



# TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E SOMATOFORMES

## I) ANSIEDADE

A ansiedade é caracterizada por sentimentos subjetivos de antecipação, temor ou apreensão, ou por um senso de desastre eminente ou morte, associados a vários graus de excitação autonômica e reatividade. Como a dor física, ansiedade leva a alterações do comportamento, exercendo também um papel importante no aprendizado e adaptação. Entretanto a ansiedade severa pode desencadear um funcionamento desadaptado e perturbações psicológicas. A ansiedade tem dois componentes, um psicológico, outro somático.

## II) EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE NEUROSE

A alteração de comportamento que atualmente é chamada de *Transtorno de Ansiedade e Somatização*, era até bem pouco tempo chamada de Neurose, de fato ainda é assim chamado e não há problemas nisso, já que essa é uma alteração conhecida da humanidade há séculos, e desde o século passado, vinha assim sendo chamada.

Eis algumas das definições para o transtorno:

**CULLEN (1772)** --> *“Certo grupo de afecções, contrárias à natureza dos sentimentos e do movimento, às quais não dependem de lesão tópica dos órgãos e sim de alterações gerais de todo o sistema, com repercussões especialmente sobre a motilidade e o pensamento”.*

**PINEL (1819)** --> Englobou na definição acima estados mórbidos de outra natureza, como tétano, raiva, neuralgias, etc.

**JANET** --> *“Neuroses são doenças da personalidade, caracterizadas por conflitos intrapsíquicos que inibem as condutas sociais.”*

**FREUD** --> Formulou a Teoria Econômica das Neuroses, ligada à quantidade dos afetos (libido), que o Ego pode suportar. Criou as noções de inconsciente, Id, Ego e Superego, enfatizou o papel da primeira infância, da energia sexual e da agressividade. Formulou as fases do desenvolvimento psíquico e a formação do caráter neurótico, quando da fixação da libido em uma das fases.

### III) TEORIA PSICANALÍTICA DO DESENVOLVIMENTO

Para Freud, o desenvolvimento do Ser Humano passa por diversas fases:

- Nascimento** > Fase narcísica, auto-erotismo primário.
- 6 a 12 meses** > Estágio Oral, Primeiras relações objetais incompletas, noção do seio bom e seio mau ( M. Klein ).
- 1 a 2 anos** > Estágio Sádico-anal, Introjeção corporal de objetos externos, importância capital das funções excretoras ( expulsão e retenção do objeto ). Revestimento de objetos pela libido ou pela pulsão agressiva. O controle esfinteriano é um sistema primário de contra-pulsões (repressão).
- 2 a 4 anos** > Estágio Fálico ou Genital, identificações do Ego, primeiras relações objetais completas, formação do Complexo de Édipo, Angústia da Castração.
- 4 a 10 anos** > Fase de Latência, organização do aparelho psíquico: ID< EGO e SUPEREGO, adaptação à realidade com abolição do princípio do prazer.
- 10 a 12 anos** > Pré-puberdade, reativação das tendências infantis reprimidas, reatualização das eleições objetais, fixação libidinal no sexo oposto.
- 12 a 16 anos** > Puberdade, eleição definitiva do objeto heterossexual.

### IV) MECANISMOS DE DEFESA DO EGO

São instrumentos que o Ego se utiliza para se defender de uma ansiedade insuportável, a qual é resultante de um conflito intra-psíquico inconsciente. Quando essa defesa é insuficiente há aparecimento de sintomas, devido ao excesso de estímulos ou porque antigos bloqueios ou diminuição das descargas tenham estabelecido no organismo uma barreira contra as tensões, de modo que as tensões normais agora atuam como se fossem traumáticas. O objetivo é que a tensão, ou culpa, fiquem mantidas inconscientes.

- Repressão** > Força que se opõe às pulsões indesejáveis no momento. O reprimido porém sempre retorna de uma forma ou de outra.
- Regressão** > É o retorno do comportamento à um antigo modo de satisfação. Podem ser regressões objetais e/ou libidinais. É um retorno à antigas satisfações libidinais primitivas.
- Deslocamento** > É a transferência da emoção de um objeto interior à um exterior. Pode ser no tempo e no espaço ( fobias ). É a substituição de um objeto de angústia por outro.
- Isolamento** > Consiste em isolar uma idéia ou uma imagem do seu contexto temporal, espacial ou emocional. Pode haver a fragmentação de uma situação ansiogênica. Obsessividade.
- Introjeção** > É a penetração para o interior de um objeto amado ou odiado. Essa incorporação é sempre imaginária. Expressa como canibalismo. A introjeção de objetos maus leva à depressão.
- Anulação** > Consiste em fazer-se o contrário do ato ou pensamento anterior. Leva à condutas conjurativas. Busca-se a anulação de um afeto pelo seu contrário.

