

<http://videos.sapo.pt/uk5cJcOBcnr7BBtQsvWy>

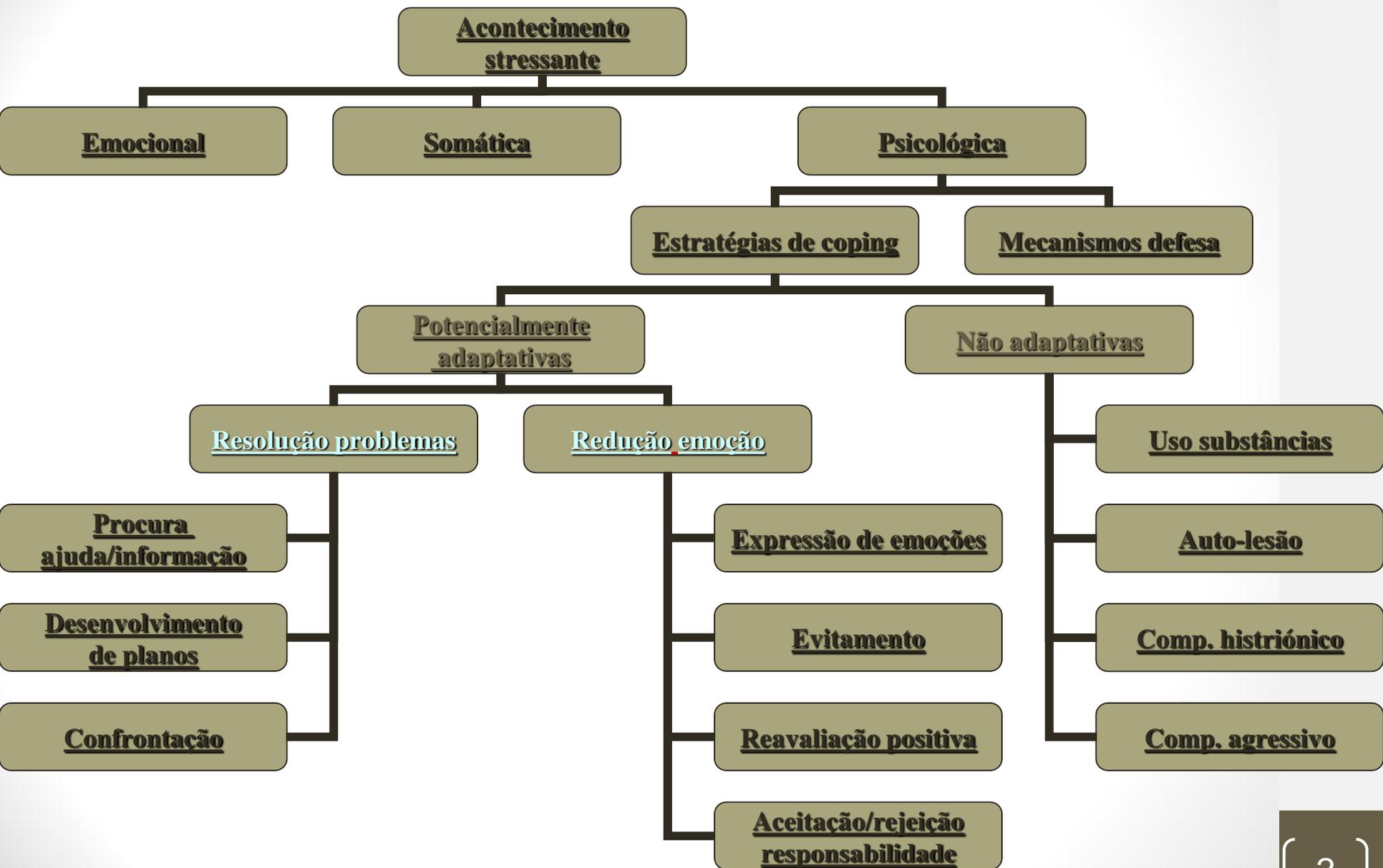
Perturbações da ansiedade



ANSIEDADE



Ano letivo 2016-2017
Helena Quaresma



- É uma reação instintiva de defesa ante um objeto temível, uma situação atual presente ou iminente.
- É sempre referenciado como consequente a algo externo.....

