Transtornos de Ansiedade

Pânico
Ansiedade Generalizada e de Separação
Fobia Social e Específica
o de Estresse Pós-aumático

Fabiana Maldonado
Geraldo Mendes de Campos
Irene Barone
Luiz Flávio Mendes

Ataque de Pânico

Ataque de Pânico

Critérios para Ataque de Pânico

Nota: Um Ataque de Pânico não é um transtorno codificável.

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:

(1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
(2) sudorese
(3) tremores ou abalos
(4) sensações de falta de ar ou sufocamento
(5) sensações de asfixia
(6) dor ou desconforto torácico
(7) náusea ou desconforto abdominal
(8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
(9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
(10) medo de perder o controle ou enlouquecer
(11) medo de morrer
(12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)
(13) calafrios ou ondas de calor

Ataque de Pânico

Existem três tipos característicos de Ataques de Pânico, com diferentes relacionamentos entre o início do ataque e a presença ou ausência de ativadores situacionais:

Ataques de Pânico inesperados (não evocados), nos quais o início do Ataque de Pânico não está associado com um ativador situacional (isto é, ocorre espontaneamente, "vindo do nada");

Ataques de Pânico ligados a situações (evocados), nos quais o Ataque de Pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após à exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (por ex., ver uma cobra ou um cão sempre ativa um Ataque de Pânico imediato);

Ataques de Pânico predispostos pela situação, que tendem mais a ocorrer na exposição ao evocador ou ativador situacional, mas não estão invariavelmente associados ao evocador e não ocorrem necessariamente após a exposição (por ex., os ataques tendem mais a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não tem um Ataque de Pânico ou momentos em que o Ataque de Pânico ocorre após dirigir por meia hora).

A ocorrência de Ataques de Pânico inesperados é um requisito para o diagnóstico de Transtorno de Pânico (com ou sem Agorafobia). Ataques de Pânico ligados a situações são mais característicos da Fobia Social e Fobia Específica. Os Ataques de Pânico predispostos por situações são especialmente freqüentes no Transtorno de Pânico, mas às vezes podem ocorrer na Fobia Específica ou Fobia Social.

Transtorno do Pânico

Características diagnósticas

- A característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos Ataques de Pânico, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

- Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., Intoxicação com Cafeína) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo) (Critério C).

- Um Ataque de Pânico inesperado (espontâneo, não evocado) é definido como aquele que não está associado a um ativador situacional (isto é, ocorre "vindo do nada"). Pelo menos dois Ataques de Pânico inesperados são necessários para o diagnóstico, mas a maioria dos indivíduos tem um número consideravelmente maior de ataques.

- A freqüência e a gravidade dos Ataques de Pânico variam amplamente. Por exemplo, alguns indivíduos têm ataques moderadamente freqüentes (por ex., 1 vez por semana) que ocorrem regularmente, por meses seguidos. Outros citam surtos breves de ataques mais freqüentes (por ex., diariamente por uma semana), separados por semanas ou meses sem quaisquer ataques ou com ataques menos freqüentes (por ex. dois por mês) durante muitos anos.

- Os indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam, caracteristicamente, preocupações acerca das implicações ou conseqüências dos Ataques de Pânico. Alguns temem que os ataques indiquem a presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora à vida (por ex., cardiopatia, transtorno convulsivo).

Características diagnósticas

- Apesar de repetidos exames e garantias médicas, eles podem permanecer temerosos e não se convencer de que não têm uma doença ameaçadora à vida. Os ataques são percebidos como uma indicação de que estão "ficando loucos" ou perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. Alguns indivíduos com Ataques de Pânico recorrentes mudam significativamente seu comportamento (por ex., demitem-se do emprego) em resposta aos ataques, mas negam o medo de terem um outro ataque ou preocupações acerca das conseqüências de seus Ataques de Pânico.

- Os Ataques de Pânico que ocorrem no contexto de outros Transtornos de Ansiedade são ligados a situações ou predispostos por situações (por ex., na Fobia Social evocada por uma situação social; na Fobia Específica, evocada por um objeto ou situação; no Transtorno Obsessivo-Compulsivo evocado pela exposição ao um objeto de uma obsessão [por ex., exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação]; no Transtorno de Estresse Pós-Traumático, evocado por estímulos que recordam o estressor).

- O foco da ansiedade também ajuda a diferenciar o Transtorno de Pânico Com Agorafobia de outros transtornos caracterizados por comportamentos de esquiva. A esquiva agorafóbica está associada com o medo de ter um Ataque de Pânico, enquanto a esquiva em outros transtornos está associada com situações específicas (por ex., temores de escrutínio, humilhação e embaraço na Fobia Social; medo de altura, elevadores ou pontes na Fobia Específica; preocupações acerca da separação no Transtorno de Ansiedade de Separação; temores de perseguição no Transtorno Delirante).

- As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações freqüentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva que pode satisfazer os critérios para Agorafobia, diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

Critérios Diagnósticos

- **Critérios Diagnósticos para Transtorno de Pânico Sem Agorafobia**
  A. (1) ou (2):
  (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados
  (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:
  (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
  (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")
  (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques
  B. Ausência de Agorafobia
  C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo).
  D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como
  Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas),
  Fobia Específica (por ex., ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica),
  Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação),
  Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou
  Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Critérios Diagnósticos

- **Critérios Diagnósticos para Transtorno de Pânico Com Agorafobia**
  A. (1) e (2)
  (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.
  (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:
  (a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
  (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")
  (c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.
  B. Presença de Agorafobia
  C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo).
  D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como
  Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas),
  Fobia Específica (por ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica),
  Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação),
  Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou
  Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Características e Transtornos Associados

- O Transtorno Depressivo Maior ocorre com freqüência (50-65%) em indivíduos com Transtorno de Pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com ambos os transtornos, a depressão precede o início do Transtorno de Pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno de Pânico.

- Um subconjunto de indivíduos, alguns dos quais podem desenvolver como conseqüência um Transtorno Relacionado a Substância, tratam sua ansiedade com álcool ou medicamentos.

- A comorbidade com outros Transtornos de Ansiedade também é comum, especialmente em contextos clínicos e em indivíduos com Agorafobia mais severa (Fobia Social tem sido relatada em 15-30% dos indivíduos com Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em 8-10%; Fobia Específica, em 10-20%; e Transtorno de Ansiedade Generalizada, em 25%). O Transtorno de Ansiedade de Separação na infância tem sido associado com este transtorno.

