônomo (taquicardia, suor frio, náuseas, sensação de asfixia, falta de ar subjetiva, tontura, ondas de calor, dor/desconforto torácico); medo de morrer e/ou enlouquecer; parestesias (formigamento ou anestesia); sintomas de desrealização ou despersonalização.
- Síndrome/Transtorno de Pânico – crises recorrentes, com medo e preocupação de novas crises e sofrimento subjetivo.
- Síndrome mista de ansiedade e depressão

- Transtorno de Estresse Pós-Traumático – transtorno de ansiedade precipitado por um evento traumático de natureza extrema (inclui ameaça de morte, lesão grave e violência sexual).

#### Tríade sintomática:

- Revivescência do trauma (lembranças intrusivas, pesadelos, flashbacks)
- Esquiva (de situações e lembranças relacionadas ao trauma) e entorpecimento emocional
- Hiperestimulação autonômica (insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, sobressaltos, hipervigilância)

- **Transtornos Fóbicos**

- Agorafobia – medo de espaços públicos abertos ou fechados (inclui filas e transporte público), sair de casa.
- Fobia específica (simples) – exemplos: medo de animais, altura, tempestades, água, sangue, injeção, ferimentos, avião, elevador.
- Fobia social – situações em que o indivíduo considera que se expõe à avaliação dos outros.

- **Transtorno obsessivo-compulsivo**

- Sintomas obsessivos – pensamentos e fantasias persistentes e intrusivos, vivenciados com angústia e crítica.
- Sintomas compulsivos – comportamentos repetitivos (rituais) ou atos mentais repetitivos (repetir palavras, fazer contas) em geral como forma de diminuir a angústia gerada por uma ideia obsessiva.
- Temas mais comuns: simetria/exatidão; pensamentos e/ou ações consideradas proibidas como agressivas, sexuais ou religiosas; limpeza/contaminação; acumulação.

- **Transtorno dismórfico corporal** – preocupação com defeitos físicos (que não chama a atenção das outras pessoas), com comportamentos ou pensamentos (“atos mentais”) repetitivos com relação à aparência, com sofrimento significativo e/ou prejuízo funcional. Pode haver dismorfismo muscular.
- **Transtorno de acumulação**
- **Tricotilomania e transtorno de escoriação (skin picking)**
- **Transtornos de adaptação** – reações depressivo-ansiosas a fatores estressores leves, que não podem ser considerados traumáticos.

# Transtornos neuróticos (somáticos e dissociativos)



- Conceito de neurose: estruturação da subjetividade expressiva de conflitos intrapsíquicos (recalque) e interpessoais (frustrações, insatisfações) com sintomas como angústia, ansiedade, fobias, obsessão, dissociação e somatização (chamados sintomas subjetivos).
- Considerados transtornos menores (DSM).
- Não há perda do juízo de realidade.

- **Os antigos quadros histéricos**

- Transtorno conversivo - pseudocrises convulsivas: EEG sem alterações, manifestações motoras bizarras, instalação mais lenta (a crise epiléptica tende a ser abrupta), não há liberação esfinteriana, recupera a consciência rapidamente, mais comum em mulheres.
- Transtorno dissociativo - despersonalização (perda do senso de realidade) e desrealização (perda da noção do mundo externo)
  - Amnésia dissociativa
  - Fuga dissociativa
  - Transtorno dissociativo de identidade

- **Transtorno de somatização (Transtorno de sintomas somáticos pelo DSM 5)** - antiga sínd. de Briquet, o quadro é caracterizado pela Presença de sintomas físicos (somáticos), em geral múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo (pelo menos 6 meses para o DSM 5, dois anos para a CID 10), que geram ansiedade e perturbação da vida diária.
- A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas.
- Inclui queixas dolorosas e demais queixas de origem psicossomática.

- **Transtorno hipocondríaco (transtorno de ansiedade de doença pelo DSM 5)** - preocupação persistente com a presença (ou de adquirir) eventual de um ou de vários transtornos somáticos graves e progressivos.
- Não há sintomas somáticos (queixas) importantes, mas principalmente a preocupação de desenvolver ou ter uma doença grave.
- Pode haver comportamento evitativo maladaptado (não ir às consultas médicas) ou excessiva procura por cuidados de saúde e pro sinais de doença.