Medo



Ansiedade



“ansiedade é um estado biopsíquico de um indivíduo (sentimento de aflição interna) levando-o a reagir antecipadamente pelo medo perante a simples representação mental de um perigo possível, de um mal imaginado, sem uma situação atual e real de perigo”

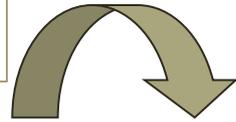


ANSIEDADE

- **Sentimento de apreensão desagradável**, vago, acompanhado de sensações físicas (frio no estômago, opressão no peito, palpitações, sudorese, cefaleias, etc).
- **Reação natural, Sinal de alerta**, que adverte sobre perigos iminentes e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças
- **É necessária à autopreservação**



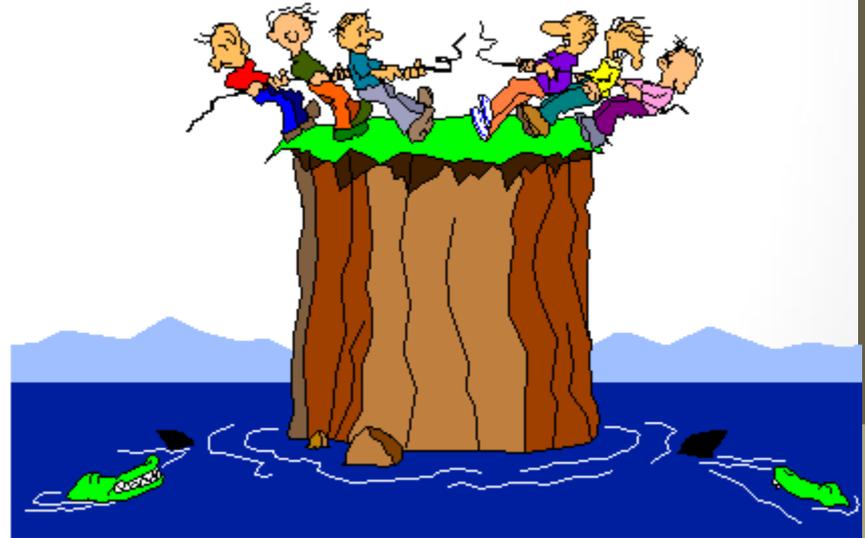
Ansiedade

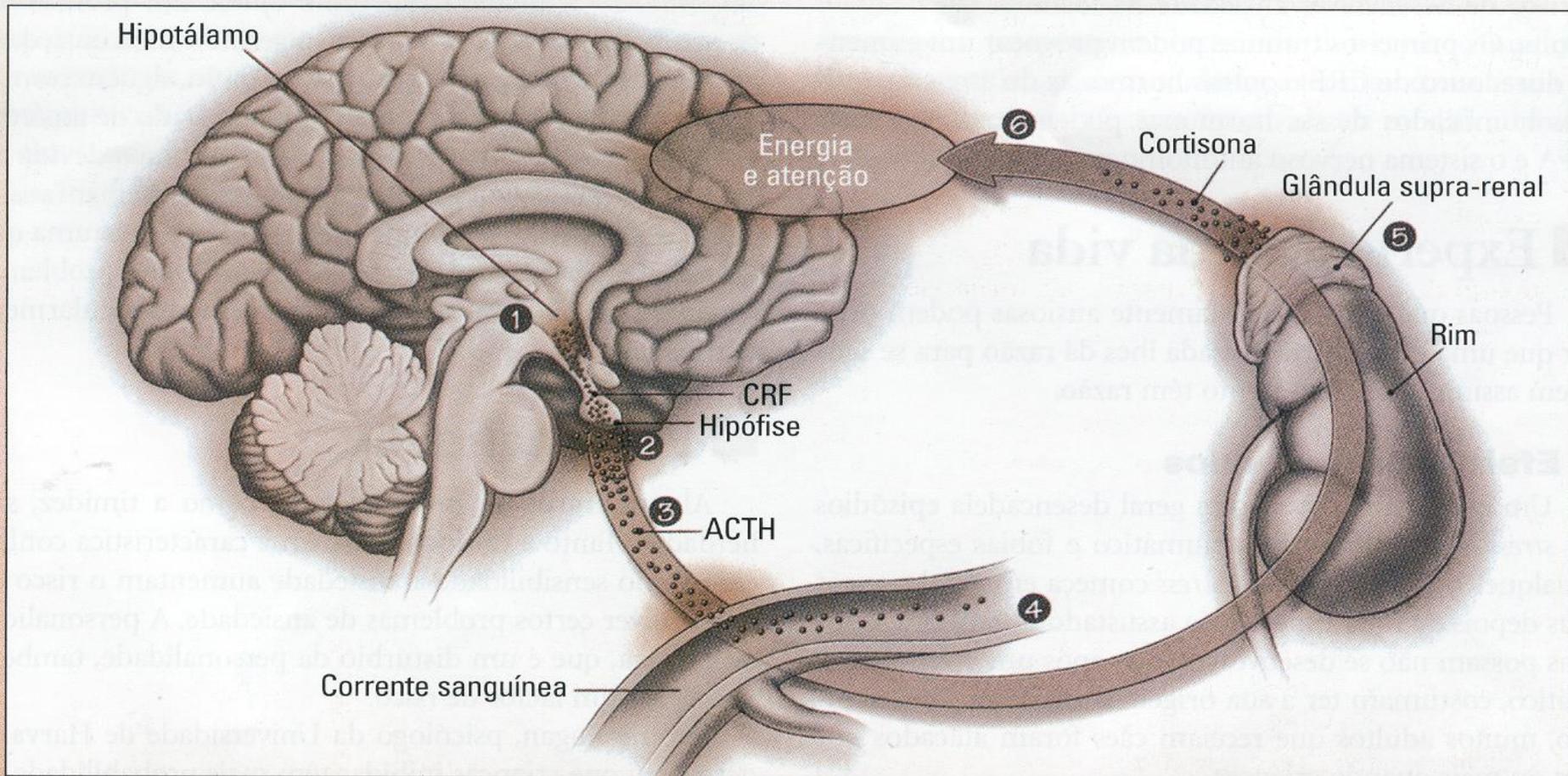


- Um sentimento persistente de tensão e apreensão de um perigo eminente
- Resposta a impulsos intrapsíquicos

Mecanismos de ansiedade

- Ansiedade normal
- Ansiedade patológica
- Perturbações de ansiedade





Quando somos confrontados com uma ameaça, o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renais permite-nos reagir com rapidez. Contudo, em certas pessoas com problemas de ansiedade, este sistema permanece hiperactivo.