Prevalência

- Estudos epidemiológicos no mundo inteiro indicam consistentemente que a prevalência do Transtorno de Pânico durante toda a vida (com ou sem Agorafobia) situa-se entre 1,5 e 3,5%. As taxas de prevalência anual estão entre 1 e 2%.

- Cerca de um terço até metade dos indivíduos diagnosticados com Transtorno de Pânico em amostras comunitárias também têm Agorafobia, embora uma taxa muito superior de Agorafobia seja encontrada em amostras clínicas.

- Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais freqüentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual TAG (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%). A prevalência de fobia social fica em torno de 1% e a do transtorno de pânico (TP) 0,6%. (**Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000)**

Tratamento

- Antidepressivos: atuam diretamente no cérebro modificando e corrigindo a transmissão neuro-química em áreas do sistema nervoso que regulam o estado do humor (o nível da vitalidade, energia, interesse, emoções e a variação entre alegria e tristeza), quando o humor está afetado negativamente num grau significativo.
  - ISRS : Os **inibidores seletivos da recaptação da serotonina** (ISRS ou SSRI) são uma classe de fármacos usados no tratamento da síndromes depressivas e ansiedade, e alguns tipos de transtorno de personalidade.
  - IMAO Os **inibidores da monoamina oxidase** (**IMAO**) são uma classe de fármacos que atuam bloqueando a acção da enzima monoamina oxidase, sendo utilizados no tratamento da depressão.

  - Ansiolíticos(benzodiazepínicos): ministrados durante um episódio de ataque de pânico; não trazem nenhum benefício se usados regularmente (a não ser que os ataques de pânico sejam freqüentes). Se não utilizados exatamente como prescritos, podem viciar. Geralmente são mais eficazes no começo do tratamento, quando as propriedades de resistência dos antidepressivos ainda não se consolidaram.

- Terapia: a mais citada é a TCC (Terapia Comportamental Cognitiva) que ajuda/ auxilia através de suas técnicas o maior controle durante o ataque de pânico.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)

Critérios diagnósticos

- Critério A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias, pelo período mínimo de 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

- Critério B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

- Critério C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes sintomas adicionais (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses).
  (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele
  (2) fatigabilidade
  (3) dificuldade em concentrar-se
  (4) irritabilidade
  (5) tensão muscular
  (6) perturbação do sono .
  Nota: Para TAG em crianças é exigido apenas um item adicional.

Critérios diagnósticos

- Critério D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um outro transtorno do Eixo I:
  - não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico),;
  - ser envergonhado em público (como na Fobia Social);
  - ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo);
  - ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação);
  - ganhar peso (como na Anorexia Nervosa);
  - ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização);
  - ter uma doença grave (como na Hipocondria);
  - a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

- Critério E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimentos clinicamente significativos ou prejuízos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- Critério F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Global /Invasivo do Desenvolvimento.

Características diagnósticas

A intensidade, duração ou freqüência da ansiedade ou preocupação são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do evento temido. A pessoa considera difícil evitar que as preocupações interfiram na atenção a tarefas que precisam ser realizadas e tem dificuldade em parar de se preocupar.

Os adultos com TAG freqüentemente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou questões menores (tais como tarefas domésticas, consertos no automóvel ou atrasos a compromissos).

As crianças com TAG tendem a exibir preocupação excessiva com sua competência ou a qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

Características e Transtornos Associados

- Podem ocorrer tremores, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade, associados à tensão muscular.

- Muitos indivíduos com TAG também experimentam mãos frias e pegajosas; boca seca; sudorese; náusea e diarréia; freqüência urinária; dificuldade para engolir e sobressaltos exagerados.

- Sintomas depressivos também são comuns.

- Transtornos associados, com freqüência:
  - do Humor (Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Distímico);
  - outros Transtornos de Ansiedade (Pânico, Fobia Social e Específica);
  - Relacionados a Substâncias (Dependência ou Abuso de ATOD).

TAG freqüentemente é acompanhado por outras condições associadas ao estresse

(por ex., síndrome do cólon irritável, cefaléias).

Características Específicas

- **Cultura:** É importante considerar o contexto cultural ao determinar se as preocupações são excessivas.

  Em algumas culturas, a ansiedade é expressada predominantemente por sintomas somáticos, em outras, por sintomas cognitivos.

- **Idade:** Em crianças e adolescentes com TAG, a ansiedade e preocupação freqüentemente envolvem a qualidade de seu desempenho escolar ou esportivo, mesmo quando não está sendo avaliado por outros. Pode haver preocupação excessiva com a pontualidade, terremotos ou guerra nuclear. Podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras; tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito; excessivo zelo na busca de aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho.

- **Gênero:** Em contexto clínico, cerca de 55-60% são mulheres. Em estudos epidemiológicos, aproximadamente dois terços são mulheres.

Prevalência, curso e padrão familial

- **Prevalência**

  Em amostra comunitária: aproximadamente 3%, a prevalência de TAG em 1 ano; durante a vida, taxa de 5%.

  Em clínicas para Transtornos de Ansiedade, aproximadamente 12% apresentam TAG.

- **Curso**

  Muitos indivíduos com TAG afirmam que sentiram ansiedade e nervosismo durante toda a vida.

  Mais de 50% relatam início na infância ou adolescência, mas o início após os 20 anos não é incomum. O curso é crônico, mas flutuante; freqüentemente piora durante períodos de estresse.

- **Padrão Familial**

  A ansiedade como traço tem uma associação familial.

  Não foi encontrada agregação familial específica na maioria dos relatos, com relação aos padrões para TAG dentro de famílias.

Diagnóstico Diferencial

- TAG diferenciado de Transtorno de Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, se os sintomas forem uma conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., hipertiroidismo).

- TAG diferenciado de Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, pois algumas substâncias estão etiologicamente relacionadas com o distúrbio de ansiedade (ex: ansiedade severa que ocorre apenas com pesado consumo de café).

- Quando um outro transtorno do Eixo I está presente, um diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade Generalizada deve ser feito apenas quando o foco da ansiedade e preocupação não tenha relação com o outro transtorno. Por exemplo, a ansiedade presente na Fobia Social está focalizada na ocorrência de situações sociais nas quais o indivíduo deve apresentar um desempenho ou ser avaliado por outros, ao passo que os indivíduos com TAG experimentam ansiedade, quer estejam ou não sendo avaliados.

