

# **Psicopatologia: Principais Transtornos e Condições Mentais**

Bem-vindos à apresentação sobre Psicopatologia e os principais transtornos e condições psicopatológicas. Nesta jornada, exploraremos os fundamentos da psicopatologia, os principais transtornos e condições mentais, seus sintomas, manifestações clínicas, impactos na vida dos indivíduos e as abordagens de tratamento.



# **Agenda**

## **Do Sintoma à Condição**

Transfundos e ancoragens das vivências psicopatológicas e sintomas emergentes

## **Condições e Transtornos**

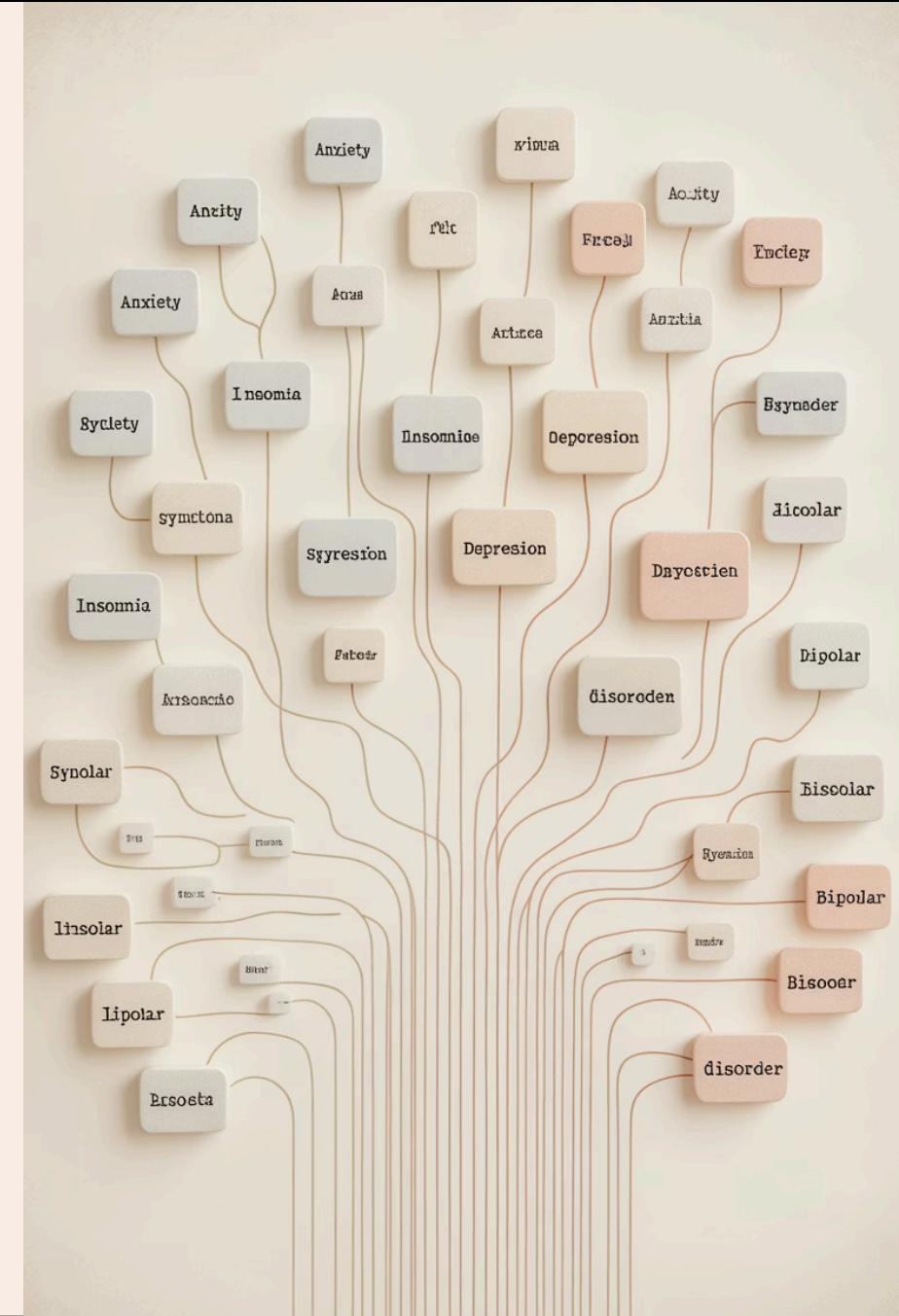
As condições da psicopatologia, os transtornos e os modos de proceder em relação aos diagnósticos

## **Principais Quadros**

Quadros depressivos, maníacos, ansiosos, psicóticos e psicomotores

# Do Sintoma à Manifestação Clínica

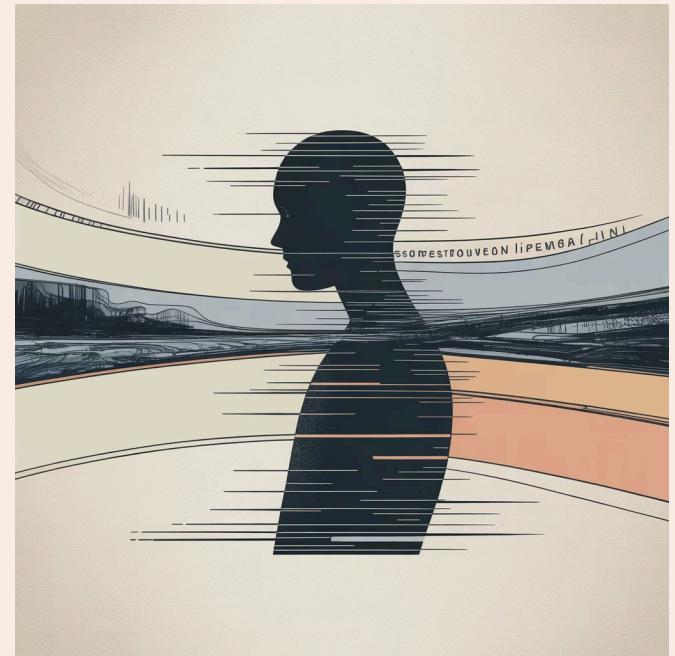
A psicopatologia organiza as vivências psicopatológicas em duas perspectivas fundamentais, conforme proposto por Hans Jörg Weitbrecht: os transfundos ou ancoragens das vivências psicopatológicas e os sintomas específicos ou emergentes.



# Transfundos das Vivências Psicopatológicas

Os transfundos ou ancoragens são como um palco, um cenário amplo onde os sintomas específicos se manifestam. Eles moldam profundamente o significado, a direção e a natureza peculiar dos sintomas que emergem.

Há uma relação dialética entre o sintoma emergente e seu transfundo, entre a figura e o fundo, a parte e o todo, o pontual e o contextual. Em outras palavras, não é possível compreender plenamente um sintoma isolado, sem levar em conta o seu contexto mais amplo.



# **Tipos de Transfundos**

## **Transfundos Estáveis**

Pouco mutáveis, representados basicamente pela personalidade e inteligência. Determinam os contornos, a diferenciação, a profundidade e a riqueza dos sintomas psicopatológicos.

## **Transfundos Mutáveis**

Momentâneos, representados pelo nível de consciência e atenção, e pelo humor e estado afetivo de fundo. Determinam a qualidade e o sentido do conjunto das vivências psicopatológicas.

# Influência dos Transfundos

A compreensão de como os transfundos influenciam as vivências psicopatológicas é crucial para uma avaliação diagnóstica precisa e para a formulação de planos terapêuticos eficazes. Ao considerar a interação entre esses fatores inerentes e mutáveis, é possível otimizar as intervenções e melhorar os resultados clínicos para os pacientes.

## Personalidade

Pacientes passivos, dependentes, "sem energia" e "astênicos" tendem a vivenciar os sintomas de modo passivo; indivíduos hipersensíveis, explosivos e muito reativos tendem a responder aos sintomas de forma mais viva e ampla.

## Inteligência

Pacientes muito inteligentes produzem delírios ricos e complexos, interpretam constantemente suas vivências. Sujeitos com inteligência reduzida criam quadros psicopatológicos indiscriminados, com menos detalhes.

## Nível de Consciência e Atenção

Estabelecem a clareza, a precisão e a nitidez dos sintomas emergentes. Sob estado de turvação da consciência, as experiências são vividas em atmosfera nebulosa.

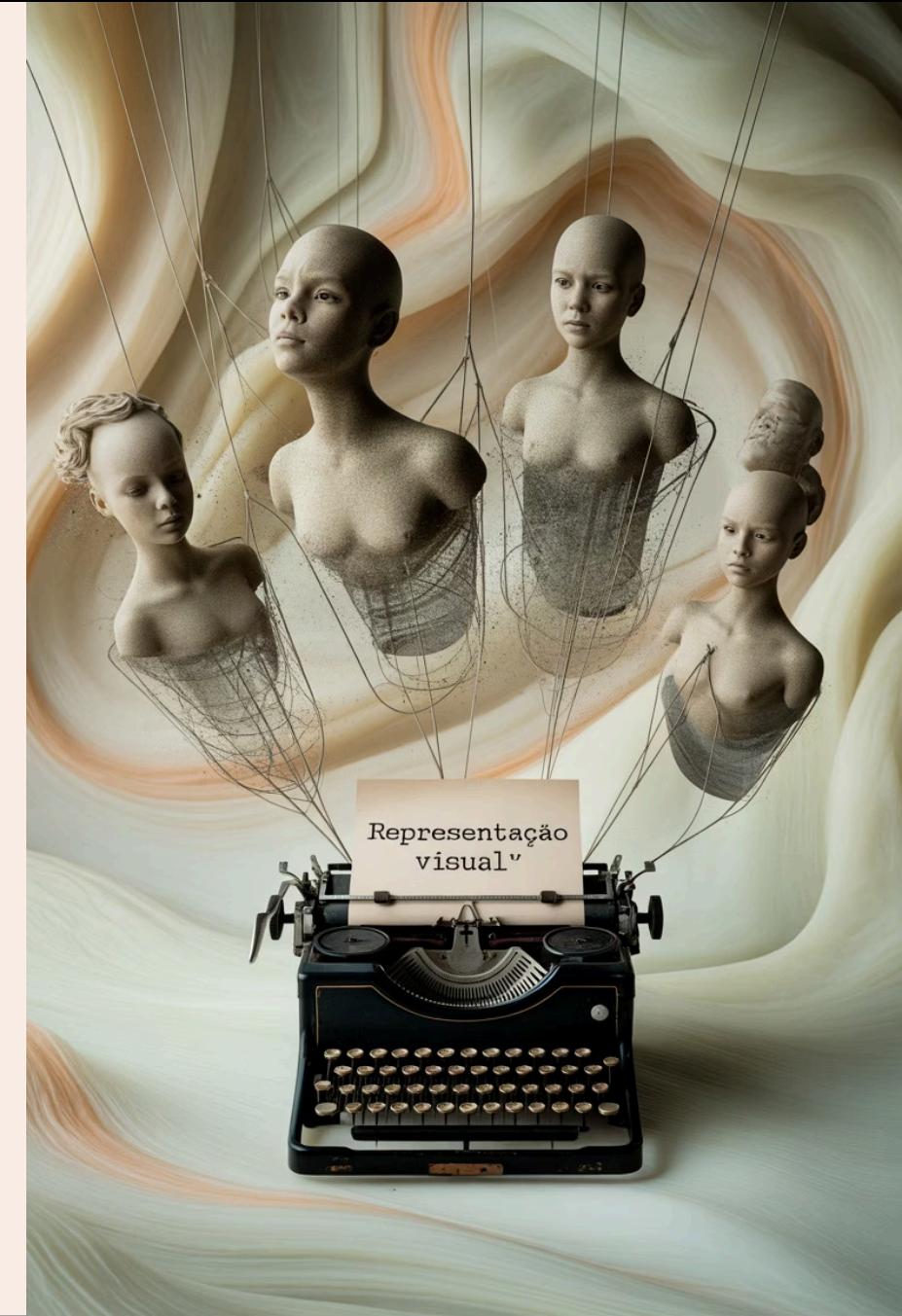
## Humor e Estado Afetivo

Influem decisivamente no desencadeamento de sintomas e no colorido e brilho específico do sintoma. Em estado depressivo grave, qualquer dificuldade ganha dimensões enormes.