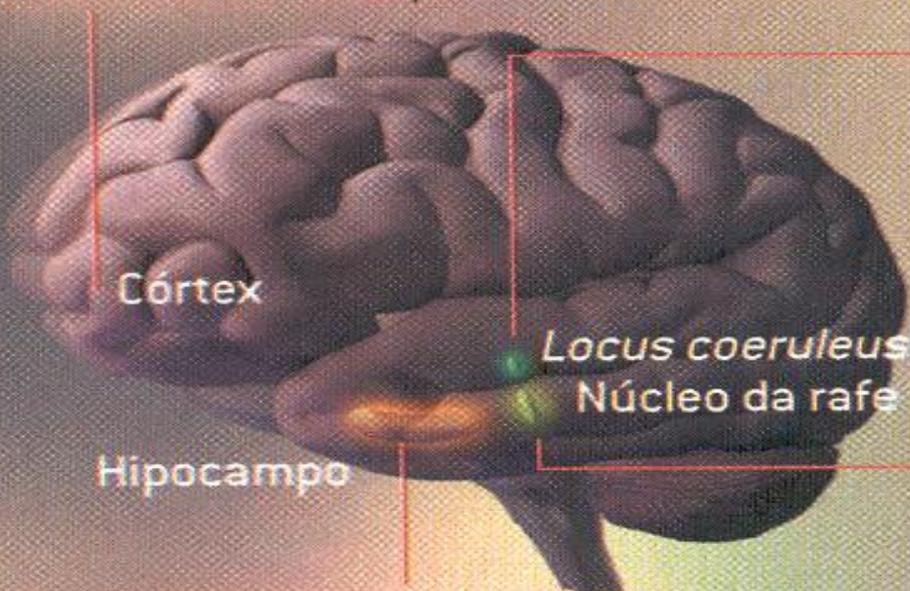
1. O hipotálamo segrega a hormona factor de libertação de corticotrofina (CRF) que excita o corpo.
2. O CRF dirige-se para a hipófise.
3. A hipófise segrega a hormona adrenocorticotrófica (ACTH).

4. A ACTH circula na corrente sanguínea, viajando até às supra-renais.
5. As supra-renais libertam cortisona, uma outra hormona.
6. A cortisona estimula muitas reacções no corpo, incluindo um aumento de energia e de atenção.

Efeitos do stress prolongado

ESGOTAMENTO DA DOPAMINA

A exposição prolongada aos hormônios do estresse pode aumentar os riscos de depressão pela redução dos níveis de dopamina. Esse neurotransmissor é inseparável do caminho do prazer, que envolve muitas estruturas cerebrais, incluindo o córtex pré-frontal.



ESGOTAMENTO DA NOREPINEFRINA

Como a estimulação do núcleo da rafe é desativada após o estresse crônico, o *locus coeruleus* produz menos norepinefrina e a atenção diminui proporcionalmente.

ESGOTAMENTO DE SEROTONINA

O estresse reduz a secreção do neurotransmissor serotonina, do núcleo da rafe, que se comunica com o *locus coeruleus* e o córtex.

ENCOLHIMENTO DO HIPOCAMPO

O estresse causa a morte das células no hipocampo e estudos descobriram que essa região encefálica é entre 10 e 20% menor em pessoas com depressão, o que pode levar a problemas de memória

Perturbação de Ansiedade



- **Ataque de pânico**
- **Perturbações de pânico**
- **Agorafobia**
- **Fobia social**
- **Fobia específica**
- **Perturbação de ansiedade generalizada**
- **Perturbação de stress pós-traumático**

Ataque de pânico



- É um período discreto no qual se inicia de um modo **súbito** uma intensa: apreensão, medo ou terror com sensação de catástrofes iminentes
- Período de intenso temor ou desconforto, acompanhado de 4 sintomas somáticos ou cognitivos, que se desenvolve abruptamente e atingindo o pico entre 10' e 5 minutos.

Ataques de pânico :

- **Inesperados**
- sem pistas – vindos do nada
- **Ataques de pânico situacionais**
- com pistas de alerta

DESENCADENANTE

por ejemplo, pensamientos ansiosos o situaciones amenazadoras

¡Algo terrible va a ocurrirme!
¡Estoy teniendo un infarto!



PELIGRO

INTERPRETACIÓN



ANSIEDAD



SÍNTOMAS CORPORALES

- respiración acelerada
- taquicardia
- sensación de ahogo
- etc.



MÁS SÍNTOMAS !!!