Diagnóstico Diferencial

- TAG diferenciado de Transtorno Obsessivo-Compulsivo: os pensamentos obsessivos não representam preocupações excessivas com problemas cotidianos ou da vida real, mas assumem a forma de anseios, impulsos e imagens, em acréscimo aos pensamentos.

- TAG não é diagnosticado se a ansiedade ocorrer exclusivamente durante o curso do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

- TAG diferenciado do Transtorno de Ajustamento: a ansiedade no Transtorno de Ajustamento ocorre em resposta a um estressor da vida e não persiste por mais de 6 meses após o término do estressor ou de suas conseqüências.

- A ansiedade generalizada é uma característica comumente associada aos Transtornos do Humor e Transtornos Psicóticos, não devendo ser diagnosticada em separado se ocorrer exclusivamente durante o curso dessas condições.

Diagnóstico Diferencial

- TAG diferenciado da ansiedade não-patológica:

- 1°) as preocupações associadas com o TAG são difíceis de controlar e tipicamente interferem de modo significativo no funcionamento, enquanto as preocupações da vida cotidiana são percebidas como mais controláveis e podem ser adiadas até mais tarde;

- 2°) as preocupações associadas com o TAG são mais invasivas, pronunciadas, aflitivas e duradouras e freqüentemente ocorrem sem desencadeantes específicos. Quanto mais numerosas forem as circunstâncias de vida com as quais a pessoa se preocupa excessivamente (finanças, segurança dos filhos, desempenho no emprego, reparos no automóvel), mais provável é o diagnóstico.

- 3°) as preocupações cotidianas estão muito menos propensas a serem acompanhadas de sintomas físicos (por ex., fadiga excessiva, inquietação, irritabilidade), embora isto seja menos verdadeiro para crianças.

Tratamento

TCC tem demonstrado eficácia, que aumenta ainda mais se associada à medicação.

Pacientes são tratados há três décadas principalmente com os benzodiazepínicos.

Somente venlafaxina (medicamento de 2ª geração) tem eficácia comprovada.

A imipramina, um tricíclico convencional, tem eficácia demonstrada no TAG.

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (IRSs) são, no presente, considerados uma opção melhor do que os tricíclicos ou os benzodiazepínicos, quanto à tolerabilidade.

1ª linha - venlafaxina XR 75 – 150 mg/dia

2ª linha -

BZDs		**IRSs**		**Tricíclicos**	
Bromazepam	9 – 18	Sertralina	50 – 100	Imipramina	150 – 250
Clonazepam	2 – 4	Paroxetina	40 - 60		
Cloxazolam	3 - 6				

Transtorno de Ansiedade de Separação

Critérios diagnósticos

- Critério A. Ansiedade inapropriada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada por três (ou mais) dos seguintes aspectos:
  (1) sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação;
  (2) preocupação persistente e excessiva acerca de perder, ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação;
  (3) preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação (por ex., perder-se ou ser seqüestrado);
  (4) relutância persistente ou recusa a ir para a escola ou a qualquer outro lugar, em razão do medo da separação;
  (5) temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos;
  (6) relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa;
  (7) pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação;
  (8) repetidas queixas de sintomas somáticos (cefaléias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista. Sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, tontura e sensação de desmaio iminente, são raras em crianças menores, mas podem ocorrer em indivíduos mais velhos.

Critérios diagnósticos

- Critério B. A perturbação tem uma duração mínima de 4 semanas.

- Critério C. A perturbação inicia antes dos 18 anos.

- Critério D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- Critério E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e, em adolescentes e adultos, não é melhor explicada por Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

- Especificar Início Precoce: se o início ocorre antes dos 6 anos de idade.

Características e Transtornos Associados

- As crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação tendem a vir de famílias muito unidas. Quando separadas de casa ou das figuras principais de vinculação, podem exibir retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade para concentrar-se no trabalho ou em brincadeiras.

  Dependendo da idade, os indivíduos podem ter medo de animais, monstros, do escuro, de ladrões, bandidos, seqüestradores, acidentes automobilísticos, viagens aéreas e outras situações percebidas como perigosas para si ou para a sua família.

  Preocupações com a morte são comuns. A recusa à escola pode acarretar dificuldades acadêmicas e evitação social. As crianças podem queixar-se de que ninguém gosta delas e afirmar que desejariam estar mortas. Quando extremamente perturbadas frente à perspectiva de separação, podem apresentar raiva ou às vezes agredir fisicamente a pessoa que está forçando a separação.

Características e Transtornos Associados

- Quando sozinhas, especialmente à noite, as crianças pequenas podem relatar experiências perceptivas incomuns (por ex., ver pessoas espiando para dentro do quarto, criaturas assustadoras que tentam pegá-las, sensação de olhos que as vigiam). As crianças com este transtorno freqüentemente são descritas como exigentes, intrusivas e necessitando constante atenção.

  As excessivas exigências da criança freqüentemente se transformam em uma fonte de frustração para os pais, provocando ressentimento e conflito na família.

  Às vezes, as crianças com o transtorno são descritas como excessivamente meticulosas, obedientes e ávidas por agradar. As crianças podem ter queixas somáticas que resultam em exames físicos e procedimentos médicos.

  Um humor depressivo em geral está presente, podendo tornar-se mais persistente com o tempo, justificando um diagnóstico adicional de Transtorno Distímico ou Transtorno Depressivo Maior. O transtorno pode preceder o desenvolvimento de Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

Características Específicas

- **Cultura:** É importante diferenciar o Transtorno de Ansiedade de Separação do valor atribuído por algumas culturas à forte interdependência entre os membros da família.

- **Idade:** Crianças mais jovens podem não expressar temores específicos de ameaças definidas aos pais, ao lar ou a si mesmas. À medida que as crianças crescem, os temores em geral dizem respeito a perigos específicos (por ex., seqüestro, assalto).

  A ansiedade e a antevisão da separação tornam-se manifestas em uma fase intermediária da infância. Embora os adolescentes com este transtorno, especialmente os do sexo masculino, possam negar a ansiedade acerca da separação, ela pode ser refletida na limitação de suas atividades independentes e relutância em sair de casa.