# Sintomas Emergentes ou Específicos

Os sintomas emergentes ou específicos são todas as vivências psicopatológicas mais destacadas, individualizáveis, que o paciente experimenta. Incluem as esferas que, diferentemente dos transfundos, são elementos precisos, mais circunscritos.

Exemplos: alucinação (sensopercepção), sentimento determinado (afetividade), delírio (juízo), pensamento obsessivo (pensamento), paramnésia (memória), alteração da linguagem ou da vontade.



# Componentes do Surgimento dos Transtornos Mentais



## Vulnerabilidade Constitucional

Hereditariedade e constituição que precedem o início da vida de relações de um sujeito.

## Fatores Predisponentes

Articulação da vulnerabilidade constitucional com as primeiras experiências na primeira e segunda infância (0-6 anos).



## Fatores Precipitantes

Eventos que ocorrem em proximidade temporal ao surgimento dos sintomas e transtornos mentais (life-events).

## Manifestação do Transtorno

Resultado da interação entre vulnerabilidade, fatores predisponentes e precipitantes no contexto da história de vida específica.

# Fatores Predisponentes e Precipitantes

## Fatores Predisponentes

- Genética
- Eventos nos primeiros anos de vida
- Morte de um dos pais
- Abuso sexual
- Violência física ou emocional
- Negligência

## Fatores Precipitantes (Life Events)

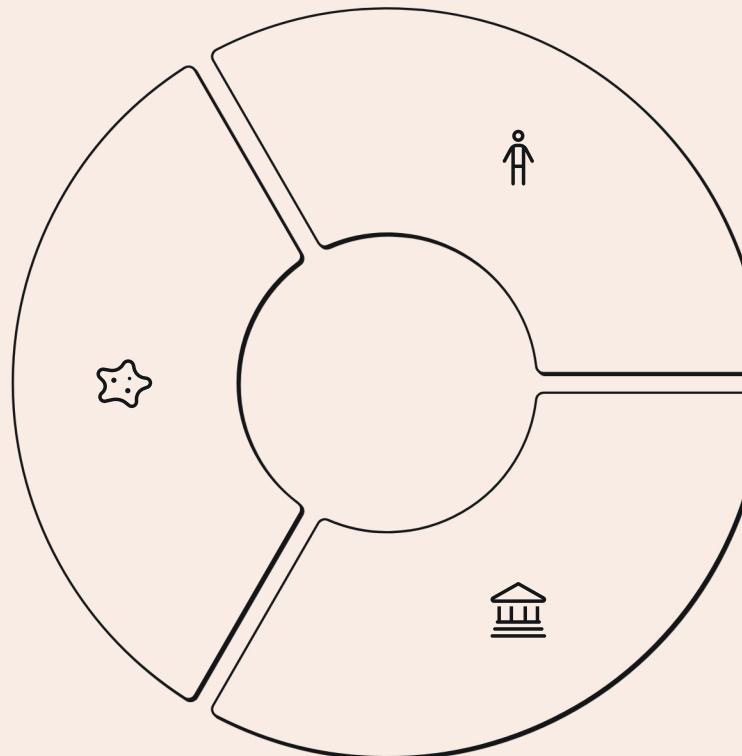
- Morte de pessoa próxima
- Brigas familiares importantes
- Separações conjugais
- Desemprego
- Mudanças no trabalho ou estudo
- Perdas ou ganhos financeiros

Os fatores predisponentes tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis para a ação dos fatores precipitantes. A resiliência, capacidade de absorver e lidar com os fatores precipitantes, é fundamental no processo de saúde-doença.

# Manifestação dos Transtornos Mentais

## Patogênese

Fator patogenético relacionado aos sintomas diretamente produzidos pelo transtorno mental de base.



## Patoplastia

Manifestações relacionadas à personalidade pré-mórbida, história de vida e padrões culturais prévios ao adoecimento.

## Psicoplastia

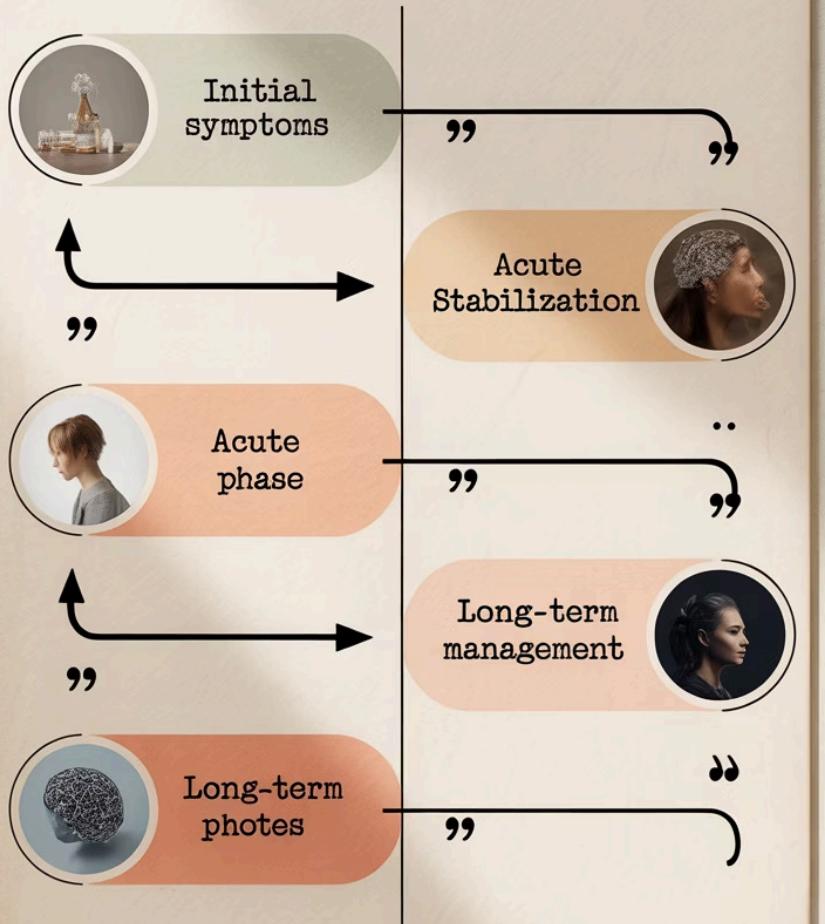
Eventos e reações do indivíduo e do meio psicossocial posteriores ao adoecer, que contribuem para determinar o quadro clínico resultante.

# **Exemplo de Interação dos Fatores**

Um homem de 50 anos é acometido de um episódio depressivo grave (fator patogenético). Ele sempre teve personalidade extrovertida, ativa e enérgica, e é filho de italianos napolitanos (fatores patoplásticos). Após alguns meses do início dos sintomas depressivos, estando muito descuidado com suas tarefas profissionais, acaba por perder o emprego (fator psicoplástico).

- A manifestação dramática e demonstrativa dos sintomas depressivos fica por conta dos fatores patoplásticos.
- O humor triste, a perda do apetite e a anedonia podem ser atribuídos aos fatores patogenéticos.
- As sensações de fracasso, de inutilidade e de desmoralização diante da vida são devidas aos fatores psicoplásticos.

# Progressing of Mental Disorders



# A Evolução Temporal dos Transtornos Mentais

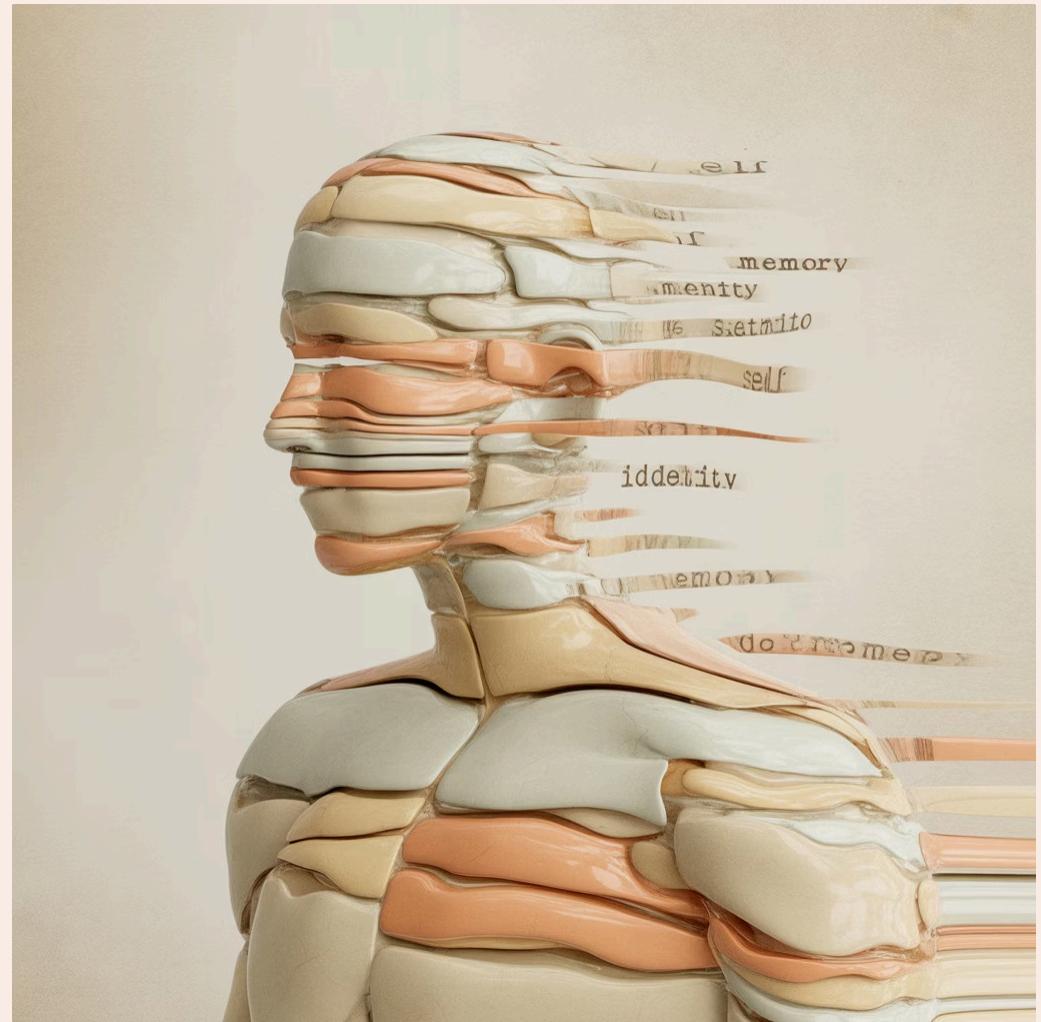
Segundo a concepção psicopatológica, com base na patologia geral e na escola jasperiana, os cursos longitudinais dos transtornos mentais crônicos podem ser de dois tipos: processo e desenvolvimento. Já os fenômenos agudos ou subagudos, com caráter episódico, classificam-se em crises ou ataques, reações vivenciais, fases e surtos.