HIPERVENTILACIÓN

Ataque de pânico



Ativa-se o sistema nervoso simpático

O Baço contrai-se

O pâncreas segrega mais glicose

O coração produz mais batimentos

Maior produção de glóbulos vermelhos



uma maior velocidade de coagulação



aumenta a necessidade de oxigénio



Hiperventilação → alcalose metabólica

→ tensão muscular

Aumento de glicose

→ dilatação pupilar

Ataque de pânico



- ✓ **Palpitações**
- ✓ **Suores**
- ✓ **Tremores**
- ✓ **Dificuldade de respirar**
- ✓ **Sensação de sufoco**
- ✓ **Desconforto intenso**
- ✓ **Dores no peito**
- ✓ **Náuseas ou mal-estar abdominal**
- ✓ **Tonturas e / ou sensação de cabeça oca**
- ✓ **Medo de enlouquecer**
- ✓ **Medo de morrer**
- ✓ **Parestesias e**
- ✓ **Sensação de frio ou calor**

Epidemiologia

Prevalência - durante a vida de 3 e 4%.

Perturbação de pânico



- **Presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes**
- **Preocupação persistente de ter novo ataque de pânico**
- **Preocupação com as possíveis implicações ou consequências dos ataques de pânico**

Perturbação de pânico

Ocorrência de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados de forma recorrente, no mínimo 1 mês com:

- **preocupação persistente** de ter outro ataque,
- **preocupação** com possíveis implicações/consequências dos ataques,
- alteração significativa no comportamento do indivíduo.

Epidemiologia

Prevalência - 1,5 e 3% (com/sem Agorafobia)

Idade- adulto jovem (cerca de 50% entre os 15-30 anos)

Proporção  2/1 ≡ 

Agorafobia



- **Ansiedade por estar em locais associados a situações em que a fuga possa ser difícil (embaraçosa)** ou que receie não ter ajuda no caso de vivenciar um ataque de pânico;
- A **claustrofobia** é uma forma específica por ex. andar de elevador ou de avião

A ansiedade conduz a um evitamento global de uma variedade de situações:



estar sozinho fora de casa ou em casa
estar no meio de uma multidão
viajar de automóvel, autocarro ou avião
passar numa ponte



Agorafobia

- Ansiedade de estar em **locais ou situações** onde se sente **desprotegido**, de onde possa ser difícil escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível.

- **Temores agorafóbicos**

- Fora de casa desacompanhado;
- Meio da multidão;
- Recintos fechados



**Evitamento
global**

- **Tratamento**

- Farmacológico
- Terapia cognitivo-comportamental
- Terapia familiar e de grupo

Pode ser a + incapacitante de todas as fobias

Fobia específica

Medo irracional de um objeto ou situação particular que provoca evitamento consciente do estímulo específico temido.

A presença ou antecipação do objeto fóbico provoca grave sofrimento no indivíduo.

- Medo excessivo, irracional face a objeto ou situação
- Comportamentos de evitamento – compromisso da vida social e ocupacional
- O confronto com o objeto provoca intensa ansiedade com grave sofrimento no indivíduo
- Exclusão de causa orgânica ou dependência de substâncias
- Duração de seis meses



O evitamento, o medo ou a antecipação ansiosa do estímulo fóbico causam sofrimento do indivíduo e interferem significativamente no seu funcionamento ocupacional e social.

Fobia específica

Epidemiologia

Prevalência - durante a vida de 10 a 13%

Proporção ♀ 2 = 1 ♀

Curso

Idade média de início 25A

Tratamento

Terapia cognitivo-comportamental: dessensibilização e exposição gradual (respiração, relaxamento, enfoques cognitivos)

Hipnose



Fobia social



- Medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nos quais o embaraço possa ocorrer provocando quase invariavelmente uma resposta ansiosa imediata
- O medo, evitamento e a antecipação ansiosa do confronto com a situação social ou de desempenho interferindo significativamente com as rotinas normais da pessoa (ocupacionais, atividades sociais, relacionamentos).
- O medo é reconhecido pela pessoa como irracional ou excessivo

Fobia social

Manifestações:

Rubor facial, palpitações, tremores, sudorese, diarreia, tensão muscular, desconforto gastrointestinal, confusão, ataque de Pânico

Tarefas mais afetadas

- Falar em público, cantar
- Escrever ou assinar em público
- Comer, beber
- Ser filmado ou fotografado
- Usar mictórios públicos (homens)
- Conduzir/estacionar carro quando observado