  Em indivíduos mais velhos, o transtorno pode limitar a capacidade para lidar com alterações nas circunstâncias de vida (por ex., mudança de domicílio, casamento). Os adultos com o transtorno tipicamente se preocupam em demasia com seus filhos e cônjuges e experimentam acentuado desconforto quando separados deles.

- **Gênero:** Em amostras clínicas, mesma freqüência em ambos os sexos. Em amostras epidemiológicas, o transtorno é mais freqüente no sexo feminino.

Prevalência, curso e padrão familial

- **Prevalência**

  As estimativas apontam cerca de 4% em crianças e adolescentes jovens.

- **Curso**

  O Transtorno de Ansiedade de Separação pode desenvolver-se após algum estresse vital (por ex., morte de um parente ou animal de estimação, doença em um filho ou parente, mudança de escola, mudança para um novo bairro ou imigração).

  O início pode ocorrer já em idade pré-escolar ou a qualquer momento, antes dos 18 anos, mas é raro na adolescência.

  Tipicamente, existem períodos de exacerbação e remissão. Tanto a ansiedade frente a uma possível separação, quanto a esquiva de situações envolvendo a separação, podem persistir por muitos anos.

- **Padrão Familial**

  O Transtorno de Ansiedade de Separação parece ser mais comum em parentes biológicos em primeiro grau do que na população em geral, e talvez seja mais freqüente em filhos de mães com Transtorno de Pânico.

Diagnóstico Diferencial

- Não se aplica um diagnóstico separado de Transtorno de Ansiedade de Separação se os sintomas ocorrerem exclusivamente durante o curso de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outros Transtornos Psicóticos.

  Distingue-se do TAG pois a ansiedade envolve predominantemente a separação do lar e de figuras de vinculação.

  Em crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade de Separação, as ameaças de separação podem provocar extrema ansiedade e até mesmo um Ataque de Pânico. Difere do Transtorno de Pânico, pois a ansiedade envolve a separação do lar ou de figuras de vinculação, ao invés da incapacitação por um Ataque de Pânico.

  Em adultos, o Transtorno de Ansiedade de Separação é raro e não deve ser dado como diagnóstico adicional se os temores de separação são melhor explicados por Agorafobia, no Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico.

Diagnóstico Diferencial

- Faltar/cabular aula é comum no Transtorno da Conduta, mas neste caso a criança geralmente permanece longe, em vez de voltar para casa.

- Outros casos de recusa à escola, especialmente na adolescência, devem-se a Fobia Social ou Transtornos do Humor, ao invés de ansiedade de separação.

- Diferente das alucinações nos Transtornos Psicóticos, as experiências perceptivas incomuns que ocorrem no Transtorno de Ansiedade de Separação estão habitualmente baseadas em uma percepção errônea de um estímulo real, ocorrendo apenas em determinadas situações (por ex., à noite) e são revertidas pela presença de uma figura de vinculação.

- O julgamento clínico deve ser usado na diferenciação entre:
  - níveis evolutivamente apropriados de ansiedade de separação, e
  - as preocupações clinicamente significativas acerca da separação vistas no Transtorno.

Tratamento

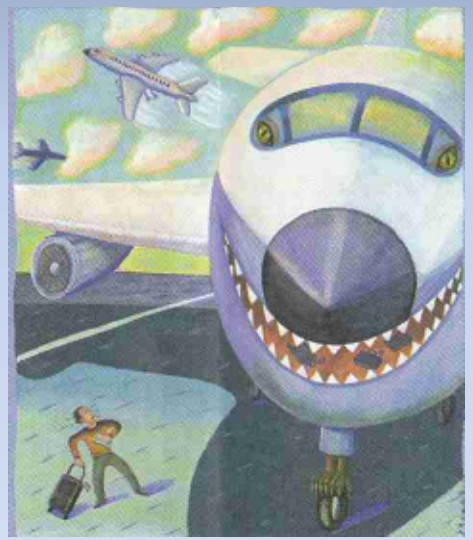
- O principal aspecto no tratamento é o desenvolvimento de uma relação saudável e de confiança entre os pais e a criança.

- Quando há recusa escolar o retorno deve ser o mais rápido possível para evitar o prejuízo no desempenho acadêmico, contudo o retorno deve ser gradual, uma readaptação que deve respeitar o grau de sofrimento da criança. A família e a escola devem estar em sintonia com o tratamento.

- Na recuperação da criança devem ser reforçadas a confiança e independência, enfatizando suas conquistas.

- O uso de medicações é necessário quando a criança está sofrendo algum prejuízo como perda no rendimento escolar. As medicações mais recomendadas são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina liberados para as crianças como a sertralina. Como alternativas os benzodiazepínicos e a imipramina.

Fobias



Fobias

Fobias – medos irracionais profundos e perturbadores que fazem com que a pessoa evite , conscientemente, um objeto, situação ou atividade. Há a percepção de que o medo é infundado e isso o torna mais perturbador.

- Fobia Específica – ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto ou situação e específicos e temidos.

- Fobia Social – ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho.

Fobia Específica

- **Subtipos:**
- Tipo animal
- Tipo Ambiente Natural
- Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos
- Tipo Situacional
- Outro tipo

Critérios Diagnósticos

A. Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional.

B. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade (ataque de pânico). *Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataque de raiva, imobilidade ou comportamento aderente.*

C. O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional. *Em crianças, esta característica pode estar ausente.*

D. A situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida (ou situações) interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração mínima é de 6 meses.

G. A ansiedade, os Ataques de Pânico ou a esquiva fóbica associados com o objeto ou situação específica não são mais bem explicados por outro transtorno

Prevalência

- Comum na população, mas raramente causam prejuízo ou sofrimento suficiente para indicar diagnóstico.

- A prevalência depende do limiar usado para determinar sofrimento ou prejuízo e do número de tipos de fobias.

- 4 a 8,8% - taxa anual; 7,2 a 11,3% taxa de prevalência para toda a vida

- Declina em idosos.

Nos EUA, a prevalência de fobia específica (FE) em seis meses é de 4,5% a 11,8%, e a prevalência para toda a vida, 7,2% a 11,3%. Entre as mulheres, é o transtorno mental mais comum; nos homens, perde apenas para abuso de substâncias. A proporção entre mulheres e homens é de 2:1, mesmo em idosos (Kessler *et al*., 1994; Mageeet *al*., 1996). Não existem muitos estudos sobre FE no Brasil. Um grupo de pesquisadores, investigando a morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre, verificou prevalência estimada de FE de 12,8% (Busnello *et al*., 1992).