# **Tipos de Evolução dos Quadros Psiquiátricos**

Dimensão Temporal	Psicologicamente Compreensível	Não Compreensível Psicologicamente
Crônico	Desenvolvimento	Processo
Agudo	Reação vivencial	Fase/Surto

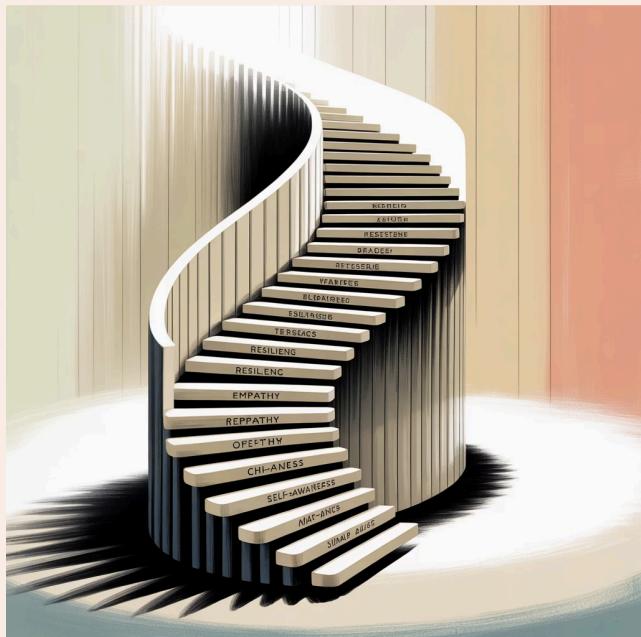
# Processo

Refere-se a uma transformação lenta e insidiosa da personalidade, decorrente de alterações psicologicamente incompreensíveis, de natureza endógena. O processo irreversível, supostamente de natureza corporal (neurobiológica), rompe a continuidade do sentido normal do desenvolvimento biográfico de uma pessoa.



Utiliza-se o termo "processo", por exemplo, para caracterizar a natureza de um quadro esquizofrênico de evolução insidiosa, que lenta e radicalmente transforma a personalidade do sujeito acometido.

# Desenvolvimento



Refere-se à evolução psicologicamente compreensível de uma personalidade. Essa evolução pode ser normal, configurando os distintos traços de caráter do indivíduo, ou anormal, determinando os transtornos da personalidade e as neuroses.

# Fenômenos Agudos ou Subagudos

## **Crise ou Ataque**

Caracteriza-se por surgimento e término abruptos, com duração de segundos ou minutos, raramente horas.

Exemplos: crises epilépticas, crises de pânico, crises dissociativas.

## **Reação Vivencial Anormal**

Fenômeno psicologicamente compreensível, desencadeado por eventos vitais significativos. É designada reação anormal pela intensidade muito marcante e duração prolongada dos sintomas.

## **Fase**

Refere-se particularmente aos períodos de depressão e de mania dos transtornos afetivos. Passada a fase, o indivíduo retorna ao que era antes, sem alterações duradouras na personalidade.

## **Surto**

Ocorrência aguda que se instala de forma mais ou menos repentina, fazendo eclodir uma doença de base endógena. Produz sequelas irreversíveis, danos à personalidade e/ou à esfera cognitiva e/ou afetiva.

# Terminologia da Evolução dos Episódios

## Remissão

É o retorno ao estado normal tão logo acaba o episódio agudo. Fala-se em remissão espontânea quando o paciente se recupera sem o auxílio de intervenção terapêutica.

## Recaída ou Recidiva

É o retorno dos sintomas logo após haver ocorrido melhora parcial do quadro clínico ou quando o estado assintomático é ainda recente (não tendo passado um ano).

## Recuperação

É o retorno e a manutenção do estado normal, já tendo passado um bom período de tempo (geralmente um ano) sem que o paciente apresente recaída do quadro.

## Recorrência

É o surgimento de um novo episódio, depois de o indivíduo apresentar-se assintomático por um bom período (pelo menos um ano). É um novo episódio da doença.

# Contextualização do Sintoma

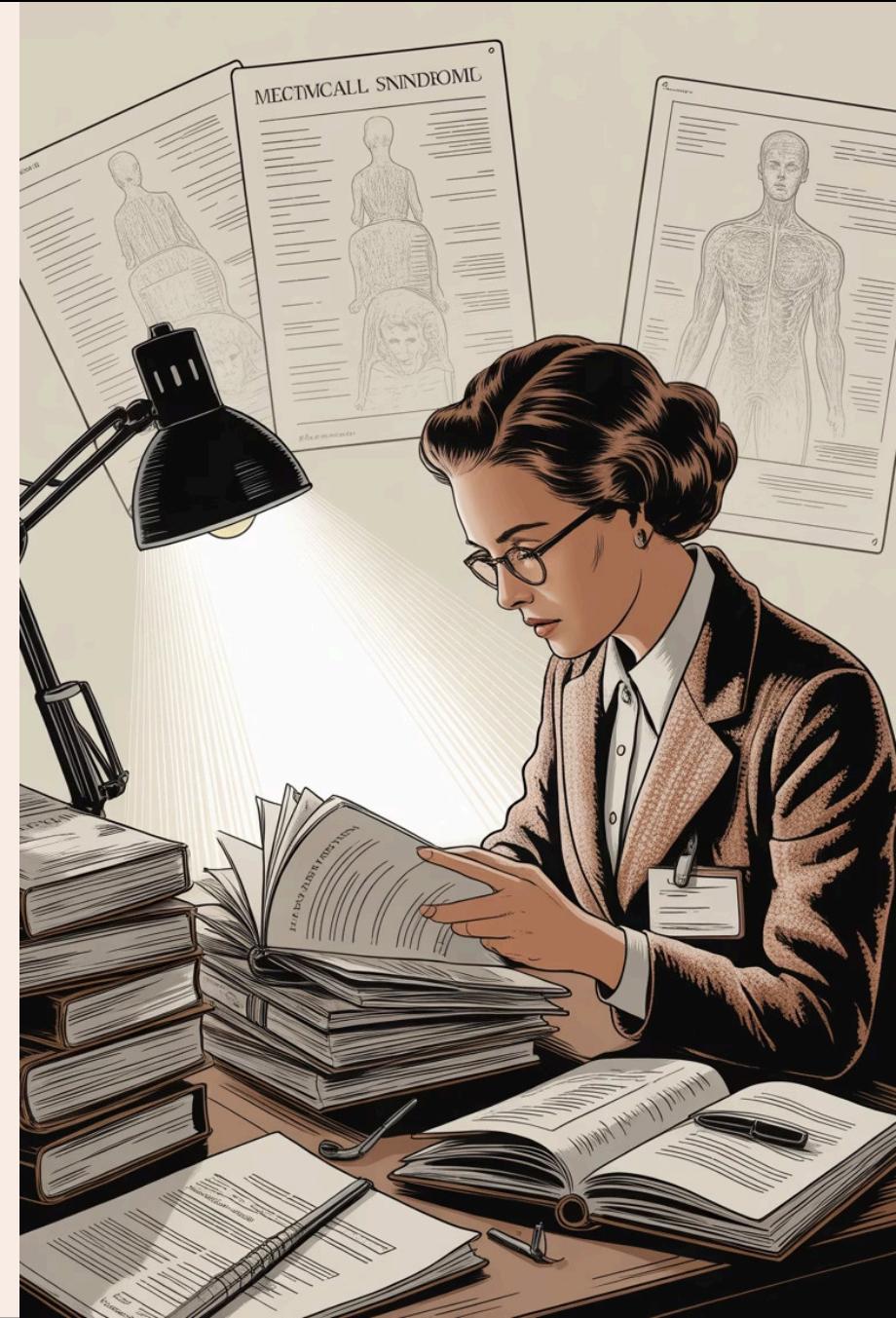
A posição dos fenômenos psicopatológicos em relação à dimensão biológico-cerebral e à dimensão psicológico-subjetiva e cultural pode ser organizada em quatro níveis:

Nível	Características	Relação com o Cerebral e o Cultural
Primeiro Nível (Neurológico)	Sintomas sensitivo-motores da neurologia clássica	Relação muito íntima com o plano biológico. Universal, pouca plasticidade.
Segundo Nível (Neuropsicológico)	Condições neuropsicológicas, sintomas deficitários	Relação íntima com o plano cerebral, mas já recebe influência cultural
Terceiro Nível (Psicopatológico Primário)	Delírio, alucinações, obsessões, afetos primários	Relação mais equilibrada entre o biológico e o cultural
Quarto Nível (Psicopatológico Secundário)	Sintomas afetivos secundários, conflitos emocionais	Relação íntima com o biográfico e cultural, menos determinados pelo cerebral

# Agrupamentos Sintomáticos na Psicopatologia

Conjuntos de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente e são observados na prática clínica diária são agrupamentos estáveis de sintomas, conjuntos sígnicos, que podem ser produzidos por várias causas.

