

PSICOPATOLOGIAS

ESQUIZOFRENIA

É considerada uma síndrome ou um processo de doença com muitas variedades e sintomas diferentes. Os sinais e sintomas variam e incluem alterações na percepção, na emoção, na cognição, no pensamento e no comportamento. Frequentemente é diagnosticada no final da adolescência ou início da vida adulta. Ela raramente manifesta na infância.

O transtorno costuma começar antes dos 25 anos, persiste durante toda a vida e afeta pessoas de todas as classes sociais. O pico de surgimento vai dos 10 anos aos 25 anos de idade para homens, e dos 25 aos 35 anos para as mulheres. Cerca de 3 a 10% das mulheres apresentam início da doença após os 40 anos. Parentes biológicos em primeiro grau têm um risco 10 vezes maior de desenvolver a doença do que a população em geral.

O diagnóstico de esquizofrenia tem base inteiramente na história psiquiátrica e no exame do estado mental. Não existe um exame laboratorial para esse transtorno. O transtorno é diagnosticado como esquizofrenia quando o paciente exibe dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios;
2. Alucinações;
3. Discurso desorganizado;
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico;
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

Os sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, e não deve haver um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo ou transtorno do humor.

Os sintomas da Esquizofrenia estão divididos em duas categorias principais:

Positivos	Negativos
Ambivalência	Alogia
Desorganização de pensamentos	Anedonia
Delírios	Apatia
Ecopraxia	Afeto embotado



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

Discurso desorganizado	Catatonía
Alucinações	Afeto hipomodulado
Ideias de referência	Abulia
Perseverança	

O surgimento pode ser abrupto ou insidioso, mais a maioria dos clientes desenvolve de modo lento e gradual sinais e sintomas como retraimento social, comportamento incomum, perda de interesse pela escola ou pelo trabalho e higiene negligenciada.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

O diagnóstico é feito de acordo com os sintomas predominantes:

ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE

- ✓ Caracteriza-se pela preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes. Classicamente, esse tipo é marcado sobretudo pela presença de delírios de perseguição ou grandeza. O primeiro episódio da doença acontece em geral em idade mais avançada do que aqueles com os tipos catatônico ou desorganizado. Ocorre no fim da segunda ou terceira décadas de vida em geral já estabeleceram uma vida social que pode ajudá-los a enfrentar a doença. Demonstram menos regressão de suas faculdades mentais, de respostas emocionais e de comportamento do que em outros tipos do transtorno. Indivíduos com esquizofrenia paranoide tendem a ser tensos, desconfiados, cautelosos, reservados e, às vezes, hostis ou agressivos, mas também ocasionalmente capazes de se comportar de forma adequada em algumas situações sociais. Sua inteligência nas áreas que não são invadidas pela psicose tende a permanecer intacta.

ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO

- ✓ Caracterizado por regressão acentuada para um comportamento primitivo, desinibido e desordenado e pela ausência de sintomas que satisfaçam os critérios para o tipo catatônico. O início desse subtipo costuma ser precoce, ocorrendo antes dos 25 anos de idade. Os pacientes desorganizados em geral são ativos, mas de uma forma não construtiva, sem objetivo. Seu transtorno do pensamento é pronunciado, e o contato com a realidade é pobre. Sua aparência pessoal é desleixada, e o comportamento social e as respostas emocionais são inadequados, com frequência explodindo em risos sem nenhuma razão aparente.

ESQUIZOFRENIA TIPO CATATÔNICO

Sua característica clássica é um distúrbio acentuado da função motora, se apresenta de duas formas:

- Estupor catatônico: extremo retardo psicomotor, mutismo, negativismo, pseudoflexibilidade cérea (catalepsia) .
- Excitação catatônica: Extrema agitação psicomotora, movimentos frenéticos desprovido de finalidade.

ESQUIZOFRENIA TIPO INDIFERENCIADO

- ✓ Com frequência, pacientes que claramente têm esquizofrenia não podem ser enquadrados em um subtipo com tanta facilidade.

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

- ✓ Caracteriza-se por embotamento emocional, retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e frouxidão leve das associações são comuns nesse tipo. Quando ocorrem, delírios ou alucinações não são proeminentes nem acompanhados de reações afetivas significativas.

OUTROS SUBTIPOS:

- ✓ **Bouffée délirante** (psicose delirante aguda) - Difere do diagnóstico de esquizofrenia sobretudo com base na duração dos sintomas de menos de três meses. Semelhante ao transtorno esquizofreniforme. Cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico de bouffée délirante progridem na doença e acabam sendo classificados com esquizofrenia.
- ✓ **Oniroide.** Estado oniroide refere-se a um estado de sonho no qual os pacientes podem se encontrar em profunda perplexidade e não completamente orientados em termos de tempo e lugar. Tem sido usado para pacientes tão profundamente envolvidos em suas experiências alucinatórias a ponto de excluir qualquer envolvimento com o mundo real.
- ✓ **Esquizofrenia pseudoneurótica.** Algumas vezes, pacientes que inicialmente apresentam sintomas de ansiedade, fobias, obsessões e compulsões, mais tarde, revelam sintomas de transtorno do pensamento e psicose. Esses pacientes são caracterizados por sintomas de pan-ansiedade, panfobia, pan-ambivalência e, às vezes, sexualidade caótica. Têm uma ansiedade flutuante que dificilmente desaparece. Nas descrições clínicas, raras vezes apresentam sintomas psicóticos explícitos e graves. Essa condição hoje é diagnosticada como transtorno da personalidade borderline.

OBS: Impulsividade, violência, suicídio e homicídio. Pacientes com esquizofrenia podem ser agitados e ter pouco controle dos impulsos quando em surto. Também podem ter menos sensibilidade social e aparentar impulsividade quando, por exemplo, arrancam o cigarro de outro paciente, trocam o canal da televisão de repente ou atiram comida no chão. Alguns comportamentos aparentemente impulsivos, incluindo tentativas de suicídio e homicídio, podem ocorrer em resposta a alucinações que comandam o paciente a agir.