- Formação Reativa** >É a inversão das tendências inconscientes. A tendência à sujeira é disfarçada pela limpeza obsessiva. O amor tirânico como disfarce do desejo de destruir.
- Identificação** >É a apropriação, através da introjeção, mais ou menos inconsciente, do papel representado pelo outro.
- Sublimação** >Procedimento que a pessoa emprega para desviar a energia sexual ou agressiva de sua finalidade imediata para um sistema de valores ideais. São os mecanismos de defesa que tem êxito. Enquanto os mecanismos neuróticos não conseguem aliviar a tensão, apenas disfarçando-a, a sublimação consegue dirigir a angústia para uma realidade aceitável. É uma repressão satisfatória que permite o ajuste social e o desenvolvimento pessoal.

## V) TIPOS DE CARÁTER NEURÓTICO

A psicanálise fala de um caráter neurótico, quando há fixação da libido em umas das fases do desenvolvimento.

- Caráter Narcisista** >Substituto sobrevivente do auto-erotismo, há conduta de afirmação, impulsividade, busca de prestígio e êxito, intolerância ao fracasso e críticas e sexualidade de espelho (homossexualismo).
- Caráter Oral** >Conduta de avidez, desejo de satisfação imediata, ao mesmo tempo passividade e dependência, toxicomania e alcoolismo.
- Caráter Anal** >Refere-se às primeiras experiências de expulsão e retenção em resposta às demandas e exigências do meio. A rebelião à retenção pode levar a um comportamento rebelde, sujeira, desordem, irresponsabilidade. Uma educação muito rígida ou uma formação reativa à rebelião conduzem à limpeza obsessiva, ordem rígida.
- Caráter Sado-Masoquista** >Reflete a estrutura de organização somato-física do caráter anal. Conduta agressiva e dominante e/ou passivo-amedrontada.
- Caráter Genital** >É a estabilidade e equilíbrio do Ego normal, não neurótico.

## VI) ETIOLOGIA DAS NEUROSES

1. **Disposição Pessoal Originária** --> oriunda de um Ego fraco de um Caráter Neurótico
2. **Agentes Ocasiais, Fortuitos** --> ocasionando um excesso de energia, o protótipo é a experiência do parto.

Ser uma pessoa, um Eu, pressupõe uma organização interna, essa organização vem principalmente através dos mecanismos de identificação e introjeção. Dessa forma, formamos nossa personalidade através da incorporação de tudo o que vivemos, de bom e de ruim, assim poderíamos dizer que o Eu na verdade é a identificação com um ou vários personagens, o ideal do Ego. A busca de si, a dialética entre ser e parecer, traz a idéia da pessoa como um ator, uma máscara.

Se há algum transtorno das relações objetais primárias, se a identificação gera angústia profunda ou se o problema se resolve através de mecanismos de defesa do Ego, pode-se esperar que esse conflito de identificação não resolvido gere grave perturbação das relações do Ego com os outros. Diz-se então que esse é um Ego neurótico.

As fases pré-genitais tem um Ego fraco, estreitamente dependente de seus objetos, há violência e ausência de medida nos afetos e emoções (descontrole) e no amor possessivo e destruidor dos objetos, que não são realmente nada mais que “objetos” nessa realidade infantil.

A Neurose não é só um Ego fraco, é uma manifestação da força das *pulsões* e de seus conflitos, é uma regressão à estágios primitivos da libido, que desencadeiam um sistema de segurança e de defesas inconscientes, os *Mecanismos de Defesa do Ego*, pelos quais se estabelece um equilíbrio que faz suportável o conflito entre as pulsões e a repressão. Por isso há prazer na Neurose, gerando o chamado *ganho secundário* que permite ao neurótico um equilíbrio com menos sofrimento.

## CONFLITO

Em psicanálise, fala-se de conflito quando não se aceita internamente os desejos oriundos do id como também opõe-se a estimulação externa recebida de um objeto, em função de seus valores (ideal de ego). O conflito pode exprimir-se de forma deformada no material manifesto do sonho ou do sintoma, traduzindo-se pelas desordens do comportamento, perturbações do caráter e etc. A psicanálise considera o conflito como constitutivo, natural e inerente do ser humano, e isto sob diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a censura, entre as diferentes instâncias, entre as pulsões, conflito edipiano e etc. É o conflito que produz o afeto (algo desagradável no campo consciente) e o quantum de afeto (algo desagradável no campo inconsciente).