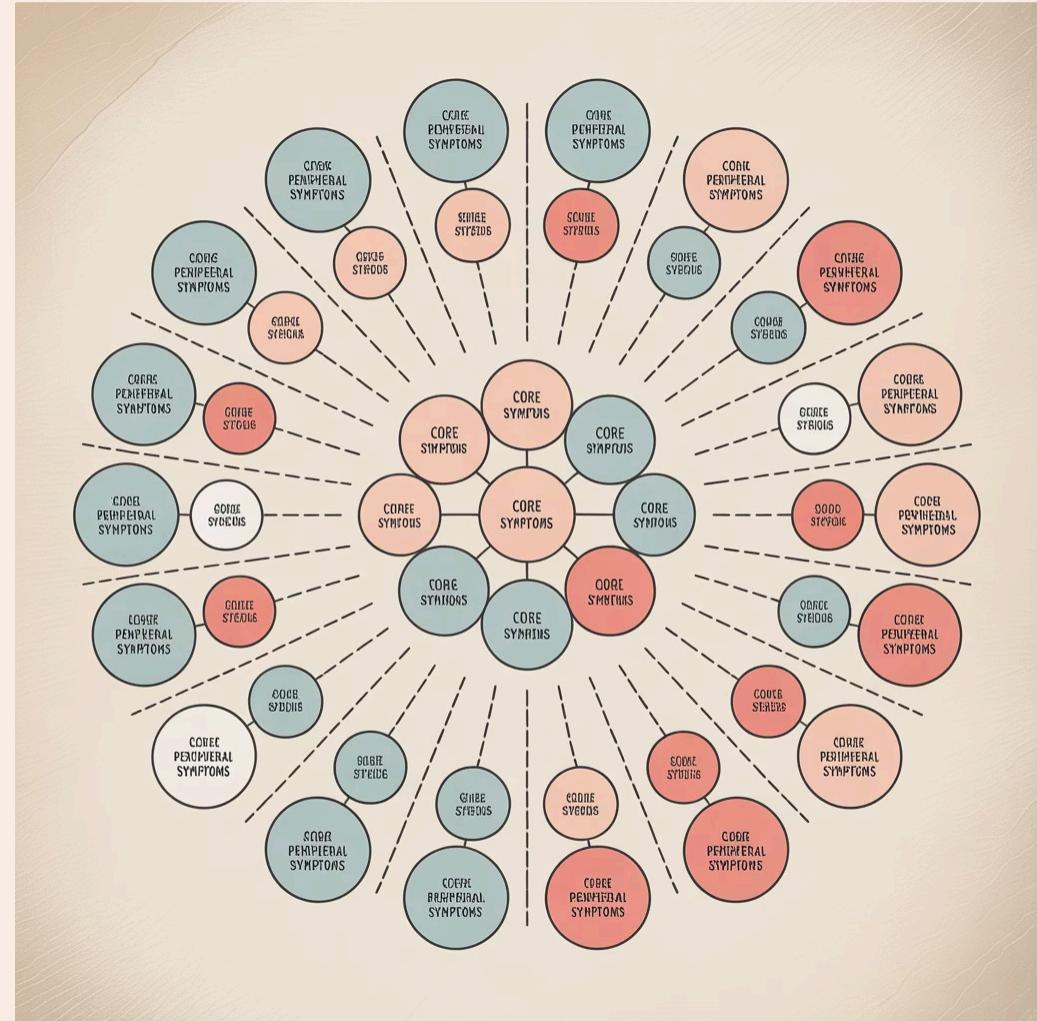
Identificar tais agrupamentos é o primeiro passo no sentido de ordenar a observação psicopatológica dos sinais e dos sintomas dos pacientes.



# Teoria dos Quadros Clínicos

Na psicopatologia clássica, a "teoria dos quadros clínicos" foi defendida por autores como Johannes Lange, Adolf Meyer e Bartolomé L. Lloret. Nessa teoria, postula-se que, no complexo sintomático geral, há:

- Sintomas nucleares (como a alteração de nível de consciência e atenção no delirium ou a mudança do humor e do ritmo psíquico nos transtornos afetivos)
- Sintomas periféricos (que se articulam em torno e hierarquicamente de forma secundária aos sintomas nucleares)

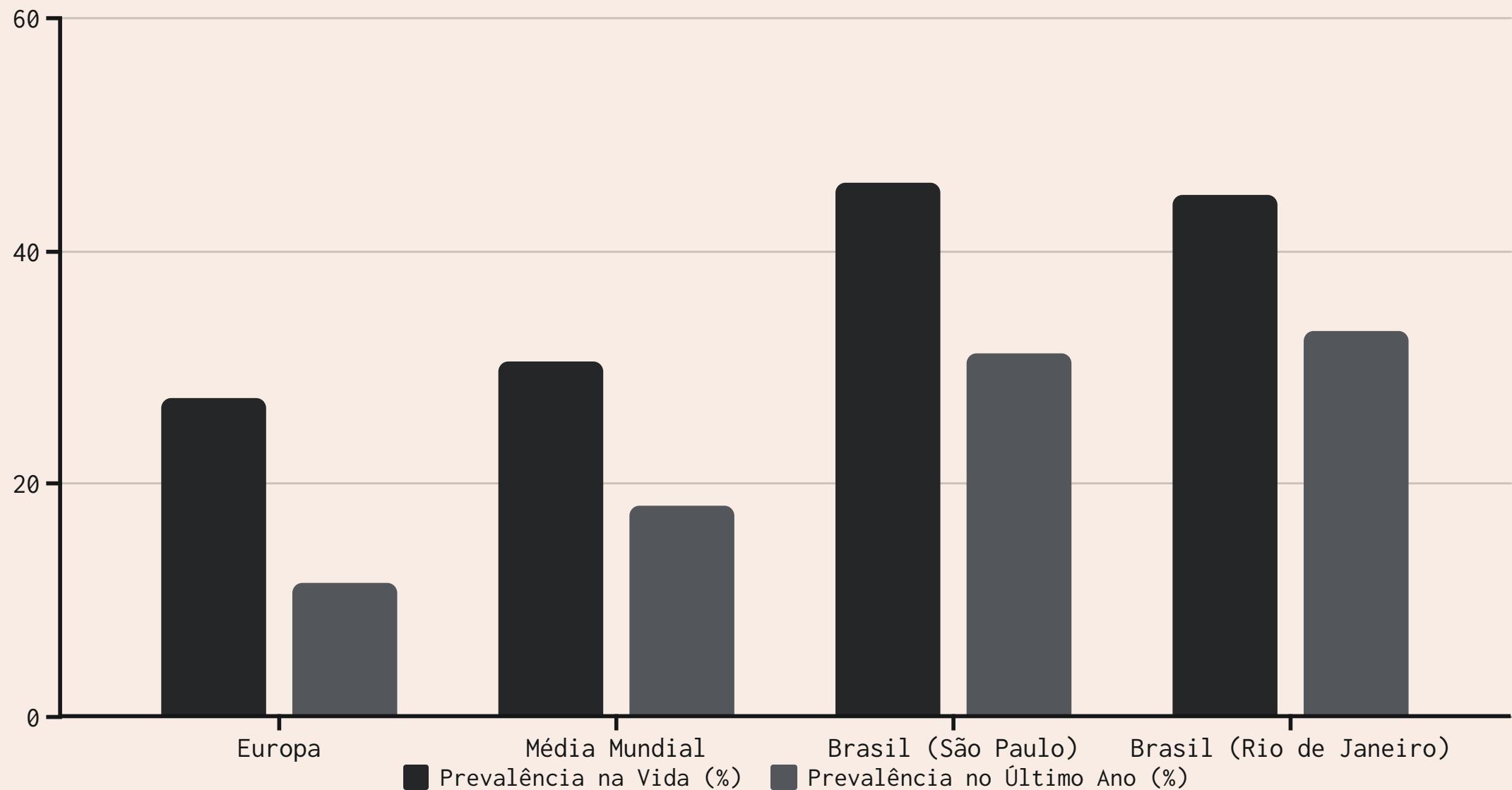


# **Diagnóstico de Conjuntos de Sintomas e Transtornos Mentais**

O diagnóstico de conjuntos de sintomas é um ato clínico modesto, mas estrategicamente importante no raciocínio clínico. Trata-se de uma indicação preciosa para o diagnóstico.

É desejável, sempre que possível, após a precisa caracterização dos sinais e dos sintomas e seu ordenamento em apresentações clínicas, formular hipóteses diagnósticas relativas aos transtornos mentais específicos, que idealmente teriam (mas raramente têm) etiologia ou fatores etiológicos determinados, fisiopatologia ou psicopatologia específicas e curso relativamente homogêneo.

# Prevalência de Transtornos Mentais no Mundo (2022)



De acordo com os dados mais recentes de 2022, a prevalência global de transtornos mentais continua alta, com 30,5% da população mundial apresentando alguma psicopatologia durante a vida e 18,1% nos últimos 12 meses. No Brasil, as taxas são ainda mais elevadas, chegando a 45,9% na prevalência ao longo da vida em São Paulo e 44,8% no Rio de Janeiro, com 31,2% e 33,1% respectivamente na prevalência anual.

# Prevalência de Transtornos Mentais no Brasil (2022)

De acordo com os dados mais recentes de 2022, a prevalência de transtornos mentais no Brasil continua elevada:

