



Griggs, R. (2009). *Psicologia: uma abordagem concisa* (pp. 312-350) (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2008).

10

Psicologia dos transtornos mentais

● DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

- O manual diagnóstico e estatístico
- O viés perceptual das rotulações

● TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

- Terapias biomédicas
- Psicoterapias.

● TRÊS CATEGORIAS IMPORTANTES DE TRANSTORNOS MENTAIS

- Transtornos de ansiedade
- Transtornos do humor
- Transtornos esquizofrênicos

O estudo científico dos transtornos mentais e seu tratamento chama-se psicologia dos transtornos mentais. Neste capítulo, examinaremos alguns dos principais tipos de transtorno e descreveremos as terapias existentes para tratá-los. Também discutiremos se essas terapias são verdadeiramente efetivas no tratamento dos transtornos. Entretanto, em primeiro lugar, precisamos considerar os processos de diagnóstico e classificação, para que você compreenda como o comportamento e o pensamento perturbados são identificados.

psicologia dos transtornos mentais O estudo científico dos transtornos mentais e seu tratamento.

Diagnóstico e classificação dos transtornos mentais

Quando os psicólogos dizem que o comportamento e o pensamento de uma pessoa com um transtorno são “anormais”, o que querem dizer com isso? Como os psicólogos decidem quando o comportamento ou pensamento de alguém cruzou a linha que separa o normal do anormal? Eles utilizam quatro critérios-chave. É importante perceber que, se o comportamento ou o pensamento de alguém satisfaz um ou mais desses critérios, isso não significa, necessariamente, que a pessoa está sofrendo de um transtorno. Isso ficará claro conforme discutirmos cada um dos critérios, que podem ser apresentados como perguntas.

Primeiro, o comportamento ou o pensamento é atípico (estatisticamente raro)? Evidentemente, nem todos os comportamentos ou pensamentos estatisticamente raros são anormais. Por exemplo, considere o *skydiving*. Este é um comportamento atípico na nossa sociedade, mas isso não significa que a pessoa que pratica esse esporte radical tem um transtorno. Ter alucinações, todavia, é um comportamento atípico que, provavelmente, reflete um transtorno.

Segundo, o comportamento ou o pensamento é desadaptativo? Comportamentos ou pensamentos desadaptativos impedem a pessoa de funcionar bem e se adaptar às demandas da vida. Portanto, a pessoa portadora de transtorno não é capaz de funcionar na vida cotidiana. Por exemplo, ter medo de sair de casa é um comportamento atípico e desadaptativo que interfere no funcionamento da vida diária.

Terceiro, a pessoa ou os outros ficam perturbados com o comportamento ou pensamento? Talvez um jovem esteja tentando ganhar a vida fazendo apresentações exóticas na rua, mas fracassando. Seu comportamento é atípico e desadaptativo (ele logo estará sem dinheiro), mas se ele não estiver perturbado e se suas apresentações não estiverem perturbando as pessoas, então ele não é considerado como sofrendo de um transtorno.

Quarto, o comportamento ou o pensamento é racional? Por exemplo, um medo de pássaros pode ser tão intenso que até pensar neles causa grande ansiedade. A pessoa pode perceber que este medo atípico, desadaptativo e perturbado não é racional, mas ainda assim ser incapaz de suprimir a ansiedade – consequentemente, seria considerada como apresentando um transtorno.

O manual diagnóstico e estatístico

Os quatro critérios apresentados ajudam a determinar se o comportamento ou o pensamento da pessoa é “anormal”, mas como saber exatamente que transtorno ela tem? O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – Quarta Edição* (American Psychiatric Association, 1994), é o sistema diagnóstico de transtornos mais utilizado. Ele baseia a classificação do transtorno em sintomas comportamentais e psicológicos e define as diretrizes diagnósticas para mais de 300 transtornos. Em 2000, houve uma revisão do texto do DSM-IV, incluindo novas informações e eliminando termos obsoletos (American Psychiatric Association, 2000). Esta revisão geralmente é referida como DSM-IV-TR*, mas como houve pouca mudança no conteúdo, nos referiremos a esta quarta edição como DSM-IV. Atualmente, está sendo feita uma revisão substancial do manual, que será publicada como DSM-V em 2011.

O primeiro DSM surgiu em 1952 e descrevia somente cerca de 60 transtornos. Por que o número de transtornos aumentou? Nos últimos 50 anos, aprendemos muito sobre vários transtornos e sobre como diferenciá-los; consequentemente, podemos identificar mais transtornos. Um ponto positivo importante do DSM-IV é que os terapeutas que o utilizam podem fazer classificações mais confiáveis do que era possível com as edições anteriores, o que significa que os terapeutas concordam mais sobre um determinado diagnóstico para um determinado paciente (Nathan e Lagenbucher, 1999; Widiger, 2005). O DSM-IV também tem um importante propósito prático – as companhias de seguro de saúde exigem uma classificação do DSM-IV antes de pagar a terapia.

O DSM-IV fornece critérios diagnósticos específicos para cada transtorno. Alguns transtornos compartilham certos sintomas; o DSM-IV agrupa esses transtornos em categorias maiores. Por exemplo, vários transtornos que compartilham a ansiedade como sintoma, tais como o fóbico e o obsessivo-compulsivo, são categorizados juntos como transtornos de ansiedade. Consideraremos alguns transtornos de duas das categorias mais prevalentes, os transtornos de ansiedade e os do humor, e a categoria mais grave, a dos transtornos esquizofrênicos. O DSM-IV se refere aos transtornos dessas categorias como clínicos, normalmente chamados de psicológicos ou mentais.

O DSM-IV requer uma segunda decisão de classificação sobre a pessoa apresentar ou não um **transtorno da personalidade**, um transtorno caracterizado por traços de personalidade inflexíveis e persistentes, que levam a comportamentos que prejudicam o funcionamento social e se desviam das normas culturais. Existem 10 transtornos da personalidade, divididos em três grupos com base nos sintomas (American Psychiatric Association, 1994). Um dos grupos envolve padrões de comportamento de extrema ansiedade ou medo, como na personalidade esquiva, tão dominada por sentimentos de inadequação e rejeição que evita situações sociais. Um segundo grupo envolve padrões excêntricos ou bizarros, como na personalidade esquizoide, que evita totalmente relacionamentos e contatos sociais. O último grupo envolve padrões excessivamente dramáticos, emotivos ou eráticos, como na personalidade antissocial, que demonstra

■ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição (DSM-IV) A versão atual da orientação da American Psychiatric Association para diagnóstico e classificação dos transtornos mentais.

transtorno da personalidade Um transtorno caracterizado por traços de personalidade inflexíveis e persistentes que levam a comportamentos que prejudicam o funcionamento social e se desviam das normas culturais.