Este conflito pode ser manifesto ou latente, na medida em que pode-se ter ou não consciência dele. O conflito manifesto aparece, por exemplo, entre um desejo e um valor moral, como pode ser o caso de dois sentimentos contraditórios e o latente pode aparecer como uma forma deformada deste manifesto, produzindo sintomas, desvio de comportamento, perturbações de caráter, etc.. A psicanálise considera o conflito como sendo positivo para o sujeito. O conflito é a noção central da teoria das neuroses e suas modalidades clínicas são relativamente fáceis de serem descritas.

O Behaviorismo não se utiliza da noção de conflito em nível das instâncias psíquicas e discute as situações conflituosas como: aproximação-aproximação, quando temos que decidir entre duas coisas boas; esquiva-esquiva, quando as coisas são igualmente ruins e finalmente aproximação-esquiva, quando optar por fazer uma coisa boa implicará em punição.

Uma classificação a parte merecem as *perversões* (chamadas também por Freud de psiconeuroses). Freud afirma que “a neurose é, por assim dizer, o negativo da perversão” (FREUD, 1905a, p. 157 e p 225). A perversão poderia ser descrita de maneira simplificada como uma expressão da sexualidade infantil, caracterizada pela ausência da repressão, mas não podemos esquecer que ela adquire uma complexidade grande e uma diferenciação considerável.

*“Recentemente, seguindo linhas inteiramente especulativas, cheguei à proposição de que a diferença essencial entre a neurose e psicose consistia em que, na primeira, o ego, a serviço da realidade, reprime um fragmento do id, ao passo que, na psicose, ele se deixa induzir, pelo id, a se desligar de um fragmento da realidade.”* (FREUD, 1927, p. 158).

## ANGUSTIA

Jean-Paul Sartre, filósofo francês contemporâneo, defendeu que a angústia surge no exato momento em que o homem percebe a sua condenação irrevogável à liberdade, isto é, o homem está condenado a ser livre, posto que sempre haverá uma opção de escolha: mesmo diante de A, posso optar por escolher não-A.

## VII) SINTOMAS SOMÁTICOS DE ANSIEDADE

- **MÚSCULO-ESQUELÉTICOS** Rigidez muscular, espasmos, dores lombares, dores de cabeça, fraqueza, tremores, fadiga, inquietação.
- **CARDIOVASCULARES** Palpitações, taquicardia, ondas de calor e/ou frio, rubor, palidez.
- **GASTROINTESTINAIS** Boca seca, diarreia, indisposição, náuseas, vomito.
- **URINÁRIOS** poliúria.
- **SIST. NERVOSO CENTRAL** Tontura, parestesias.
- **SIST. RESPIRATÓRIO** Hiperventilação, respiração curta, opressão no peito.

## VIII) CONDIÇÕES MÉDICAS ASSOCIADAS COM ANSIEDADE

- **ENDÓCRINAS** Cushing, Hipertireoidismo, Síndrome Carcinóide, Feocromocitoma.
- **METABÓLICAS** Hipercalcemia, Hipercalemia, Hipocalcemia, Hipoglicemia, Hiponatremia, Porfíria.
- **NEUROLÓGICAS** Epilepsia do Lobo Temporal.
- **CARDIOVASCULARES** Angina Pectoris, Hipertensão, Prolapso de Válvula Mitral.
- **DROGAS** Estimulantes, Abstinência de depressores do SNC, Abstinência de opiáceos, Simpatomiméticos.

## IX) TRANSTORNOS FÓBICO-ANSIOSOS

Ansiedade ocorre por situações ou objetos bem definidos, que não são comumente perigosos.

Ansiedade em grau variável.

Pode ocorrer depressão em grau leve.

Leva a comportamentos de evitação.

### ***a) AGORAFOBIA***

Medo de espaços abertos, multidões, situações em que haja dificuldade de fuga.

Medo de ficar em casa, ficar sozinho., etc.

A ansiedade pode chegar à pânico.

Ocorre mais em mulheres no início da vida adulta.

A ansiedade não é secundária à outras patologias.

### ***b) FOBIAS SOCIAIS***

Medo de expor-se a grupos pequenos.

Usualmente associada à baixa de auto-estima.

Igualmente distribuída entre homens e mulheres.

Pode progredir para pânico.

Início na adolescência.

