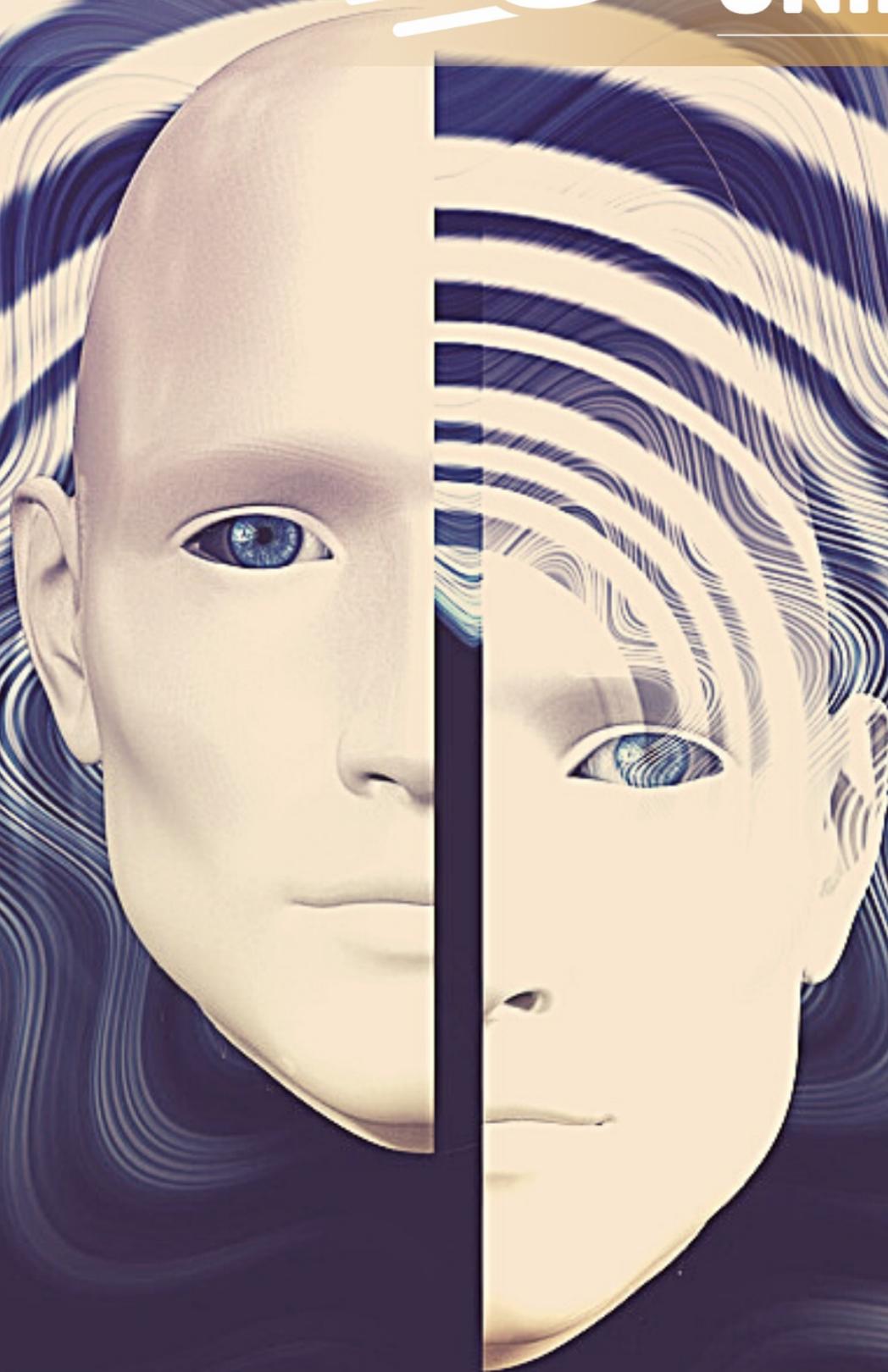




grupo educacional

UNILOGOS



Psicanálise



grupo educacional

UNILOGOS



PSIQUIATRIA II



grupo educacional
UNILOGOS

Presidente: Dr. Gabriel C. D. Lopes (rector@unilogos.edu.eu)
Reitor: Dr. William Harrison (deanlouisiana@unilogos.education)
Diretora Geral de Ensino: Dra. Amanda Lee Holmes
Vice Presidente: Dra. Pollyanna C. P. Lopes (contact@unilogos.edu.eu)
Reitor Honorário Ad Vitam: Dr. Kao Kvang Hong
Vice Presidente Executivo: Dr. Dion P. Shuencvk
Presidente Honorário: Dr. Nilton Elias
Reitor Honorário: Dr. Shefki Hysa
Reitor Honorário : Dr. Zoran Vitorovic
Chanceler: Prof. Dr. Bensson V Samuel, MD, PhD, DBA
Secretário: MsC Elias Abrao Neto (contact@unilogos.edu.eu)
Projeto Gráfico e Diagramação: Rogerio dos Reis Ferreira

Edição

LOGOS UNIVERSITY INTERNACIONAL

Address: 7950 NW 53rd Street - Suite 337 - Miami - Flórida - 33166
Register Florida State: Authentication Code Number 150218100844-400269643344#1

Rua Doutor José Mendonça Clark, Nº 90/604, Varzea - Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil

Copyright 2021 Logos University Internacional - Todos os Direitos Reservados

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Logos University Internacional.

SUMÁRIO

Transtorno Obsessivo-Compulsivo “Stress” Agudo e Pós-traumático.....	5
Ansiedade Generalizada.....	6
Transtornos Somatoformes.....	7
Transtorno de Somatização.....	7
Transtorno Conversivo.....	8
Hipocondria.....	9
Dor e Transtorno Doloroso.....	9
Transtornos Dismórfico Corporal.....	10
Transtornos Factícios.....	10
Transtornos Dissociativos.....	11
Amnésia Dissociativa.....	11
Fuga Dissociativa.....	12
Transtorno Dissociativo de Identidade (Personalidade Múltipla).....	12
Transtornos de Despersonalização.....	13
Transe Dissociativo.....	14
Transtornos Sexuais.....	14
Disfunções Sexuais.....	14
Parafilias.....	14
Transtornos de Identidade de Gênero.....	15
Transtornos Alimentares.....	16
Anorexia Nervosa.....	17
Bulimia Nervosa.....	18
Transtornos do Sono Dissonias.....	19
Parassonias.....	20
Transtornos Relacionados a Substâncias.....	21
Medicamentos mais Comumente Usados em Psiquiatria e Neurologia, e Outras Terapias “Biológicas”.....	23
Antidepressivos.....	23
Antipsicóticos (Neurolépticos).....	24
Ansiolíticos e Indutores de Sono.....	25
Anti-Parkinsonianos.....	26
Anti-Convulsivantes.....	26
Eletroconvulsoterapia (ECT)	27
Psicocirurgia.....	28
Homeopatia.....	28
Acupuntura.....	28
Terapias “Alternativas”	29
O Efeito Placebo e a “Cura pela Fé”	29
Conclusão.....	30
Apêndice A: Classificação dos Transtornos Mentais do DSM-IV.....	31
Referências Bibliográficas.....	46
Avaliação: Psiquiatria.....	47

O transtorno obsessivo-compulsivo, como o nome indica, é caracterizado pela ocorrência de obsessões e compulsões. Uma obsessão é um pensamento, sentimento, idéia ou sensação intrusiva, enquanto que compulsão é um comportamento consciente, estandardizado e recorrente, como contar, verificar, evitar ou lavar. As obsessões levam a um aumento da ansiedade da pessoa, enquanto que a execução das compulsões leva a uma sensação de redução da ansiedade. Quando um indivíduo com transtorno obsessivo-compulsivo resiste à realização da compulsão, a ansiedade aumenta, até que ele se veja praticamente “obrigado” a realizá-la.

Um paciente obsessivo-compulsivo percebe o caráter irracional de suas obsessões, e experimenta tanto a obsessão quanto a compulsão como ego-distônicas. As obsessões invadem insistentemente e persistentemente a consciência, e um sentimento de medo ansioso acompanha a manifestação central, levando a pessoa a tomar medidas contra a idéia ou impulso inicial. A pessoa que sofre de obsessões e compulsões sente na maioria das vezes um forte desejo de resistir-lhes, porém cerca de metade dos pacientes oferece efetivamente pouca resistência à compulsão.

Independentemente de quão vívida e compelidora seja a obsessão ou compulsão, a pessoa reconhece-as como absurdas e irracionais, evidenciando-as como algo alheio a si mesmo, estranhas à experiência que a pessoa tem de si como um ser psicológico.

O padrão mais comum é o de uma obsessão de contaminação (ou sujeira), seguida por uma compulsão para lavar ou limpar, ou ainda para esquivar-se do objeto ou pessoa supostamente contaminada. O segundo padrão em frequência é uma obsessão de dúvida, seguido de uma compulsão à verificação, geralmente com a obsessão envolvendo algum padrão de perigo ou violência (esquecer o gás ligado, ou a porta destrancada, com as possíveis consequências de explosão ou de invasão, por exemplo). Outros padrões comuns envolvem pensamentos obsessivos meramente intrusivos, sem compulsões associadas, geralmente pensamentos repetitivos com conteúdo sexual ou agressivo repreensível aos olhos do paciente, ou a necessidade de simetria ou precisão, ou ainda obsessões religiosas, entre outras.

O tratamento farmacológico vem ganhando força por sua eficácia a curto prazo, e pelos achados recentes de alterações orgânicas cerebrais nos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, porém ainda não se pode determinar se estas alterações seriam a causa desta condição,

pois a maioria dos estudos têm achado resultados discrepantes. A psicanálise tem sido desconsiderada como alternativa terapêutica, embora existam relatos informais de sucesso, e não haver dúvida em relação à necessidade de psicoterapia coadjuvante à farmacoterapia.

"STRESS" AGUDO E PÓS-TRAUMÁTICO

Traumas emocionais intensos podem levar praticamente qualquer pessoa a uma reação aguda de stress. Esses traumas incluem, por exemplo, experiências de combate, catástrofe naturais, agressão física, estupro, acidentes sérios, entre outros. O transtorno de stress pós-traumático consiste de revivência do evento traumático através de sonhos e de pensamentos durante a vigília, hiperexcitação persistente, e evitação persistente de coisas que lembrem do trauma. Se os sintomas ocorrem por um breve período de tempo (de dois dias a quatro semanas), classifica-se como stress agudo, e se eles persistem por mais de um mês, caracteriza-se o stress pós-traumático.

Nestes casos, o tratamento psicoterápico pode necessitar de auxílio de tratamento medicamentoso, sendo uma das indicações claras de ansiolíticos e indutores do sono. A psicanálise tem um papel importante no stress pós-traumático, sendo mais indicadas as terapias breves para as situações agudas.

ANSIEDADE GENERALIZADA

A ansiedade e preocupação excessivas, com expectativa apreensiva exagerada, ocorrendo na maioria dos dias, por um período de pelo menos 6 meses, sendo considerado difícil, pelo indivíduo, controlar sua preocupação, e na ausência de outro transtorno específico ao qual a ansiedade estaria dirigida (como por exemplo ataques de pânico), caracterizam o transtorno de ansiedade generalizada, segundo o DSM-IV. Estão associadas a inquietação, a sensação de estar “com os nervos à flor da pele”, fatigabilidade, dificuldade para concentrar-se, “brancos” ou “lapsos de memória”, irritabilidade, tensão muscular (muitas vezes levando a cefaléias, lombalgias, ou dores localizadas em um ou outro membro), e insônia, classicamente com grande dificuldade para conciliar o sono, desde o início da noite (em contraste com a insônia dos transtornos depressivos, que aparece com despertares durante a madrugada).