* N. de R. Publicado pela Artmed Editora.

total desconsideração pelos direitos alheios e pelas regras morais da cultura. A pessoa com transtorno da personalidade antisocial costumava ser chamada de psicopata ou sociopata.

Os transtornos da personalidade geralmente começam na infância ou adolescência e persistem, de forma estável, durante a idade adulta. Eles são muito resistentes ao tratamento e à mudança. Porém, precisam ser diagnosticados, porque permitem ao terapeuta um entendimento mais completo do comportamento do paciente e podem complicar o tratamento do seu transtorno clínico.

O viés perceptual das rotulações

O lado negativo de se classificar um transtorno mental, independentemente do sistema utilizado, é o rótulo imputado ao indivíduo, pois isso influí na nossa percepção dele – ela deixa de ser objetiva. Pense sobre as palavras habitualmente empregadas para descrever pessoas com transtornos mentais – por exemplo, “louca”, “lunática”, “perturbada”, “insana” ou “maluca”. Essas palavras têm fortes conotações negativas. Da mesma forma, os rótulos diagnósticos dos transtornos tendem a provocar percepções e interpretações negativas do comportamento da pessoa em função do rótulo. O rótulo guia a nossa percepção.

Há um famoso estudo que demonstra este efeito do viés perceptual da rotulação (Rosenhan, 1973). Diferentes pesquisadores foram a diferentes hospitais e fingiram um sintoma importante dos transtornos esquizofrênicos: alucinações auditivas (ouvir vozes). A voz, nesses casos, dizia as palavras “baque”, “vazio” e “obtuso”. Fora esse sintoma, os pesquisadores agiram normalmente e só mentiram sobre sua verdadeira identidade. Em primeiro lugar, eles queriam ver se seriam internados por causa deste sintoma singular. Em segundo lugar, queriam ver o que aconteceria depois de serem internados – se agissem de modo normal, dissessem que não ouviam mais as vozes e estavam se sentindo normais novamente. Eis o que aconteceu. Em resumo, os falsos pacientes foram internados com um diagnóstico de esquizofrenia e seu subsequente comportamento normal foi, erroneamente, interpretado em função deste diagnóstico. Por exemplo, o ato de tomar muitas notas de um deles foi interpretado em função da doença quando, de fato, ele só estava tentando tomar notas para documentar o estudo. Ironicamente, os verdadeiros pacientes perceberam que os falsos pacientes não eram genuínos, mas a equipe, guiada pelos rótulos diagnósticos, não percebeu isso. Mesmo quando os falsos pacientes tiveram alta (o que demorou um pouco), levaram o rótulo de “esquizofrenia em remissão”.

Essa tendenciosidade perceptual é reforçada por uma representação inadequada das pessoas perturbadas na televisão e na mídia. Elas, geralmente, são descritas como violentas e perigosas para os outros, quando a vasta maioria das pessoas com transtornos não é uma ameaça para ninguém, exceto, talvez, para elas mesmas. A maioria das pessoas com transtornos mentais está vivenciando um período problemático na sua vida e tendo dificuldades de ajustamento. É preciso sempre distinguir a pessoa do rótulo. Precisamos de rótulos a fim de saber como tratar pessoas com problemas e de realizar pesquisas sobre esses problemas, mas a pessoa é muito mais do que um rótulo.

Agora que temos um entendimento geral do sistema de classificação diagnóstica e suas deficiências, examinaremos alguns dos principais transtornos clínicos (rótulos).

Resumo da seção

Nessa seção, discutimos como os transtornos mentais são diagnosticados e classificados. O sistema diagnóstico mais utilizado é o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* – Quarta Edição (*DSM-IV*). Ele baseia a classificação em sintomas comportamentais e psicológicos e fornece uma orientação diagnóstica para mais de 300 transtornos. Um ponto positivo importante do *DSM-IV* é ele ser mais confiável do que as edições anteriores. Uma vez que alguns transtornos compartilham certos sintomas, o *DSM-IV* os agrupa em categorias maiores, tais como transtornos de ansiedade. Além de exigir uma avaliação da condição da pessoa em relação a esses transtornos clínicos, o *DSM-IV* requer um diagnóstico separado de transtorno da personalidade.

O lado negativo da classificação dos transtornos é o rótulo imputado à pessoa, o que influencia a nossa percepção sobre ela em função do seu rótulo. Essa tendenciosidade perceptual é reforçada pela representação inadequada na mídia das pessoas com transtornos como violentas e perigosas, quando a maioria não é uma ameaça para ninguém, exceto, possivelmente, para elas mesmas. Embora a rotulação realmente provoque esse viés perceptual, precisamos usar rótulos para saber como tratar pessoas com transtornos e fazer pesquisas sobre eles.

Você aprendeu os conceitos? | 1

Explique o que é o *DSM-IV*.

Explique o efeito negativo de se rotular os transtornos e por que precisamos de rótulos, mesmo sabendo que eles têm esses efeitos.

Três categorias importantes de transtornos mentais

Ao ler esta seção, tome cuidado com a “síndrome da escola de medicina” – a tendência a pensar que você tem um transtorno (ou doença) quando lê sobre os seus sintomas. Sintomas são comportamentos ou processos mentais que indicam a presença de um transtorno. Os sintomas de muitos transtornos, frequentemente, envolvem comportamentos e pensamentos que todos nós temos, o que pode nos levar a pensar que temos os transtornos. Para evitar esse diagnóstico errôneo, lembre os critérios apresentados para distinguir comportamentos e pensamentos anormais. Por exemplo, todos nós ficamos ansiosos e deprimidos (sintomas de vários transtornos diferentes) em diferentes momentos da nossa vida por razões compreensíveis, como a apresentação de um trabalho ou uma morte na família. Esses sentimentos de ansiedade e depressão só se tornam sintomas de um transtorno quando nos impedem de funcionar normalmente. Só estamos sofrendo de um transtorno quando as nossas reações aos desafios da vida se tornam exageradas, desadaptativas, iracionais e perturbadoras.