**45,9%**

Prevalência na vida em  
São Paulo

**44,8%**

Prevalência na vida no  
Rio de Janeiro

**31,2%**

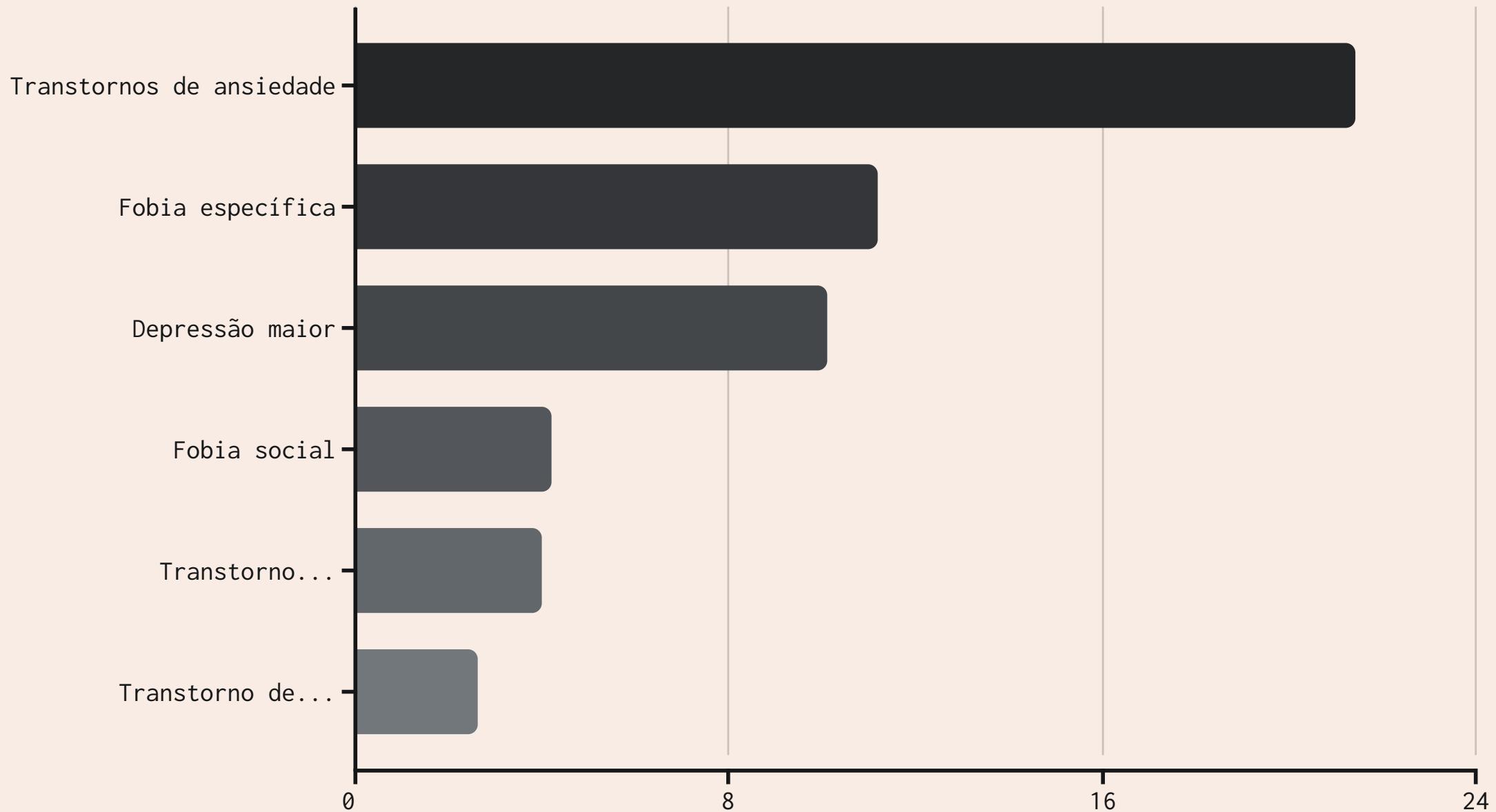
Prevalência nos últimos  
12 meses em São Paulo

**33,1%**

Prevalência nos últimos  
12 meses no Rio de  
Janeiro

Esses dados mostram que a frequência de transtornos mentais no Brasil continua consideravelmente elevada, com cerca de metade da população apresentando algum transtorno mental ao longo da vida e cerca de um terço nos últimos 12 meses.

# Transtornos Mentais Mais Frequentes no Brasil (2023)



De acordo com as mais recentes pesquisas científicas, os transtornos de ansiedade, as fobias e a depressão maior continuam sendo os transtornos mentais mais prevalentes na população brasileira, afetando cerca de 21,4%, 11,2% e 10,1% da população, respectivamente, nos últimos 12 meses.



# Depressão

A depressão é um transtorno mental grave e recorrente que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com as últimas pesquisas científicas, a prevalência global da depressão maior é estimada em cerca de 4,7% da população, com uma prevalência nos últimos 12 meses de aproximadamente 4,4% e uma prevalência ao longo da vida de até 16,6%.

## 1 Principais Sintomas

Humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, cansaço e falta de concentração.

## 2 Fatores de Risco

Histórico familiar, eventos de vida estressantes, doenças crônicas, uso de certas medicações, abuso de substâncias e traumas na infância.

## 3 Impacto na Vida

A depressão pode prejudicar significativamente o funcionamento social, ocupacional e familiar, além de aumentar o risco de suicídio.

# Depressão no Brasil

De acordo com as mais recentes pesquisas epidemiológicas no Brasil:

- Prevalência de depressão maior ao longo da vida em São Paulo: 18,4%
- Prevalência de depressão maior ao longo da vida no Rio de Janeiro: 16,9%
- Em pesquisa nacional do IBGE (2019), 9,3% dos entrevistados apresentaram algum quadro depressivo nos últimos 12 meses
- 4,1% apresentaram depressão maior
- 20,7% relataram humor depressivo
- 8,9% receberam, em algum momento da vida, um diagnóstico clínico de depressão

Esses dados indicam que a prevalência de depressão no Brasil é relativamente alta em comparação com a média global.

As taxas de depressão no Brasil são próximas ou até superiores às observadas em outros países da América Latina e em nações desenvolvidas, o que destaca a importância de políticas públicas efetivas para o diagnóstico e tratamento desse transtorno mental.



# Impacto da Depressão

**322M**

**Pessoas acometidas no mundo (2019)**

Das quais 202 milhões eram mulheres

**44.2M**

**Suicídios associados**

A DALY relacionada à depressão foi associada a cerca de 44,2 milhões de suicídios (2019)

**20x**

**Aumento do risco de suicídio**

Ter depressão aumenta em 20 vezes o risco de suicídio

A depressão causa considerável impacto na saúde física e mental e na qualidade de vida das pessoas acometidas; ela é uma das principais causas de "anos vividos com incapacidades" (YLDs) e "perda de anos em termos de morte prematura e perda de anos de vida produtiva" (DALY). Estudos recentes mostram que a prevalência global de depressão aumentou significativamente nos últimos anos, com estimativas de 322 milhões de pessoas afetadas em 2019, um aumento de 8% em relação a 2010.

# Características da Depressão

Do ponto de vista psicopatológico, os estados depressivos têm como elementos mais salientes:

- Humor triste
- Desânimo na esfera volitiva
- Intensidade e duração desproporcionais às respostas normais de tristeza

Os quadros depressivos caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, intuitivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autovalorização, à vontade e à psicomotricidade.



"Emotional exhaustion"

# Sintomas dos Transtornos Depressivos

1

## Sintomas Afetivos e de Humor

- Tristeza, sentimento de melancolia
- Choro fácil e/ou frequente
- Apatia, indiferença afetiva
- Sentimento de falta de sentimento
- Sentimento de tédio, aborrecimento crônico
- Irritabilidade aumentada

2

## Alterações da Volição e Psicomotricidade

- Desânimo, diminuição da vontade (hipobulia)
- Anedonia (incapacidade de sentir prazer)
- Tendência a permanecer quieto na cama
- Lentificação psicomotora
- Diminuição da fala, fala em tom baixo

3

## Alterações Ideativas

- Ideação negativa, pessimismo
- Ideias de arrependimento e culpa
- Ruminações com mágoas atuais e antigas
- Visão de mundo marcada pelo tédio
- Ideias de morte, desejo de desaparecer

4

## Alterações da Autovalorização

- Autoestima diminuída
- Sentimento de insuficiência, incapacidade
- Sentimento de vergonha
- Autodepreciação

# Mais Sintomas dos Transtornos Depressivos

1

## Alterações da Esfera Instintiva e Neurovegetativa

- Fadiga, cansaço fácil e constante
- Insônia ou hipersonia
- Diminuição ou aumento do apetite
- Constipação, palidez, pele fria
- Diminuição da libido
- Diminuição da resposta sexual

2

## Alterações Cognitivas

- Déficit de atenção e concentração
- Déficit secundário de memória
- Dificuldade de tomar decisões
- Pseudodemência depressiva

3

## Sintomas Psicóticos

- Delírio de ruína ou miséria
- Delírio de culpa
- Delírio hipocondríaco
- Delírio de inexistência
- Alucinações com conteúdos depressivos

4

## Aspectos Neurobiológicos

- Redução do volume do hipocampo
- Redução de área cinzenta em várias regiões
- Alterações em circuitos pré-frontal-límbicos
- Alterações na atividade de sistemas neurais

# Perdas e Depressão

As condições e as reações depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas:

- Pessoa muito querida
- Emprego
- Moradia
- Status socioeconômico
- Algo puramente simbólico

Certamente fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos têm importante peso nos diversos quadros dessa doença. Do ponto de vista psicológico, os quadros depressivos têm uma relação fundamental com as experiências de perda.



"A que perdi está misturada, tão misturada comigo  
Que às vezes sobe ao meu coração  
o seu coração morto  
E sinto o seu sangue correr nas minhas veias."

(SCHMIDT)

# Diferenças entre Luto Intenso e Depressão

Aspectos	Luto Intenso	Depressão
Humor/tristeza	Tristeza relacionada à perda, que tende a diminuir com o tempo	Humor deprimido constante que abrange mais que as perdas; não melhora com o passar do tempo
Padrão temporal	Tristeza ocorre "em ondas", associada a lembranças da pessoa perdida	Tristeza e desânimo oscilam menos ao longo dos dias
Conteúdo do pensamento	Tristeza centrada em pensamentos relacionados à pessoa perdida	Ruminações autocriticas e pessimistas abrangentes
Pensamento típico	"Por que não disse à pessoa que perdi o quanto a amava?"	"Nada na vida vale a pena, eu não sirvo para nada"

# **Subtipos de Transtornos Depressivos**

## **Episódio de depressão e transtorno depressivo maior recorrente**

Sintomas depressivos por pelo menos duas semanas e não mais que dois anos de forma ininterrupta.

## **Transtorno depressivo persistente e transtorno distímico**

Forma crônica de depressão, muito duradoura (pelo menos dois anos ininterruptos), de intensidade leve a moderada.

## **Depressão atípica**

Reatividade do humor aumentada, ganho de peso, hipersonia, sensação de corpo pesado, sensibilidade à rejeição.

## **Depressão tipo melancólica ou endógena**

Perda de prazer em todas as atividades, falta de reatividade a estímulos, humor depressivo característico, lentificação psicomotora.

# Mais Subtipos de Depressão

## **Depressão psicótica**

Depressão muito grave com sintomas psicóticos como delírio de ruína, culpa, hipocondríaco ou alucinações com conteúdos depressivos.

## **Estupor depressivo ou depressão catatônica**

Estado depressivo muito grave com catalepsia (incapacidade de movimentação dos membros), negativismo, mutismo, recusa alimentar.

## **Depressão ansiosa**

Depressão com marcante componente de ansiedade, tensão e inquietação psicomotora.