TRANSTORNOS RELACIONADOS

Outros transtornos estão ligados a Esquizofrenia, mais se distinguem dela em termos de apresentação de sintomas e duração ou magnitude do prejuízo.

TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME: São idênticas às da esquizofrenia, exceto por duas diferenças: a duração total da doença é de pelo menos 1 mês, mas inferior a 6 meses, necessários para atender aos critérios diagnósticos da esquizofrenia. O funcionamento social ou profissional pode ou não ficar prejudicado.

TRANSTORNOS DELIRANTE: O diagnóstico de transtorno delirante é feito quando uma pessoa exibe delírios não bizarros de pelo menos um mês de duração que não podem ser atribuídos a outros transtornos psiquiátricos. Fatores de risco associado: - Idade avançada; - Comprometimento sensorial e isolamento; - História familiar Isolamento social Características da personalidade (p. ex., sensibilidade interpessoal incomum) Imigração recente.

Subtipos:

Tipo erotomaníaco: Tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo.

Tipo grandioso: Tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento (embora não reconhecido), insight ou ter feito uma descoberta importante.

Tipo ciumento: Tema central do delírio do indivíduo é o de que o cônjuge ou parceiro é infiel.

Tipo persecutório: Tema central do delírio envolve a crença de que o próprio indivíduo está sendo vítima de conspiração, enganado, espionado, perseguido, envenenado ou drogado, difamado maliciosamente, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo.

Tipo somático: Tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais.

TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE: O cliente experimenta o surgimento súbito de pelo menos um sintoma psicótico, como delírios, alucinações ou fala ou comportamento desorganizado, que dura de um dia a um mês. O episódio pode ou não ter um estressor identificável, ou pode se seguir ao parto.

CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

TRANSTORNO PSICOTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA –Relacionado ao uso de substância psicoativa. As características essenciais são alucinações ou delírios.

TRANSTORNO PSICÓTICO COMPARTILHADO: Também denominado ao longo dos anos de transtorno paranoide compartilhado, transtorno psicótico induzido, folie impose, insanidade dupla e folie à deux. Esse transtorno é referido como “sintomas delirantes em parceiro de indivíduo com transtorno delirante”. O transtorno é caracterizado pela transferência de delírios de uma pessoa para outra. Ambas têm um relacionamento próximo de longo tempo e, em geral, vivem juntas em relativo isolamento social.

TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

- Psicoterapias;
- Farmacológicos:

No passado era usada a eletroconvulsoterapia, a terapia de choque insulínico e a psicocirurgia, mas, desde a criação da clorpromazina em 1952, todas as outras modalidades tornaram-se obsoletas.

Antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, são utilizados para diminuição dos sintomas psicóticos. Não curam a esquizofrenia. Os mais antigos ou convencionais, são os antagonistas da dopamina. Os mais novos ou atípicos são antagonistas tanto da dopamina quanto da serotonina.

Antipsicóticos convencionais tem como alvo os sinais positivos da esquizofrenia (delírios, alucinações, pensamento perturbado). Antipsicóticos atípicos além de diminuir os sintomas positivos, também abrandam os sinais negativos (falta de volição e motivação, retraimento social e anedonia).

Terapia de manutenção: dois antipsicóticos estão disponíveis na forma de injeção para a terapia de manutenção: - A Flufenazina - duração de 07 a 28 dias ; Decanoato de haloperidol – Os efeitos duram de 2 a 4 semanas.

EFEITOS COLATERAIS

Podem variar desde desconforto leve, até transtorno de movimentos permanentes.

- Efeitos colaterais neurológicos graves incluem os efeitos extrapiramidais – São transtornos de movimentos reversíveis, induzidos por neurolépticos (incluem reações distônicas agudas, parkinsonismo e acatisia), além desses temos também, a discinesia tardia, convulsões e síndrome neuroléptica maligna.
- Efeitos Colaterais não neurológicos – Ganho de peso, sedação, fotossensibilidade, boca seca, visão embaçada, sintomas anticolinérgicos.
- Convulsões

- Síndrome neuroléptica maligna (SNM)
- Agranulocitose

FARMACOTERAPIA

Os medicamentos antipsicóticos ou neurolépticos são o tratamento de escolha para esquizofrenia, tanto na fase aguda como na fase de manutenção. Têm ação pronunciada sobre alguns sintomas, como tensão, hiperatividade, agressividade, hostilidade, alucinações, delírio, insônia, anorexia, negativismo, isolamento. Por outro lado, não proporcionam melhora acentuada da crítica, juízo, memória, orientação.

São vários os efeitos colaterais que ocorrem com os antipsicóticos, porém só alguns deles se desenvolvem em determinado paciente e, felizmente, em geral são leves.

Os antipsicóticos ou neurolépticos são medicamentos inibidores das funções psicomotoras, a qual pode encontrar-se aumentada em estados, por exemplo, de excitação e de agitação. Paralelamente eles atenuam também os sintomas neuropsíquicos considerados psicóticos, tais como os delírios e as alucinações. São substâncias químicas sintéticas, capazes de atuar seletivamente nas células nervosas que regulam os processos psíquicos no ser humano e a conduta em animais.

Os neurolépticos são drogas lipossolúveis e, com isso, têm facilitada sua absorção e penetração no Sistema Nervoso Central. Os antipsicóticos têm sua primeira passagem pelo fígado, portanto, sofrem metabolização hepática. A grande maioria dos neurolépticos possui meia vida longa, entre 20 e 40 horas, e esse conhecimento é importante na medida em que permite prescrição em uma única tomada diária. Outra consequência desta meia vida longa é o fato de demorar aproximadamente cinco dias para se instalar estado estável da droga no organismo.