# Transtornos psicóticos

- Principais alterações psicopatológicas:
  - Alucinações
  - Delírios
  - Desorganização do pensamento
  - Comportamento bizarro
  - Perda do contato com a realidade

- **Esquizofrenia – principal forma de psicose.**

**Quadro 30.1**

Definições de esquizofrenia segundo Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider, CID-10 e DSM-IV

Emil Kraepelin (1856-1926)	Eugen Bleuler (1857-1939)
<p><b>Alterações da vontade</b> (perda do eu vital, negativismo, impulsividade, etc.)  <b>Embotamento afetivo</b>  <b>Alterações da atenção e da compreensão</b>                      Transtorno do pensamento, no sentido de <b>associações frouxas</b>  <b>Alucinações</b>, especialmente <b>auditivas</b>  <b>Sonorização do pensamento</b>  <b>Vivências de influência</b> sobre o pensamento  <b>Evolução deteriorante</b> (83% dos casos) no sentido de embotamento geral da personalidade</p>	<p>Alterações formais do pensamento, no sentido de <b>afrouxamento até dissociação das associações</b>  <b>Ambivalência afetiva</b>; afetos <b>contraditórios</b> vivenciados intensamente ao mesmo tempo  <b>Autismo</b>, como tendência a um isolamento global em relação ao mundo, um "ensimesmamento" radical  <b>Dissociação ideoaferiva</b>, desarmonia profunda entre as idéias e os afetos  <b>Evolução muito heterogênea</b>, podendo muitos casos apresentarem evolução benigna</p>
Karl Jaspers (1883-1969)	Kurt Schneider (1887-1967)
<p><b>Idéias delirantes primárias</b>, não-deriváveis ou compreensíveis psicologicamente  <b>Humor delirante</b> precedendo o delírio  <b>Alucinações verdadeiras, primárias</b>  <b>Vivências de influência</b>, vivências do "feito"  <b>Ocorrência ou intuição delirante</b>                      Analisando a vida total do paciente, nota-se que ocorreu <b>quebra na curva existencial</b>; os surtos fazem parte de um <b>processo</b> insidioso que transforma radicalmente a personalidade e a existência do doente</p>	<p>Percepção delirante                      Vozes que comentam a ação                      Vozes que comandam a ação                      Eco ou sonorização do pensamento                      Difusão do pensamento                      Roubo do pensamento                      Vivências de influência no plano corporal e do pensamento</p>
CID-10	DSM-IV
<p><b>Alteração das funções mais básicas</b> que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo  <b>Eco, inserção, irradiação</b> ou roubo do pensamento  <b>Delírios de influência</b>, controle ou passividade  <b>Vozes que comentam a ação</b>  <b>Delírios persistentes culturalmente inapropriados</b>  <b>Alucinações persistentes</b> de qualquer modalidade, sem claro conteúdo afetivo (não-catatímicas)  <b>Interceptações ou bloqueios do pensamento</b>  <b>Comportamento catatônico</b>, com flexibilidade cerúcea, negativismo, mutismo, etc.  <b>Sintomas negativos</b> (empobrecimento afetivo, autonegligência, diminuição da fluência verbal, etc.)                      Alteração significativa na qualidade global do comportamento pessoal, perda de interesse, retração social; os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, um mês</p>	<p>Dois ou mais dos seguintes sintomas (de 1 a 5) devem estar presentes com duração significativa por período de, pelo menos, um mês</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delírios</li> <li>2. Alucinações</li> <li>3. Discurso desorganizado</li> <li>4. Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico</li> <li>5. Sintomas negativos (embotamento afetivo, alergia, avolição)</li> <li>6. Disfunções sociais, no trabalho e/ou no estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas</li> </ol> <p>Duração dos <b>sintomas principais</b> (de 1 a 5) de, pelo menos, um mês, e do <b>quadro deficitário</b> (sintomas negativos, déficit funcional, etc.) por, pelo menos, seis meses</p>

- **Esquizofrenia – subtipos clássicos:**

- Esquizofrenia paranóide – alucinações e delírios.
- Esquizofrenia catatônica – alterações motoras (hipertonia e flexibilidade cerácea), negativismo, mutismo, compulsividade.
- Esquizofrenia hebefrênica – pensamento desorganizado, comportamento bizarro, afeto pueril.
- Esquizofrenia simples – sintomas negativos (embotamento afetivo, empobrecimento psíquico, negligência de cuidado).