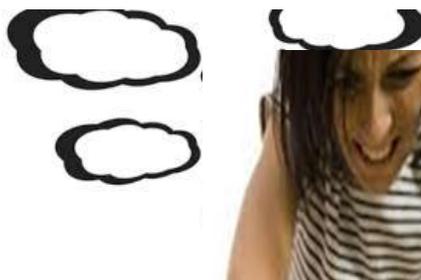
Perturbações Obsessivo-compulsivo

As obsessões ou as compulsões, recorrentes significativamente intensas

- ❖ Pensamentos, impulsos, ou imagens, recorrentes e persistentes, experienciados como intrusos e inapropriados provocando ansiedade e mal-estar intenso.
- ❖ Comportamentos repetitivos que surgem como resposta a uma obsessão, no sentido de diminuir



Perturbações Obsessivo-compulsivo



Obsessões

- pensamentos, ideias, impulsos ou imagens persistentes que invadem a consciência de forma repetitiva.
- intrusivas e inadequados
- aumentam a ansiedade

Compulsões

comportamentos conscientes, estandardizados e repetitivos previnem ou reduzem a ansiedade ou sofrimento



Obsessões e compulsões

- Vivenciadas como "ego-distónicas",
- Percecionadas como **excessivas** ou **irracionais**,
- Causam acentuado **sofrimento**, consomem **tempo**, interferem na **rotina normal**, funcionamento **ocupacional** e **social** do indivíduo.

Perturbação Obsessivo-compulsivo

Epidemiologia

- Prevalência - durante a vida de 2 a 3%
- Proporção ♀ = ♂ na idade adulta



Etiologia

- Fatores biológicos



- Fatores psicossociais

Curso

- Crónico, com flutuação de sintomas
- Idade média de início - 20 A



Tratamento

- Farmacoterapia: antidepressivos (tricíclicos, ISRS), ansiolíticos
- Terapia cognitivo-comportamental.

Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo

Acioly Luiz T de Lacerda^a, Paulo Dalgalarrodo^a e Edwaldo Eduardo Camargo^b

^aDepartamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). ^bDepartamento de Medicina Nuclear da Unicamp

Figura 1 - SPECT do paciente M., antes do tratamento. Observar a hiperativação frontal, em comparação com a região occipital.

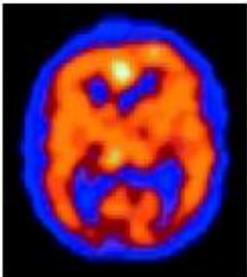


Figura 2 - SPECT do paciente da figura 1, após tratamento com clomipramina por 6 meses. Observar o “equilíbrio de perfusão” entre todas as regiões mostradas.

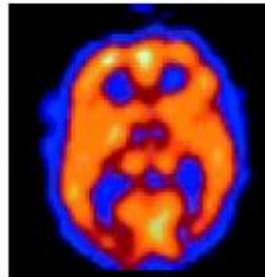
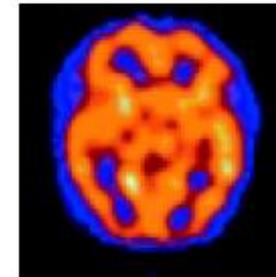
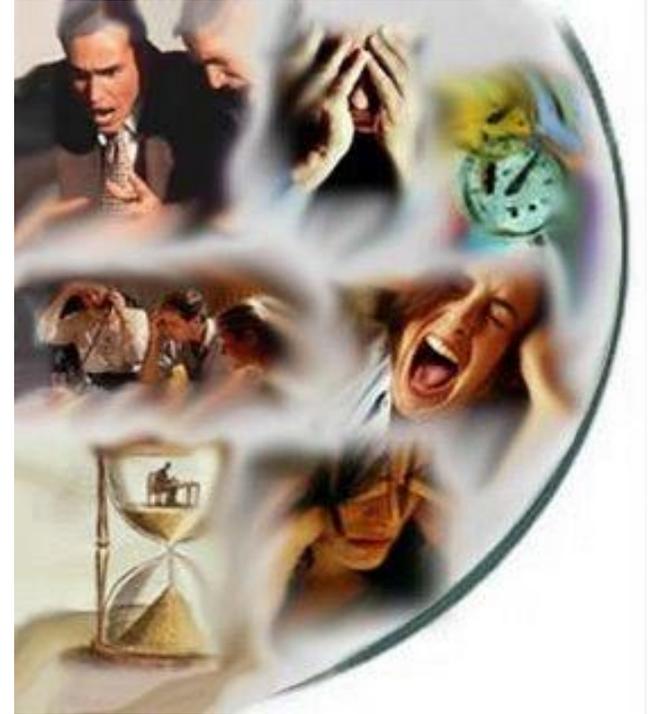