Entre os efeitos colaterais provocados pelos neurolépticos, o mais estudado é a chamada Impregnação Neuroléptica ou Síndrome Extrapiramidal. O bloqueio dos receptores dopaminérgicos provocará uma supremacia da atividade colinérgica e, conseqüentemente, uma liberação dos sintomas ditos extrapiramidais. Estes efeitos colaterais, com origem no Sistema Nervoso Central, podem ser divididos em cinco tipos:

REAÇÃO DISTÔNICA AGUDA: Clinicamente se observam movimentos espasmódicos da musculatura do pescoço, boca, língua e às vezes um tipo crise oculógira, quando os olhos são forçadamente desviados para cima. A possibilidade dessa Reação Distônica deve estar sempre presente nas hipóteses de diagnóstico em pronto-socorro, para diferenciá-la dos problemas neurológicos circulatórios. O tratamento desse efeito colateral é feito à base de anticolinérgicos injetáveis intramusculares (Biperideno - Akineton®, por exemplo), e são sempre eficazes em poucos minutos.

PARKINSONISMO MEDICAMENTOSO: Clinicamente há tremor de extremidades, hipertonia e rigidez muscular, rigidez de roda denteada, marcha arrastada, postura inclinada para frente, sialorréia, hipercinesia e fâcies inexpressiva. O tratamento com anticolinérgicos ou antiparkinsonianos é igualmente eficaz. Para prevenir o aparecimento desses desagradáveis efeitos colaterais muitos autores preconizam o uso concomitante ao antipsicótico de antiparkinsonianos (Biperideno - Akineton®) por via oral.

Alguns autores preferem utilizar os antiparkinsonianos apenas depois de constatada a existência de efeitos extrapiramidais, entretanto, em nossa opinião essa não é a melhor prática. Sabendo antecipadamente da cronicidade do tratamento com neurolépticos e, principalmente, sendo as doses empregadas um pouco mais incisivas, será quase certa a ocorrência desses efeitos colaterais. Já que o paciente deverá utilizar esses neurolépticos por muito tempo, é desejável que tenham um bom relacionamento com eles. Ora, nenhum paciente aceitará de bom grado um medicamento capaz de fazê-lo sentir-se mal, como é o caso dos efeitos extrapiramidais.

ACATISIA: Clinicamente é caracterizado por inquietação psicomotora, desejo incontrolável de movimentar-se e sensação interna de tensão. O paciente assume uma postura típica de levantar-se a cada instante, andar de um lado para outro e, quando compelido a permanecer sentado, não para de mexer suas pernas. Os sintomas são primariamente motores e não podem ser controlados pelo desejo do paciente.

A Acatisia não responde bem aos anticolinérgicos como a reação distônica aguda e o parkinsonismo medicamentoso, e o clínico é obrigado a decidir entre a manutenção do tratamento antipsicótico com aquele medicamento e com aquelas doses e o desconforto da sintomatologia da Acatisia. Com frequência é necessária a diminuição da dose ou mudança para outro tipo de antipsicótico. Quando isso acontece, normalmente deve-se recorrer aos Antipsicóticos Atípicos ou de última geração.

DISCINESIA TARDIA: Como o próprio nome diz, a discinesia tardia aparece após o uso crônico de antipsicóticos (geralmente após 2 anos). Clinicamente é caracterizados por movimentos involuntários, principalmente da musculatura oro-língua-facial, ocorrendo protusão da língua com movimentos de varredura látero-lateral, acompanhados de movimentos sincrônicos da mandíbula. O tronco, os ombros e os membros também podem apresentar movimentos discinéticos. Quando isso acontece normalmente pode-se recorrer aos Antipsicóticos Atípicos.

SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA: Trata-se de uma forma raríssima de toxicidade, uma complicação, provocada pelo antipsicótico. É uma reação adversa dependente mais do agente agredido que do agente agressor, tal como uma espécie de hipersensibilidade à droga. Clinicamente se observa um grave distúrbio extrapiramidal acompanhado por intensa hipertermia (de origem central) e distúrbios autonômicos. Os sintomas incluem rigidez muscular e distonias, acinesia, mutismo, obnubilação e agitação, sudorese e



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Nos achados aparecem leucocitose, aumento da CPK-creatinofosfoquinase - e aumento das enzimas hepáticas. O tratamento consiste em interrupção imediata das drogas antipsicóticas e monitorização dos sinais vitais e da função renal. Levam a óbito numa proporção de 20 a 30% dos casos. Além dos efeitos adversos dos neurolépticos tradicionais sobre o Sistema Nervoso Central, são observados reflexos de sua utilização em nível sistêmico. São seis as principais ocorrências colaterais:

EFEITOS AUTONÔMICOS: Em algumas situações podemos encontrar efeitos colinérgicos, em outros efeitos anticolinérgicos. É o caso da secura da boca (onde o paciente deve ser orientados a lavar a boca frequentemente com água) e da pele, constipação intestinal, dificuldade de acomodação visual e, mais raramente, retenção urinária.

CARDIOVASCULARES: Das alterações cardiovasculares a mais comum é a hipotensão (postural ou não). Na maioria das vezes a hipotensão desencadeada pela utilização de neurolépticos tradicionais proporciona apenas um certo incômodo ao paciente, entretanto, nos casos com comprometimento vascular prévio, como nas arterioscleroses, poderá precipitar um acidente vascular cerebral isquêmico, isquemia miocárdica aguda ou traumatismos por quedas. Quando apropriado, os pacientes devem ser avisados dos efeitos adversos e orientados a levantar da cama gradualmente.