A ansiedade generalizada está associada a pressões psicossociais cada vez maiores, sendo uma das grandes aflições dos “tempos modernos”, juntamente com as formas mais leves da depressão e da distímia. Seu tratamento é eminentemente psicoterápico, embora haja um uso intenso, e provavelmente pouco discriminado de ansiolíticos, o que pode estar levando a um aumento na incidência de transtornos relacionados a estas substâncias, principalmente o abuso e a dependência. A legislação específica para a prescrição e venda destas medicações, no Brasil, até agora, não parece ter coibido a prática comum, de muitos médicos não psiquiatras, de prescreverem abusivamente benzodiazepínicos, sem ao menos encaminhar para uma avaliação psiquiátrica, ou ao menos para uma psicoterapia.

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Os transtornos somatoformes são um grupo de transtornos que incluem sintomas físicos para os quais nenhuma causa ou explicação orgânica adequada pode ser encontrada. Os transtornos somatoformes não são simulações conscientes ou transtornos factícios, mas causam desconforto ao paciente, que freqüentemente reluta em aceitar o diagnóstico como sendo “apenas” de origem psicológica. Em geral, o diagnóstico deve ser mesmo um diagnóstico de exclusão, tendo sido afastadas as hipóteses de patologias orgânicas não psiquiátricas, antes de o paciente ser encaminhado para acompanhamento psicoterápico.

Esta aula não se deterá muito nos transtornos somatoformes, assim como nos transtornos factícios, dissociativos, alimentares, sexuais, de sono e os relacionados a substâncias, uma vez que tais condições devem ser mais profundamente estudadas no restante do curso, assim como os transtornos de ansiedade, vistos acima. Para um maior aprofundamento na visão “psiquiátrica” destas condições, recomenda-se o “Compêndio de Psiquiatria”, de Kaplan e outros (vide Bibliografia).

TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO

O que caracteriza o transtorno de somatização são os múltiplos sintomas somáticos, que não podem ser explicados por exames físicos e exames auxiliares. A multiplicidade de sintomas, e os múltiplos sistemas orgânicos “afetados” o diferenciam dos demais transtornos somatoformes, principalmente do transtorno conversivo.

Caracteristicamente, é um transtorno crônico, que leva o paciente a múltiplas consultas médicas, com múltiplos especialistas, e a submeter-se a múltiplos exames auxiliares, muitas vezes bastante dolorosos, ou no mínimo desconfortáveis, o que pode aumentar ainda mais o sofrimento do paciente.

A somatização, juntamente com a conversão, eram chamada anteriormente de histeria, numa (falsa) suposição de que tais transtornos somente acometessem as mulheres (do grego hystera = útero). Realmente, os transtornos de somatização são mais frequentes nas mulheres do que nos homens, numa proporção de 5 até 20 mulheres para cada homem afetado (embora as estatísticas mais altas estejam provavelmente adulteradas pelo fato de que existe uma tendência, mais antiga, de não se considerar o diagnóstico, nos homens...). Extra-oficialmente, comenta-se que o distúrbio, quando acomete indivíduos do sexo masculino, é muito mais intenso, e os sintomas tendem a ser mais elaborados, dificultando ainda mais a diferenciação com patologias orgânicas “reais”. Não há dados oficiais que confirmem esta afirmação, bem como não há uma tendência a um aumento de incidência de homossexualidade entre os homens com transtornos de somatização.

TRANSTORNO CONVERSIVO

Diferentemente do transtorno de somatização, o transtorno conversivo caracteriza-se pela presença de um ou mais sintomas neurológicos, que não podem ser explicados por uma condição neurológica conhecida, nem detectada por exames auxiliares. A especificidade dos sintomas, exclusivamente neurológicos, diferencia a conversão da somatização, onde podem existir sintomas neurológicos, porém sempre acompanhados de sintomas relativos a outros órgãos ou sistemas.

Os sintomas, como paralisias, cegueira, distúrbios da fala, tonturas, ou convulsões, entre outros, podem tornar difícil a diferenciação com patologias realmente neurológicas, tornando obrigatória a avaliação por um especialista, que muitas vezes pode ter dificuldade para descartar completamente algum distúrbio neurológico orgânico.

O transtorno conversivo tende a ser agudo (contrastando com a somatização), com a resolução espontânea dos sintomas, quase sempre em alguns dias, ou no máximo em um mês. Apenas os casos em que o transtorno é recorrente (por volta de 25%), ou naqueles em que os sintomas não regridem em poucos dias, está indicado o

tratamento psicanalítico clássico. As terapias breves e os ansiolíticos podem ser usados em casos agudos, para mais rápida resolução dos sintomas.

O termo “conversivo” foi introduzido por Freud, com base em seu trabalho com Anna O., que é um “clássico” obrigatório para o entendimento da psicanálise como um todo, e especificamente da conversão, seus mecanismos e seu tratamento.

HIPOCONDRIA

Derivado do termo antigo hypochondrium (“abaixo das costelas”), o termo hipocondria refere-se à condição em que o paciente acredita e teme ter uma doença grave, ainda não detectada, interpretando erroneamente sintomas somáticos, convicção esta que persiste apesar de avaliações repetidas e garantias médicas de que não há nada gravemente anormal em seu organismo, e do curso benigno de sua condição ao longo do tempo. Esta convicção, no entanto, não é tão fixa a ponto de constituir um delírio, nem se restringe a uma preocupação circunscrita com a aparência, mas causa sofrimento significativo, ou prejuízo ao funcionamento social ou ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O paciente pode ou não ter insight de que a preocupação com a ideia de ter uma doença grave é excessiva ou irracional, porém esse insight não o ajuda a eliminar a mesma.

Mais comumente iniciado entre 20 e 30 anos de idade, e com uma duração de pelo menos 6 meses (há casos com menor duração, geralmente relacionados a stress importante, mas estes não podem ser caracterizados como hipocondria), tem curso episódico, com intervalos quiescentes e episódios de hipocondria de vários meses a anos de duração. A psicoterapia é geralmente pouco eficaz, tanto quanto as drogas ansiolíticas e antidepressivas, porém em geral o prognóstico é benigno, com melhora espontânea eventual, ou com manutenção dos sintomas sem outras complicações, exceto nos casos em que exames médicos mais invasivos, ou terapêuticas direcionadas a achados clínicos supervalorizados tragam complicações iatrogênicas.

DOR E TRANSTORNO DOLOSO

A presença de dor, não completamente explicada por uma condição médica, não psiquiátrica, associada a prejuízo funcional e sofrimento emocional, e com relação causal plausível com fatores

psicológicos, caracteriza o transtorno doloroso. Esta definição acaba por deixar muito aberto o diagnóstico, uma vez que a presença e intensidade de dor é sempre uma questão extremamente subjetiva, e nunca é possível eliminar ou assegurar-se com certeza absoluta de componentes psicológicos para qualquer queixa de dor, mesmo quando existe uma patologia orgânica evidente.

O tratamento com analgésicos comuns geralmente não melhora as dores psicogênicas (ou o componente psicogênico da dor), porém o uso de analgésicos opiáceos pode ser frequente, o que leva a uma grande tendência à dependência e abuso de tais medicamentos, como também acontece com os ansiolíticos e antidepressivos.

As psicoterapias breves e a psicanálise têm sucesso variável no manejo destes pacientes, dependendo sua indicação específica de diversas variáveis, sempre com acompanhamento clínico, lembrando que a dor é um fenômeno fisiológico importante para a nossa integridade física, alertando-nos quanto a alterações orgânicas várias.

TRASNTORNOS DISMÓRFICO CORPORAL

O transtorno dismórfico corporal é uma preocupação com um defeito corporal imaginário, ou uma distorção exagerada de um defeito mínimo ou sem importância, que acarreta sofrimento significativo ou prejuízo na vida pessoal, ocupacional ou social do paciente. As preocupações mais comuns envolvem defeitos faciais (principalmente em relação ao nariz), nos cabelos, na pele, e na constituição geral do corpo. Se a intensidade da perturbação for tão grande a ponto de poder ser considerada um delírio, não se faz o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal, mas sim de transtorno delirante, tipo somático.

Talvez uma boa parte do recente aumento da procura por procedimentos estéticos reparadores (cirurgia plástica, aumento de seios e nádegas, lipoaspiração, remoção de rugas, etc.) esteja refletindo uma tendência ao aumento da frequência deste transtorno, determinada ou facilitada por fatores psicossociais...

TRASTORNOS FACTÍCIOS

Os transtornos factícios distinguem-se dos transtornos somatoformes por haver uma produção deliberada de sinais e sintomas, com um objetivo aparente de assumir um papel de paciente, de ser hospitalizado, e às vezes de ser submetido a exames ou até cirurgias.

Existe uma qualidade compulsiva nessa produção, porém os comportamentos são considerados voluntários, por serem deliberados e dirigidos a uma finalidade, ainda que não possam ser controlados.

Não existem incentivos externos para este comportamento, e se existirem (como no caso de vantagens econômicas, esquiva de responsabilidades legais, ou obtenção de atenção específica de alguma pessoa intimamente relacionada) não se faz diagnóstico de transtorno factício, mas sim de Simulação.

É uma condição extremamente refratária a qualquer tipo de tratamento, com frequência ocorrendo de o paciente fugir do hospital, ou simplesmente deixar de aparecer nas consultas ou sessões de terapia. A reação dos médicos, ficando geralmente irritados com as mentiras e engodos do paciente, e o receio de estar desconsiderando uma situação clínica real, dificultam ainda mais o manejo, levando a alta incidência de procedimentos invasivos, e conseqüentemente de iatrogenias.

TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

A disfunção fundamental nos transtornos dissociativos consiste na perda por parte do paciente do sentimento unitário de si mesmo como ser humano único, com uma única personalidade básica. Esta consciência de si como personalidade única pode se alterar também em pessoas normais, saudáveis, como por exemplo acontece no fenômeno da hipnose, na meditação, etc. Outros exemplos comuns de dissociação corriqueira são encontrados em períodos de desatenção durante uma conversa ou uma aula, ou também estados em que a atenção se encontra aumentada, como ao “viajar” durante uma boa leitura, por exemplo.

A dissociação patológica surge, provavelmente, como uma defesa psíquica contra um trauma, seja físico ou emocional. O grau de dissociação, e a maneira individual de cada paciente reagir, determinam a formação de síndromes distintas.

AMNÉSIA DISSOCIATIVA

Embora a amnésia seja comum a quase todos os transtornos dissociativos, caracteriza-se a amnésia dissociativa quando os fenômenos de dissociação estão limitados à memória. Basicamente, o

paciente perde a capacidade para recordar informações já armazenadas em sua memória, geralmente aquelas que dizem respeito a um evento traumático ou estressante. A capacidade para aprender novas informações, no entanto, é mantida.

Uma forma comum é a amnésia para a própria identidade pessoal, mas com memória intacta para informações gerais. O término da amnésia é em geral abrupto, e a recuperação é completa, com baixa incidência de recorrências. No entanto, a psicoterapia é quase sempre recomendada, para que haja uma integração adequada das memórias à personalidade do indivíduo, e para resolução de conflitos que possam estar na base do transtorno agudo.

FUGA DISSOCIATIVA

Na fuga dissociativa, o paciente, além de perder memória de seu nome, família, passado, etc., afasta-se fisicamente de seu lar habitual, trabalho e locais costumeiramente frequentados (muitas vezes afastando-se da cidade), muitas vezes assumindo uma identidade completamente nova, embora essa identidade, em geral, seja menos completa do que as personalidades alternativas vistas no transtorno dissociativo de identidade, além de não haver uma alternância entre as identidades antiga e nova.