## **Depressão unipolar ou bipolar**

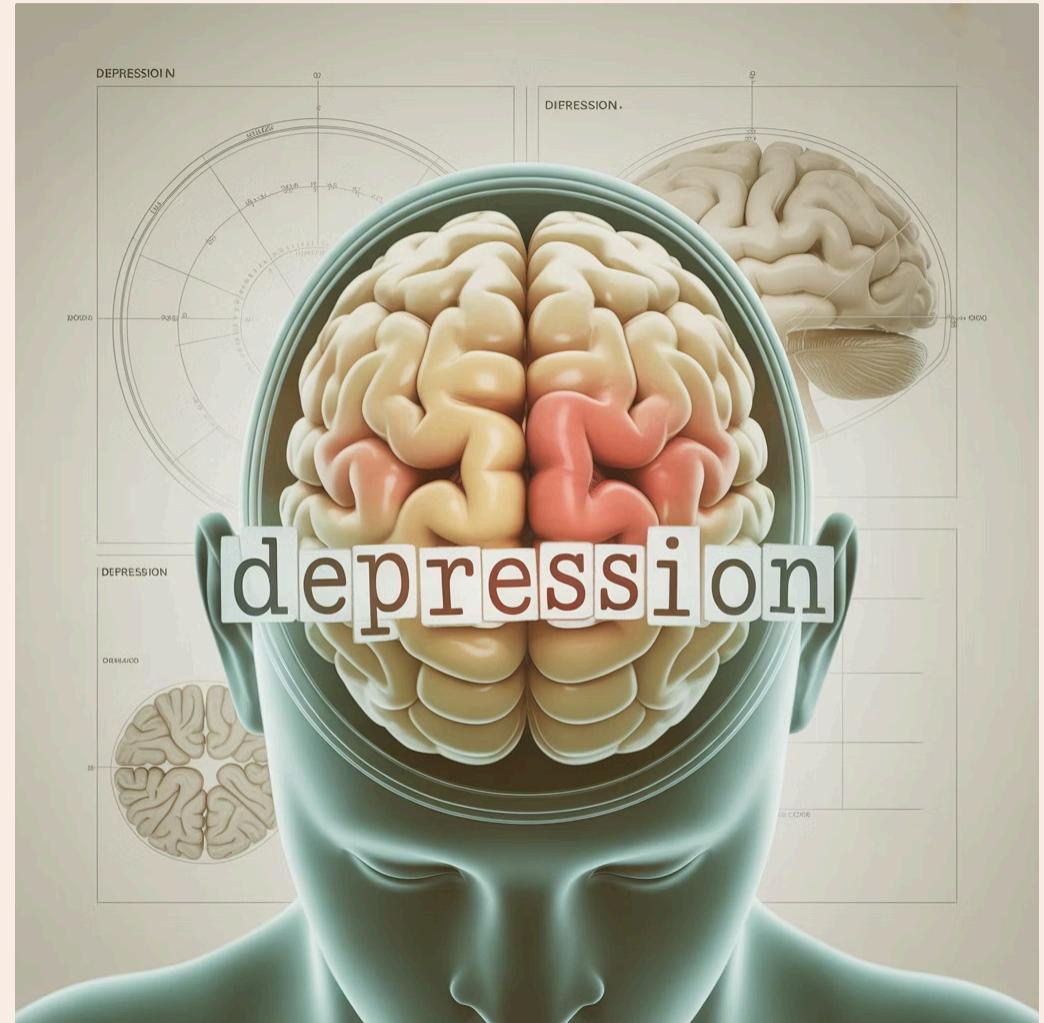
Diferenciação baseada na presença ou ausência de episódios de mania/hipomania na história do paciente.

# Depressão Secundária ou Orgânica

Quadros depressivos causados ou fortemente associados a uma doença física, seja ela localizada no cérebro ou sistêmica.

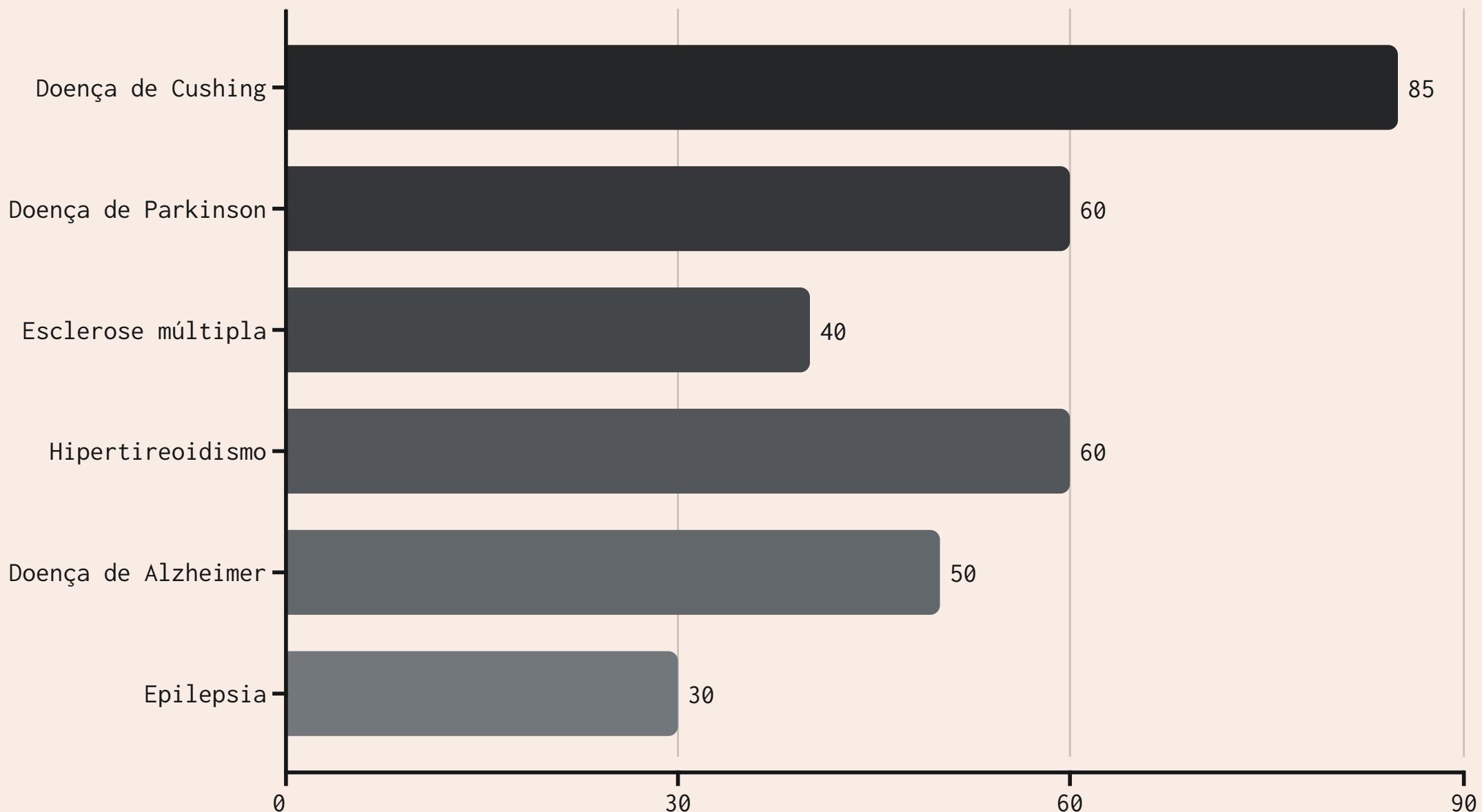
Condições somáticas associadas à depressão:

- Doenças endocrinológicas (hipo/hipertireoidismo, Cushing)
- Carências vitamínicas (B12, vitamina D)
- Doenças autoimunes (lúpus)
- Sepse e câncer
- AVCs (especialmente no hemisfério esquerdo)



Também pode ocorrer o transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento, associado a álcool, cocaína, maconha, benzodiazepínicos, anti-hipertensivos e corticosteroides.

# Frequência de Depressão em Doenças Somáticas



Estudos recentes mostram que a prevalência de depressão é significativamente mais alta em pacientes com certas doenças somáticas, como a Doença de Cushing (85%), Doença de Parkinson (60%), Hipertireoidismo (60%) e Doença de Alzheimer (50%). Isso reforça a importância de uma abordagem integrada, com a avaliação e tratamento da saúde mental desses pacientes.

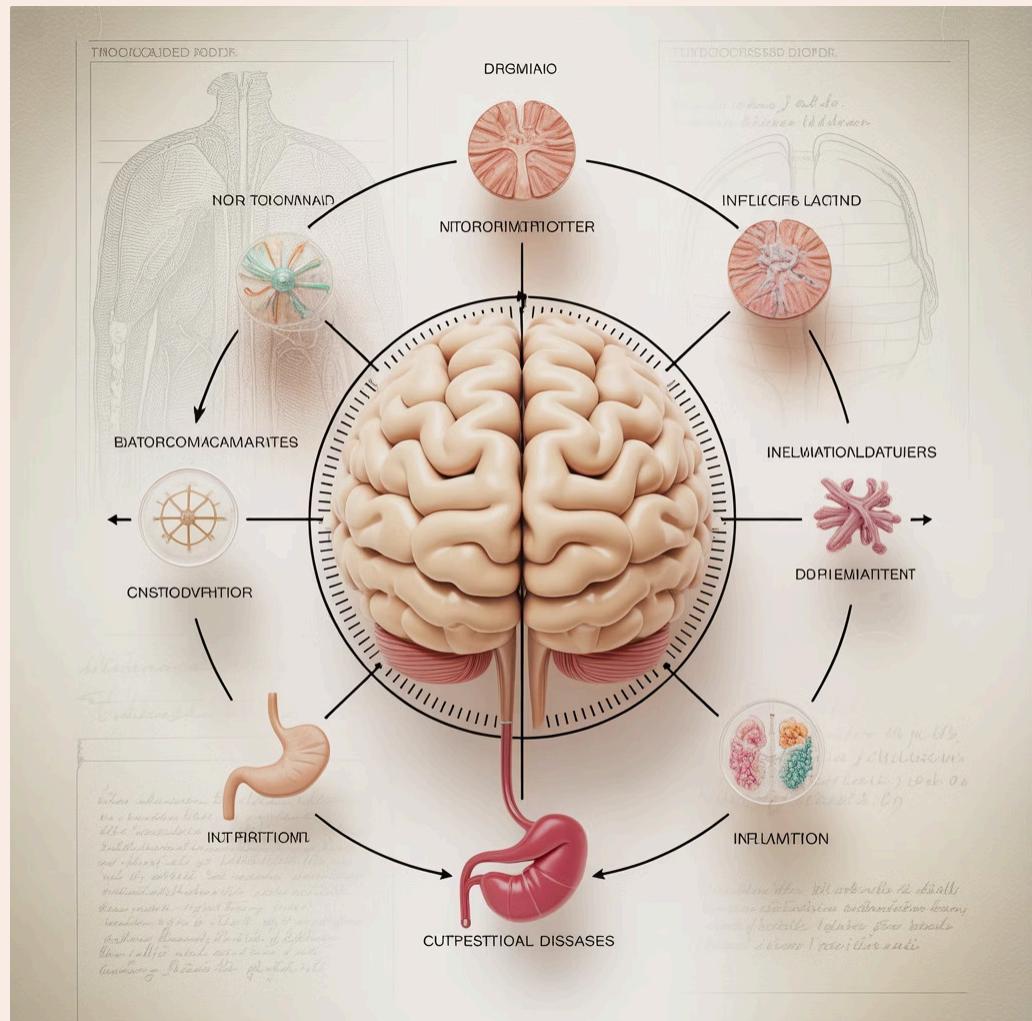
# Depressão como Fator de Risco para Doenças Físicas

A depressão pode ser fator de risco para várias doenças e condições físicas:

- Obesidade
- Doenças coronarianas
- AVC
- Diabetes

Os mecanismos sugeridos para tal associação relacionam-se a:

- Alterações metabólicas
- Alterações imunoinflamatórias
- Alterações autonômicas
- Aumento do cortisol sanguíneo
- Desregulação no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal



Em estudos consistentes, a depressão, assim como sua gravidade, foram associadas à significativa redução dos telômeros, indicando envelhecimento celular acelerado e possível aumento de condições e doenças associadas ao envelhecimento.