ENDOCRINOLÓGICOS: Embora incomuns esses antipsicóticos tradicionais podem produzir amenorréia (parada das menstruações) e, menos frequente, galactorréia (secreção de leite) e ginecomastia (aumento da mama).

DERMATOLÓGICOS: Com uma incidência de 5 a 10% podemos encontrar o aparecimento de um rash cutâneo, foto-sensibilização e aumento da pigmentação nos pacientes em uso de Clorpromazina.

AUMENTO DE PESO: Um efeito adverso comum do tratamento é o ganho de peso, que pode ser significativo em alguns casos.

TRANSTORNO DE HUMOR

Os transtornos do humor – às vezes chamados de transtornos afetivos – constituem uma categoria importante de doença psiquiátrica, consistindo em transtorno depressivo, transtorno bipolar e outros transtornos.

CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

Depressão grave- Dura pelo menos 02 semanas, há um humor deprimido ou perda do prazer em praticamente todas as atividades, além de mudança no apetite, no peso, no sono ou na atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimento de inutilidade e culpa, dificuldade de raciocinar, concentrar-se ou tomar decisões ou pensamentos de morte recorrentes ou ideação, planos ou tentativas suicidas. Algumas pessoas tem delírios e alucinações, essa combinação é chamada de depressão psicótica.

Bipolar – Quando o humor oscila ciclicamente entre extremos de mania e depressão.

Mania – Humor fica elevado, expansivo ou irritável de modo anormal e persistente. Período dura cerca de uma semana. Pelo menos 03 dos seguintes sintomas: autoestima inflada ou grandiosidade, redução da necessidade de sono, taquilalia (conversa incessante, rápida e com frequência alta, sem pausas). Fuga de ideias (pensamento acelerado, com frequência desconectados), distração, aumento do envolvimento em atividades direcionadas a um objetivo específico de busca de prazer. Algumas pessoas também exibem delírios e alucinações.

Hipomania – Período de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração de 04 dias, a diferença da mania é que este não prejudica a capacidade de funcionamento e não há aspectos psicóticos.

Episódio Misto – (ciclagem rápida) É diagnosticado quando a pessoa vivencia mania e depressão quase todos os dias por pelo menos uma semana.

OUTROS TRANSTORNOS DE HUMOR

- Transtorno distímico – Caracterizado por pelo menos 02 anos em que há mais dias com humor deprimido do que sem ele.
- Transtornos ciclotímicos. Caracterizados por dois anos de numerosos períodos de sintomas hipomaniacos.
- Transtorno de humor induzido por substâncias – Consequência fisiológica direta de substâncias ingeridas, como álcool, outras drogas ou toxinas.
- Transtorno de humor causado por uma condição médica geral – Consequência fisiológica direta de uma condição médica, como condições neurológicas degenerativas, doença cerebrovascular, transtornos autoimunes, etc..
- Transtorno afetivo sazonal (TAS) Depressão pós –parto : Atende a todos os critérios do episódio depressivo grave. Com surgimento cerca de quatro semana após o parto.

Psicose pós-parto : Episódio psicótico que se desenvolve cerca de três semanas após o parto e começa com fadiga, tristeza, labilidade emocional, memória insatisfatória e

confusão, progredindo para delírios e alucinações, compreensão e julgamento falho e perda do contato com a realidade. Exige tratamento médico imediato.

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

Costuma envolver duas ou mais semanas de humor triste ou falta de interesse em atividades da vida, com pelo menos quatro outros sintomas da depressão como anedonia e alteração de peso, no sono, na energia, na concentração, na tomada de decisão, na autoestima. A incidência da depressão diminui com a idade em mulheres e aumenta em homens.

Sintomas: Humor deprimido, anedonia, mudança de peso, mudança no padrão de sono, agitação ou retardo psicomotor, cansaço, ausência de valor ou culpa inapropriada à situação (possivelmente pó delírio), dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, desesperança, desamparo e ou ideias suicidas.

TRATAMENTO

ANTIDEPRESSIVOS:

São drogas que aumentam o tônus psíquico melhorando o humor e, conseqüentemente, melhorando o conforto emocional e o desempenho de maneira global. Acredita-se que o efeito antidepressivo se dê às custas de um aumento da disponibilidade de neurotransmissores no SNC, notadamente da serotonina (5-HT), da noradrenalina ou norepinefrina (NE) e da dopamina (DA), juntamente com a diminuição no número dos neuroreceptores e aumento de sua sensibilidade.

Ao bloquearem receptores 5HT₂ (da serotonina) os antidepressivos também funcionam como antiemético.

Principais categorias de antidepressivos:

- Cíclicos – São os mais antigos. Cada fármaco tem um grau diferente de eficácia de bloqueio da atividade de noradrenalina e da serotonina ou do aumento da sensibilidade dos locais dos receptores pós-sinápticos. Tem um período variável de 10 a 14 dias até atingir um nível sérico que comecem a alterar sintomas, levam seis semanas para alcançar um efeito completo. Tem menor custo no mercado. Os tricíclicos são contra-indicados em caso de insuficiência hepática e infarto do miocárdio, tem que ser usados com cuidado por clientes com glaucoma, hipertrofia prostática maligna, obstrução urinária, diabetes melito, hipertireoidismo, doença cardiovascular. Ex: Amitriptilina, Amoxapina, Doxepina, Imipramina, Desipramina, Nortriptilina.
- Inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) – São poucos utilizados por causa dos efeitos colaterais potencialmente fatais e de interações com vários fármacos. Efeito colateral mais grave é a crise hipertensiva, principalmente por ingestão de alimentos, líquidos ou outros medicamentos com tiramina. Ex: Isocarboxazida, Fenelzina, Tranilcipromina.

- Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) – mais nova categoria de antidepressivos. Produzem poucos efeitos colaterais mais seguro no uso com os idosos. Ex: Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopran, Escitalopran.
- Atípicos – São usados quando cliente tem uma resposta inadequada aos efeitos colaterais do (ISRSs). Ex: Venlafaxina, duloxetina, bupropiona, nefazodona , Mirtazapina.