O que causa esses comportamentos e pensamentos anormais? A maioria das explicações causais dos transtornos mentais está ligada às quatro abordagens de pesquisa mais importantes: biológica, comportamental, cognitiva e sociocultural. Nenhuma dessas abordagens tem sido consistentemente melhor em suas explicações de todos os

Quadro 10.1 Três categorias importantes de transtornos clínicos e alguns transtornos específicos de cada categoria

Categoria maior	Transtornos específicos da categoria
Transtornos de ansiedade	Fobia específica, fobia social, agorafobia, transtorno de pânico com e sem agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo
Transtornos do humor	Transtorno depressivo maior, transtorno bipolar
Transtornos esquizofrênicos	Esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatônica, indiferenciada, e subtipos residuais)

abordagem biopsicossocial Explicar a anormalidade como o resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos (comportamentais e cognitivos) e sociais ou culturais.

transtornos, embora determinadas abordagens às vezes sejam melhores para transtornos específicos. Mesmo nesses casos, todavia, parece melhor formular uma explicação em termos de mais de um tipo de causa. Isso, normalmente, é referido como **abordagem biopsicossocial** – explicar a anormalidade como o resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais ou culturais. Conforme examinarmos vários transtornos, eu darei alguns exemplos deste tipo de explicação. O Quadro 10.1 apresenta as três principais categorias de transtornos, juntamente com os transtornos clínicos específicos de cada categoria, que serão examinadas por nós.

Transtornos de ansiedade

Todos nós sentimos ansiedade. Você não fica ansioso na época das provas, especialmente nos exames finais? A maioria dos alunos fica. Como você se sente quando vai fazer a apresentação oral de um trabalho? Mais uma vez, a ansiedade se apresenta. Essas são reações normais, não sinais de um transtorno. Nos transtornos de ansiedade, ela geralmente ocorre de forma inexplicável e é tão intensa que impede a pessoa de funcionar normalmente no seu dia a dia. Os **transtornos de ansiedade** são transtornos em que a ansiedade excessiva provoca sofrimento e comportamentos atípicos, desadaptativos e irracionais. Discutiremos vários transtornos de ansiedade: fobias específicas, fobia social, agorafobia, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo.

Fobia específica. De acordo com o DSM-IV, uma **fobia específica** é indicada por um medo acentuado e persistente de objetos ou situações específicas (como cobras ou altura), um medo que é excessivo e irracional. A pessoa percebe que ele é excessivo

e irracional, mas não consegue controlá-lo. Tanto a evitação do objeto ou situação quanto a antecipação ansiosa do encontro interferem na vida normal da pessoa. Isso é importante. Muitos de nós temem coisas como altura, cobras e aranhas, mas não temos um transtorno. A ansiedade e o medo não chegam a um grau em que interferem no nosso funcionamento normal e provocam comportamentos desadaptativos e irracionais.

transtornos de ansiedade Transtornos em que a ansiedade excessiva provoca sofrimento pessoal e comportamentos atípicos, desadaptativos e irracionais.

fobia específica Um transtorno de ansiedade indicado por um medo acentuado e persistente de objetos ou situações específicas, um medo que é excessivo e irracional.

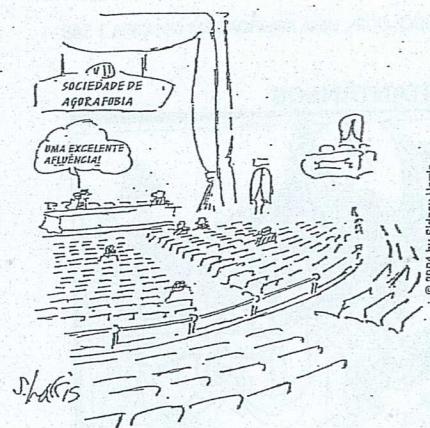
Para esclarecer essa diferença, considere a breve descrição do caso de uma mulher com fobia específica de pássaros. Ela deixou de sair de casa devido ao seu medo de encontrar um pássaro. Sempre que ouvia algum ruído na casa, ela pensava que eram pássaros que haviam conseguido entrar. Mesmo sem contato com nenhum pássaro real, a antecipação apavorada disso controlava completamente o seu comportamento. Quando ela saía de casa, dava ré cuidadosamente ao sair da garagem para não atingir nenhum pássaro; ela tinha medo de que os pássaros se vingassem se ela os atingisse. Ela percebia que tal atividade cognitiva estava além da capacidade dos pássaros, mas não conseguia controlar seu medo. Seu comportamento e pensamento eram claramente anormais.

O que causa uma fobia específica? Uma resposta biopsicossocial envolve fatores comportamentais e biológicos. Nós aprendemos fobias por meio do condicionamento clássico, e somos biologicamente predispostos a aprender alguns medos mais facilmente do que outros. Somos condicionados a temer um objeto ou situação específica. Você se lembra do estudo de Watson e Rayner, descrito no Capítulo 4, em que eles condicionaram classicamente o Pequeno Albert a ter medo de ratos brancos? Os psicólogos comportamentais acreditam que os medos em fobias específicas são aprendidos da mesma maneira, mas por meio de experiências estressantes no mundo real, especialmente durante a infância inicial. Por exemplo, um medo de pássaros poderia ser devido à experiência estressante de assistir ao filme *Os pássaros*, de Alfred Hitchcock (em que os pássaros atacam selvagemente os humanos), quando criança. Você também deve lembrar, do Capítulo 4, que a prontidão biológica limita a aprendizagem. Certas associações (como um sabor e um mal-estar posterior) são fáceis de aprender, enquanto outras (um sabor e um choque elétrico) são muito difíceis. Essa prontidão biológica se manifesta em fobias específicas, pois os medos que parecem ter um valor de sobrevivência evolutiva maior (como de altura ou animais) são mais frequentes do que outros medos (McNally, 1987). Os medos que têm maior valor de sobrevivência evolutiva também são mais difíceis de extinguir (Davey, 1995).

Fobia social e agorafobia. A maioria das fobias é classificada como fobias específicas, mas o DSM-IV descreve dois tipos mais amplos de fobia: a fobia social e a agorafobia. A **fobia social** é um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações de desempenho social em que há exposição a pessoas desconhecidas ou escrutínio por outras pessoas. Mas isso é mais do que a ansiedade normal antes de dar uma palestra. O medo é excessivo, irracional e interfere no funcionamento normal da pessoa. Por exemplo, ela pode ter medo de comer em público e terá grande dificuldade em almoçar no emprego; ela recusará todos os convites para almoçar e jantar, limitando imensamente suas oportunidades sociais. O medo pode ser específico de uma situação social particular (como comer em público) ou mais geral (como não saber se comportar adequadamente na frente dos outros), levando a pessoa a evitar a maioria das situações sociais. A fobia social é diferente da **agorafobia**, que é o medo de estar em lugares ou situações de onde pode ser difícil ou embaraçoso escapar. O nome deste transtorno significa, literalmente, medo da praça pública; em grego, *ágora* significa praça pública, o lugar onde aconteciam o mercado e as assembleias do povo, e “*phobos*” significa medo. Além da praça pública, situações comumente temidas na agorafobia incluem estar em uma multidão, perman-

fobia social Um transtorno de ansiedade indicado por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações de desempenho social em que há exposição a pessoas desconhecidas ou escrutínio por outras pessoas.

agorafobia Um transtorno de ansiedade indicado por um medo acentuado e persistente de estar em lugares ou situações das quais pode ser difícil ou embaraçoso escapar.



necer em uma fila, viajar em um ônibus ou trem cheios de gente, ou andar de carro em um trânsito pesado. Para evitar essas situações, as pessoas com agorafobia normalmente não deixam a segurança do seu lar.