O paciente, durante o período de fuga, tem completa amnésia para a sua vida e ligações passadas, mas não tem consciência plena de ter esquecido de algo, e não perde capacidades anteriormente aprendidas. Em geral, não dá mostras de estar comportando-se de maneira extraordinária, procurando levar uma vida calma, banal, atraindo para si o mínimo de atenção.

Esta situação tem rendido várias histórias na ficção, especialmente de cunho romântico, como em novelas de TV e romances dirigidos ao público feminino, encontrados em bancas de revistas.

TRANSTORNO DISSOCIATIVO DE INDETIDADE (PERSONALIDADE MÚLTIPLA)

Antes chamado de transtorno de personalidade múltipla, o transtorno dissociativo de identidade é um transtorno crônico, cuja causa envolve quase sempre um evento traumático, geralmente abuso físico ou sexual, na infância. As pessoas com transtorno dissociativo de

identidade têm duas ou mais personalidades distintas, cada uma delas determinando o comportamento e as atitudes durante o período em que predomina. O número médio de personalidades distintas situa-se na faixa de 5 a 10, com freqüência estando 2 ou 3 evidentes quando do diagnóstico, e as demais surgindo no decorrer do tratamento.

A transição de uma personalidade a outra é súbita, e em geral dramática. Geralmente há amnésia, para cada uma das personalidades, da existência e dos eventos ocorridos durante o predomínio de cada uma das outras personalidades. Algumas vezes, no entanto uma ou mais personalidades não são atingidas por esta amnésia, tendo acesso a todas ou algumas das informações e lembranças das outras.

Este é considerado o mais grave e crônico dos transtornos dissociativos, e o tratamento envolve psicoterapia, sendo de difícil condução, podendo ser considerado um dos maiores desafios para um terapeuta, que muitas vezes pode ter que recorrer a diversas abordagens, e esforçar-se por engajar várias das personalidades diferentes no tratamento.

Alguns casos foram relatados em romances que se tornaram populares, sendo recomendada a sua leitura, como forma de maior compreensão dos sentimentos e nuances destes pacientes.

TRANSTORNO DE DESPERSONALIZAÇÃO

Alteração persistente e recorrente na percepção de si mesmo, atingindo um grau em que o senso da própria realidade é temporariamente perdido, o transtorno de despersonalização caracteriza-se por episódios ego-distônicos em que os pacientes sentem-se mecânicos, em sonho, ou distanciados do próprio ego, mas percebem a irrealidade de seus sintomas. Tal alteração pode ocorrer normalmente em pessoas sadias, só sendo considerada patológica quando assume proporções persistentes e recorrentes, levando a sofrimento ou prejuízo no funcionamento pessoal, social ou ocupacional.

As sensações podem incluir alterações corporais, como sentir que suas extremidades estão maiores ou menores que o normal, ou até duplicação, sentindo-se “fora do corpo” ou até em dois lugares ao mesmo tempo.

É importante afastarem-se as causas orgânicas de tais sensações, como a epilepsia, e as lesões de lobo parietal (que levam a sensações peculiares no hemisfério contralateral).

TRANSE DISSOCIATIVO

Entre os “transtornos dissociativos sem outra especificação”, o DSM-IV inclui o “transtorno de transe dissociativo”, episódios isolados ou episódios de alteração de consciência, identidade ou memória, inerentes a determinados locais e culturas. Geralmente caracterizados localmente como “possessão”, sendo especificado que “o transe ou estado de transe não é aceito como um componente normal de uma prática cultural ou religiosa coletiva. Esta definição acaba por levar a uma intromissão de diagnóstico psiquiátricos em assuntos religiosos, sendo por isso bastante discutível. Além disso, o próprio transe hipnótico pode, de certo modo, ser qualificado como um transe dissociativo, aumentando o desconforto quanto a esta categoria diagnóstica.

TRANSTORNOS SEXUAIS

Não iremos nos deter nos inúmeros meandros do estudo da sexualidade normal e patológica. Apenas citaremos os grandes grupos de transtornos sexuais listados no DSM-IV, lembrando sempre que a orientação sexual, se hetero, homo ou bissexual, NÃO é considerada, por motivos do “politicamente correto”, um possível transtorno, não havendo categoria diagnóstica para a homossexualidade.

DISFUNÇÕES SEXUAIS

As disfunções sexuais englobam os distúrbios do desejo, da excitação sexual, do orgasmo, dor sexual, e as disfunções devidas a condições médicas gerais e ao uso de substâncias.

PARAFILIAS

As parafilias, caracterizadas por fantasias sexuais especializadas e intensas, e necessidades e práticas sexuais que, em geral, são de natureza repetitiva, e muitas vezes angustiam a pessoa, foram e são extensivamente estudadas pela psicanálise, havendo vasta literatura a

respeito. Incluem-se a pedofilia, o exibicionismo, o voyeurismo, o frotteurismo, o masoquismo e o sadismo sexuais, o fetichismo transvéstico, o fetichismo, a zoofilia, e uma categoria “sem outra especificação”, que inclui ainda a necrofilia, a coprofilia, a urofilia, entre outras.

TRANSTORNOS DE IDENTIDADE DE GÊNERO

Os transtornos da identidade de gênero constituem uma categoria à parte, dentro dos transtornos da sexualidade, aparentemente representando mecanismos diversos daqueles encontrados nas disfunções sexuais e nas parafilias, e também mostrando-se qualitativamente diferentes do homossexualismo ou do transvestismo (fetichismo transvéstico).

A identidade de gênero é um estado psicológico que reflete o senso de si mesmo como pertencente a um gênero, masculino ou feminino, baseado em conjuntos de atitudes culturalmente determinados, bem como padrões de comportamento e outros atributos associados (culturalmente) com a masculinidade ou feminilidade. O papel de gênero, por outro lado, é o padrão comportamental externo que reflete o senso interno da pessoa quanto à sua identidade de gênero, correspondendo a uma declaração pública do gênero. Geralmente, a identidade e o papel de gênero são congruentes, ou seja, a pessoa tem um senso de si mesma como homem ou como mulher, e age de acordo, segundo os padrões de sua cultura.

O papel e a identidade de gênero devem ser diferenciados também do sexo (ou sexo biológico), limitado às características anatômicas e fisiológicas sexuais, macho ou fêmea, e da orientação sexual, que é a tendência de respostas erótica da pessoa, sendo homossexual, heterossexual ou bissexual.

O aspecto essencial do transtorno de identidade de gênero é uma angústia intensa e persistente do indivíduo em relação ao seu sexo “atribuído”, e um desejo ou insistência para ser de outro sexo, muitas vezes com a tentativa de se passar por um membro do sexo oposto, e a crença de que “nasceram no sexo errado”. É comum ouvir-se a expressão “sinto que sou uma mulher aprisionada num corpo masculino”, ou vice-versa.

Tal sentimento geralmente está presente desde a infância, podendo ou não se manifestar por atitudes e interesses mais característicos do outro sexo, e às vezes já na infância a expressão declarada de sentirem-se meninos, quando são meninas, ou vice-versa.

Adolescentes e adultos com esta condição geralmente procuram alternativas biológicas para efetuar essa mudança para o sexo que acreditam ser o “certo” para si, com o uso de hormônios e cirurgias, hoje sendo possível a “troca de sexo” até mesmo para a genitália externa. Cabe lembrar que tais procedimentos cirúrgicos não alteram o “sexo biológico”, não alterando a genitália interna (ou pelo menos não a substituindo), muito menos os cromossomos sexuais.

Esses indivíduos podem ter atração sexual pelo mesmo sexo, pelo sexo oposto, ou por ambos os sexos. Quando tem atração pelo mesmo sexo (biológico), não se consideram homossexuais, uma vez que têm a convicção plena de pertencerem ao sexo oposto.

Existem síndromes geneticamente determinadas, aonde falta ou excesso de cromossomos sexuais, ou defeitos congênitos nas glândulas sexuais, levam a condições intersexuais, com pseudohermafroditismo, virilização, feminilização, ou até hermafroditismo verdadeiro, que acabaram por ser incluídas entre os transtornos de identidade de gênero “sem outra especificação”.

O tratamento do transtorno da identidade de gênero tende ao fracasso, se a tentativa for reverter o transtorno. A cirurgia de reatribuição sexual (“troca de sexo”) é o que melhores resultados tem apresentado, embora uma cautelosa seleção dos pacientes deve ser realizada, incluindo uma tentativa de “teste”, onde os candidatos à cirurgia se passam efetivamente pelo sexo oposto, durante três meses a um ano, para verificar, em termos simples, “se é isto mesmo que desejam”. São também prescritos hormônios, provocando as alterações secundárias em seus organismos, o que em alguns casos é até suficiente para o seu bem estar psíquico, dispensando a necessidade de uma cirurgia.

O papel do psicanalista, nesses casos, é pequeno, mas pode ser um bom adjuvante, para que haja uma melhor adaptação e integração da pessoa, qualquer que seja o estado orgânico atingido.

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Entre os transtornos alimentares, sobressaem duas síndromes bastante conhecidas, e altamente desafiadoras quanto ao manejo terapêutico, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A anorexia nervosa, que já foi amplamente divulgada quando personalidades conhecidas como Kareem Carpenter ou Lady Diana Spencer foram

acometidas, pode inclusive ser fatal, sendo um problema considerável e preocupante para o profissional de saúde. É o tipo de patologia que sempre deve envolver mais de um profissional, não devendo nunca o psicanalista assumir sozinho todo o acompanhamento do paciente, mas obtendo cooperação de psiquiatra e clínico, no mínimo.

Não confundir tais patologias com as reações comuns de praticamente todos os indivíduos, de aumentarem ou diminuírem a ingestão calórica em resposta ao stress.

ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa é caracterizada por uma perturbação da imagem corporal, e busca incessante de magreza, levando freqüentemente a um estado de inanição, tendo seu início geralmente na adolescência, e sendo muito mais freqüentes em mulheres do que em homens. As pacientes sentem-se paradoxalmente gordas, recusando-se a se alimentarem, com um medo intenso de ganhar peso, mesmo quando o espelho e a balança mostrem claramente o absurdo dessa situação. Há uma negação persistente do baixo peso corporal, que às vezes persiste até quando chegam ao nível de desnutrição.

O termo “anorexia” é inadequado, pois não ocorre realmente perda de apetite, mas uma evitação quase obsessiva dos alimentos, principalmente os mais calóricos, enquanto a tendência para colecionar receitas culinárias e a paixão por preparar refeições elaboradas para os outros evidenciam que estes pacientes estão na verdade constantemente pensando em comida. Alguns pacientes não conseguem controlar continuamente a restrição voluntária da ingestão de alimentos, e têm, ocasionalmente, episódios de voracidade, em geral em segredo, quase sempre à noite, e freqüentemente seguindo-se indução de vômitos. Muitos pacientes usam também laxantes e mesmo diuréticos, com a finalidade de perderem peso, e engajam-se em exercícios intensos, sempre com a intenção de “queimar” as calorias.

Em geral, nas mulheres, ocorre também uma amenorréia, ou seja, uma interrupção dos ciclos menstruais, que não ocorre, em geral, se a paciente utiliza contraceptivos. A amenorréia reflete as alterações hormonais, decorrentes da inanição.