Curso

- Primeiros sintomas ocorrem geralmente na infância e no início da adolescência.

- Idade mais precoce – mais em mulheres

- A idade média varia de acordo com o tipo de Fobia:
  - **Tipo situacional** – um pico na infância e um pico na metade da faixa dos 20 anos.
  - **Tipo Ambiente Natural** – tendem a começar principalmente na infância, mas também no inicio da fase adulta.
  - **Tipo Animal e Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos** – na infância

- O medo de um estímulo, em geral, está presente durante algum tempo antes de se tornar perturbador e incapacitante.

Curso

- **Eventos predisponentes**

- Eventos traumáticos (ser atacado por um cachorro ou ficar preso em um armário);
- Ataques de pânico inesperados na situação futuramente temida;
- Observação de outros sofrendo traumas ou demonstrando temor(outros caindo de alturas ou demonstrando medo de animais);
- Transmissão de informações (alertas parentais repetidos sobre perigos de animais e cobertura de acidentes aéreos);
- As fobias de origem traumática não têm uma idade característica de início;
- Fobias com inicio na adolescência tendem a persistirem e aumenta a chance do desenvolvimento de outras fobias no início da idade adulta, mas não predizem o desenvolvimento de outros transtornos.
- As fobias que persistem na idade adulta raramente apresentam remissão (em torno de 20% dos casos)

Existe maior risco de FE em familiares de indivíduos afetados.
Parentesco em 1º grau de pessoas com FE tipo Animal – tendem a apresentar fobias de animais
Parentesco em 1º grau de pessoas com FE tipo Situacional – tendem a apresentar fobias de situações

Diagnóstico Diferencial

As FE diferem da maioria dos TA pelos níveis de ansiedade intercorrente:

TP com Agorafobia – FE não apresenta ansiedade generalizada.

TP com Agorafobia e FE Tipo Situacional – difícil diferenciação, mas no 1° a esquiva se dá em relação às múltiplas situações estimuladoras do ataque de pânico e a caracteriza-se pela esquiva de situações na ausência de ataques de pânico recorrentes e inesperados.

FE e FS – diferenciadas com base no foco dos temores.

FE e TEPT – a esquiva no **TEPT** segue-se a um estressor que oferece risco de vida e é acompanhado de características adicionais (reexperiência do trauma afeto restrito).

FE e TOC – a esquiva está associada ao conteúdo de obsessão.

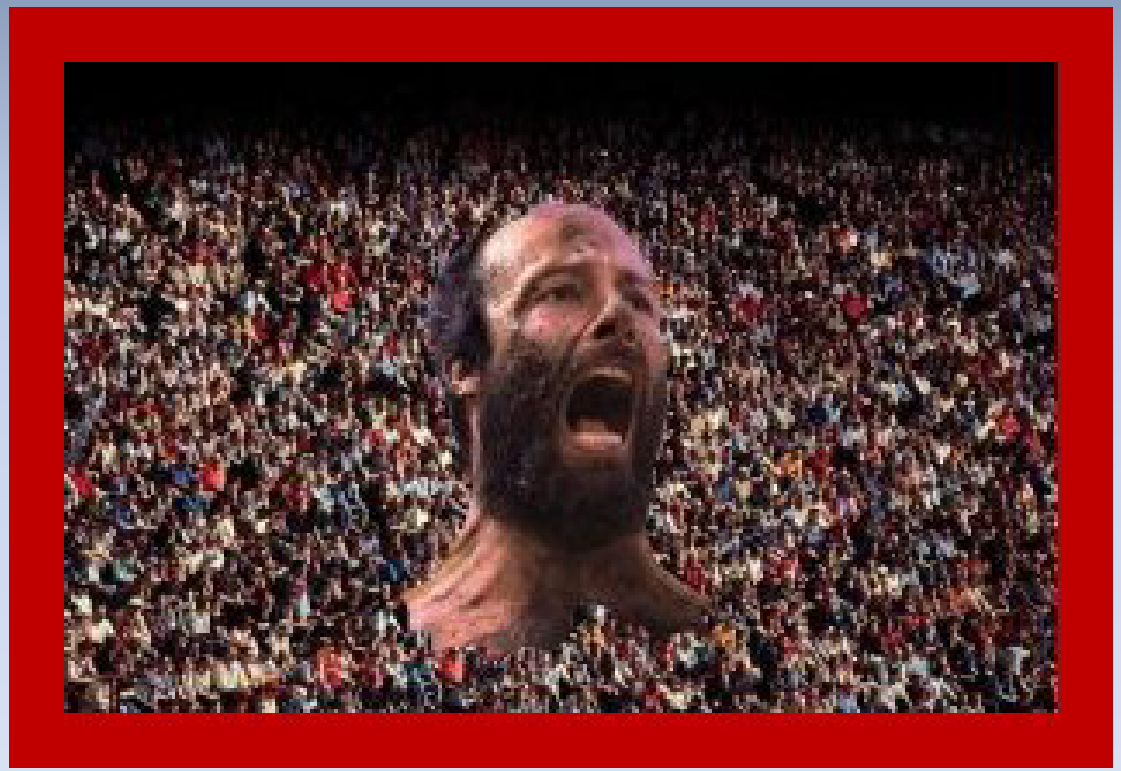
FE e TAS – crianças com TAS com freqüência apresentam temores exagerados de pessoas e eventos que podem ameaçar a integridade da família. Diagnóstico de FE raramente é indicado.

Comorbidades e Tratamento

- COMORBIDADES
- Depressão e outros transtornos de ansiedade
- TRATAMENTO
- Psicoterapia Comportamental (exposição gradativa aos estímulos fóbicos)
- Psicoterapia Cognitivo-comportamental
- Medicação (pouco usada)

A FE é, muitas vezes, subdiagnosticada. Os pacientes geralmente não procuram atendimento médico psiquiátrico em função de FE isolada, e sim quando apresentam comorbidades (estima-se que 50% a 80% dos pacientes com FE tenham outro transtorno psiquiátrico) (Magee *et al*., 1996). Isso se deve ao fato de a fobia, geralmente,estar associada a um sofrimento mais leve ou a uma menor interferência no funcionamento pessoal do que os demais diagnósticos. Na ausência de outros transtornos, a busca de ajuda é mais provável nos casos de fobias causadoras de maiores prejuízos funcionais, fobias múltiplas ou ataques de pânico em contexto fóbico.
Estima-se que somente 12% a 30% dos pacientes busquem ajuda profissional (Lipsitz *et al*., 1999).