Transtorno de pânico. A agorafobia normalmente ocorre junto com o transtorno de pânico, que é uma condição em que a pessoaexpérience ataques de pânico recorrentes – o início súbito de um medo intenso. O ataque de pânico inclui sintomas como tremores, sudorese, palpitacões cardíacas, dor no peito, dificuldade para respirar, e sensação de asfixia e tontura. A pessoa é dominada pela ansiedade e pelo medo. Alguns ataques de pânico ocorrem quando a pessoa se depara com uma situação temida (como dar uma palestra), mas outros acontecem sem nenhuma razão aparente.

Segundo o DSM-IV, o transtorno de pânico pode ocorrer com ou sem agorafobia. Uma explicação do transtorno de pânico com agorafobia é a hipótese do medo do medo: a agorafobia é o resultado do medo de ter um ataque de pânico num lugar público. De acordo com essa hipótese, a agorafobia é um caso clássico de condicionamento em que a resposta de medo e evitação é uma resposta condicionada ao ataque de pânico inicial.

Transtorno de ansiedade generalizada. No transtorno de pânico, os ataques ocorrem subitamente. No de ansiedade generalizada, a ansiedade é crônica e dura meses. O transtorno de ansiedade generalizada é um transtorno em que a pessoa tem uma ansiedade global e preocupações que não consegue controlar, por um período de pelo menos seis meses. A pessoa simplesmente não consegue parar de se preocupar, e a ansiedade é geral – não está ligada a objetos ou situações específicas, como nos transtornos fóbicos. Pesquisas biológicas recentes indicam que o transtorno de ansiedade generalizada pode estar relacionado a uma disfunção bioquímica no cérebro, que envolve o GABA, um neurotransmissor que discutimos no Capítulo 2. Lembre, o GABA é o principal neurotransmissor inibitório, o que significa que faz os neurônios pararem de gerar impulsos. Em situações de ansiedade e medo, mais e mais neurônios são excitados. Depois de um tempo, este estado de excitabilidade desencadeia a liberação do GABA para reduzir os impulsos dos neurônios e fazê-los voltar ao normal, o que diminui os sentimentos de ansiedade (Comer, 2007). A pessoa com transtorno de ansiedade generalizada pode ter problemas na ativação do GABA e, consequentemente, os sentimentos de ansiedade não são reduzidos.

- **transtorno de pânico** Um transtorno de ansiedade em que a pessoa experiente ataques de pânico recorrentes.
- **transtorno de ansiedade generalizada** Um transtorno de ansiedade em que a pessoa tem uma ansiedade excessiva, global, que não consegue controlar, por um período de no mínimo seis meses.
- **transtorno obsessivo-compulsivo** Um transtorno de ansiedade em que a pessoa experiente obsessões ou compulsões recorrentes, ou compulsões que são percebidas por ela como excessivas ou iracionais, mas que causam sofrimento significativo e interferem no seu dia a dia.

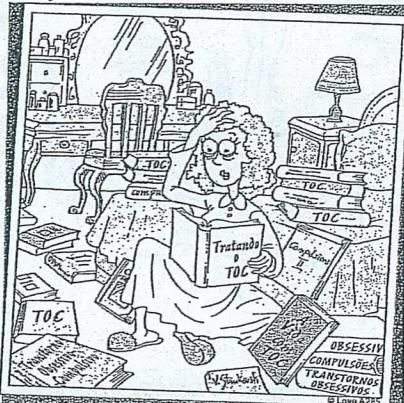
Transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno obsessivo-compulsivo, a pessoa experiente obsessões ou compulsões recorrentes que são reconhecidas por ela como excessivas ou iracionais, mas consomem um tempo considerável, provocam sofrimento significativo e interferem no seu dia a dia.

Algumas pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo só têm obsessões ou só têm compulsões, mas a maioria experience ambos. Uma **obsessão** é um pensamento, ideia, impulso ou imagem intrusiva persistente que provoca ansiedade. Uma **compulsão** é um comportamento repetitivo e rígido que a pessoa se sente compelida a realizar a fim de reduzir a ansiedade. As obsessões mais comuns se relacionam à contaminação por germes, sujeira ou outras substâncias tóxicas, e ao medo de que algo terrível, como morte ou doença, aconteça; as compulsões mais frequentes são comportamentos excessivos de lavar as mãos, tomar banho e organizar (Rapoport, 1989).

É importante compreender que muitas pessoas experienciam pequenas obsessões (uma preocupação global com as provas iminentes) ou compulsões (organizar sua mesa de uma certa maneira), mas não apresentam o transtorno. As pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo não conseguem funcionar no dia a dia, porque suas obsessões e compulsões consomem a maior parte do tempo e impedem uma vida normal. Pessoas normais podem voltar uma vez (ou até duas) para confirmar que desligaram a chama do fogão, mas uma pessoa com transtorno obsessivo-compulsivo pode verificar 50 vezes e de uma maneira muito ritualista. Essa é uma compulsão de verificar – a pessoa verifica a mesma coisa repetidas vezes, em geral um número determinado de vezes e de uma maneira muito específica. Da mesma forma, as pessoas que sofrem de uma compulsão de limpeza se sentem compelidas a ficar se limpando e se lavando. Essas pessoas podem passar o dia lavando as mãos, tomando banhos e realizando outras atividades de limpeza. As compulsões, normalmente, estão ligadas a obsessões. Por exemplo, a compulsão de limpeza, geralmente, está ligada a uma obsessão de contaminação em que a pessoa se preocupa, exageradamente, em evitar contaminações. Para reduzir a ansiedade decorrente do medo de contaminação, ela se sente compelida a ficar se limpando o tempo todo.