OUTROS TRATAMENTOS

- Eletroconvulsoterapia (ECT) – Utilizadas em grupos seletos, com clientes que não respondem a antidepressivos ou experimentam efeitos colaterais intoleráveis com as doses terapêuticas. Em geral os clientes recebem uma série de no mínimo 06 a 15 tratamentos agendados 3 vezes por semana.
- Psicoterapia

TRATAMENTO PARA TRANSTORNO BIPOLAR:

Envolve um regime medicamentoso pela vida toda, com um agente antimania, o lítio, ou com medicamentos anticonvulsivantes, usados como estabilizadores do humor. Trata-se do único transtorno psiquiátrico em que os medicamentos são capazes de prevenir os ciclos agudos do comportamento.

- Lítio - É um sal, seu mecanismo de ação é desconhecido, mas acredita-se que ele aja na sinapses para acelerar a destruição das catecolaminas (dopamina e noradrenalina), inibir a liberação de neurotransmissores e reduzir a sensibilidade dos receptores pós-sinápticos. Seu pico de ação varia entre 30 minutos a 4 horas nas formas regulares e de 4 a 6 horas na forma de liberação lenta. Ele cruza barreira hemoencefálica e a placenta. Início da ação leva de 5 a 14 dias.
- Anticonvulsivantes utilizados como estabilizador do humor: Carbamazepina, Ácido Valproico, Gabapentina, Lamotrigina, Topiramato, Oxcarbamazepina

ESTABILIZADORES DO HUMOR

São substâncias utilizadas para a manutenção da estabilidade do humor, não sendo essencialmente antidepressivas nem sedativas.

Lítio

O lítio é utilizado no tratamento e na profilaxia de episódios agudos tanto maníacos como depressivos do transtorno do humor bipolar, na ciclotimia, como potencializador dos antidepressivos em pacientes com depressão maior

unipolar, que respondem parcialmente ou não respondem aos antidepressivos, em episódios de agressividade e de descontrole do comportamento.

O lítio deve ser evitado nos pacientes chamados de cicladores rápidos (4 ou mais episódios por ano), pois a resposta tem sido insatisfatória; em pacientes com insuficiência renal, disfunção do nódulo sinusal, arritmias ventriculares graves, e com insuficiência cardíaca congestiva. Em pacientes com hipotireoidismo pode-se usar o lítio se for acrescentado o hormônio da tireóide.

Efeitos colaterais e reações adversas: Os mais comuns são acne, aumento do apetite, edema, fezes amolecidas, ganho de peso, gosto metálico, leucocitose, náuseas, polidipsia, poliúria, tremores finos. É importante destacar que o lítio tem uma faixa de níveis séricos terapêuticos bastante estreita, podendo facilmente atingir níveis tóxicos (vômitos, dor abdominal, ataxia, tonturas, tremores grosseiros, disartria, nistagmo, letargia, fraqueza muscular, que podem evoluir para o estupor, coma, queda acentuada de pressão, parada do funcionamento renal e morte).

Acido valpróico, divalproato

O ácido valpróico é um anticonvulsivante tradicionalmente utilizado na epilepsia: crises de ausência simples ou complexas, e em outros tipos. Pode ser de liberação gástrica (ácido valpróico) ou entérica (divalproato), que é melhor tolerada. É tão eficaz quanto o lítio no tratamento da mania e mais eficaz em cicladores rápidos e mania disfórica. Tem sido preferido ainda em quadros maníacos de pacientes com traumatismo craniano, e em bipolares refratários ao lítio e/ou carbamazepina.

O uso do ácido valpróico deve ser evitado em pacientes que apresentam insuficiência hepática, hepatite, hipersensibilidade à droga e durante a gravidez.

Os efeitos colaterais mais comuns são: ataxia, aumento do apetite, ganho de peso, desatenção, fadiga, náuseas, sonolência, sedação, diminuição dos reflexos, tremores, tonturas.

Carbamazepina

A carbamazepina é um anticonvulsivante utilizado em diferentes tipos de epilepsia, especialmente epilepsia do lobo temporal, e que desde a década de 80 vem sendo utilizada no tratamento de quadros maníacos. Sua eficácia é comparável à do lítio, no tratamento agudo da mania. A carbamazepina é utilizada em pacientes não responsivos ao lítio, ou que não o toleram, e na mania não clássica. Em pacientes maníacos hospitalizados se revelou tão eficaz quanto o lítio. Em cicladores rápidos, na mania disfórica, e na mania grave as evidências de resposta não são tão consistentes.

É utilizada ainda para potencialização do efeito do lítio quando a resposta é parcial, e em quadros de agressividade ou descontrole dos impulsos. É contraindicada em pacientes com doença hepática,

trombocitopenia, ou em pacientes que estejam usando clozapina (pode agravar problemas hematológicos).

Os efeitos colaterais mais comuns da carbamazepina são ataxia, diplopia, dor epigástrica, toxicidade hepática, náuseas, prurido, rash cutâneo, sedação, sonolência, tonturas (Swan, 2001).

Outros anticonvulsivantes estão sendo propostos para o uso como estabilizadores do humor: a lamotrigina, o topiramato e a gabapentina. Embora os primeiros resultados sejam promissores sua eficácia no THB, entretanto, não foi ainda firmemente estabelecida. O **topiramato** apresenta uma vantagem sobre os demais: a **perda de peso**. A **olanzapina** foi recentemente aprovada pelo FDA para o uso no transtorno bipolar, em monoterapia.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Estes sintomas estão aliados a uma carência de visão crítica que leva o indivíduo a não reconhecer o caráter estranho de seu comportamento. Assim, ele tem sérias dificuldades nos relacionamentos sociais e em executar as tarefas cotidianas.