Fobia Social



Critérios Diagnósticos

- A. Um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho em que a pessoa se encontra exposta a desconhecidos ou à possível avaliação por outras pessoas. **Em crianças, deve haver evidências de capacidade para relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhe são familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvam seus pares, não apenas em interações com adultos.**

- B. A exposição às situações sociais temidas quase sempre provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico situacional. **Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, raiva, irritabilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas desconhecidas.**

- C.A pessoa reconhece que o medo excessivo ou irracional. **Em crianças, essa característica pode estar ausente.**

- D. As situações sociais ou de desempenho são evitadas ou enfrentadas com muita ansiedade ou desconforto.

Critérios Diagnósticos

- E. A esquiva, a ansiedade antecipatória ou o desconforto nas situações sociais ou de desempenho interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (acadêmico) das atividades sociais ou no relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado pela fobia.

- F. Em indivíduos com idade inferior a 18 anos, o transtorno deve ter uma duração de, pelo menos, 6 meses.

- G. O temor ou a esquiva não se devem aos efeitos diretos de uma substância droga de ou de a uma condição médica geral e não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

- H. Na presença de uma condição médica geral ou de outro transtorno mental, o medo no descrito no critério A não tem relação com ele; por exemplo, o medo não diz respeito à tartamudez, tremer na doença de Parkinson ou exibir um comportamento alimentar anormal na anorexia nervosa ou na bulimia nervosa.

- **Especificar se generalizada,** quando o indivíduo teme a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de transtorno da Personalidade Esquiva).

Prevalência

A prevalência depende do limiar usado para determinar sofrimento ou prejuízo e do número de tipos de situações sociais.

- 3 a 13% durante a vida
- Em clínicas ambulatoriais – 10 a 20% dos indivíduos com TA
- Em crianças e adolescentes – em torno de 1% a 10%

Curso

- Início em fase intermediária da adolescência, às vezes, emergindo a partir de um histórico de timidez ou inibição social na infância.
- Pode seguir-se abruptamente a uma experiência estressante e humilhante.
- Freqüentemente o curso é contínuo, embora o transtorno possa ter a gravidade atenuada ou remitir durante a idade adulta.
- A gravidade do prejuízo pode flutuar de acordo com os estressores e exigências da vida.

Comorbidades

- Depressão (é uma comorbidade freqüente em crianças e adolescentes)
- Distimia
- Problemas com álcool
- Transtornos ansiosos
- Alimentares
- Desvios sexuais
- além de transtornos do Eixo II (excetuando-se o transtorno da personalidade esquiva).

Padrão evitativo pode levar à recusa a ir à escola, embora a criança deseje freqüentá-la. Algumas crianças e adolescentes, diante das situações temidas, podem adotar um comportamento de oposição e serem diagnosticadas erroneamente como portadoras de transtorno de conduta.

Diagnóstico Diferencial

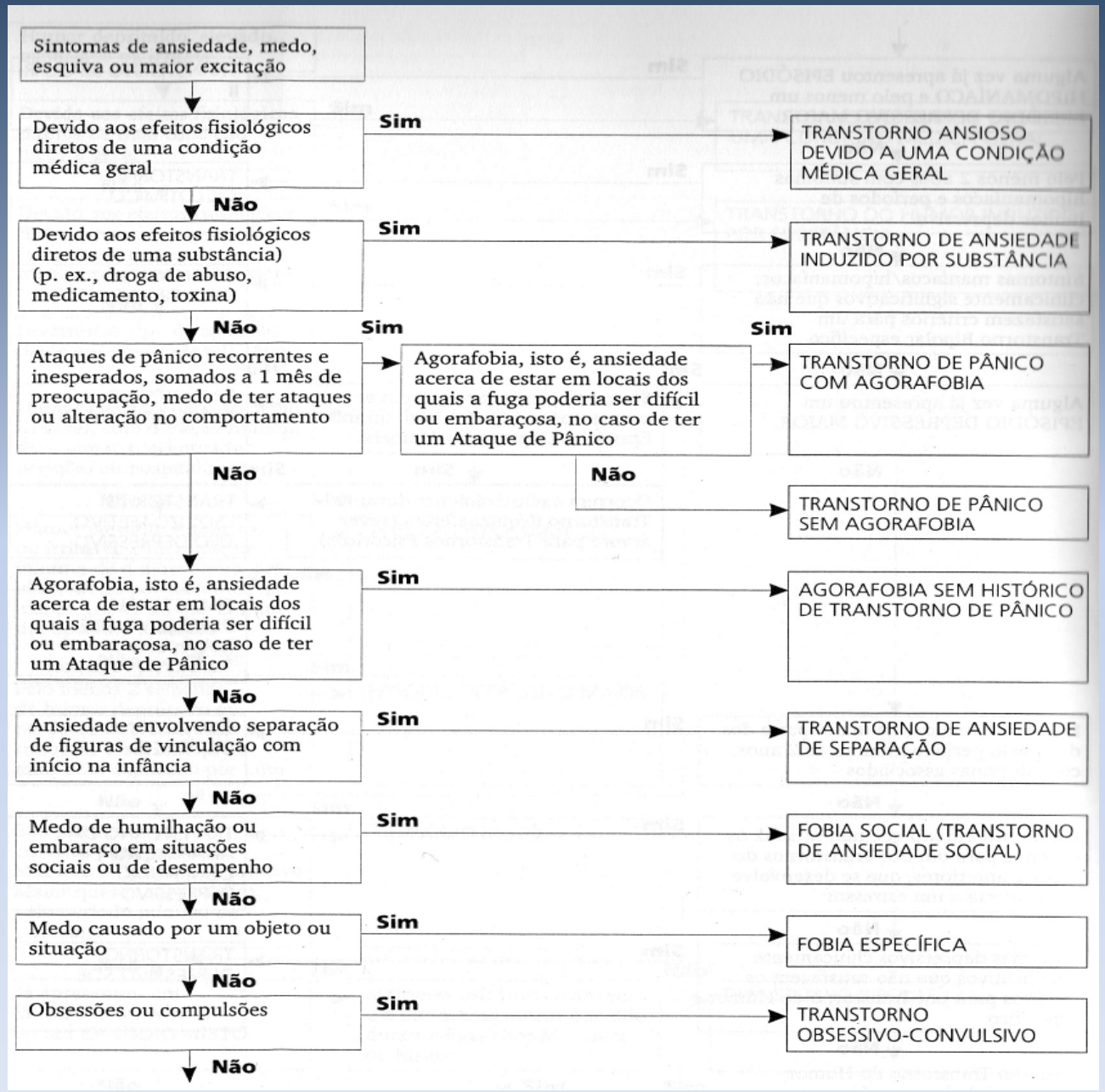
- transtornos global do desenvolvimento
- transtorno de pânico
- depressão
- transtorno de ansiedade de separação
- transtorno de ansiedade generalizada
- fobias específicas
- transtorno de personalidade Esquizóide
- transtornos de personalidade de esquiva