Existe uma alta taxa de co-mordidade com transtornos depressivos, com uma frequência de até 50% de transtornos depressivos maior ou distímico. Em geral, o prognóstico de pacientes anoréxicos é ruim, com algumas remissões, mas uma grande tendência

a apresentarem recaídas, e apesar da resposta a curto prazo a praticamente qualquer tipo de tratamento, nas fases que requerem hospitalização (como única forma de nutrir adequadamente o paciente), ser boa, há relatos de altas taxas de mortalidade a médio prazo, chegando até a 18%.

A psicoterapia tem um papel fundamental no manejo adequado a longo prazo desses pacientes, mas para que seja eficaz deve haver um excelente rapport, dada a tendência de negação e receio de engordar, não desejando o tratamento por imaginarem que este levá-los a engordarem em demasia.

BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa é mais comum que a anorexia, e consiste em episódios recorrentes de consumo de grandes quantidades de alimentos, acompanhados por um sentimento de perda do controle, e freqüentemente de culpa, depressão ou ojeriza por si mesmo. Seguem-se comportamentos compensatórios, como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes e uso de diuréticos, jejum, exercícios excessivos, para evitar o ganho de peso.

A bulimia diferencia-se da anorexia por ser episódica e recorrente (enquanto a anorexia é crônica, contínua), e por não haver perda de peso, mantendo-se os pacientes em geral dentro do peso normal, podendo estar abaixo ou até acima deste. Caso os episódios ocorram exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa, são considerados parte desta, e não como transtorno separado.

O prognóstico é em geral bem melhor do que o da anorexia, com uma resposta relativamente boa à psicoterapia, e na maioria dos casos não necessitando de hospitalização, exceto nos raros casos em que a purgação (vômitos, laxantes, diuréticos) se torna severa a ponto de acarretar distúrbios hidro-eletrolíticos e metabólicos. Em alguns casos não tratados, há inclusive a possibilidade de remissão espontânea dos sintomas em um a dois anos, e existe ainda uma prevalência ainda não estimada, mas provavelmente alta, de episódios bulímicos isolados, principalmente em mulheres adolescentes, sendo relatado até 40% em universitárias.

Os fatores sociais, com as pressões exercidas pelos padrões atuais de magreza como sinônimos de beleza, e como pré-requisito para o sucesso pessoal, profissional e sexual, podem estar ajudando a aumentar a incidência tanto da bulimia quanto da anorexia nervosas.

TRANSTORNOS DO SONO

Os transtornos do sono são estudados em outro capítulo do curso (Neurologia), cabendo aqui apenas uma rápida definição de termos. São classificados em dissonias, parassonias, e transtornos do sono devidos a outros transtornos mentais ou a outras condições médicas.

Os sintomas básicos dos transtornos do sono são a insônia (dificuldade para iniciar ou para manter o sono), a hipersonia (quantidades excessivas de sono e sonolência diurna), as parassonias (fenômenos incomuns ou indesejáveis que aparecem subitamente durante o sono ou no limiar entre o sono e a vigília) e as perturbações no ciclo-vigília (deslocamento do sono a partir do período circadiano desejado).

O estudo do sono está intimamente ligado a um dos aspectos mais importantes da psicanálise, que é o estudo e interpretação dos sonhos. Cabe lembrar que os mecanismos fisiológicos exatos dos sonhos são ainda absolutamente desconhecidos, ficando o seu estudo, por enquanto, restrito às abordagens analíticas das diversas escolas psicoterápicas, todas com grande influência do pensamento Freudiano.

DISSONIAS

São problemas primários do sono, incluindo a insônia primária, a hipersonia primária, a narcolepsia, o transtorno do sono relacionado à respiração, e o transtorno do ritmo circadiano do sono (ou do ciclo de sono-vigília).

Insônia primária é a dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou a existência de um sono não revigorante, na ausência de outras patologias físicas ou mentais. Geralmente está associada a uma má higiene de sono, e a um certo nível exagerado de ansiedade, sem ser caracterizado nenhum transtorno específico de ansiedade.

Hipersonia primária é a ocorrência de sonolência excessiva, sem causas orgânicas ou psíquicas determináveis.

A narcolepsia é uma síndrome que consiste em sonolência diurna excessiva, e manifestações anormais do sono REM, com alucinações hipnagógicas, cataplexia e paralisia do sono. O sintoma mais comum são os ataques de sono, com episódios de sono irresistível, às vezes de

duração de poucos segundos, ocorrendo várias vezes durante o dia.

Os transtornos do sono relacionados à respiração incluem várias perturbações respiratórias que atrapalham o sono normal, sendo importante lembrar da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, que caracteriza-se por múltiplos episódios apnéicos durante o sono, levando a múltiplos pequenos despertares, ou pelo menos superficializações do sono.

Os transtornos do ritmo circadiano do sono caracterizam-se pelo mau alinhamento entre períodos desejados e reais de sono. Incluem as mudanças de fuso horário, as mudanças freqüentes de turno de trabalho, a fase atrasada ou avançada de sono (não conseguir dormir tão cedo ou tão tarde quanto se deseja).

PARASSONIAS

As parassonias são fenômenos indesejáveis ou incomuns que aparecem durante o sono ou no limiar entre a vigília e o sono (adormecendo ou despertando). Incluem-se entre as parassonias os pesadelos, o terror noturno, o sonambulismo, e outros como o bruxismo, o sonilóquio e a paralisia do sono.

O pesadelo, como todos já tivemos oportunidade de constatar, é um sonho longo e assustador, do qual o indivíduo geralmente desperta assustado, com as sensações fisiológicas do stress.

O terror noturno, por outro lado, é um despertar que ocorre durante o sono Não-REM profundo (estágios 3 e 4), com emissão de um grito alucinante, seguindo de manifestações que lembram o estado de pânico, tipicamente não respondendo às tentativas de ser acalmado por outrem, e que evoluem ou para o retorno ao sono, ou mais raramente para um estado transitório de confusão e desorientação. Nenhum sonho é recordado, e o evento em geral é inteiramente esquecido pelo paciente (embora seja intensamente estressante para os familiares, especialmente porque ocorre principalmente em crianças).

O sonambulismo consiste em episódios de uma sequência de comportamentos complexos, também se iniciando durante as fases 3 e 4 do sono NREM, com amnésia total do evento por parte do paciente, que pode realizar desde pequenos atos, como sentar-se ou falar, até andar, e mesmo dirigir! Também terminam com a volta ao sono normal, ou com permanência em vigília com confusão e desorientação transitórias. É mais comum em crianças, iniciando-se entre 4 e 8 anos de idade, porém podendo persistir, em raros casos, até a vida adulta.

Bruxismo significa ranger os dentes durante o sono (derivado da adaptação irregular do grego brýchein, literalmente “ranger os dentes”), ocorrendo em todo o sono, com predomínio no estágio 2. A condição, muitas vezes despercebida tanto por pacientes quanto por seus familiares, tem um importante papel em patologias dentárias, sendo muitas vezes percebidas em consultórios odontológicos, por suas consequências.

Sonilóquio significa falar durante o sono, e pode acontecer independentemente do sonambulismo, sendo bastante comum, tanto em crianças quanto em adultos. Apesar do imaginário popular em contrário, não é comum que as pessoas revelem segredos profundos durante o sono!

TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS

O uso e abuso de substâncias químicas é um dos mais vastos e controversos campos, não só na área de saúde, como na política, na economia, na educação, na religião, em resumo, em todas as áreas de atividade e de conhecimento humano. Desde o momento em que o primeiro ser humano ingeriu ou inalou a primeira planta ou extrato que desse a ele um estado diferente de satisfação, percepção ou atividade, os efeitos benéficos dessa descoberta se fizeram acompanhar das consequências indesejáveis, para o próprio indivíduo e para seus pares. Talvez seja esta, principalmente, a metáfora principal do episódio bíblico de Eva, Adão e a “maçã” (pobre fruta, inocente, porém tão mal falada...).

Atualmente, o uso de substâncias, ilegais ou não, como forma de buscar algum tipo de bem-estar, torna-se cada vez mais alarmante, por envolver imensas quantidades de recursos financeiros, e um altíssimo índice de criminalidade associada. Isto é verdadeiro não apenas em relação às “drogas” como se entende em senso estrito (das quais, em nosso meio, a maconha, a cocaína e o “crack” são as mais importantes), mas principalmente das “drogas legais”, como os medicamentos psicoativos, os solventes orgânicos (como a “cola de sapateiro”), e em escala alarmante, embora em geral ignorada, o tabaco e o álcool. Este último, por ter uma aceitação social quase universal (em contraste com o tabaco, que já gozou de prestígio muito maior, porém hoje vê campanhas importantes contra o seu uso), tem minimizada sua responsabilidade nos diversos distúrbios, por ele direta ou indiretamente influenciados.

Não cabe aqui uma exposição detalhada e minuciosa de todas as

nuanças do uso e abuso de substâncias químicas, uma vez que o assunto é extremamente extenso, merecendo inclusive um ou dois módulos do curso especificamente para si. Certamente irão aparecer no consultório de cada psicanalista não apenas pacientes com problemas pelo uso ou abuso direto de álcool ou outras substâncias, mas uma ampla gama de pacientes com transtornos indiretamente produzidos por este abuso, desde cônjuges ou filhos de dependentes, até pessoas cujas vidas foram marcadas por ruína, financeira, moral ou social, devido ao envolvimento de alguém com uma ou mais substância citadas, ou ao falecimento de alguém que se envolveu com a “roda-viva” do álcool e das drogas. As implicações e ramificações são tantas, que poder-se-ia até dizer que não há sequer uma pessoa, na face da Terra, que não esteja sendo influenciada, de um modo ou de outro, pelo uso e abuso de álcool ou outras drogas.

Para se ter uma ideia do problema, um candidato à presidência do EUA, no início da década de 90, chegou a chamar a situação de “estado de guerra química”, e isto sem considerar o tabaco e o álcool!

As substâncias químicas podem causar, diretamente, vários problemas. O primeiro deles é o abuso, caracterizado pela presença de um ou mais sintomas produzidos diretamente pela droga, que tenha interferido na vida da pessoa, de modo negativo. Toda pessoa que já bebeu além da conta, sentiu-se “grogue”, e falou alguma impropriedade, ou teve algum problema em seus relacionamentos pessoais, diretamente desencadeado por esse episódio, sabe o que é o abuso do álcool.

O abuso, dependendo da substância, da dose, da frequência e da duração, pode também levar a danos orgânicos, irreversíveis ou não, como é o caso das lesões na medula e no cerebelo, causadas pelo abuso do álcool, ou das graves lesões cerebrais causadas pelo “crack”.

Além do abuso, o segundo problema grave relacionado ao uso de substâncias é o desenvolvimento de dependência. A dependência pode ser “apenas” comportamental (ou dependência psicológica, como é comumente conhecida), ou ser também física, que é caracterizada pelo desenvolvimento de tolerância (a necessidade de doses crescentes para se obterem os mesmos efeitos) e do aparecimento de sintomas de abstinência (sinais e sintomas físicos que ocorrem após a interrupção ou a diminuição do uso regular da substância).

Outro conceito cada vez mais levado em consideração é o da co-dependência, que gosto de chamar de “dependência no dependente”. Este é um conceito, é claro, puramente psicológico, e implica numa “atração” inconsciente de certas pessoas a se relacionarem com dependentes, muito comumente encontrado em cônjuges de alcoólatras!

O tratamento e manejo dos transtornos relacionados às drogas é certamente multidisciplinar, havendo a necessidade de união de esforços de diversos profissionais, de diversos setores da sociedade, para que o combate possa ter alguma chance de ser eficaz. Assim, o trabalho do Psicanalista deve ser somado ao de médicos, psicólogos, assistentes sociais, líderes religiosos, políticos, militares, empresários, e praticamente todos os que se interessarem pela construção de um mundo melhor.