✓ Neurose - é um quadro psiquiátrico que caracteriza-se por dificuldades de adaptação por parte do indivíduo, embora este seja capaz de trabalhar, estudar, envolver-se emocionalmente e estar bem entrosado com a realidade. Sua questão central é a angústia, o aspecto doloroso da interação humana transcende o aspecto prazeroso.

Medo X ansiedade

A ansiedade é um sinal de alerta; indica um perigo iminente e capacita a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça. O medo é um sinal de alerta semelhante, mas deve ser diferenciado da ansiedade. Ele é uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou não conflituosa; a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou conflituosa.

Níveis de Ansiedade: Leve, Moderada, Grave e Pânico.

Os principais tipo de transtorno de Ansiedade:

✓ TOC – Transtorno obsessivo compulsivo – Envolve obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens), que causam notável ansiedade e ou compulsões (comportamentos ou atos mentais repetidos) que tentam neutralizar a ansiedade.

✓ Fobias- Medo intenso, ilógico e persistente de um objeto ou situação social que causa extrema angústia e interfere no funcionamento normal. Tipos:

CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

- ✓ Agorafobia – Ansiedade a respeito de locais ou situações de onde possa ser difícil escapar ou onde possa não haver auxílio disponível, ou trata-se de esquivar de tais locais.
- ✓ Fobia específica – Medo irracional de um objeto ou uma situação. Ex: barata, sangue, seringa, sapos.
 - ✓ Fobia social – Ansiedade provocada por certas situações sociais ou de desempenho. Contato interpessoal.
 - ✓ Transtorno de ansiedade generalizada – Seis meses de preocupação e ansiedade excessiva e persistente. Sintomas como inquietação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono.
 - ✓ Transtorno de estresse agudo- Desenvolvimento de ansiedade, dissociação e outros sintomas até um mês após a exposição a um estressor extremamente traumático. Dura 2 dias a 4 semanas.
 - ✓ Transtorno de estresse pós-traumático – Caracterizado pela repetição da vivência de um evento extremamente traumático, esquivar de estímulos associados a tal evento. Começa entre três meses a anos após o evento e pode durar alguns meses ou anos.

Transtorno de ansiedade de separação.

Ansiedade excessiva relativa a uma separação de casa ou de pessoas, pais ou cuidadores, a quem o cliente é ligado. Preocupação generalizada de que algum mal irá acometer seus pais durante a separação. Preocupação excessiva por um período de pelo menos 4 semanas. As preocupações costumam assumir a forma de:

recusa a ir à escola,

medo e sofrimento na separação,

reclamações repetidas de sintomas físicos, como dores de cabeça e de estômago quando a separação é antecipada,

pesadelos relacionados a problemas de separação.

OS ANSIOLÍTICOS

São medicamentos capazes de atuar sobre a ansiedade e tensão. Estas drogas foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizar as pessoas estressadas, tensas e ansiosas. São classificados como sedativo-hipnótico; enquanto o efeito ansiolítico reduz a ansiedade patológica, o hipnótico produz sonolência, facilitando o início e a manutenção

do sono. Atualmente, estes tipos de medicamentos são denominados de ansiolíticos, ou seja, que "destroem" (lise) a ansiedade.

Os benzodiazepínicos são capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de tensão e ansiedade. Ultimamente as pesquisas têm indicado a existência de receptores específicos para os Benzodiazepínicos no Sistema Nervoso Central (SNC), sugerindo a existência de substâncias endógenas (produzidas pelo próprio organismo) muito parecidas com os benzodiazepínicos. Tais substâncias seriam uma espécie de "benzodiazepínicos naturais", ou mais precisamente, "ansiolíticos naturais".

Assim, quando, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do cérebro funcionam exageradamente, resultando num estado de ansiedade, os benzodiazepínicos exercem um efeito contrário, isto é, inibem os mecanismos que estavam funcionando demais e a pessoa fica mais tranquila e menos responsiva aos estímulos externos. Como consequência desta ação, os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por: Diminuição de ansiedade; Indução de sono; Relaxamento muscular; Redução do estado de alerta.

É importante notar que os efeitos dos benzodiazepínicos podem ser fortemente aumentados pelo álcool, e a mistura álcool + benzodiazepínico podem ser prejudiciais, tais combinações podem resultar em sonolência importante, desinibição ou mesmo depressão respiratória. Apesar de vários BDZ estarem disponível nas formas parenterais para administração IM, apenas o lorazepam apresenta uma absorção rápida e confiável por meio desta rota. Nas emergências psiquiátricas o lorazepam IM começa a substituir o diazepam EV. Os Benzodiazepínicos são utilizados nas mais variadas formas de ansiedade, não são antineuróticos, antipsicóticos ou anti-insônia. O principal efeito colateral dos ansiolíticos benzodiazepínicos é a sedação e sonolência, variável de indivíduo para indivíduo e de acordo com a dose do medicamento.

Em alguns poucos casos, de fato, observamos sintomas de abstinência. Estes ocorrem, predominantemente, com o Clonazepam e Lorazepam. Quando ocorre a síndrome de abstinência ao benzodiazepínico, esta tem início cerca de 48 horas após a interrupção da droga e os sintomas correspondem à ansiedade acentuada, tremores, irritabilidade, insônia, sudorese, hipersensibilidade a estímulos externos, entre outras. Os casos de dependência aos Benzodiazepínicos relatados na literatura ou constatados na clínica se prendem, na grande maioria das vezes, ao uso muito prolongado e com doses acima das habituais.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

Personalidade – “A totalidade de características de uma pessoa quando os traços emocionais e comportamentais aparentes na vida cotidiana, uma totalidade que é geralmente estável e previsível “ KAPLAN & SADOCK, 1998, P.775 apud TOWNSEND, 2011, P. 601.