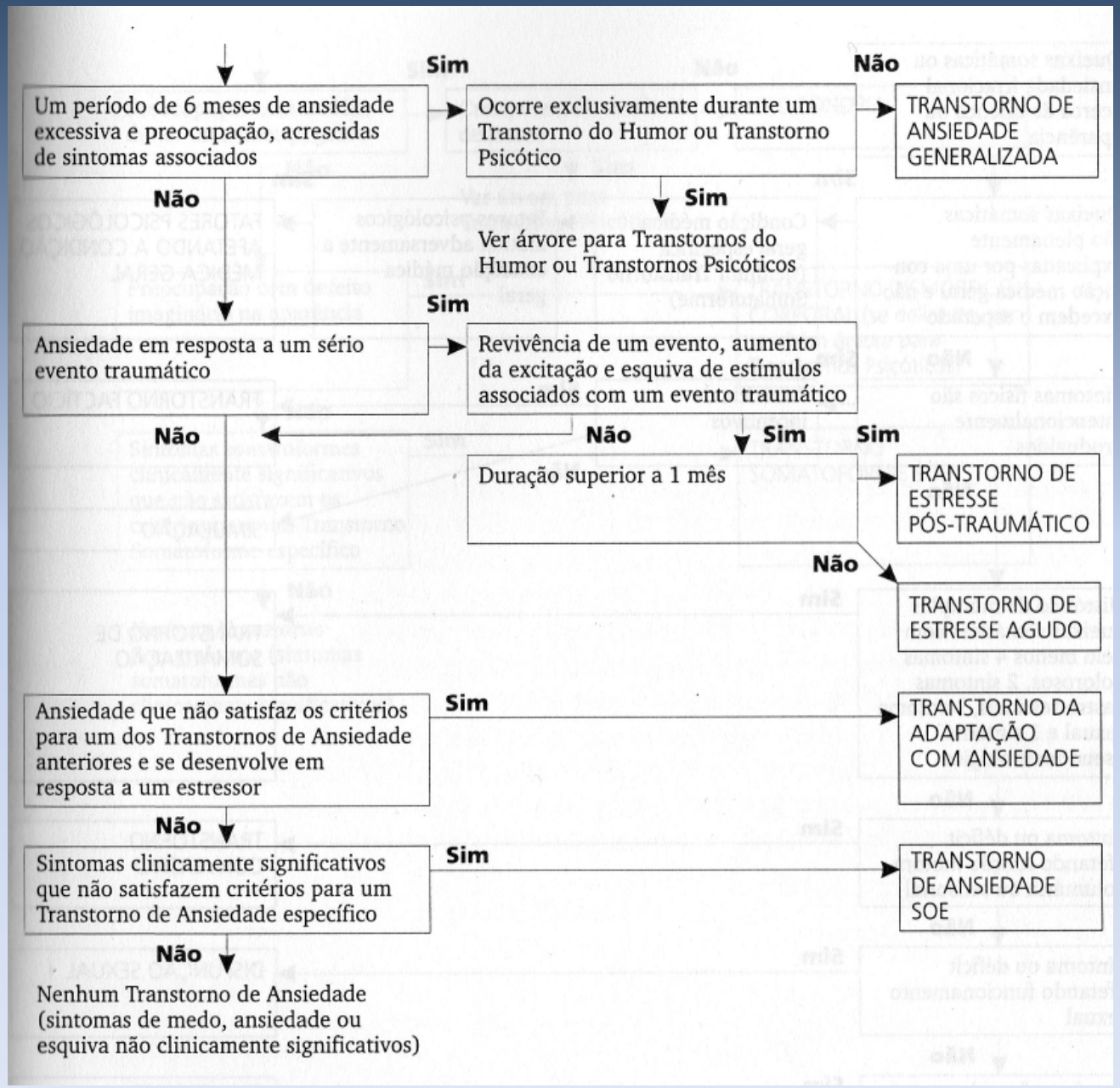
Tratamento

- Procedimentos cognitivo-comportamentais
- Treino de habilidades sociais (psicoterapia comportamental)
- Benzodiazepínicos

- **Crianças raramente fazem pedidos por tratamento, e, em geral, não são percebidas por seus pais ou professores como tendo problemas comportamentais.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE


Sintomas de ansiedade, medo, esquiva ou maior excitação
Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral
Sim
TRANSTORNO ANSIOSO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL
Não
Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância) (p. ex., droga de abuso, medicamento, toxina)
Sim
TRANSTORNO DE ANSIEDADE INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA
Não
Ataques de pânico recorrentes e inesperados, somados a 1 mês de preocupação, medo de ter ataques ou alteração no comportamento
Sim
Agorafobia, isto é, ansiedade acerca de estar em locais dos quais a fuga poderia ser difícil ou embaraçosa, no caso de ter um Ataque de Pânico
Sim
TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA
Não
TRANSTORNO DE PÂNICO SEM AGORAFOBIA
Não
Agorafobia, isto é, ansiedade acerca de estar em locais dos quais a fuga poderia ser difícil ou embaraçosa, no caso de ter um Ataque de Pânico
Sim
AGORAFOBIA SEM HISTÓRICO DE TRANSTORNO DE PÂNICO
Não
Ansiedade envolvendo separação de figuras de vinculação com início na infância
Sim
TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO
Não
Medo de humilhação ou embaraço em situações sociais ou de desempenho
Sim
FOBIA SOCIAL (TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL)
Não
Medo causado por um objeto ou situação
Sim
FOBIA ESPECÍFICA
Não
Obsessões ou compulsões
Sim
TRANSTORNO OBSESSIVO-CONVULSIVO
Não