Figura 3 - SPECT de um controle saudável. Observar o “equilíbrio de perfusão” entre todas as regiões mostradas.



Perturbação de ansiedade generalizada

- **Ansiedade e preocupação (apreensão expectante) que se prolonga no tempo e com repercussões negativas nas atividades de vida.**
- **Dificuldade em controlar a situação**
- **Agitação, nervosismo ou tensão interior**
- **Fadiga fácil;**
- **Dificuldades de concentração ou mente vazia;**
- **Irritabilidade;**
- **Dores de cabeça;**
- **Tensão muscular;**
- **Perturbações do sono**



Perturbação pós-stress traumático

- **Exposição a um acontecimento traumático**
 - ❖ Acontecimento que envolveu ameaça de morte ou morte real, ferimento grave ou ameaça à integridade física do próprios ou de outros;
 - ❖ A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror.
- **Evitamento** persistente dos estímulos associados ao trauma
- Sintomas persistentes de **ativação** (não existentes antes do trauma)
- **Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir**
- **Irritabilidade ou acessos de cólera**
- **Dificuldade de concentração**
- **Hiper vigilância**
- **Resposta de alarme exagerada**

Consiste na **revivência** dolorosa, persistente do evento traumático, com evitamento de estímulos associados ao trauma, anestesiamiento emocional e hiperexcitabilidade.



Perturbação stress pós- traumático

Epidemiologia

- Prevalência - durante a vida de 1 a 3%
- indivíduos de risco 5 a 75%

Etiologia

- Stressor
- Vulnerabilidade

- Genética
- Situação. traumática prévia
- Traços dist. person. *Boderline*, dependente
- História prévia de depressão
- História de problemas comportamentais na infância

- Fatores comportamentais -**alexitimia** =A (*ausência*), *lexis* (*palavra*) e *timia* (*emoção*)
A< dificuldade em verbalizar emoções e descrever sentimentos, bem como sensações corporais

Tratamento

- Farmacoterapia: antidepressivos (tricíclicos, ISRS), ansiolíticos
- Terapia psicodinâmica
- Terapia cognitivo-comportamental
- Hipnose



Tricotilomania

- Perturbação, em que são arrancados os cabelos da própria pessoa de maneira recorrente, causando perda de cabelo significativa (tipo alopecia)



Perturbações Psicossomáticas

Perturbações psiquiátricas com apresentação somática

Conceitos básicos

1. **Papel de doente (“sick-role”)**
2. **Comportamento de doença**
3. **Somatização**

Conceitos ligados

- Ansiedade
- **Alexitimia** dificuldade em verbalizar emoções e descrever sentimentos, bem como sensações corporais
- amplificação somato-sensorial
- comunicação de insatisfação / hostilidade
- acesso ao papel de doente
- resposta ao sistema de cuidados de saúde

Perturbações Somatoformes

quadros psiquiátricos constituídos por sintomas físicos que não conseguem ser explicados por nenhuma doença somática conhecida

Têm origem em mecanismos inconscientes.