Não se sabe com certeza o que causa o transtorno obsessivo-compulsivo, mas pesquisas recentes sugerem que pode haver um desequilíbrio de neurotransmissores envolvendo a serotonina. Fármacos antidePRESSIVOS (ISRs), que aumentam a atividade da serotonina, ajudam muitos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (Rapoport, 1991). A atividade da serotonina também tem sido ligada a duas partes do cérebro que podem estar relacionadas ao transtorno: a região orbital do córtex frontal (a área cortical logo acima dos olhos) e o núcleo caudado (uma área nos gânglios basais). Escaneamentos PET dessas duas áreas indicam uma atividade significativamente maior do que o normal em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (Comer, 2007). Essas duas áreas são uma parte do circuito cerebral envolvido na filtragem de informações irrelevantes e no desligamento da atenção, que, certamente, são aspectos centrais do transtorno obsessivo-compulsivo (Seligman, Walker e Rosenhan, 2001). Uma explicação pode ser que a serotonina funciona para estabilizar a atividade

INSTANTÂNEOS



obsessão Um pensamento, ideia, impulso ou imagem persistente e intrusiva que provoca ansiedade.

compulsão Um comportamento repetitivo e rígido que a pessoa se sente compelida a executar a fim de reduzir a ansiedade.

nnessas áreas. Um caso verdadeiramente bizarro de transtorno obsessivo-compulsivo salienta a importância da região do lobo frontal: um homem com transtorno obsessivo-compulsivo ficou profundamente deprimido e tentou o suicídio. Ele deu um tiro na cabeça, mas felizmente sobreviveu – e ficou curado de seu transtorno. A bala removeu uma parte do córtex orbital frontal e, com ela, o seu transtorno.

Transtornos do humor

Os transtornos do humor envolvem mudanças excessivas e injustificadas no humor emocional da pessoa. Mais comumente há depressão, mas alguns transtornos do humor

também envolvem o outro extremo do humor, a mania. Todos nós estivemos deprimidos em vários momentos da nossa vida e extremamente felizes em outros, mas é importante compreender a diferença entre mudanças normais e anormais de humor. Vamos considerar primeiro a depressão.

Transtorno depressivo maior. Quando as pessoas dizem que estão deprimidas, normalmente estão se referindo a sentimentos de tristeza e humor abatido seguindo-se a um evento de vida estressante (como uma morte na família, o fim de um relacionamento ou a perda do emprego). Essas mudanças de humor são compreensíveis e, com o decorrer do tempo, normalmente se corrigem. Um transtorno depressivo maior, no entanto, é debilitante, influencia toda a vida da pessoa e, normalmente, não se corrige sozinho. Para ser classificada como tendo um transtorno depressivo maior, a pessoa deve experenciar um ou mais episódios depressivos maiores. Um episódio depressivo maior se caracteriza por sintomas como sentimentos de intensa desesperança, baixa autoestima e inutilidade; fadiga extrema, mudanças dramáticas nos hábitos de sono e alimentação, e incapacidade de se concentrar; interesse grandemente diminuído pela família, pelos amigos e pelas atividades, por um período de duas semanas ou mais. Essas pessoas não estão apenas um pouco para baixo, estão numa verdadeira espiral de bola de neve morro abaixo, que dura semanas. Elas perdem o interesse por tudo, até por sua vida. O suicídio está fortemente relacionado à depressão e pode acontecer em qualquer ponto, durante um episódio depressivo maior ou depois dele. Qualquer comentário sobre suicídio feito por alguém que esteja sofrendo de uma depressão maior deve ser levado a sério.

Uma vez que acontece tão frequentemente, a depressão tem sido chamada de “o resfriado comum dos transtornos”. As mulheres sofrem de transtornos depressivos maiores duas vezes mais do que os homens. Para as mulheres, as chances de sofrer de uma depressão maior em algum momento da vida são de 1 em 4, mas as chances são de apenas 1 em 8 para os homens (Kessler et al., 1994). Esta diferença de gênero parece valer no mundo todo (Weissman et al., 1996).

Como causas do episódio depressivo maior são propostos fatores biológicos e psicológicos. Uma explicação biológica importante envolve desequilíbrio de neurotransmissores, principalmente uma atividade inadequada de serotonina e norepi-

Transtorno depressivo maior Um transtorno do humor em que a pessoa experencia um ou mais episódios depressivos maiores.
Episódio depressivo maior Um episódio caracterizado por sintomas como sentimentos de profunda desesperança, baixa autoestima e inutilidade, fadiga extrema, mudanças dramáticas nos hábitos de sono e alimentação, incapacidade de se concentrar e interesse grandemente diminuído pela família, pelos amigos e pelas atividades, por um período de duas semanas ou mais.

nefrina. Fármacos antidepressivos (a serem discutidos mais tarde neste capítulo) são o tratamento mais comum para tais desequilíbrios. Também há provas de uma predisposição genética para este transtorno. A probabilidade de um gêmeo idêntico também ter o transtorno se o outro gêmeo o tiver é o índice de concordância para gêmeos idênticos. Para o transtorno depressivo maior, o índice de concordância é de aproximadamente 50% (Tsuang e Faraone, 1990), muito mais alto do que o índice de concordância para gêmeos fraternos e do que o índice base de ocorrência na população em geral.

Se o transtorno fosse de origem totalmente genética, todavia, este índice seria de 100% de concordância. Como não é, fatores não genéticos também estão envolvidos como causas no transtorno depressivo maior. Descobriu-se que fatores cognitivos são importantes. Acredita-se que os processos perceptuais e cognitivos da pessoa são falhos, o que provoca a depressão. No Capítulo 8, discutimos um exemplo desse processamento cognitivo falho. Lembre o estilo explanatório pessimista com que a pessoa explica eventos negativos em termos de causas internas (a culpa é dela), estáveis (estão aqui para ficar) e globais (se aplicam a todos os aspectos da sua vida). Esse estilo, associado a uma série de eventos negativos na vida da pessoa, levará ao desamparo, aprendido e à depressão. Portanto, a causa da depressão da pessoa é o seu próprio pensamento e, neste caso, as atribuições que faz. As terapias cognitivas, que discutiremos posteriormente no capítulo, tentam substituir esse pensamento desadaptativo por um pensamento mais adaptativo que não levará à depressão.

Transtorno bipolar. Às vezes, o transtorno depressivo maior é referido como um transtorno unipolar, em contraste com o bipolar, outro transtorno do humor em que o humor da pessoa oscila, extraordinariamente, entre depressão e mania. Esses transtornos costumavam ser chamados de transtornos “maníaco-depressivos”. Experienciar uma mania não é simplesmente ter um dia “para cima”. Um episódio maníaco é um período de pelo menos uma semana de humor anormalmente elevado, em que a pessoa experiente sentimentos de autoestima inflada com delírios de grandeza, redução da necessidade de sono, loquacidade, distratibilidade, inquietude e mau julgamento. O comportamento da pessoa se torna desadaptativo e interfere no funcionamento cotidiano.