# Depressão em Diferentes Fases da Vida

## Crianças e Adolescentes

Mais comum em meninas. Frequentemente associada a comportamentos disruptivos (irritabilidade, oposição aos adultos, agressividade) e dificuldades escolares. Duas subformas: uma "pura" sem sintomas disruptivos (mais comum em garotas) e outra com sintomas disruptivos (mais comum em garotos).

## Adultos

Apresentação clássica com tristeza, anedonia, alterações do sono e apetite, ideação suicida. Pessoas com episódios depressivos moderados ou graves tendem a apresentar perfil de personalidade com neuroticismo aumentado e extroversão diminuída.

## Idosos

Prevalência pontual de até 15-20%. Sintomas comuns: tristeza, sentimentos de solidão, choro, pouco apetite, descuido consigo mesmo, falta de esperança, sentir que tudo é um grande esforço e dificuldades cognitivas. Associa-se a risco maior de quedas, incapacidades físicas e mortalidade.



# **Mania e Transtorno Bipolar**

A base da mania são sintomas de euforia, alegria exacerbada, elação (expansão do Eu), grandiosidade ou irritabilidade marcante, desproporcionais aos fatos da vida e distintos do estado comum de alegria ou entusiasmo que o indivíduo sadio apresenta em sua vida.

Além disso, quase sempre presente, observa-se nos quadros maníacos a aceleração das funções psíquicas (taquipsiquismo); pode haver agitação psicomotora, exaltação, loquacidade e pressão para falar, assim como pensamento acelerado até fuga de ideias.

# Sintomas da Mania

1

## Aumento da Autoestima

O paciente se sente superior, melhor que os outros, mais potente.

2

## Diminuição da Necessidade de Sono

Às vezes, os familiares referem como insônia, mas, trata-se, de fato, de diminuição do tempo de sono, sem queixas do paciente (que dorme pouco, de 3 a 4 horas por noite, sem que isso o afete).

3

## Loquacidade e Pressão para Falar

Produção verbal rápida, fluente e persistente. Tendência irresistível de falar sem parar, de não conseguir interromper a fala.

4

## Alterações Formais do Pensamento

Expressam-se como fuga de ideias, desorganização do pensamento, superinclusão conceitual, tangencialidade, descarrilhamento, incoerência, ilogicidade.

# Mais Sintomas da Mania

1

## Distraibilidade

Atenção voluntária diminuída, e espontânea, aumentada.

2

## Aumento de Atividade

Dirigida a objetivos (no trabalho, na escola, na sexualidade) ou agitação psicomotora.

3

## Envolvimento Excessivo

Em atividades potencialmente perigosas ou danosas, como comprar objetos ou dar seus pertences indiscriminadamente e realizar investimentos financeiros insensatos ou indiscrições sexuais.

4

## Outros Sintomas

Labilidade afetiva, agitação psicomotora, arrogância, heteroagressividade, desinibição social e sexual.

# Frequência dos Sintomas na Mania

## Sintomas Cognitivos e de Humor

Sintoma	Frequência (%)
Pensamentos acelerados, fuga de ideias	76%
Distraibilidade e concentração fraca	75%
Grandiosidade, ideias de grandeza	73%
Irritabilidade	71%
Euforia	63%

## Comportamentos

Comportamento	Frequência (%)
Hiperatividade	90%
Hiperverbosidade	89%
Pressão para falar	88%
Redução da necessidade de sono	83%
Hipersexualidade	51%

# **Subtipos de Mania**

## **Mania Franca ou Grave**

Forma mais intensa de mania, com aceleração grave de todas as funções psíquicas, agitação psicomotora importante, heteroagressividade, alterações formais do pensamento, ideias e delírios de grandeza.

## **Mania Irritada ou Disfórica**

Predomina a irritabilidade, o mau humor, a hostilidade em relação às pessoas; podem ocorrer heteroagressividade e destruição de objetos.

## **Mania com Sintomas Psicóticos**

Episódio maníaco grave com sintomas psicóticos, como delírio de grandeza ou poder (humor-congruente) e delírios de perseguição (humor-incongruentes). Podem ocorrer alucinações auditivas, olfativas ou visuais.

## **Mania Mista**

Sintomas maníacos e depressivos ocorrem conjuntamente ou se alternam no mesmo dia ou semana. Pensamento confuso, agitação psicomotora, distúrbios do apetite, ideação suicida.

# Hipomania e Ciclotimia

## **Hipomania (ou episódio hipomaníaco)**

Forma atenuada de episódio maníaco que muitas vezes passa despercebida. O indivíduo está mais disposto que o normal, fala muito, conta piadas, faz muitos planos, não se ressente com as dificuldades e os limites da vida.

O característico da hipomania é que o indivíduo e seu meio não são gravemente prejudicados; a hipomania não produz disfunção social importante, e não há sintomas claramente psicóticos.

## **Ciclotimia ou transtorno ciclotímico**

Pacientes apresentam, ao longo de suas vidas, muitos e frequentes períodos de poucos e leves sintomas depressivos seguidos, em periodicidade variável, de certa elevação do humor.

Os sintomas, com as oscilações de humor, devem durar no mínimo dois anos, mas geralmente acompanham as pessoas acometidas por toda a vida.

# Transtorno Bipolar

O TB, em seus vários tipos, é marcado por seu caráter fásico, episódico. Os episódios de mania e depressão ocorrem de modo relativamente delimitado no tempo, e, com frequência, há períodos de remissão.

Prevalência na vida: 1,02% de TB em adultos, com diferenças regionais significativas.

No Brasil: prevalência de TB (tipo I e tipo II), nos últimos 12 meses, de 1,5%, a maioria (65,4%) de casos graves.



A idade média de início gira em torno de 21 anos, e a chance de recorrência, após um primeiro episódio de mania ou depressão bipolar, é de 37% no primeiro ano, chegando a 87% nos próximos cinco anos.

# **Tipos de Transtorno Bipolar**

## **Transtorno Bipolar Tipo I**

Deve haver episódios depressivos intercalados com fases de normalidade e pelo menos uma (mas geralmente várias) fase maníaca bem caracterizada.

## **Transtorno Bipolar Tipo II**

Ocorrem episódios depressivos intercalados com períodos de normalidade e seguidos de fases hipomaníacas (aqui o paciente não deve apresentar fases evidentemente maníacas, mas apenas hipomaníacas).

## **Transtorno Bipolar, Tipo Ciclagem Rápida**

O paciente apresenta, nos últimos 12 meses, pelo menos quatro episódios bem caracterizados e distintos de transtorno do humor, mania (ou hipomania) e/ou depressão. Estima-se que 26 a 43% das pessoas com TB apresentam ou apresentarão ciclagem rápida.

# Bases Genéticas e Neurobiológicas do Transtorno Bipolar

## Base Genética

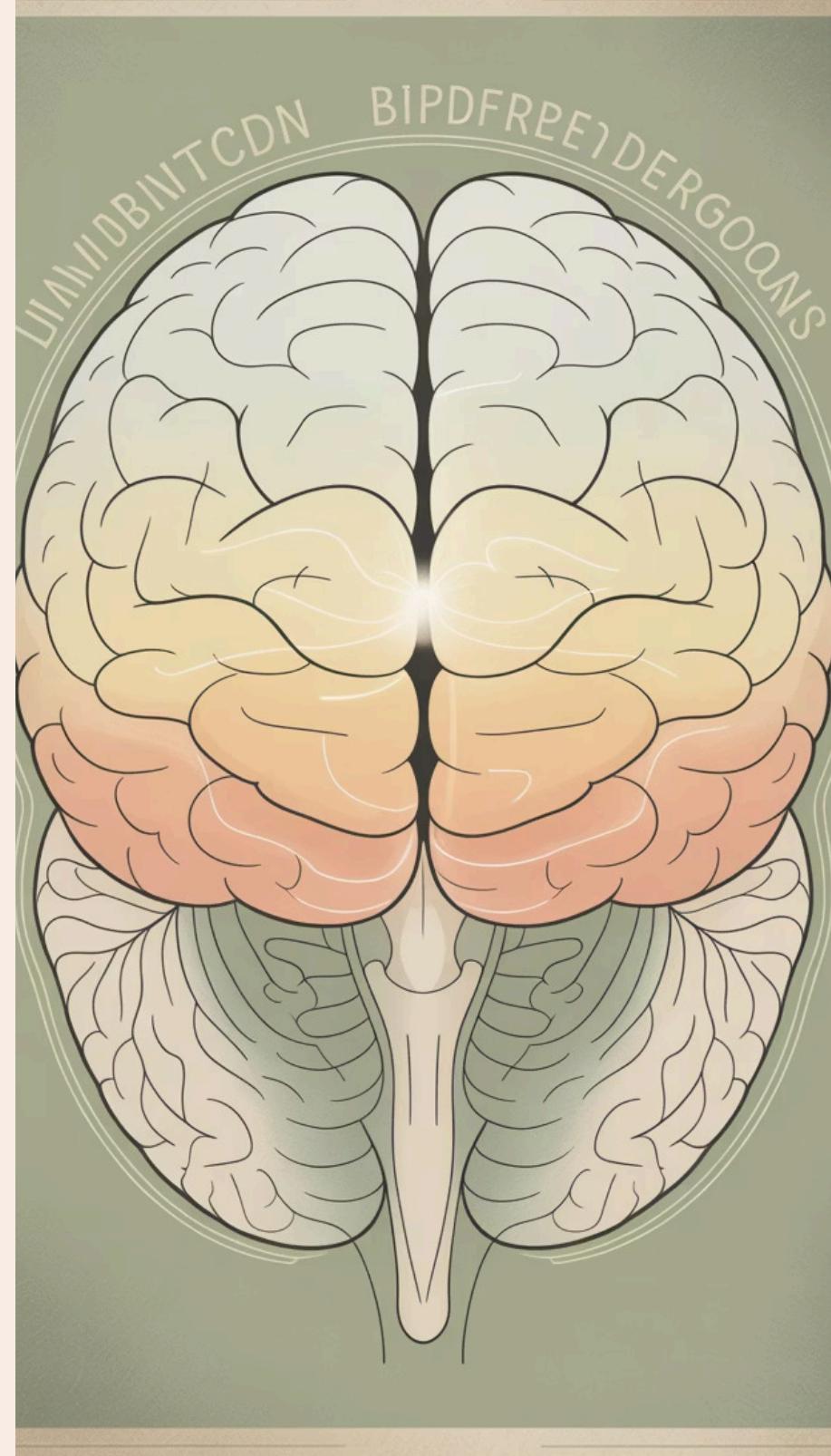
O TB tem uma base genética que, embora muito heterogênea, é indubitavelmente relevante:

- Concordância entre gêmeos idênticos: 40 a 70%
- Herdabilidade estimada: 0,9 (fatores genéticos explicam cerca de 90% da variabilidade)

## Componente Cerebral

Há certo consenso de que haveria uma combinação de:

- Comprometimento do controle cognitivo-emocional (côrtez do cíngulo anterior dorsal, córtices pré-frontais dorsolaterais e dorsomediais)
- Desregulação por hiper-responsividade de áreas límbicas e paralímbicas (amígdala, côrtez frontal ventrolateral e côrtez do cíngulo anterior ventral)



# Transtorno Bipolar em Crianças e Adolescentes

Embora haja relativo consenso sobre os sintomas da depressão infantil, o quadro clínico da mania antes da puberdade e a evolução, no longo prazo, do TB com início na infância são ainda palco de controvérsias.