MEDICAMENTOS MAIS COMUMENTE USADOS EM PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA, E OUTRAS TERAPIAS "BIOLÓGICAS"

Certamente não tentaremos ensinar a prescrição de medicamentos ou de outras terapias “biológicas”. Lembrando a todos que a prescrição de qualquer medicamento é, no Brasil e na maior parte do mundo, atribuição exclusiva dos médicos. Mesmo outros profissionais graduados na área de saúde, como psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos, não estão aptos, em hipótese alguma, a prescrever qualquer tipo de tratamento biológico. (Os veterinários podem e devem prescrever seus medicamentos para os animais, mas não para certos “animais” que ainda circulam por aí disfarçados de seres humanos...).

O que tentaremos nesta última seção de nosso módulo é mostrar um apanhado geral das drogas mais usadas, sem nos preocuparmos com a descrição de seus efeitos (desejados ou colaterais), suas doses usuais, indicações, contra-indicações, ou mecanismos de ação. Trata-se apenas de uma rápida exposição, descompromissada, com caráter apenas introdutório, procurando citar apenas as drogas disponíveis no Brasil, com seus nomes comerciais associados.

ANTIDEPRESSIVOS

As drogas antidepressivas são as mais prescritas entre as drogas de uso psiquiátrico, especialmente depois da introdução dos inibidores seletivos de recaptação da Serotonina, amplamente divulgados pela imprensa como a “pílula da felicidade” (o conhecido “Prozac”).

Basicamente existem três classes de antidepressivos: os inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO), os tricíclicos (e tetracíclicos), e os inibidores seletivos da recaptação da Serotonina (ISRS).

São exemplos de **IMAO**:

- Moclobemida (Aurorix®);

- Tranilcipromina (Parnate®);
- Selegilina (Niar®, Elepril®).

Exemplos de **tricíclicos**:

- Amitriptilina (Tryptanol®);
- Imipramina (Tofranil®, Imipra®);
- Clomipramina (Anafranil®);
- Nortriptilina (Pamelor®)

Exemplo de **tetracíclico**:

- Maprotilina (Ludiomil®).

Exemplo de **ISRS**:

- Fluoxetina (Prozac®, Nortec®, e muitos outros!);
- Paroxetina (Aropax®);
- Sertralina (Zoloft®).

Cabe ainda citar o Lítio (Carbolitium®), usado no controle e profilaxia dos episódios maníacos dos transtornos bipolares.

ANTIPSIKÓTICOS (NEUROLÉPTICOS)

Os antipsicóticos, antes chamados de Neurolépticos (essa denominação é ainda muito freqüente) são, basicamente, antagonistas de receptores Dopaminérgicos. Sua classificação não cabe aqui, sendo importante apenas citar alguns dos mais utilizados:

- Clorpromazina (Amplicitil®);
- Trifluoroperazina (Stelazine®);
- Levomepromazina (Neozine®);

- Periciazina (Neuleptil®);
- Tioridazina (Melleril®);
- Haloperidol (Haldol®);
- Tiotixeno (Navane®);
- Risperidona (Risperdal®);
- Pimozida (Orap®).

ANSIOLÍTICOS E INDUTORES DE SONO

Os benzodiazepínicos são os medicamentos mais comuns para diminuir a ansiedade, e também para induzir o sono. Além desses dois efeitos, também têm um efeito anti-convulsivante, sendo alguns deles utilizados para este fim. São alguns benzodiazepínicos:

- Alprazolam (Frontal®);
- Clordiazepóxido (Psicosedin®);
- Clonazepam (Rivotril®);
- Clobazam (Frisium®);
- Clorazepato (Tranxilene®);
- Diazepam (Valium®, Diempaz®, entre outros);
- Estazolam (Noctal®);
- Flurazepam (Dalmadorm®);
- Flunitrazepam (Rohypnol®);
- Lorazepam (Lorax®);
- Mildazolam (Dormonid®);
- Zolpidem (Stilnox®);
- Bromazepam (Lextotan®);

- Cloxazolam (Olcadil®).

Outra droga, não aparentada aos benzodiazepínicos, com efeito ansiolítico, é a Buspirona (Buspar®). Esta não tem efeito indutor de sono, nem anticonvulsivante.

Uma droga utilizada para induzir o sono, uma das mais antigas, e que hoje é usada quase que exclusivamente na indução do sono para realização de eletroencefalogramas, é o Hidrato de Cloral (não disponível exceto sob manipulação).

Outra classe ainda de efeitos hipnóticos e sedativos, praticamente abandonada para este uso, são os barbitúricos. Apenas o Fenobarbital (Gardenal®, Edhanol®, Fenocris®) e a Barbexaclona (Maliasin®) são ainda utilizados, mas só no tratamento das epilepsias, por suas propriedades anticonvulsivantes, bem como o Tiopental (Thionembutal®, Thiopental®), este apenas em casos gravíssimos de crises epiléticas que não cessam (o “estado de mal epilético”), e apenas de uso intra-hospitalar.

ANTI-PARKINSONIANOS

Muitas drogas foram desenvolvidas para o tratamento da Doença de Parkinson, sendo também usadas, em psiquiatria, para combater os efeitos colaterais de drogas antipsicóticas. São algumas delas:

- Selegilina (Niar®, Elepril®);
- Biperideno (Akineton®);
- Amantadina (Mantidan®);
- Bromocriptina (Parlodel®, Bagren®);
- Triexifenidil (Artane®);
- L-Dopa (Sinemet®, Prolopa®);

ANTI-CONVULSIONANTES

O tratamentos das epilepsias, com drogas eficazes para a prevenção das crises tanto focais quanto generalizadas, tem progredido

bastante, com o desenvolvimento de novas drogas, com bons resultados, e relativamente poucos efeitos colaterais. Além dos barbitúricos (vide acima), e de alguns dos benzodiazepínicos (Clonazepam, Clobazam, Dizepam), incluem-se também:

- Carbamazepina (Tegretol®);
- Oxcarbazepina (Trileptal®);
- Valproato ou Ácido Valpróico (Depakene®, Valpakine®, Valprin®);
- Fenitoína (Hidantal®, Fenital®, Epelin®);
- Lamotrigina (Lamictal®).

ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT)

A eletroconvulsoterapia, ou como é mais conhecida nos meios populares, “terapia com eletrochoques”, tem sido cada vez menos utilizada em psiquiatria, em grande parte pelo grande mal estar que tal procedimento causa ao público em geral, associando a ECT a tratamento “punitivo”, que efetivamente existiu (e infelizmente ainda existe) em muitos manicômios, que são na verdade mais propriamente “depósitos de loucos” (ou de pessoas inconvenientes para seus familiares) do que hospitais voltados para o tratamento e reintegração de doentes à sociedade, especialmente em nosso país.

No entanto, a ECT tem, provavelmente, seu lugar na terapêutica psiquiátrica, sendo eficaz no manejo agudo de episódios depressivos graves e episódios maníacos. A sua realização, longe de ser um procedimento doloroso e traumático, deve ser procedida sob anestesia geral, oxigenação, e medidas para minimizar os efeitos somáticos das convulsões induzidas.

Uma crítica plausível para esta prática é o fato de que não se sabe o mecanismo da melhora pela ECT, porém o mesmo também se pode dizer da maioria das drogas, e de terapias como a acupuntura e a hipnose, mas os bons resultados obtidos indicam a manutenção dessas armas terapêuticas, mesmo que sob bases empíricas.

PSICOCIRURGIA

A cirurgia como arma terapêutica para os transtornos mentais teve seu período de glória, culminando com o Prêmio Nobel recebido pelo português Egas Moniz, em 1949, pelas suas descobertas nesta área, principalmente a introdução da lobotomia frontal, para o controle de pacientes com personalidades violentas (psicopáticas). No entanto, os conceitos foram mudando, as medicações se tornando mais eficazes, e os efeitos negativos das cirurgias se evidenciando, levando a psicocirurgia ao ostracismo, chegando ao ponto de se cogitar a retirada do prêmio de Egas Moniz! Atualmente, os avanços na área da Neuropsicologia, e nas técnicas microcirúrgicas, têm dado novo ímpeto às pesquisas na área de psicocirurgia, agora mais propriamente chamada de Neurocirurgia Funcional. Ainda são poucas as indicações, e pequenas as estatísticas, mas é possível que nas próximas décadas assistamos a um “renascimento” da cirurgia cerebral como tratamento das patologias mentais.

HOMEOPATIA

A Homeopatia tem lugar importante no tratamento dos distúrbios mentais, especialmente naqueles em que um mecanismo psicossomático é importante. O princípio da Homeopatia, do “semelhante curando o semelhante”, difere radicalmente dos princípios da Medicina Ocidental, mas se assemelha em muito à Medicina Oriental, com seus conceitos de desequilíbrios energéticos, e a consideração do ser humano como Homem Integral.

ACUPUNTURA

O mesmo que se disse para a Homeopatia pode ser aplicado à Acupuntura, com a diferença nas bases teóricas e práticas do tratamento, que se baseia na estimulação direta de pontos energéticos específicos, espalhados pelo corpo. O efeito, no entanto, seria o mesmo: equilíbrio energético do Ser como um Todo.

TERAPIAS "ALTERNATIVAS"

Existe um “modismo” muito grande em se criarem “terapias alternativas”, como os Florais de Bach, Terapia Ortomolecular, tratamentos à base de raízes e plantas “medicinais”, etc. Deve-se ter certa cautela em avaliar cada uma destas terapêuticas, pois os interesses financeiros envolvidos podem ser muito grandes, e o “marketing” costuma nos levar a falsas impressões. Pessoalmente, não nego o possível valor de cada uma destas alternativas, porém me abstenho de indicá-las, até mesmo por absoluto desconhecimento de causa.

O EFEITO PLACEBO E A "CAUSA PELA FÉ"

Todas as terapêuticas ditas “biológicas” não podem se abster de possuírem um efeito “não biológico”, pelo efeito conhecido por “efeito Placebo”. O efeito Placebo é a constatação de que qualquer medicamento fornecido ao paciente, desde que este acredite em sua melhora, produzirá uma substancial melhora, e até mesmo a cura, em qualquer tipo de problema, mesmo os que sejam aparentemente físicos em sua totalidade (como numa fratura óssea, por exemplo). Algumas pessoas acreditam que o que se chama de cura pela Fé seja apenas e tão somente o efeito Placebo, que se torna tão mais intenso quanto maior for a crença de que a cura se efetuará.

Em minha opinião, isto pode ser verdadeiro apenas em parte, pois há registros, na história de todas as religiões, de pessoas especiais, que obtinham um índice de cura de praticamente 100%, como no caso de Jesus Cristo. É certo que mesmo que Ele afirma a uma das suas “pacientes”: “...a sua Fé te curou!” Mas parece evidente que lá havia algo mais do que o “simples” (porém totalmente incompreendido) efeito Placebo...

Deixo estas questões em aberto, para muitas discussões e conversas animadas, em que certamente nenhuma conclusão definitiva poderá ser alcançada, mas muita boa Filosofia será produzida!

CONCLUSÃO

O estudo das alterações e patologias da mente é certamente fascinante e intrigante, e talvez só possamos começar a ousar uma compreensão de suas nuances quando começarmos a penetrar, um pouco que seja, nos mundos em que vivem os pacientes, entrando, como convidados, nos meandros de suas mentes, de suas Almas. Como convidados, devemos manter uma atitude respeitosa, nunca nos esquecendo de que ali somos apenas isto: visitas!