Não são *fingidos* ou intencionais (com intenção de

- Ⓢ Somatização (*histeria*)
- Ⓢ Conversão
- Ⓢ Dissociação
- Ⓢ Hipocondria
- Ⓢ dismorfia corporal
- Ⓢ Dor somatoforme

Queixa somática



Expressão da Emoção

Perturbações de Somatização

Forte associação destes quadros com experiências traumáticas de violência familiar ou de abuso sexual na infância, adolescência ou idade adulta

Exemplos, (desde que não tenham causa orgânica)

Síndrome do cólon irritável

Refluxo gastroesofágico

Pseudoconvulsões

Síndrome disfórico pré-menstrual

Perturbações de Somatização

denominadores comuns destes doentes

Possível aprendizagem precoce

Dificuldade em expressarem emoções - Alexitimia

Maior facilidade em transformarem emoções em sintomas somáticos

Forma de se fazerem cuidar pelos outros

Dificuldades na abordagem terapêutica

Doença graves na família (mecanismo compensatório)

Perturbações de Somatização

Múltiplos sintomas físicos em vários sistemas orgânicos (dor, disfunção gastrointestinal, sintomas neurológicos e disfunção sexual).

- Crónico
- Início antes dos 30 A
- Co-morbilidade: dist. de ansiedade e emocional (depressão, fobias, etc), dist. personalidade
- Frequentes ameaças de comportamentos parasuicidários
- Queixas apresentadas de forma emocional, dramática, exagerada e manipulativa.

Perturbações de Somatização (cont.)

Tratamento

- Relacionamento empático com um único terapeuta
- Consultas relativamente breves, suspensão de exames desnecessários,
- Farmacoterapia (ansiedade e depressão),
- Terapia cognitivo-comportamental (relaxamento)
- Terapia ocupacional

Perturbação de Conversão

Termo criado por Paul Briquet – 1859 -História da Histeria (séc. XIX) – mais atribuído às mulheres

desenvolvido por :

- Charcot
- Freud
 - Modelo indutivo
 - Descrição de trauma precoce reactivado por experiência recente
 - Os sintomas somáticos eram símbolos indiretos do conflito psíquico
 - Tentativa de tratamento pela hipnose

Perturbação de Conversão

- Os sintomas são precedidos por factores psicológicos
- Os sintomas atingem os órgãos dos sentidos ou o aparelho motor voluntário
- Não são explicados por doenças somáticas, uso de substâncias ou aspetos culturais
- Produzem limitações funcionais importantes
- Não são explicados por outros diagnósticos

Perturbação de Conversão

A **Perturbação de conversão** resulta da utilização exagerada do mecanismo de **Conversão** - mecanismo de defesa (converte ansiedade em sintoma físico).

Caracteriza-se pela presença de 1 ou + sintomas neurológicos (motores, sensoriais e/ou convulsivos) que não são médica ou neurologicamente explicados.

Sintomas + frequentes

Paralisia, cegueira, mutismo, pseudoconvulsão, surdez

Tipo motor (paralisia, parésia) - 25%- mais frequente em homens, com menor educação e problemas de saúde na família

Convulsivo (pseudoepilepsia) - 25%

Sensorial (anestesia, parestesia) - 5%

Misto - 45%

Tipo convulsivo associado com início mais precoce, maior educação e experiências mais traumáticas

Perturbação de Conversão (cont.)

- **Benefício primário** – sintoma atenua a ansiedade provocada pela situação *stressora*
- **Benefício secundário** – as vantagens obtidas por estar doente (apoio emocional e/ou financeiro).

Sintomas são sentidos como reais pelo doente
(não há intencionalidade)

Tratamento

- Nunca dizer que os sintomas são imaginários
- Terapia de apoio orientada para o *insight*
- Terapia comportamental
- Hipnose

Perturbação de Conversão: epidemiologia

- Incidência 1:10.000
- Prevalência 4:10.000
- Idade de início 25-35
- Ratio mulher/homem 3:1
- 15% dos internamentos neurológicos e 30% das consultas
- 5% dos doentes de oftalmologia e ORL
- 1 a 3% das consultas psiquiátricas