### ***c) FOBIAS ESPECÍFICAS***

Ocorrem em situações específicas ou objetos isolados.

Surgem na infância ou adulto jovem.

## **XII) OUTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

Os sintomas ansiosos não estão restritos a uma situação ambiental em particular.

Pode haver algum nível de depressão, fobia ou obsessão, sempre secundárias.

### ***a) TRANSTORNOS DE PÂNICO***

São ataques de ansiedade grave, pânico, imprevisíveis.

Cursam com palpitação, dor no peito, choque, tontura, despersonalização, e/ou desrealização, medo de morrer, de perder o controle ou ficar louco.

Podem ocorrer vários ataques em um mês.

### ***b) TRANSTORNOS DE ANSIEDADE GENERALIZADA***

Existe ansiedade levemente flutuante.

Sensação de nervosismo, tremores, palpitação, tensão sudorese, sintomas autonômicos.

### ***c) TRANSTORNOS MISTO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO***

Ambos os sintomas presentes em igual grau, caso um deles predomine, deve definir o diagnóstico.

#### ***d) OUTROS TRANSTORNOS MISTOS DE ANSIEDADE***

Há transtorno de ansiedade generalizada juntamente com outros transtornos.

### **XIII) TRANSTORNO OBSESSIVO- COMPULSIVO**

Existência de pensamentos ou atos compulsivos recorrentes.

Pensamentos obsessivos são idéias, imagens ou impulsos que entram na mente do indivíduo repetidamente de uma forma estereotipada, são angustiantes (violentos, repugnantes ou obscenos), sem sentido e o paciente não consegue resistir-lhes. São reconhecidos como próprio do indivíduo.

Atos ou rituais são comportamentos estereotipados, que se repetem muitas vezes, não são agradáveis e são vistos como preventivos de algo improvável.

Cursam com ansiedade e depressão.

Ocorrem igualmente em homens e mulheres no início infância e vida adulta jovem.

### **XIV) REACÇÃO À ESTRESSE GRAVE E TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO**

Surgem sempre como uma conseqüência direta de grava estresse agudo ou de trauma continuado, são respostas mal adaptadas.

#### ***a) REACÇÃO AGUDA À ESTRESSE***

Causada por catástrofes, acidentes, batalhas, assalto, estupro, etc., à si ou à pessoa querida ou por mudança social súbita e ameaçadora.

Os sintomas variam de um “atordoamento” até grandes alterações de consciência com estupor ou hiperatividade.

Ataques de pânico podem estar presentes.

Pode resultar amnésia parcial ou total do evento traumático.

#### ***b) TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO***

É uma resposta tardia ou protraída a um evento estressante grava que causaria angustia à qualquer pessoa.

Podem ocorrer revivência do trauma, “*flash-back*”, sonhos, em um fundo de afastamento social, anedonia e entorpecimento emocional.

Ansiedade e depressão estão comumente associadas

O início se dá a partir do trauma, em poucas semanas até 6 meses.



### ***c) TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO***

Ocorrência de angústia e perturbação emocional prejudicando o desempenho social, que surgem em períodos de adaptação a uma mudança significativa de vida ou a estresse vivenciado.

reação depressiva breve --> menor que um mês.  
reação dep. prolongada --> menor que dois anos.  
com perturbação predominante de outras emoções.  
com perturbação predominante de conduta.  
com perturbação mista de emoção e conduta.

## **XV) TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS**

Há perda parcial ou completa da integração normal entre as memórias do passado, consciência da identidade, sensações imediatas e controle dos movimentos corporais. Em outras palavras: não há controle seletivo e consciente.

Tem origem psicogênica, está associada no tempo à eventos traumáticos, problemas insolúveis e intoleráveis ou relacionamentos insolúveis.

### ***a) CONVERSÃO***

É quando o conflito psíquico é transformado em sintoma.

### ***b) AMNÉSIA DISSOCIATIVA***

Há perda da memória para fatos recentes traumáticos.

Cursa com ansiedade, angústia, comportamento de chamar a atenção ou, por vezes, calma aparente.

### ***c) FUGA DISSOCIATIVA***

Há amnésia dissociativa em uma fuga de casa ou do local de trabalho, durante a qual o cuidado consigo mesmo é mantido.

Nova personalidade pode ser adotada.

### ***d) ESTUPOR DISSOCIATIVO***

Ocorre diminuição extrema ou ausência de movimentos voluntários ou de responsividade normal à estímulos externos, tais como ruídos, luz, toque, etc.

Ocorre também extrema laconicidade ou mesmo mudez.