Considere o seguinte comportamento de uma pessoa experiente um episódio maníaco. Um carteiro não dormiu a noite toda e saiu para trabalhar, normalmente, pela manhã. Mas voltou para casa ainda no final da manhã, tendo se demitido do emprego e retirado todo o dinheiro das economias da família. Ele gastou o dinheiro comprando peixes e aquários, e disse à esposa que, na noite anterior, descobrira uma maneira de manter os peixes vivos para sempre. Depois, saiu pela vizinhança para realizar possíveis vendas. Essa pessoa demonstrava mau julgamento, tinha uma necessidade reduzida de sono e seu comportamento perturbava o seu funcionamento normal (ele se demitiu do emprego). No estágio inicial mais brando de um episódio maníaco, algumas pessoas demonstram não apenas maior energia, como também maior criatividade, até que o episódio se acelera e o comportamento se deteriora.

Não existe um diagnóstico apenas de mania. Ela faz parte do transtorno bipolar, em que ocorrem ciclos recorrentes de episódios depressivos e maníacos. Esse transtorno é uma mon-

episódio maníaco Um episódio caracterizado por humor anormalmente elevado, em que a pessoa experiente sintomas como autoestima inflada com delírios de grandeza, redução da necessidade de sono, loquacidade, distratibilidade, inquietude e mau julgamento, por um período de pelo menos uma semana.

transtorno bipolar Um transtorno do humor em que ocorrem ciclos recorrentes de episódios depressivos e maníacos.

tanha russa emocional, com o humor subindo a alturas maníacas e então caindo para baixos depressivos. Há dois tipos de transtorno bipolar. No transtorno bipolar I, a pessoa tem tanto episódios maníacos como depressivos. No transtorno bipolar II, a pessoa tem episódios depressivos completos, mas os maníacos são mais moderados. O bipolar I é mais comum que o II, mas ambos são raros e só afetam aproximadamente 1% da população (Kessler et al., 1994).

Uma vez que o índice de concordância para gêmeos idênticos no transtorno bipolar é tão alto, de 70% (Tsuang e Faraone, 1990), as explicações causais biológicas são as mais comuns. De fato, pesquisadores estão atualmente trabalhando para identificar os genes específicos que tornam a pessoa vulnerável ao transtorno bipolar. Como no transtorno depressivo maior, a predisposição biológica se manifesta por desequilíbrios de neurotransmissores. Neste caso, o desequilíbrio oscila entre atividade insuficiente (depressão) e excessiva (mania). O tratamento mais comum é a terapia medicamentosa, e os fármacos específicos utilizadas serão discutidos mais tarde neste capítulo.

Transtornos esquizofrênicos

A esquizofrenia é o transtorno mais grave da nossa discussão. É o transtorno no qual as pessoas geralmente pensam quando usam palavras como "insano" e "perturbado". São institucionalizadas mais pessoas com esquizofrenia do que com qualquer outro transtorno, e a esquizofrenia é muito mais difícil de tratar com sucesso do que os outros transtornos. Felizmente, apenas cerca de 1% da população sofre deste transtorno (Gottesman, 1991). A esquizofrenia se manifesta normalmente no final da adolescência ou início da idade adulta. Homens e mulheres são igualmente afetados, mas ela tende a atingir os homens mais cedo e mais gravemente (American Psychiatric Association, 2000). A esquizofrenia é mais comum nas classes socioeconômicas mais baixas, e também em pessoas solteiras, separadas ou divorciadas (Comer, 2007).

■ Transtorno psicótico Um transtorno caracterizado pela perda de contato com a realidade.

A esquizofrenia é referida como um transtorno psicótico porque se caracteriza pela perda de contato com a realidade. A palavra "esquizofrenia" tem origem grega e significa, literalmente, "mente dividida, separada". Esta não é uma má descrição: na pessoa com esquizofrenia, as funções mentais se separam uma da outra e a pessoa se desliga da realidade. Ela tem dificuldade em distinguir a realidade da sua visão pessoal distorcida do mundo. Este rótulo levou à confusão da esquizofrenia com a "personalidade dividida" ou transtorno da personalidade múltipla (atualmente chamado de transtorno dissociativo de identidade no DSM-IV), mas esses são transtornos muito diferentes. Na esquizofrenia, a separação é entre as funções mentais e seu contato com a realidade; no transtorno da personalidade múltipla, a personalidade da pessoa se divide em duas ou mais personalidades distintas.

Os sintomas da esquizofrenia. Os sintomas da esquizofrenia variam, mas os terapeutas os dividem em três categorias: positivos, negativos e desorganizados. Este uso dos termos "positivo" e "negativo" é compatível com o seu uso no Capítulo 4, sobre aprendizagem. Positivo significa que alguma coisa foi acrescentada, e negativo, que alguma coisa foi removida.

Os sintomas positivos são os sintomas mais ativos, que refletem um excesso ou distorção do pensamento ou comportamento normal, incluindo alucinações (falsas percepções sensoriais) e delírios (falsas crenças). As alucinações, geralmente, são auditivas – ouvir vozes que na verdade não estão lá. Lembre, os falsos pacientes do estudo de Rosenhan disseram que ouviam vozes e foram internados e diagnosticados como tendo um transtorno esquizofrênico. Os delírios se dividem em várias categorias, como delírios de perseguição (por exemplo, acreditar que está sendo vítima de uma conspiração) ou de grandeza (por exemplo acreditar que é uma pessoa muito importante, tal como Jesus Cristo ou Napoleão). As alucinações e os delírios são referidos como sintomas positivos porque se referem a coisas que foram acrescentadas. Os sintomas negativos se referem a coisas que foram removidas. Eles são déficits ou perdas na emoção, na fala, no nível de energia, na atividade social, e inclusive em impulsos básicos, como fome e sede. Por exemplo, muitas pessoas com esquizofrenia apresentam um embotamento afetivo em que há uma ausência acentuada de expressividade emocional. Seu rosto não mostra expressão alguma e a pessoa fala em um tom monótono. Igualmente, pode haver uma grave redução na quantidade e na qualidade da fala. A pessoa também pode perder sua energia e se tornar extremamente apática – incapaz de começar uma tarefa, muito menos de acabá-la.

Os sintomas desorganizados incluem discurso e comportamento incoerentes e emoção inadequada. A fala desorganizada soa como uma “salada de palavras”, com palavras desconexas unidas de modo incoerente, com mudança de um assunto para outro sem qualquer relação aparente. Um pensamento não acompanha nem se segue à outro. Os esquizofrênicos com emoção inadequada podem sorrir quando recebem notícias terríveis. Suas reações emocionais parecem impróprias para a situação.