Um período de 6 meses de ansiedade excessiva e preocupação, acrescidas de sintomas associados
Sim
Ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor ou Transtorno Psicótico
Não
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA
Sim
Ver árvore para Transtornos do Humor ou Transtornos Psicóticos
Não
Ansiedade em resposta a um sério evento traumático
Sim
Revivência de um evento, aumento da excitação e esquiva de estímulos associados com um evento traumático
Não
Não
Sim
Duração superior a 1 mês
Sim
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
Não
TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO
Ansiedade que não satisfaz os critérios para um dos Transtornos de Ansiedade anteriores e se desenvolve em resposta a um estressor
Sim
TRANSTORNO DA ADAPTAÇÃO COM ANSIEDADE
Não
Sintomas clinicamente significativos que não satisfazem critérios para um Transtorno de Ansiedade específico
Sim
TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOE
Não
Nenhum Transtorno de Ansiedade (sintomas de medo, ansiedade ou esquiva não clinicamente significativos)

Transtorno de Estresse Pós- Traumático

TEPT

Historicamente o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) era reservado para casos em que a pessoa havia experimentado um evento avassalador, tão temerário a ponto de ser considerado fora dos limites da experiência humana normal.

Recentemente, o TEPT foi expandido, passando a incluir "a exposição a um estressor extremante traumático, abrangendo a experiência pessoal direta de um evento que envolva a morte real ou uma ameaça de morte ou ferimentos sérios (APA, 1994).

TEPT

O evento traumático mais estudado seja o combate militar, pesquisadores se concentrando em agressões físicas, diagnóstico de doenças que ameace a vida ou evento ambiental catastrófico, como um terremoto ou enchente (Steinglass e Garrity 1990).

Os acidentes de carro são causa mais freqüente de traumas em homens, e ataques sexuais são as causas mais freqüentes de traumas em mulheres (Blanchard e Heickling, 1997) .

Crianças que vivem em bairros violentos ou em alguma das zonas de guerra do mundo também podem apresentar sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (Garbarino, 1991).

Sintomas

Entre os sintomas do TEPT estão memória assombradas e pesadelos sobre o evento traumático, perturbações do sono, excesso de culpa e limitações de memória, além de problemas físicos e mentais extremos.

As vitimas também podem sofrer de lembranças repentinas indesejáveis, nas quais os sentimentos e memória associados ao evento original são experimentados.

Outras queixas envolvem dores musculares, sensibilidade a substância química e luz solar e gastrintestinais (Straub,2005).

Dados Quantitativos

O Transtorno de estresse pós traumático é um transtorno comum, freqüentemente crônico e incapacitante, que afeta entre 9% a 15% da população em algum momento da vida (Breslau et AL. 1998).

Cerca de 50% dos indivíduos que apresentam pelo menos um episódio de TEPT possuem sintomas crônicos, que pode levar a um comprometimento funcional importante, com impacto no funcionamento profissional, marital e social, afetando tanto o paciente quanto seus familiares. O Transtorno de estresse pós traumático é freqüentemente acompanhado de condições de comorbidades como fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, distimia, transtorno de depressão maior e abuso de substâncias psicoativas (Breslau ET AL. , 1991, Camara Filho, 2001).

Aceitação diagnóstica

O diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós Traumático é de aceitação recente pela Psiquiatria , no início da década de 1980, quando foi publicada a terceira edição do DSM – III . Entretanto, os primeiros registros de TEPT, conhecido anteriormente como neurose de guerra, surgiram durante os conflitos da Primeira Guerra Mundial (Filho e Valente, 2006).

O diagnóstico de TEPT pode ser um grande desafio: 38,5% dos pacientes com sintomas de ansiedade e depressão preenchem critérios para o Transtorno de Estresse Pós Traumático (Mello e Fuks, 2006).

Especificadores

Os especificadores seguintes podem ser usados para definir o início e a duração dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático:

- Agudo: a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.
- Crônico: a duração dos sintomas é superior a 3 meses.
- Com Início Tardio: pelo menos 6 meses decorreram entre evento traumático e o início dos sintomas.

Características

O TEPT pode ocorrer em qualquer idade, incluindo a infância. Os sintomas em geral iniciam nos primeiros 3 meses após o trauma, embora possa haver um lapso de meses ou mesmo antes do seu aparecimento.

Freqüentemente, as perturbações preenche critérios para o Transtorno de Estresse Agudo que ocorre dentro de 4 semanas após o evento traumático e resolver-se em um período de 4 semanas.

Se os sintomas persistem por mais de 1 mês e satisfazem os critérios para TEPT, o diagnóstico é mudado de Transtorno de Estresse Agudo para Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Critérios Diagnósticos

(A) Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes :

- A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram mortes ou graves ferimentos, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros
- A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

Critérios Diagnósticos

(B) O evento traumático é persistentemente revivido em um ou mais das seguintes maneiras:

- Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções – Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma.
- Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. – Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem conteúdo identificável.
- Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. – Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação especifica do trauma.
- Sofrimento psicológico intenso da exposição a indício internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

Critérios Diagnósticos

(C) Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da reatividade geral , indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:

- Esforços no sentimento de evitar pensamentos ou conversas associadas com o trauma.
- Esforço no sentimento de evitar atividades, locais ou pessoas que faça lembrar o trauma.
- Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma.
- Redução acentuada do interesse por atividades significativas.
- Sensação de distanciamento das pessoas.
- Faixa de afeto restrita.
- Sentimento de um futuro curto.

Critérios Diagnósticos

(D) Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, indicados por dois ou mais dos seguintes quesitos:

- Dificuldade para conciliar ou manter o sono
- Irritabilidade ou surto de raiva
- Dificuldade em concentra-se
- Hipervigilância
- Resposta de sobressalto exagerada

(E) A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B,C,D) é superior a 1 mês.

(F) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo no funcionamento social ou ocupação ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Tratamento

Até o momento, não existe um consenso para o uso de uma classe especifica de drogas para o tratamento do TEPT, o que se observa é uma utilização de combinação de drogas para cada dimensão de sintomas presentes nesse transtorno.

A modalidade de tratamento psicoterápico mais estudada e com resultados benéficos e seguros no tratamento do TEPT é a terapia cognitiva comportamental (TCC).