Apresentamos, de modo certamente incompleto, parcial, um apanhado geral da Psiquiatria, como é mais comumente aceita no Ocidente, hoje. Certamente, essa é uma visão “americanizada”, e como tal vastamente criticável do assunto. Mais ainda, com certeza esses conceitos irão se alterando ao longo do tempo, como já o foram até aqui...

Nos serve, entretanto, de introdução, de base para um maior estudo, e de questionamentos futuros. Espero que cada um de vocês saiba interpretar de maneira crítica cada informação aqui colhida, tanto quanto têm avaliado criticamente todos os módulos deste curso. Afinal, a Psicanálise é, acima de tudo, o exercício do raciocínio, da comparação, da lógica, chegando deste modo a um “novo” modo de fazer Ciência, cujo pontapé inicial foi dado por Sigmund Freud: a Ciência da Alma!

TRANSTORNOS GERALMENTE DIAGNÓSTICADOS PELA PRIMEIRA VEZ NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Retardo Mental

Obs.: Esses são classificados no eixo II

- 317 Retardo Mental Leve
- 318.0 Retardo Mental Severo
- 318.1 Retardo Metal Severo
- 318.2 Retardo Mental Profundo
- 319 Retardo Mental. Gravidade Não Especificada

Transtornos de Aprendizagem

- 315.0 Transtorno da Leitura
- 315.1 Transtorno da Matemática
- 315.2 Transtorno da Expressão Escrita
- 315.9 Transtorno da Aprendizagem SOE

Transtorno das Habilidades Motoras

- 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

Transtornos da Comunicação

- 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva
- 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva
- 315.39 Transtorno Fonológico
- 307.0 Tartamudez
- 307.9 Transtorno da Comunicação SOE

Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

- 299.0 Transtorno Autista
- 299.80 Transtorno de Rett
- 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância
- 299.80 Transtorno de Asperger
- 299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE

Transtorno de Déficit de Atenção e Comportamento Disruptivo

- 314.xx Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade

- .01 Tipo Combinado
- .00 Tipo Predominantemente Desatento
- .01 Tipo Predominantemente Hiperativo- Impulsivo
- 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

SOE

- 312.8 Transtorno de Conduta
- 313.81 Transtorno Desafiador de Oposição

- 312.9 Transtorno de Comportamento Disruptivo SOE

Transtornos de Alimentação da Primeira Infância

- 307.52 Pica
- 307.53 Transtorno de Ruminação
- 307.59 Transtorno de Alimentação na Primeira Infância

Transtorno de Tique

- 307.23 Transtorno de Tourette
- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico
- 307.21 Transtorno de Tique Transitório
- 307.20 Transtorno de Tique SOE

Transtornos de Eliminação

- Encoprese
- 787.6 Com Constipação e Incontinência por Hiperfluxo
- 307.7 Sem Constipação e Incontinência por Hiperfluxo
- 307.6 Enurese (Não devido a uma Condição Médica Geral)

Outros Transtorno da Infância ou Adolescência

- 309.21 Transtorno da Ansiedade da Separação
- 313.23 Mutismo Seletivo
- 313.89 Transtorno Reativo de Vinculação na Infância
- 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado
- 303.9 Transtorno da Infância ou Adolescência SOE.

DELIRIUM, DEMÊNCIA, TRANSTORNO AMNÉSICO E OUTROS TRANSTORNOS COGNITIVOS

- Delirium
- 293.0 Delirium Devido a uma condição Médica Geral

Delirium por Intoxicação com Substância Delirium por Abstinência de Substância Delirium Devido a Múltiplas Etiologias

780.09 Delirium SOE

Demência

290.xx Demência do Tipo de Alzheimer, com Início Precoce

.10 Sem Complicações

.11 Sem Delirium

.12 Com Delírios

.13 Com Humor Deprimido

290.xx Demência do Tipo de Alzheimer, com Início Tardio

.0 Sem Complicações

.3 Com Delirium

.20 Com Delírios

.21 Com Humor Deprimido

290.xx Demência Vascular

.40 Sem Complicações

.41 Com Delirium

.42 Com Delírios

.43 Com Humor Deprimido

Demência Devido e Outras Condições Médicas Gerais

294.9 Demência Devido à Doença do HIV

294.1 Demência Devido a Traumatismo Craniano

291.1 Demência Devido à Doença de Parkinson

294.1 Demência Devido a Doença de Huntington

294.10 Demência Devido à Doença de Pick

294.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob

294.1 Demência Devido a Outra Condição Médica

Demência Persistente Induzida por Substância Demência Devido a Múltiplas Etiologias

294.8 Demência SOE

Transtornos Amnésicos

294.0 Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica
Geral

Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

294.8 Transtorno Amnésico

SOE

Outros Transtornos Cognitivos

294.9 Transtorno SOE

TRANSTORNOS MENTAIS DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL NÃO ESPECIFICADA EM OUTRO LOCAL

293.89 Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral

310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral

293.9 Transtorno Mental SOE Devido a uma Condição Médica Geral

TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS Transtornos Relacionados ao Álcool

Transtornos por Uso de Álcool

303.90 Dependência de Álcool

305.00 Abuso de Álcool

Transtornos Induzidos por Álcool

303.00 Intoxicação com Álcool

291.8 Abstinência de Álcool

291.0 Delirium por Intoxicação com Álcool

291.0 Delirium por Abstinência de Álcool

291.2 Demência Persistente Induzida por Álcool

291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool

291.x Transtorno Psicótico Induzido por Álcool

.5 Com Delírios

.3 Com Alucinações

291.8 Transtorno de Humor Induzido por Álcool

291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool

291.8 Disfunção Sexual Induzida por Álcool

291.8 Transtorno do Sono Induzido por Álcool

291.8 Transtorno Relacionado ao Álcool SOE

Transtornos Relacionados a Anfetaminas (ou Substância Tipo-Anfetamina)

Transtornos por Uso de Anfetamina

304.40 Dependência de Anfetamina

305.70 Abuso de Anfetamina

Transtornos Induzidos por Anfetamina

- 292.89 Intoxicação com Anfetamina
- 292.0 Abstinência de Anfetamina
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Anfetamina
- 292.x Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina
 - .11 Com Delírios
 - .12 Com Alucinações
- 291.8 Transtorno de Humor Induzido por Anfetamina
- 291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina
- 291.8 Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina
- 291.8 Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina
- 291.8 Transtorno Relacionado à Anfetamina SOE

Transtorno Relacionados à Cafeína Transtornos Induzidos por Cafeína

- 305.90 Intoxicação por Cafeína
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína SOE
- Relacionados a Canabinóides Transtorno por Uso de Canabinóides
- 304.30 Dependência de Canabinóides
- 305.20 Abuso de Canabinóides

Transtornos Induzidos por Canabinóides

- 292.89 Intoxicação com Canabinóides
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Canabinóides
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Canabinóides
 - .11 Com Delírios
 - .12 Com Alucinações
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzidos por Canabinóides
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzida por Canabinóides
- 292.9 Transtorno Relacionado a Canabinóides SOE

Transtornos Relacionados à Cocaína Transtorno por Uso de Cocaína

- 304.20 Dependência de Cocaína
- 305.60 Abuso de Cocaína

Transtornos Induzidos por Cocaína

- 292.89 Intoxicação com Cocaína
- 292.0 Abstinência de Cocaína
- 292.81 Delirium por Abstinência de Cocaína

- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína
- .11 Com Delírios
- .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Cocaína
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína SOE Transtornos
- Relacionados a Alucinógenos Transtorno por Uso de Alucinógenos
- 304.50 Dependência de Alucinógenos
- 305.50 Abuso de Alucinógenos

Transtornos Induzidos por Alucinógenos

- 292.89 Intoxicação com Alucinógenos
- 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos
(Flashbacks)
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Alucinógenos
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos
- .11 Com Delírios
- .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Alucinógenos
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos
- 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos SOE

Transtorno Relacionados a Inalantes Transtorno por Uso de Inalantes

- 304.60 Dependência com Inalantes
- 305.90 Abuso de Inalantes

Transtornos Induzidos por Inalantes

- 292.89 Intoxicação com Inalantes
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Inalantes
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Inalantes
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes
- .11 Com Delírios
- .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Inalantes
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzidos por Inalantes
- 292.9 Transtorno Relacionados a Inalantes SOE

Transtorno Relacionados à Nicotina Transtornos por Uso de Nicotina

- 305.10 Dependência de Nicotina

Transtornos Induzidos por Nicotina

- 292.0 Abstinência de Nicotina
- 292.9 Transtorno Relacionado à Nicotina SOE Transtornos
Relacionados a Opióides Transtornos por Uso de Opióides
- 304.00 Dependência de Opióides
- 305.90 Abuso de Opióides

Transtornos Induzidos por Opióides

- 292.89 Intoxicação com Opióides
- 292.0 Abstinência de Opióides
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Opióides
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Opióides
- .11 Com Delírios
- .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Opióides
- 292.89 Disfunção Sexual por Opióides
- 292.89 Transtorno do Sono Induzidos por Opióides
- 291.9 Transtorno Relacionado ao Opióides SOE

Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substância Tipo-Fenciclidina)

Transtornos por Uso de Fenciclidina

- 304.90 Dependência de Fenciclidina
- 305.90 Abuso de Fenciclidina

Transtornos Induzidos por Fenciclidina

- 292.89 Intoxicação com Fenciclidina
- 292.81 Delirium por Abstinência de Fenciclidina
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina
- .11 Com Delírios
- .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Fenciclidina
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina
- 292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina SOE

Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos e Ansiolíticos

Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

- 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

- 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.81 Delirium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
 - .11 Com Delírios
 - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos SOE

Transtorno Relacionados a Múltiplas Substâncias

- 304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias

Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

Transtornos por Uso de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

- 304.10 Dependência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Abuso de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

Transtorno por Uso de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

- 292.0 Intoxicação com Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

- 292.81 Abstinências de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
 - .11 Com Delírios
 - .12 Com Alucinações
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Transtorno de Sono Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.9 Transtorno Relacionado a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) SOE

ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

- 295.xx Esquizofrenia
 - .30 Tipo Paranóide
 - .10 Tipo Desorganizado
 - .20 Tipo Catatônico
 - .90 Tipo Indiferente
 - .60 Tipo Residual
- 295.40 Transtorno Esquizofreniforme
- 295.70 Transtorno Esquizoafetivo
- 297.1 Transtorno Delirante
- 298.8 Transtorno Psicótico Breve
- 297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado
- 293.xx Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral
 - .81 Com Delírios
 - .82 Com Alucinações

Transtorno Psicótico Induzido por Substância (consultar Transtornos Relacionados a substâncias para códigos específicos às substâncias)

- 298.9 Transtorno Psicótico SOE
- TRANSTORNO DE HUMOR
- 1 = Leve

- 2= Moderado
- 3= Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 4= Severo Com Aspectos Psicóticos
- 5= Em Remissão Parcial
- 6= Em Remissão Plena
- 0= Inespecificado

Transtornos Depressivos

- 296.xx Transtorno Depressivo Maior
- .2x Episódio Único
- .3x Episódio Recorrente
- 300.4 Transtorno Distímico
- 311 Transtorno Depressivo SOE

Transtornos Bipolares

- 296.xx Transtorno Bipolar I
- .0x Episódio Único Maníaco
- .40 Episódio Mais Recente Hipomaníaco
- .4x Episódio Mais Recente Maníaco
- .6x Episódio Mais Recente Misto
- .5x Episódio Mais Recente Depressivo
- .7x Episódio Mais Recente Inespecificado
- 296.89 Transtorno Bipolar II
- 301.13 Transtorno Ciclotímico
- 296.80 Transtorno Bipolar SOE
- 293.83