Transtorno de personalidade acontecem quando os traços de personalidades (padrões permanentes de percepção, relacionamento e pensamento sobre o ambiente e a própria pessoa , que são apresentados em variação do contexto social e pessoal) tornam-se inflexíveis e mal adaptados, interferindo de forma significativa no modo como a pessoa funciona em sociedade ou causando a ela angustia emocional. Geralmente são diagnosticado na vida adulta, quando a personalidade está formada. Ocorre entre 10 a 13% da população. Incidência maior entre pessoas de grupo socioeconômico mais baixo e em populações instáveis ou desfavorecidas.

PRINCIPAIS DISTURBIOS DA PERSONALIDADE

Paranoide	Desconfiança e suspeita dos outros, afeto protegido e limitado
Esquizoide	Distanciamento das relações sociais (isolamento social) afeto restrito, envolvido com coisas mais do que com pessoas. Apresentam-se frios, afastados e indiferentes aos outros. Preferem trabalhar isolados. Podem estar associado a fatores hereditários e as influências nas relações familiares.
Esquizotípica	Desconforto agudo nos relacionamentos, distorções cognitivas ou perceptivas, comportamento excêntrico. É normal apresentarem uma aparência estranha (podem andar despenteados e desalinhados)
Antissocial	Desconsideração pelos direitos dos outros, por regras e leis. Também denominado de transtorno de personalidade Psicopata, sociopata ou Dissocial. Falta de remorso pelo comportamento, exploração das pessoas no comportamento, emoções muito superficiais.
Boderline	Relações, autoimagem e afeto instáveis, impulsividade, automutilação. 8 a 10 % cometem suicídio. Os comportamentos destrutivos incluem cortar-se, arranhar-se e queimar-se. Apresentam comportamento impulsivo que incluem o abuso de drogas, a jogatina. Com frequência relatam solidão profunda, tédio, frustração. Raramente tem períodos de satisfação e bem estar. Humor lábil.
Histriônica	Caracterizado por um padrão insistente de emoções e busca de atenção excessiva. Tendem a exagerar intimidade chamando quase todos de “amigos queridos” ou beijando e abraçando de forma inapropriada quem acabaram de conhecer. Ficam desconfortáveis quando não são o centro da atenção
Nacisista	Grandiosidade, falta de empatia, necessidade de admiração. Tem um exagerado sentimento de autovalorização . Tem sentimento de inveja entre outras características.
Esquiva	Inibições sociais, sentimentos de inadequação, hipersensibilidade a avaliações negativas

Dependente	Comportamento submisso e apegado, necessidade excessiva de ser cuidado
Obsessivo-compulsiva	Preocupação com ordem, perfeccionismo e controle. É relutante em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas, a menos que elas se submetam exatamente a sua forma de fazer as coisas, entre outras características
Depressiva	Padrão de cognições e comportamentos depressivos em uma variedade de contexto
Passivo-agressiva	Padrão de atitudes negativas e resistência passiva a demandas de desempenho adequado em situações sociais e ocupacionais.

TRATAMENTO

A escolha do tratamento é geralmente baseada sobre a maior área de disfunção, tais como cognição, o afeto, o comportamento ou as relações interpessoais. As psicoterapias nas várias modalidades também são úteis. A nível de psicofarmacologia, busca-se algum alívio sintomático. Os antipsicóticos são úteis nos transtornos da personalidade paranoide e esquizotípicas. Os inibidores da recaptação seletiva da serotonina, flouxetina, sertralina, paroxetina, são úteis no transtorno Bordeline na regulação da raiva, impulsividade e estabilidade de humor. Olítio pode ser útil para pessoas com transtorno da personalidade anti-social quando mostram-se agressivos.

TRANSTORNO DA ALIMENTAÇÃO

➤ Anorexia nervosa: caracteriza-se por recusa ou incapacidade do cliente de manter um peso corporal normal, medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo. Percepção significativamente distorcida da forma ou do tamanho corporais e firme incapacidade ou recusa em reconhecer a gravidade do problema. Sintomas: Distorção da imagem corporal, Amenorreia, sintomas depressivo, retraimento social, pensamento inflexível, constipação e dor abdominal, hipotensão, hipotermia, anemia grave, leucopenia, etc. Surge entre 14 e 18 anos de idade.

Podem ser classificados em dois subgrupos:

- ✓ Restritivo – Perde peso principalmente por dieta, jejum ou excesso de exercício.
- ✓ Compulsivo e purgatório – Engaja-se regularmente na compulsão alimentar e na subsequente purgação

Tratamento:

Psicoterapia

Amtripitilina e o anti-histamínico ciproeptadina – promovem ganho de peso em pacientes que se encontra internados.

Olanzapina – Por conta do efeito psicótico e devido ao ganho de peso.

Fluoxetina- na prevenção de recidiva.

➤ BULIMIA NERVOSA - Caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguida de comportamento compensatório inapropriado, destinado a evitar ganho de peso, como purgação, jejum, exercício físico em excesso, vômitos, enemas e diuréticos, a fim de minimizar os efeitos “de engordar” da ingestão de alimentos. Costuma iniciar no final da adolescência ou início da idade adulta (18 ou 19 anos). Sintomas; comportamento compensatório, geralmente o peso corporal é normal, depressão, ansiedade, perda do esmalte do dente, irregularidades menstruais, amilase levemente alterados.

Tratamento: Psicoterapia e antidepressivos.

➤ Obesidade – De modo geral os obesos tem uma autoestima muito rebaixada; sente-se seu corpo feio, acham que as pessoas os encaram com desprezo e rejeição. Os obesos tem dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias de modo geral. Todo mal estar é logo percebido como fome.