O estupor não tem causa física e sim psicogênica.

### ***e) TRANSTORNOS DE TRANSE OU POSSESSÃO***

Há perda temporária da identidade pessoal e da consciência do ambiente, mudança de personalidade (incorporação de espíritos, forças), estreitamento de consciência, estereotipias vocais e de movimentos.

Deve ser utilizado apenas nos transtornos de transe involuntários e indesejados.

### ***f) TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS DE MOVIMENTOS E SENSAÇÃO***

Há perda de sensação e/ou perda ou interferência de movimentos, com causa psicogênica.

O paciente pode negar conflitos emocionais evidentes.  
Pode haver “belle indifference”.

### ***g) TRANSTORNOS MOTORES DISOCIATIVOS***

Há paralisias parciais ou completas de forma e de graus variáveis da fala, marcha, membros. etc.

### ***h) CONVULSÕES DISSOCIATIVAS***

São convulsões incompletas, sem perda total da consciência.

### ***i) ANESTESIA E PERDA SENSORIAL DISSOCIATIVA***

O correm anestésias independentes do trajeto nervoso.  
Cegueira psicogênica.

## **XVI) TRANSTORNOS SOMATOFORMES**

Há a presença repetida de sintomas físicos juntamente com solicitações persistente de investigações médicas.

O paciente resiste à explicação se uma causa psicológica.  
O comportamento é histriônico.

### ***a) TRANSTORNOS DE SOMATIZAÇÃO***

Ocorrem sintomas físicos múltiplos, recorrentes e freqüentemente mutáveis, os quais, em geral, tem estado presentes por muitos anos, pelo menos dois.

Podem haver sensações cutâneas, manchas, queixas sexuais e/ou menstruais.

Causa rompimento social.  
Depressão e ansiedade ocorrem com freqüência.  
Acomete mais as mulheres, no início da vida adulta.

### ***b) TRANSTORNO SOMATOFORME INDIFERENCIADO***

Quando o quadro clínico completo do transtorno de somatização não é preenchido.

### ***c) TRANSTORNO HIPOCONDRIACO***

O paciente apresenta preocupação persistente em ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos.

Há queixas somáticas persistentes.  
Exagero de sintomas banais.  
Focalização em um ou dois órgãos ou sistemas.  
Depressão e ansiedade são freqüentes.

É raro antes dos 50 anos, tem curso crônico e flutuante.

#### ***d) DISFUNÇÃO AUTONÔMICA SOMATOFORME***

Os sintomas são resultantes de um transtorno físico de um sistema autônomo, p.ex. cardiovascular, gastrointestinal, respiratório.

#### ***e) TRANSTORNO DOLOROSO SOMATOFORME PERSISTENTE***

Ocorre dor persistente, grave e angustiante, sem correlação clínica.  
Há associação psicogênica.  
Resulta em maior atenção do paciente.

### **XVII) OUTROS TRANSTORNOS NEURÓTICOS**

#### ***a) NEURASTENIA***

Ocorre fadiga aumentada após esforço mental, associada à diminuição do desempenho ocupacional ou ineficiência de adaptação de tarefas diárias. Ou podem ocorrer sentimentos de fraqueza ou exaustão corporal ou física após esforços mínimos.

Podem ocorrer depressão e ansiedade.

Outros sintomas: dores musculares, tonturas, cefaléias tensionais, perturbações do sono, Incapacidade de relaxar.

#### ***b) SÍNDROME DE DESPERSONALIZAÇÃO/DESREALIZAÇÃO***

Existem queixa de que a atividade mental, o corpo e/ou o ambiente estão alterados, em sua qualidade, tornados irreais, remotos, automatizados.

Pode ocorrer sensação de influência.

Por vezes o indivíduo vê-se a si próprio.

Podem ocorrer em depressões, fobias, transtornos obsessivos, fadiga extrema, drogados.

### **12. BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

1. Kaplan, Harold I., 2007, Compendio de Psiquiatria. Porto Alegre : Artes Médicas Sul.
2. American Psychiatric Association, 1994, Diagnostic and Statistic Manual. Washington DC: American Psychiatric Association.
3. CHENIAUX, Elie. Manual de psicopatologia. .3.ed. Rio de Janeiro. 2008. 125p
4. <http://rgirola.sites.uol.com.br/FreudTeoria.htm>.
5. Caetano, G.V., 2008, Apostila de Psiquiatria Clínica e Psicopatologia.
6. <http://www.existencialismo.org.br/jornalexistencial/rita.htm>