Transtorno de Humor Devido a uma Condição

Transtorno de Humor Induzido por Substância Médica Geral (consultar Transtornos Relacionados a substâncias para códigos específicos às substâncias)

- 296.90 Transtorno de Humor SOE

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

- 300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia
- 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia
- 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico
- 300.29 Fobia Específica
- 300.23 Transtorno Social
- 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo
- 309.81 Transtorno de Stress Pós-Traumático
- 308.3 Transtorno de Stress Agudo
- 308.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada
- 300.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição

**Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância
(consultar Transtornos Relacionados a substâncias para
códigos específicos às substâncias)**

300.00 Transtorno de Ansiedade SOE

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

300.81 Transtorno de Somatização

300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado

300.11 Transtorno de Conversão

307.xx Transtorno Doloroso

.80 Associado com Fatores Psicológicos

.89 Associado com Fatores Tanto Psicológicos Quanto com uma
Condição Médica Geral

300.7 Hipocondria

300.7 Transtorno Dismórfico Corporal

300.81 Transtorno Somatoforme SOE

TRANSTORNOS FACTÍCIOS

300.xx Transtorno Factício

.16 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos

.19 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos

.19 Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados

300.19 Transtorno Factício SOE

TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS

300.12 Amnésia Dissociativa

300.13 Fuga dissociativa

300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade

300.6 Transtorno de Despersonalização

300.15 Transtorno Dissociativo SOE

TRANSTORNOS SEXUAIS E DE IDENTIDADE DE GÊNERO

Disfunções Sexuais

Transtornos do Desejo Sexual

302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

302.79 Transtorno de Aversão Sexual

Transtornos de Excitação Sexual

302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina

302.72 Transtorno Erétil Masculino

Transtornos Orgásmicos

- 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino
- 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino
- 302.75 Ejaculação Precoce

Transtornos de Dor Sexual

- 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)
- 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral

- 625.8 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo na Mulher Devido a uma Condição Médica Geral
- 608.89 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo no Homem Devido a uma Condição Médica Geral
- 607.84 Transtorno de Ereção Masculina Devido a uma Condição Médica Geral
- 625.0 Dispareunia Feminina Devido a uma Condição Médica Geral
- 608.89 Dispareunia Masculina Devido a uma Condição Médica Geral
- 625.8 Outra Disfunção Sexual da Mulher Devido a uma Condição Médica Geral
- 608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a uma Condição Médica Geral

Disfunção Sexual Induzida por Substância (consultar Transtornos Relacionados a substâncias códigos específicos às substâncias)

- 302.70 Disfunção Sexual SOE

Parafilias

- 304.2 Exibicionismo
- 302.81 Fetichismo
- 302.89 Frotteurismo
- 302.2 Pedofilia
- 302.83 Masoquismo Sexual
- 302.84 Sadismo Sexual
- 302.3 Fetichismo Transvéstico
- 302.82 Voyeurismo
- 302.9 Parafilia SOE

Transtorno de Identidade de Gênero

- 302.xx Transtorno de Identidade de Gênero
- .6 em Crianças
- .85 em Adolescentes ou Adultos
- 302.6 Transtorno de Identidade de Gênero SOE
- 302.9 Transtorno Sexual SOE

TRANSTORNOS ALIMENTARES

- 307.1 Anorexia Nervosa
 - 330.51 Bulimia Nervosa
 - 307.50 Transtorno Alimentar SOE
- TRANSTORNOS DO SONO**
- Transtornos Primários do Sono
- Dissonias
 - 307.42 Insônia Primária
 - 307.44 Hipersonia Primária
 - 347 Narcolepsia
 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração
 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono
 - 307.47 Dissonia SOE

Parassonias

- 307.47 Transtorno de Pesadelo no Sono
- 307.46 Transtorno de Terror no Sono
- 307.46 Transtorno de Sonambulismo
- 307.47 Parassonia SOE

Transtornos do Sono Relacionados a um Outro Transtorno Mental

- 307.42 Insônia Relacionada a um Outro Transtorno Mental
- 307.44 Hipersonia Relacionada a um Outro Transtorno Mental

Outros Transtornos do Sono

- 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral
- .52 Tipo Insônia
- .54 Tipo Hipersonia
- .59 Tipo Parassonia
- .59 Tipo Misto

Transtorno do Sono Induzido por Substância (consultar Transtornos Relacionados a substâncias para códigos específicos às substâncias)

TRANSTORNOS DO CONTROLE DOS IMPULSOS NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRO LOCAL

- 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente
- 312.32 Cleptomania
- 312.33 Piromania
- 312.31 Jogo Patológico
- 312.39 Tricotilomania
- 312.80 Transtorno do Controle dos Impulsos SOE

TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

- 309.xx Transtorno de Ajustamento
- .0 Com Humor Depressivo
- .24 Com Ansiedade
- .28 Com Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão
- .3 Com Perturbação da Conduta
- .4 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta
- .9 Inespecificado

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

OBS.: Esses são codificados no Eixo II

- 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide
- 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide
- 301.22 Transtorno da Personalidade Exqu岸otípica
- 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social
- 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline
- 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica
- 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista
- 301.82 Transtorno da Personalidade Esqu岸iva
- 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente
- 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo- Compulsiva
- 301.9 Transtorno da Personalidade SOE

OUTRAS CONDIÇÕES QUE PODEM SER FOCO DE ATENÇÃO CLÍNICA

316 Fatores Psicológicos Afetando a Condição Médica

Escolha nome com base na natureza dos fatores:

Transtorno Mental Afetando a condição Médica

Sintomas Psicológicos Afetando a Condição Médica

Traços de Personalidade ou Estilo de Enfrentamento Afetando a Condição Médica

Comportamentos Ma-Adaptativos Afetando a Condição Médica

Resposta Fisiológica Relacionada ao Stress Afetando a Condição Médica

Fatores Psicológicos Inespecíficos ou Outros Fatores Afetando a Condição Médica

Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

- 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos
- 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna
- 333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos
- 333.99 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos
- 333.89 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos
- 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos
- 333.90 Transtorno dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

SOE

Outro Transtorno Induzido por Medicamentos

- 995.2 Efeitos adversos de Medicamentos SOE

Problemas de Relacionamento

- V619 Problema de Relacionamento Relacionado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral
- V61.20 Problema de Relacionamento Entre Pai e Filho
- V61.1 Problema de Relacionamento com Parceiro
- V61.8 Problema de Relacionamento com Irmãos V62.81

Problema de Relacionamento SOE Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência

V61.21 Abuso Físico da Criança (código 995.5 se foco de atenção é a vítima)

V61.21 Abuso Sexual da Criança (código 995.5 se foco da atenção é a vítima)

V61.21 Negligência da Criança (código 995.5 se foco da atenção é a vítima)

V61.1 Abuso Físico do Adulto (código 995.5 se foco da atenção é a vítima)

V61.1 Abuso Sexual do Adulto (código 995.5 se foco da atenção é a vítima) Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

V15.81 Falta de Adesão ao Tratamento

V65.2 Simulação

V71.01 Comportamento Anti-Social no Adulto

V71.02 Comportamento Anti-Social na Criança ou Adolescente

V62.89 Funcionamento Intelectual Borderline

780.9 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade

V62.82 Luto

V62.3 Problema Acadêmico

V62.2 Problema Ocupacional
313.82 Problema de Identidade
V62.89 Problema Religioso ou Espiritual
V62.4 Problema de Aculturação V62.89 Problema de Fase de
Vida

CÓDIGOS ADICIONAIS

300.9 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico) V71.09
Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I
799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I V71.09
Nenhum Diagnóstico no Eixo II
799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II

Baseado no “Diagnostic and Statistical Manual os Mental os Mental Disorders”, 4ª ed. Americam Psychiatric Association, 1994.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, S.: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. e Grebb, J. A.: Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.

Louzã Neto, M. R., Motta, T., Wang, Y. P. e Elkis, H. (orgs.): Psiquiatria Básica.

Adams, R. D. e Victor, M.: Princípios de Neurologia.

Gilman, A. G., Goodman, L. S. e Gilman, A.: As Bases Farmacológicas da Terapêutica.

Bandler, R. e Grinder, J.: A Estrutura da Magia - Um Livro Sobre Linguagem e Terapia
Schreiber, F. R.: Sybil

Thigpen, C. H. e Cleckley, H. H.: As Três Faces de Eva

AVALIAÇÃO: PSIQUIATRIA

Em cada um dos casos a seguir, escreva as suas impressões diagnósticas, descrevendo os diagnósticos diferenciais, e a sua conduta, como psicanalista, perante um paciente com esta história (encaminhamento, proposta terapêutica, etc.)

Caso 1:

Paciente do sexo masculino, 30 anos, casado há três anos, sem filhos, auxiliar de produção. Vem à consulta acompanhado da mãe. Queixa-se de estar “muito nervoso”, tendo piorado progressivamente nos últimos meses. Refere ter “explosões”, muitas vezes por motivos fúteis e às vezes tem consciência da desproporção de suas reações, após as mesmas.

Há mais ou menos 2 meses vem tendo a idéia de que sua esposa o está traindo, embora a mesma nunca tenha lhe dado motivo para tal desconfiança, e tem consciência deste fato. Refere saber ser verdade que a esposa não o trai, porém não consegue evitar tal idéia. Tem sido agressivo, chegando a agredi-la por trás, arremessando um copo de vidro contra suas costas.

Refere que seus sintomas o têm prejudicado também no trabalho, onde notou uma diminuição de rendimento, que não sabe se é percebida pelos superiores. Não tem mais contato praticamente nenhum com seus colegas de trabalho, ficando isolado a maior parte do tempo.

Refere fazer uso de bebidas alcoólicas há vários anos, e há 8 a 10 anos ingerindo diariamente um mínimo de 3 garrafas de cerveja e nos finais de semana chegando a mais de 24 garrafas de cerveja. Refere também já ter feito uso de cocaína, por um período de aproximadamente 1 ano, tendo interrompido o uso há uns 7 meses.

Sua mãe relata que o paciente teve uma convulsão com 2 anos de idade, única, tendo feito tratamento até os 6 anos de idade, tendo um desenvolvimento psicológico, motor e intelectual normal, sendo por ela considerado “sempre um bom menino”.

O paciente ainda relata dificuldade para dormir, demorando a iniciar o sono, e com múltiplos despertares durante a noite, sentindo-se cronicamente cansado.

Ao exame, o paciente mostra-se agitado, com fala acelerada e em

tom alto e agressivo, com as conjuntivas avermelhadas, e uma tendência a não parar de movimentar suas mãos, ora mexendo nos objetos sobre a mesa ora apertando seus próprios antebraços. O exame clínico geral e neurológico são normais.

Caso 2:

Paciente de sexo feminino, 42 anos, separada há 4 anos, com dois filhos (menino de 14 anos e menina de 17 anos), dona de casa, vem à consulta acompanhada pela mãe.

Queixa-se de “depressão”, dizendo ter sido diagnosticada como tal por médica psiquiatra, tendo sido receitado “Tryptanol”, que refere “não fazer efeito”, tendo interrompido o tratamento por conta própria, não mais voltando para novas consultas com sua médica (foi a um total de três consultas). Refere “não ter vontade de fazer nada”, sem ânimo para sair, mesmo para realizar tarefas simples. Diz permanecer sozinha, isolada, sem conversar até mesmo com seus filhos.