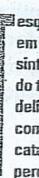
O comportamento também pode ser catatônico – ações físicas que parecem não ter nenhum objetivo, tais como assumir e manter posturas e permanecer imóvel por longo tempo. O comportamento catatônico assume formas extremas, variando da imobilidade à hiperatividade (como se balançar constantemente).

De acordo com o DSM-IV, a esquizofrenia é a presença, na maior parte do tempo e durante um período de pelo menos um mês, de no mínimo dois dos seguintes sintomas: alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou qualquer síntoma negativo (como perda da emoção). Com base nestes sintomas, o DSM-IV distingue cinco subtipos de esquizofrenia (resumidos no Quadro 10.2).

Além desses cinco subtipos, os terapeutas têm usado a forma de desenvolvimento dos sintomas para fazer outras distinções. A distinção entre esquizofrenia crônica e aguda tem a ver com a rapidez de desenvolvimento dos sintomas. Na esquizofrenia crônica os sintomas se desenvolvem muito lentamente, ao longo de anos, e o declínio no comportamento e pensamento acontece gradualmente. Na aguda há um início súbito de sintomas, que, em geral, podem ser atribuídos a uma crise na vida da pessoa, sendo que ela funcionava normalmente antes da crise, sem qualquer sinal clínico do transtorno. A esquizofrenia aguda é mais um transtorno reativo, e a recuperação é muito mais provável.

 **alucinação** Uma falsa percepção sensorial.

 **delírio** Uma falsa crença.

 **esquizofrenia** Um transtorno psicótico em que pelo menos dois dos seguintes sintomas estão presentes na maior parte do tempo durante um mês – alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou sintomas negativos como perda da emoção.

Quadro 10.2 Cinco subtipos de transtorno esquizofrênico

Subtipo	Sintomas
Desorganizado	Discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou emoção inadequada
Catatônico	Sintomas de movimento extremos, variando da atividade motora excessiva à manutenção de uma postura (imobilidade por longos períodos de tempo)
Paranoide	Cognição e emoção organizadas, mas com presença de alucinações e delírios que, geralmente, têm a ver com perseguição
Indiferenciado	Categoría mista – os sintomas satisfazem os critérios de mais de um dos três tipos acima ou de nenhum deles
Residual	Houve um episódio esquizofrênico anterior, mas atualmente só há alguns sintomas negativos e nenhum sintoma positivo (alucinações ou delírios)

Outra distinção é entre o tipo I e o tipo II de esquizofrenia (Crow, 1985). O tipo I se caracteriza por sintomas positivos e o tipo II por sintomas negativos. O tipo I é semelhante à esquizofrenia aguda: a pessoa, em geral, funcionava de modo relativamente normal antes do transtorno, e a probabilidade de recuperação é maior. As pessoas com esquizofrenia do tipo I respondem melhor à terapia medicamentosa do que as com tipo II – talvez porque os sintomas positivos do tipo I resultam de desequilíbrios de neurotransmissores, que são afetados por fármacos, enquanto as anormalidades cerebrais mais permanentes que produzem os sintomas negativos do tipo II não são tão afetadas por eles.

As causas da esquizofrenia. A esquizofrenia, provavelmente, tem muitas causas diferentes, e nós ainda não as compreendemos muito bem. As causas hipotetizadas envolvem, inevitavelmente, um fator de predisposição genética ou biológica. Certamente parece haver uma predisposição genética em algumas esquizofrenias; elas acometem famílias, com o índice de concordância para gêmeos idênticos semelhante ao da depressão, maior, cerca de 50% (DeLisi, 1997; Gottesman, 1991). Este índice é significativamente mais alto do que o índice de concordância de 17% para gêmeos fraternos. Não foi identificado um gene específico, mas é possível que diferentes genes estejam envolvidos nos diferentes tipos de esquizofrenia.

O índice de concordância para gêmeos idênticos talvez também se deva parcialmente a fatores pré-natais; uma hipótese envolve infecções virais pré-natais. Pesquisas revelam que as pessoas sofrem um risco maior de esquizofrenia se houve uma epidemia de gripe no período intermediário de seu desenvolvimento fetal (Takei, Os e Rifkin, 1995; Wright et al., 1995). Existe inclusive um efeito do mês de nascimento sobre a esquizofrenia. As pessoas nascidas nos meses de inverno/primavera (de janeiro a abril no hemisfério norte), que se seguem à estação da gripe do outono/inverno, apresentam uma probabilidade maior de desenvolver esquizofrenia, pois é mais provável que tenham sido expostas a um vírus de gripe durante o desenvolvimento fetal (Torrey et al., 1997). De acordo com a hipótese viral, o vírus invasor prejudica o desenvolvimento cerebral do feto, deixando

a pessoa mais suscetível à esquizofrenia em um momento posterior da vida. Essa hipótese também é apoiada pelo achado de que o índice de concordância de 50% em gêmeos idênticos é o resultado de uma chance de 60% para aqueles que compartilham a mesma placenta (cerca de dois terços deles), mas de uma chance de apenas 10% para aqueles com placenta separadas (Davis e Phelps, 1995). Certamente é mais provável que uma infecção viral afete ambos os gêmeos idênticos na mesma placenta do que em placenta separadas.

Dadas as predisposições genéticas/biológicas, qual poderia ser o problema orgânico que a pessoa está predisposta a desenvolver? Há duas boas respostas: desequilíbrios de neurotransmissores e anormalidades cerebrais. As pessoas com esquizofrenia apresentam níveis elevados de atividade de dopamina em certas áreas do cérebro (Davis et al., 1991). Pesquisas com autópsias e escaneamentos cerebrais indicam que o cérebro das pessoas com esquizofrenia tem um excesso de receptores de dopamina. Além disso, fármacos que diminuem a atividade de dopamina reduzem sintomas esquizofrênicos, e os que aumentam a atividade de dopamina parecem aumentar os sintomas de pessoas com esquizofrenia e produzir sintomas esquizofrênicos em pessoas que não apresentam o transtorno. Esses achados levaram ao desenvolvimento de medicamentos antipsicóticos que são antagonistas da dopamina (reduzem o nível de atividade de dopamina) e ajudam a controlar os sintomas em muitas pessoas com esquizofrenia. Esses fármacos, seus efeitos colaterais e os antipsicóticos mais recentes serão discutidos com mais detalhes quando examinarmos as terapias biomédicas.