TRANSTORNO COGNITIVO

DELIRIUM

É uma síndrome que envolve perturbação da consciência acompanhada de mudança na cognição. Desenvolve-se por um período curto. Sintomas: dificuldade de atenção, distração fácil, desorientação, possíveis perturbações sensoriais, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia, apatia. O delírium quase sempre resulta de uma perturbação ou doença fisiológica, metabólica ou cerebral identificável, ou de uma intoxicação por droga/fármaco ou abstinência.

DEMÊNCIA

É um transtorno mental que envolve múltiplos déficits cognitivos, sobretudo prejuízo da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação do controle cognitivo. Quando não há causa subjacente, o curso da demência tende a ser progressivo. Ela pode ser definida em três estágios:

Leve – Sintomas: Esquecimento, tem dificuldade de achar palavras, perde objetos, fica ansioso, o local de trabalho e os de vivência social tornam-se menos agradáveis.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

Moderado – A confusão fica aparente, junto com a perda da memória. Não consegue mais realizar tarefas complexas, mas permanece orientado em relação a pessoas e lugares, no final desse estágio perde a capacidade de viver de modo independente, torna-se necessário alguma assistência.

Grave – Ocorre mudanças emocionais e de personalidade. A pessoa pode ter ilusões, vagar a noite, esquecer nome de cônjuge e dos filhos e precisar de assistência para atividades de vida diária.

Comparação entre delírium e demência

Indicador	Delírium	Demência
Início	Rápido	Gradativo e insidioso
Duração	Breve (horas a dias)	Deterioração progressiva
Nível de Consciência	Prejudicado , oscilante	Não afetado
Memória	Prejuízo a curto prazo	Curto prazo e depois longo prazo
Discurso	Arrastado, confuso, pressionado, irrelevante	Normal no estágio inicial, afasia progressiva no estágio posterior.
Processos do pensamento	Temporariamente desorganizados	Prejudicado, perda eventual das capacidades de pensamento
Percepção	Alucinações visuais ou táteis, delírios	Várias vezes ausente, mas pode ter paranoia, alucinações e ilusão
Humor	Ansioso, com medo quando há alucinação, choroso, irritável	Deprimido e ansioso no estágio inicial; humor lábil, andar inquieto, repentes de raiva nos estágios posteriores

DOENÇA DE ALZHEIMER

Transtorno cerebral progressivo, com surgimento gradual, que causa declínio crescente do funcionamento, incluindo perda da fala, perda da função motora e profundas mudanças de personalidade e comportamento, como paranoia, delírios, alucinações, desatenção à higiene e beligerância. Atrofia pelos neurônios cerebrais, depósitos de placas senis. O risco aumenta com a idade, e o período médio desde o surgimento dos sintomas até a morte é de 8 a 10 anos. O surgimento tardio (após os 65 anos de idade), pode ter componente genético.

DEMÊNCIA VASCULAR

Apresenta sintomas similares aos da doença de Alzheimer, mais seu surgimento é geralmente abrupto, seguidos de mudanças rápidas no funcionamento, um platô, ou período estável, mais mudanças abruptas, outro período de estabilidade, e assim por diante. As imagens por tomografia ou ressonância, mostram múltiplas lesões vasculares do córtex cerebral e das estruturas subcorticais resultantes da diminuição de suprimento sanguíneo ao cérebro.

DOENÇA DE PICK

Doença degenerativa que afeta em particular os lobos frontal e temporal e resulta em um quadro clínico similar ao da doença de Alzheimer. Sinais iniciais incluem mudança da personalidade, perda das habilidades e inibições sociais, embotamento emocional e anormalidades de linguagem. Surgimento se dar dos 50 aos 60 anos de idade, e a morte em 2 a 5 anos.

DOENÇA DE CREUTZFELDT-JAKOB

Transtorno do sistema nervoso central que se desenvolve, em geral, em adultos dos 40 aos 60 anos de idade. Envolve visão alterada, perda da coordenação.

DOENÇA DE PARKINSON

Condição neurológica lentamente progressiva, caracterizada por tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. Lentidão cognitiva e motora e prejuízos na memória e no funcionamento executivo. Tem sido relatado demência em 20 a 60% das pessoas.

TRATAMENTO

Delírium - antipsicótico ex: haloperidol, para diminuir a agitação. Os sedativos e os benzodiazepínicos são evitados porque podem piorar o delírium.

Demência: - Sempre que possível, identifica-se a causa subjacente à demência para que o tratamento seja instituído. Farmacos utilizados para tratar demência: Donepezil, Rivastigmina, Galantamina, Memantina.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA AO SUJEITO COM DEMÊNCIA

- Comece cada conversa identificando-se e declarando o nome do paciente.
- Fale baixo e devagar num tom de voz macio. Dê orientações ou faça perguntas com calma, uma de cada vez.
- Espere por uma resposta e, se não recebê-la, repita.
- Mova-se devagar, tocando gentilmente o braço ou a mão do paciente para que ele lhe dê atenção.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARE

- Use expressões faciais e gestos das mãos a fim de demonstrar preocupação ou para dizer como fazer algo
- Acompanhe suas associações, mesmo que ele não utilize a palavra certa ou diga algo parecido e tente ajudá-lo a encontrar o termo certo usando associações.
- Use aprovações não verbais, como sorrisos e gestos de cabeça.
- Faça perguntas que se possa responder com "não" ou "sim" ou gestos
- Ajude-o a elaborar suas tentativas de conversação adulta, seja baseado em fatos antigos ou não, fazendo-lhe perguntas genéricas ou respostas genéricas que o façam se sentir entendido.
- Faça com que a conversa seja breve, porque ele pode se cansar tentando manter uma linha de raciocínio e começar a se repetir ou divagar.
- Não o force a interagir ou participar. Fique algum tempo a sós com ele, reforçando seus valores pessoais.