Refere ter vontade de chorar, porém não o faz, nem sozinha, nem quando na presença de familiares.

Nega alteração significativa do sono, porém às vezes acorda de madrugada, com certa dificuldade para voltar a dormir. Às vezes tem a impressão de que as pessoas de seu convívio estão a perseguindo, culpando-a por todas as discussões e todos os problemas. A paciente não se sente especialmente culpada, e ao contrário, insiste em atribuir falhas e culpas a várias pessoas de seu convívio, inclusive seus filhos, sua mãe, e seu ex-marido. Acredita que seus sintomas são “naturais”, e que “qualquer pessoa que passe tanta raiva” quanto ela ficaria do mesmo modo.

Durante a entrevista, a paciente não mostra expressões faciais que denotem angústias falando em um tom casual dando a impressão de que está narrando eventos e situações de pouco ou nenhum conteúdo emocional. Muitas vezes, ao ser questionada especificamente sobre algum detalhe, responde com informações inteiramente diversas. Quando questionada sobre seu sono, por exemplo, respondeu dizendo que seus filhos adolescentes “dão muito trabalho, não é doutor?”

Muitas vezes interrompe a sequência de ideias, mudando rapidamente de assunto, sem concluir seu raciocínio inicial.

A sua atenção está diminuída, em relação ao examinador, evitando contato visual, geralmente permanecendo com o olhar “perdido”, mesmo enquanto está respondendo a questões ou formulando-as. Nos demais aspectos, não apresenta alterações de exame físico geral nem neurológico.

Alguns dias depois da primeira entrevista, sua mãe retorna com a irmã da paciente, e ambas relatam que a mesma passou a se comportar com “explosões” de agressividade, muitas vezes gratuita, chegando a agredir fisicamente seu filho, sem motivo aparente, e sem dizer a razão para tal ato. Após alguns momentos, volta ao normal, como se nada houvesse ocorrido. Em outra ocasião, telefonou à sua mãe apenas para dizer que estava “ótima”, e que “tudo está muito bem”, desligando a seguir, sem maiores explicações.

Caso 3:

Paciente de sexo masculino, de 42 anos, trazido à sala de emergência pela polícia, por ter se envolvido em uma discussão e briga no restaurante onde trabalha. Ao ser interrogado pela polícia, deu o nome de Pedro dos Santos, mas não tinha nenhum documento de identidade. Ele chegou à cidade há algumas semanas, e começou a trabalhar na cozinha, preparando refeições rápidas. Dizia não se recordar onde trabalhara ou vivera antes de sua chegada à cidade. Não possuía ficha policial. Sabia o nome da cidade onde estava e a data atual. Admitiu ser algo incomum sua incapacidade para recordar os detalhes da sua vida pregressa, mas não parecia muito abalado com isso.

Não havia evidência de abuso de álcool ou drogas, e um exame físico descartou traumatismo craniano ou qualquer outra anormalidade física ou neurológica.

A polícia emitiu uma descrição do homem, e descobriu que se ajustava à descrição de José Paulo de Oliveira, desaparecido há um mês de uma cidade há mais de 100 quilômetros dali.

Uma visita da Sra. Oliveira confirmou a identidade do paciente como José Paulo de Oliveira. A Sra. Oliveira explicou que, por um ano e meio antes de seu desaparecimento, o marido trabalhara como gerente júnior em uma grande empresa, tendo dificuldades consideráveis no trabalho. Foi ignorado para uma promoção, e recebeu duas críticas de seu supervisor em seu trabalho. Vários de seus subordinados haviam pedido demissão, e o paciente considerava impossível atingir os objetivos de produção.

O estresse no trabalho tornou difícil a convivência com o paciente, em casa. Anteriormente uma pessoa calma e gregária, tornou-se retraído e crítico com relação à esposa e aos filhos. Imediatamente antes do seu desaparecimento, teve uma violenta discussão com o filho de 18 anos. O filho chamou-o de “fracassado” e saiu de casa para viver no apartamento de alguns amigos. Dois dias após esta discussão, o paciente desapareceu.

Ao ser levado à sala onde sua esposa o esperava, o paciente declarou que não a conhecia, parecendo visivelmente ansioso, com sudorese intensa, esfregando suas mãos uma sobre a outra com frequência.

Caso 4:

Paciente de 20 anos, solteira, estudante universitária, no início do ano de 2000 iniciou quadro progressivo de “tristeza”, direcionada especificamente a problemas na faculdade, sem afetar seu relacionamento amoroso (tem um namorado “fixo” há bastante tempo), nem tampouco os relacionamentos familiares, onde desfruta ambiente especialmente harmônico. Os relacionamentos com amigos e colegas de faculdade também permaneceram bons, porém relata progressiva diminuição da vontade de sair ou divertir-se, e em especial em relação aos estudos, chegando a “trancar matrícula” no primeiro semestre de 2000.

Em maio de 2000 iniciou tratamento com Fluoxetina 20mg/dia, e psicoterapia com utilização de hipnoterapia e técnicas de inspiração psicanalítica de Maio a Agosto de 2000. Foram utilizadas técnicas de regressão, sem no entanto conseguir-se identificar episódios traumáticos que pudessem ser imputados como fatores para o quadro.

Utilizadas também sucessivamente metáforas, intercaladas com sessões de discussões, de modo mais pragmático, de seus problemas e possíveis soluções, mostrando melhora progressiva dos sintomas.

Em Agosto mostrava-se bem, com excelente reintegração social, sendo reduzida e suspensa medicação antidepressiva, permanecendo bem por aproximadamente 6 meses, sem medicação.

Em Janeiro de 2001, após quadro de gastroenterite aguda, iniciou episódios de “medo” intenso, associado a dispneia, sensação precordial pouco definida, náuseas e dor abdominal, e a idéia obsessiva de que qualquer alimento iria “fazer mal”, de que iria ficar doente e morrer. Passou agudamente a ter medo de dirigir e de ficar sozinha, mas nega sensações de tristeza ou diminuição da volição, bem como ideações suicidas.

As crises têm aparecido espontaneamente, mas a maior parte das vezes está associada ao alimentar-se, ou até à simples ideia de comer, tendo chegado ao ponto de ingerir líquidos, e ainda assim com muitas restrições.

Caso 5:

Paciente do sexo feminino, 29 anos, mãe de dois filhos, solicitou autorização médica para uma cirurgia para retirada de cistos nas mamas. Descreveu os cistos como aumentando rapidamente, e insuportavelmente dolorosos. Enquanto chamava a atenção para os seus seios, observou: “São tão grandes e tão sensíveis ao toque. Que simplesmente não consigo ter relações – nem pensar nisso”.

Ela também sentia uma dor lombar incapacitante, que se irradiava para baixo, e fazia suas pernas “cederem” subitamente, fazendo-a cair. Ao dizer isso, fez um trejeito de dor, acrescentando: “Ah, lá vem de novo, minhas costas doem o tempo todo. A dor é tão forte que afeta o meu relacionamento com as crianças. Uma dor assim transforma qualquer pessoa em uma fera”. (Ela estivera, anteriormente sob suspeita de abusar dos filhos). Também queixou-se de “falta de ar” e de uma tosse seca, que não a deixavam subir ladeiras.

Sua história médica começou na puberdade, com dor e excesso de sangramento às menstruações. Aos 18 anos realizou uma cirurgia exploratória para um possível cisto ovariano, e sofreu outra intervenção cirúrgica, posteriormente, por suspeita de aderências intestinais. Também tinha uma história de sintomas recorrentes do trato urinário, embora jamais tenha sido claramente documentada a presença de microorganismos. Teve um resultado normal no exame para “aumento da tireoide”. Em diferentes ocasiões, recebeu os diagnósticos de cólon espástico, enxaqueca e endometriose.

Dois casamentos, ambos com homens alcoólatras e abusivos que se recusaram a pagar pensão alimentícia para os filhos, terminaram em divórcio. Ela perdeu vários empregos, por causa de excessivas faltas ao trabalho. Durante os períodos em que se sentia pior, passava a maior parte do dia em casa, em trajes de dormir, enquanto os parentes cuidavam das crianças. Tinham uma história de dependência de “calmantes” e narcóticos, e afirmou que começara a usar analgésicos para sua dor nas costas e “exagerei com eles”.

O exame físico revelou inconsistências no tecido mamário, mas nenhuma massa claramente evidente, e os achados da mamografia foram normais.

Caso 6:

Dona-de-casa de 46 anos, encaminhada para consulta pelo Psiquiatra de seu esposo. O marido contou que a esposa tinha ataques de tontura que a deixavam incapacitada, quando discutiam conflitos conjugais.

Em sua consulta, a paciente descreveu a impressão de ser dominada por sensações de extrema tontura, acompanhada por ligeira náusea, quatro ou cinco noites por semana. Durante esses ataques, o aposento à sua volta assumia uma aparência “fugidia”, e ela sentia-se flutuando, incapaz de manter seu equilíbrio.

Inexplicavelmente, os ataques quase sempre ocorriam por volta das 16 horas. Ela geralmente precisava deitar-se no sofá e frequentemente não se sentia melhor até às 19 ou 20 horas. Após sua recuperação, habitualmente passava o resto da noite assistindo à televisão. Com maior frequência, adormecia na sala, não indo para cama antes das 2 ou 3 horas.

Foi considerada saudável fisicamente por seu Clínico, por um Neurologista, e um Otorrinolaringologista, em mais de uma ocasião. Exames de sangue, incluindo testes de tolerância à glicose, e de neuroimagem (incluindo Ressonância Magnética do encéfalo) não mostraram qualquer anormalidade.

Indagada sobre seu casamento, a paciente descreveu o marido como um tirano, frequentemente fazendo exigências e abusando dela e dos quatro filhos. Admitiu que detestava a chegada dele em casa, sabendo que ele comentaria que a casa estava desarrumada e o jantar, se estivesse preparado, não lhe agradava. Desde o começo de seus ataques, quando fica incapacitada de preparar o jantar, o marido e os quatro filhos jantam e lanchonetes ou pizzarias. Ao voltarem, ele acomoda-se para assistir a algum programa de televisão no quarto, e as conversas entre os dois são mínimas. Apesar disto, a paciente declarou que ama e necessita muito do marido.

Caso 7:

Estudante universitário sexo masculino, 20 anos, queixou-se ao seu Clínico de dificuldades para estudar porque nos últimos seis meses, tornara-se progressivamente preocupado com pensamentos que não conseguia afastar. Toda noite passava horas repassando os eventos do dia, especialmente interações com amigos e professores interminavelmente corrigindo, em sua mente, todos os erros e enganos. Descreveu o processo como sendo semelhante a tocar uma fita de vídeo de cada acontecimento repetidas vezes, em sua mente, indagando a si mesmo se se comportara apropriadamente e dizendo a si mesmo que dera o melhor de si ou dissera a coisa certa a cada momento do dia. Ele fazia isso sentado à sua escrivaninha, supostamente estudando; não raro olhava para o relógio após um desses períodos de ruminação e percebia que, para sua surpresa, duas ou três horas haviam se passado. Suas notas, em declínio, o preocupavam.

Quando questionado, admitiu um ritual de duas horas para se aprontar quando ia encontrar-se com amigos. Da mesma forma, barbear-se, tomar banho, pentear os cabelos e vestir-se eram atos que exigiam perfeição. Além disso, por vários anos era perseguido por certas superstições que terminaram por dominar sua vida diária, que incluíam evitar certos prédios enquanto atravessava o campus, sentar-se sempre no terceiro assento da quinta fileira em sua sala de aula e alinhar seus livros e lápis em uma certa configuração sobre a carteira, antes de estudar.