- **Esquizofrenia – subtipos mais atuais:**

- Síndrome negativa – embotamento afetivo, retração social, empobrecimento de linguagem e pensamento, avolição e hipopraxismo, negligência de cuidado, lentificação/empobrecimento psicomotor.
- Síndrome positiva – alucinações, delírios, comportamento e ideias bizarras, agitação psicomotora, neologismos.
- Síndrome desorganizada – pensamento e comportamento desorganizado, afeto inadequado (ambivalente) e/ou pueril.

- Transtorno delirante (paranoia) – delírio “cristalizado”/sistema delirante com preservação da personalidade.
- Esquizofrenia tardia (parafrenia) – delírios, alucinações, com preservação da personalidade mas de aparecimento tardio.
- Psicoses breves (reativas ou psicogênicas) – sintomas floridos, ansiedade e medo e remissão completa dos sintomas em dias ou semanas (para o DSM 5 pode durar só 1 dia).

- Transtorno esquizoafetivo – sintomas psicóticos com a ocorrência de ao menos um episódio maníaco ou depressivo. Os sintomas psicóticos permanecem fora do(s) episódio(s) de alteração do humor.
- Transtorno esquizofreniforme – quadro semelhante ao da esquizofrenia mas de duração de um pelo menos um mês mas menos de seis meses.
- Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

# **Transtornos disruptivos, de controle dos impulsos e da conduta**

- Transtorno explosivo intermitente - explosões comportamentais recorrentes, com falha em controlar impulsos agressivos, acarretando:
- Agressão verbal e/ou física a terceiros (sem destruição ou lesão), ocorrendo em média duas vezes por semana ao longo de pelo menos três meses;
- Três episódios explosivos com danos ou destruição em um período de 12 meses.
- A agressividade é desproporcional a qualquer causa ou provocação inicial.
- As explosões não são premeditadas, tampouco têm um objetivo (intimidação, etc.).
- As explosões causam sofrimento ao indivíduo e/ou prejudicam o funcionamento social/interpessoal e podem causar problemas financeiros e legais.
- Pode iniciar na infância (a partir dos 6 anos).

- Cleptomania – falha recorrente em resistir aos impulsos de roubar objetos que não são necessários.
- Piromania – vontade irresistível de atear fogo em algo.
- Transtorno Opositivo-Desafiador – padrão de humor raivoso/irritável, comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses.
- Transtorno de Conduta – padrão de comportamento persistente de violação de direitos básicos, normas e regras sociais.

# **Personalidade e suas alterações (Transtornos de personalidade)**

- *Os transtornos de personalidade não são propriamente doenças, mas anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados, em psiquiatria forense, como perturbação da saúde mental. Esses transtornos envolvem a desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal.*
- *O diagnóstico de transtorno de personalidade só deve ser considerado a partir dos 18 anos de idade.*

MORANA, Hilda C P; STONE, Michael H and ABDALLA-FILHO, Elias. **Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2006, vol.28, suppl.2

## **Personalidade paranoide**

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

## **Personalidade esquizoide**

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

## **Personalidade dissocial**

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

## **Personalidade emocionalmente instável**

- manifestações impulsivas e imprevisíveis.
- Dois subtipos:
- Impulsivo - instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos.
- Borderline - instabilidade emocional, perturbações da auto-imagem, dificuldade em definir suas preferências pessoais, com conseqüente sentimento de vazio.

## **Personalidade histriônica**

- egocentrismo
- baixa tolerância a frustrações
- teatralidade
- Superficialidade
- necessidade de fazer com que todos dirijam a atenção para eles próprios.
- Também conhecida como personalidade: histérica, psicoinfantil

## **Personalidade anancástica**

- preocupação com detalhes
- rigidez
- teimosia
- pensamentos repetitivos e intrusivos não alcançam a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.
- Também conhecida como personalidade: compulsiva, obsessiva, obsessiva-compulsiva.

## **Personalidade ansiosa ou esquiva**

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

## **Personalidade dependente**

- astenia do comportamento
- carência de determinação e iniciativa
- instabilidade de propósitos.
- Também conhecida como personalidade: astênica, inadequada, passiva.

## **Cluster/Grupo A (Transtornos Excêntricos ou Estranhos)**

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

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

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

## **Cluster/Grupo C (Transtornos Ansiosos ou Receosos)**

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



# ESTUDO DIRIGIDO PSI