É importante, para o diagnóstico de episódio de mania antes da puberdade, a presença de sintomas como:

- Euforia
- Grandiosidade
- Fuga de ideias ou pensamento acelerado
- Diminuição da necessidade de sono
- Hipersexualidade



Crianças em estado de mania podem se apresentar particularmente alegres, engraçadas além da medida, mostrar comportamentos imaturos para a idade e ser difíceis de conter pelos pais, colegas ou cuidadores.

Prevalência entre 1,5 e 2%.



# Transtornos Ansiosos

Os transtornos ansiosos representam os transtornos mentais mais frequentes e apresentam, mundo afora, prevalência na vida em torno de até 17 a 30% e, no último ano, em torno de até 11 a 18%.

No Brasil, estudos epidemiológicos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro revelaram pelo menos algum transtorno de ansiedade e/ou fobias, nos últimos 12 meses, em 18,8 a 20,8% da população e pelo menos uma vez na vida em 27,7 a 30,8%.

# **Tipos de Transtornos Ansiosos**

## **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)**

Caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por vários meses. A pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, permanentemente nervosa ou irritada.

Sintomas frequentes: insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se. Também comuns: cefaleias, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria.

## **Crises de Ansiedade, Crises de Pânico**

Crises intermitentes, com a eclosão de vários sintomas ansiosos, em número e intensidade significativos.

Sintomas: taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório, náuseas, formigamentos, despersonalização, desrealização, medo de ter um ataque do coração, de morrer e/ou enlouquecer.

As crises são de início abrupto (chegam ao pico em 5 a 10 minutos) e de curta duração (duram em geral 15 minutos, raramente mais de 1 hora).

# **Transtorno de Pânico e Ansiedade de Separação**

## **Transtorno de Pânico**

Caracterizado por crises recorrentes, com desenvolvimento de medo de ter novas crises, preocupações com possíveis implicações da crise e sofrimento subjetivo significativo.

Pode ou não ser acompanhado de agorafobia, ou seja, muito desconforto e fobia de lugares amplos e aglomerações.

No Brasil, estudos epidemiológicos revelaram a presença de transtorno de pânico, nos últimos 12 meses, em 18,8 a 20,8% da população e, pelo menos uma vez na vida, em 27,7 a 30,8%.

## **Transtorno de Ansiedade de Separação**

Sobretudo em crianças, pode haver medo e ansiedade importantes relacionados a separar-se de pessoas significativas, percebidas como protetoras.

A criança tem muito medo e ansiedade de, para ir à escola, separar-se da mãe ou de outros membros da família. Chora muito, fica muito ansiosa e amedrontada, tem medo de que algo muito ruim ocorra.

Em adultos, isso pode ocorrer com o(a) companheiro(a) romântico(a).

# **Transtornos de Ansiedade de Base Orgânica**

Os quadros de ansiedade podem ser de origem orgânica, resultantes de doença física, uso de fármacos, substâncias ou outra condição orgânica.

Nesses casos, a condição ansiosa associa-se temporalmente à instalação de uma doença orgânica ou ao uso de medicamentos ou substâncias tóxicas.

Na ansiedade de base orgânica, é particularmente frequente a presença da irritabilidade e da labilidade do humor.

## **Principais Causas e Frequência Estimada de Ansiedade**

- Hipertireoidismo (60%)
- Hipotireoidismo (30-40%)
- Esclerose múltipla (32%)
- Câncer (15-79%)
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (32-75%)
- Acidente vascular cerebral (18-25%)
- Doença coronariana (10-50%)

# Transtornos Fóbicos

## Agorafobia

Medo e angústia relacionados a um conglomerado de pessoas em espaços amplos ou em locais de onde possa ser difícil escapar. Prevalência nos últimos 12 meses: 1,6 a 2,7% da população brasileira.

## Fobia Simples ou Específica

Medo intenso, persistente, desproporcional e irracional, como medo de animais, objetos cortantes ou sangue. Prevalência na vida: 14,6 a 16,8% da população brasileira.

## Ansiedade Social e Fobia Social

Medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contato interpessoal. Prevalência nos últimos 12 meses: 2,1 a 3,9% da população brasileira.





# **Transtornos Dissociativos e Conversivos**

## **Conversão**

Alterações das funções sensoriais ou motoras, que lembram sintomas neurológicos, mas são distintos das condições neurológicas. Há conversão de um conflito psíquico inconsciente para o corpo.

Exemplos: anestesias, perda da visão, paralisias psicogênicas, afonia conversiva.

## **Dissociação**

Perturbação, separação e isolamento de aspectos da mente e da personalidade. Aqui, dissociação significa "separação", "rechaço", de uma parte da mente inaceitável para o indivíduo.

Exemplos: crises com perda parcial da consciência, episódios em que parte da memória é momentaneamente apagada.

# Tipos de Transtornos Dissociativos

## Amnésia Dissociativa

O indivíduo esquece elementos seletivos e significativos do ponto de vista psicológico. Geralmente é uma amnésia retrógrada, com o indivíduo esquecendo aspectos do passado ou de um evento traumático.

## Transtorno Dissociativo de Identidade

Ruptura da identidade e presença de dois ou mais estados de personalidade distintos. Pelo menos duas "personalidades distintas" recorrentemente tomam o controle da consciência e do funcionamento do paciente.

## Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Despersonalização: estranhamento e sensação de irrealidade em relação ao próprio Eu.  
Desrealização: perceber o mundo ao redor como irreal ou estranho.

## Transtorno do Transe e Possessão

Estados de transe nos quais há alteração da consciência e identidade, substituída por uma instância externa "possuidora". Diferencia-se de transes religiosos culturais.

# Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O TEPT é um transtorno com forte componente de ansiedade que se desenvolve após a exposição do indivíduo a um ou mais eventos extremamente ameaçadores, traumáticos e horríveis.

Caracteriza-se por:

- Lembranças ou recordações vívidas que invadem a consciência (flashbacks)
- Intensa sensação física e/ou sentimentos de que se está imerso nas mesmas emoções do evento traumático
- Evitação de pensamentos, recordações, atividades ou pessoas relacionadas ao trauma
- Estado de contínua sensação de ameaça e hipervigilância



No Brasil, cerca de 90% dos entrevistados já haviam experimentado eventos traumáticos violentos em suas vidas. O TEPT ocorreu, nos últimos 12 meses, em 1,6 a 5,0% das pessoas e, pelo menos uma vez na vida, em 8,7 a 10,2%.

# Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Os quadros obsessivo-compulsivos caracterizam-se por ideias, fantasias e imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos. Esses quadros são vividos como uma pressão sobre o indivíduo, como algo que o obriga e a que se submete.

No Brasil, estudos epidemiológicos revelaram a presença de TOC, nos últimos 12 meses, em 2,8 a 3,9% da população e, pelo menos uma vez na vida, em 3,6 a 4,1%.

## Tipos de TOC

- **Quadros obsessivos:** ideias, pensamentos, fantasias ou imagens persistentes que surgem de forma recorrente na consciência; são vivenciados com angústia e como algo que "invade" a consciência.
- **Quadros compulsivos:** comportamentos e rituais repetitivos, como lavar as mãos inúmeras vezes, verificar portas e janelas dezenas de vezes, colocar objetos em certa ordem, etc.

# Somatização e Condições Relacionadas

## Somatização

Processo pelo qual um indivíduo padece em seu corpo sintomas físicos, que não têm origem exclusiva em uma doença física, mas se relacionam bem mais a dificuldades psicológicas, psicossociais ou interpessoais.

## Sintomas Médicos Inexplicados

Sintomas comuns na atenção primária que sobrecarregam tanto os pacientes como os profissionais da saúde. Apresentam-se frequentemente como dores de cabeça, dores nas costas e lombalgias, dores musculares e nas juntas, associadas a fadiga e mal-estar corporal geral.

## Fibromialgia

Condição na qual pacientes relatam dores corporais difusas, mas com maior importância nos músculos. A dor é real e se concentra em determinados pontos do corpo, principalmente aqueles associados às articulações.

## Condição da Fadiga Crônica

Cansaço ou fadiga persistentes e relevantes, que duram de vários meses a vários anos, sem o diagnóstico de uma doença física ou mental que explique melhor esses sintomas.



# Quadros Psicóticos

Os quadros psicóticos caracterizam-se por experiências como alucinações e delírios, desorganização marcante do pensamento e/ou do comportamento ou comportamento catatônico. Experiência intensa de estar sendo perseguido ou ameaçado, assim como alterações evidentes na vida pessoal, familiar e social, são frequentes nos quadros psicóticos.

# Quadros Psicomotores

## Quadros de Agitação Psicomotora

Acentuada aceleração da esfera motora e aumento da excitabilidade; o paciente anda de um lado para outro, gesticula, demonstrando inquietação constante. É comum estarem associados sintomas como loquacidade ou logorreia, insônia, irritabilidade, hostilidade e agressividade.

Subtipos: agitação maníaca, agitação paranoide, agitação catatônica, agitação psico-orgânica, agitação nas demências, agitação nos quadros de deficiência intelectual, agitação explosiva, agitação histriônica, agitação ansiosa.

## Quadros de Estupor e/ou Catatonia

Quadros com imobilidade, ausência de reatividade e sintomas como mutismo e negativismo, geralmente com preservação do nível da consciência.

Sintomas frequentes: imobilidade e mutismo (97%), recusa a se alimentar, a ter contato com pessoas e a manter o olhar fixo (90%), negativismo e postura bizarra (50%), flexibilidade cerácea, estereotipias e ecolalia (25%).

Subtipos: estupor/catatonia depressiva, estupor catatônico na esquizofrenia, estupor/catatonia psicogênica, estupor/catatonia orgânica.