Várias anormalidades cerebrais foram encontradas em pessoas com esquizofrenia, especialmente nas que sofrem do tipo II e de esquizofrenia crônica (Buchanan e Carpenter, 1997). Por exemplo, escaneamentos cerebrais de pessoas com esquizofrenia frequentemente indicam tecido cerebral contraído e áreas aumentadas cheias de fluidos. Além disso, algumas áreas cerebrais (o tálamo) parecem ser menores do que o normal e os lobos frontais, menos ativos. Essas anormalidades cerebrais podem ser devidas a defeitos nos genes ou a fatores pré-natais. Complicações no nascimento (fatores pós-natais), como privação de oxigênio, também podem desempenhar um papel no desenvolvimento dessas anormalidades cerebrais (Cannon, 1997; Wright et al., 1995).

Mesmo diante de todas essas evidências biológicas, são necessárias explicações biopsicossociais para explicar todas as evidências acumuladas sobre a esquizofrenia. Por exemplo, se o transtorno tivesse uma origem inteiramente genética, então o índice de concordância seria de 100% para gêmeos idênticos, e ele é de apenas 50%. Uma explicação biopsicossocial popular é o modelo de vulnerabilidade-estresse – fatores biológicos genéticos, pré-natais e pós-natais tornam a pessoa vulnerável à esquizofrenia, mas o estresse ambiental determina se o transtorno vai se desenvolver ou não (Gottesman, 1991). De acordo com esse modelo, variamos na nossa vulnerabilidade à esquizofrenia. O nível de vulnerabilidade da pessoa interage com os eventos estressantes social-cognitivos de sua vida para determinar a probabilidade do transtorno. Lembrase de que a esquizofrenia costuma surgir no final da adolescência/início da idade adulta, períodos com níveis de estresse excepcionalmente elevados. Também há algumas evidências de que ambientes familiares disfuncionais podem ser um fator contribuidor de estresse (Fowles, 1992).

modelo de vulnerabilidade-estresse Uma explicação biopsicossocial da esquizofrenia que propõe que fatores biológicos genéticos, pré-natais e pós-natais tornam a pessoa vulnerável à esquizofrenia, mas o estresse ambiental determina se o transtorno vai se desenvolver ou não.

Em resumo, têm sido feitas muitas pesquisas sobre as causas da esquizofrenia, mas nós ainda não temos muitas respostas claras. A única certeza é de que a esquizofrenia é um transtorno incapacitante com diversas causas. As explicações, inevitavelmente, envolvem um componente biológico, tornando a terapia medicamentosa o tratamento predominante. De qualquer maneira, dada a perda de contato da pessoa com a realidade, as psicoterapias normalmente são difíceis, se não impossíveis. Na próxima seção, consideraremos vários tipos de terapia medicamentosa, juntamente com outros tipos de terapia biológica, e as psicoterapias mais importantes.

Resumo da seção

Nesta seção, discutimos três categorias importantes de transtornos mentais: de ansiedade, do humor e esquizofrénicos. Os transtornos de ansiedade são aqueles em que a ansiedade excessiva provoca sofrimento pessoal e comportamentos atípicos, desadaptativos e irracionais. Em cada um dos transtornos de ansiedade, a ansiedade está envolvida de uma maneira diferente. Por exemplo, em um transtorno fóbico específico, existe um medo acentuado e persistente de objetos ou situações específicas, um medo excessivo e irracional. Mas existem dois tipos de fobias mais amplas: fobia social e agorafobia. A fobia social envolve medo de participar de situações sociais em que há exposição a pessoas desconhecidas ou um escrutínio por outras pessoas. A agorafobia é o medo de estar em lugares ou situações dos quais pode ser difícil ou embarlhado escapar. A agorafobia, geralmente, ocorre junto com o transtorno de pânico – ataques de pânico recorrentes em que a pessoa fica dominada por ansiedade e medo. O transtorno de pânico pode ocorrer com ou sem agorafobia.

Os ataques de pânico acontecem subitamente no transtorno de pânico, mas a ansiedade é crônica e global no transtorno de ansiedade generalizada. No transtorno obsessivo-compulsivo, a pessoaexpérience obsessões (pensamentos persistentes que provocam ansiedade) e compulsões recorrentes (comportamentos repetitivos e rígidos que têm de ser executados para aliviar a ansiedade). Não sabemos o que causa esse transtorno, mas pesquisas recentes indicam uma ausência bioquímica de atividade de serotonina em duas partes do cérebro. Antidepressivos ISRSs, que aumentam a atividade de serotonina, têm tido algum sucesso no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos.

Os transtornos do humor envolvem mudanças dramáticas no humor emocional da pessoa, que são excessivas e injustificadas. O mais comum é o transtorno depressivo maior, duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens. Às vezes, esse transtorno é referido como depressão unipolar para contrastar com o transtorno bipolar, em que a pessoa tem ciclos recorrentes de episódios depressivos e maníacos (humor elevado). O índice de concordância (a probabilidade de um gêmeo idêntico ter o transtorno se o outro o tem) é substancial para ambos os transtornos, cerca de 50% na depressão e 70% no transtorno bipolar. Desequilíbrios de neurotransmissores parecem estar envolvidos em ambos os transtornos, e fatores cognitivos no transtorno depressivo maior.

A esquizofrenia é o transtorno mais grave entre os que discutimos. É um transtorno psicótico, o que significa que a pessoa perde o contato com a realidade. Os terapeutas dividem os sintomas esquizofrénicos em três categorias: positivos, negativos, e desorganizados. Com base nesses vários tipos de sintomas, os terapeutas identificaram cinco subtipos de esquizofrenia: desorganizado, catatônico, paranoide, indiferenciado e residual.

A esquizofrenia parece ter muitas causas possíveis. As anormalidades biológicas em pessoas com esquizofrenia variam de níveis elevados de atividade de dopamina a tecido cerebral contraído, e também há evidências de que infecções vírais pré-natais e complicações no nascimento podem estar envolvidas. Uma explicação biopsicossocial popular da esquizofrenia é o modelo de vulnerabilidade-estresse, que propõe que fatores biológicos genéticos, pré-natais e pós-natais tornam a pessoa vulnerável à esquizofrenia, mas o estresse ambiental determina se o transtorno vai se desenvolver ou não.

Você aprendeu os conceitos? | 2

- Explique o que se quer dizer com abordagem biopsicossocial e depois dê uma explicação biopsicossocial para um transtorno fóbico específico.
- Explique a diferença entre dois transtornos de ansiedade – a fobia específica e o transtorno de ansiedade generalizada.
- Explique por que os índices de concordância para gêmeos idênticos no transtorno depressivo maior e na esquizofrenia indicam que mais fatores, além de causas biológicas, são responsáveis por esses transtornos.
- Explique a diferença entre esquizofrenia e "personalidade dividida".