

## **PSICOPATOLOGIA EM DANÇA-MOVIMENTO-TERAPIA**

Maria Angelica de Melo Rente

### **Definição de Transtorno Mental:**

*Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo (DSM V, p. 64).*

*Transtornos mentais são definidos em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares. A cultura proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são os critérios para o diagnóstico. A cultura é transmitida, revisada e recriada dentro da família e de outros sistemas sociais e instituições. A avaliação diagnóstica, portanto, deve considerar se as experiências, os sintomas e os comportamentos de um indivíduo diferem das normas socioculturais e conduzem a dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos sociais ou familiares específicos. (...) Os limites entre normalidade e patologia variam em diferentes culturas com relação a tipos específicos de comportamentos. Os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família. Portanto, o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente. O discernimento de que um determinado comportamento é anormal e exige atenção clínica depende de*

*normas culturais que são internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outros a seu redor, incluindo familiares e clínicos (DSM V, p. 58).*

## **Diagnóstico em psiquiatria**

Dia + gnose = “conhecer através de” um conjunto de sinais e sintomas. Sinal é aquilo que pode ser observado por um observador externo, como comportamentos, enquanto que sintoma refere-se à queixa subjetiva do paciente/cliente.

O diagnóstico em psiquiatria é uma abstração intelectual, ou seja, não descreve uma realidade, mas sim a interpretação de uma realidade baseada num conjunto de conhecimentos prévios, adquiridos através da observação fenomenológica dos transtornos mentais. É provisório e pode ser alterado a qualquer momento, bastando que haja mudanças no quadro de sinais e sintomas.

A utilidade do diagnóstico de transtorno mental é clínica: ele tem por finalidade informar decisões terapêuticas, oferecer prognósticos e definir protocolos de tratamento. Segundo o DSM V,

*O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os clínicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Contudo, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a importância dos sintomas (p. ex., presença de ideação suicida), o sofrimento do paciente (dor mental) associado ao(s) sintoma(s), deficiência ou incapacidade relacionada aos sintomas do paciente, riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (p. ex., sintomas psiquiátricos complicadores de outras doenças). Os clínicos podem, dessa forma, encontrar indivíduos cujos sintomas não satisfazem todos os critérios para um transtorno mental, mas que*

*demonstram necessidade evidente de tratamento ou cuidados. O fato de algumas pessoas não apresentarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser usado para limitar seu acesso aos cuidados adequados (p. 64).*

## **Classificação dos Transtornos Mentais: DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)**

Manual publicado pela APA (American Psychiatry Association), é a maior referência mundial para a pesquisa e diagnóstico em saúde mental. Seu precursor foi publicado nos EUA em 1844 e oferecia um levantamento estatístico de pacientes internados em instituições mentais. Em 1952 foi publicado pela primeira vez como DSM, passando por cinco revisões a partir de então, conforme o conhecimento científico sobre os transtornos mentais evoluiu. Atualmente, está na sua quinta edição (DSM V), publicada em 2013.

### **Objetivos do DSM**

- Buscar uma linguagem comum entre profissionais relacionados à saúde mental de diferentes especialidades e orientações, a fim de comunicar as características dos transtornos que afligem as pessoas que buscam sua orientação e tratamento;
- Oferecer uma avaliação objetiva para informar condutas terapêuticas;
- Oferecer descrições claras e concisas de cada transtorno mental, com critérios diagnósticos claros e descrição de sintomas e sinais;
- No âmbito da pesquisa científica, embasar estudos epidemiológicos, de morbidade e de mortalidade relacionados aos transtornos mentais.

### **Principais diferenças entre o DSM IV e o DSM V**

Ao contrário do DSM IV, organizado em cinco eixos que relacionam diferentes aspectos dos transtornos descritos, o DSM V se organiza de acordo com o ciclo vital e aspectos esperados no decorrer do desenvolvimento humano. Portanto, apresenta primeiramente os diagnósticos com maior probabilidade de ocorrência no início da vida (por exemplo, transtornos de neurodesenvolvimento), seguidos por aqueles que surgem mais comumente

durante a adolescência e no início da vida adulta (como transtornos bipolar, depressivo e de ansiedade), e termina com diagnósticos relevantes para a vida adulta e idades mais avançadas (por exemplo, os transtornos neurocognitivos). Para tanto, os eixos I, II e III do DSM IV foram combinados e apresentados na seção II do DSM V, e os eixos IV e V foram eliminados. A eliminação do eixo IV, que discutia problemas psicossociais e ambientais, se deu pois se reconheceu as limitações metodológicas envolvidas e do eixo V, no qual se apresentava a Escala Global de Desenvolvimento, pelo reconhecimento de sua falta de clareza conceitual. A Escala anterior foi substituída pela Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (WHODAS), que foi incluída para estudos na seção III do DSM V. Além disso, ele apresenta discussões mais aprofundadas sobre questões culturais e de gênero relacionadas ao sofrimento mental, incluindo especificidades biologicamente determinadas. Esta edição também oferece uma maior integração com o Catálogo Internacional de Doenças – CID 10.

## **ORGANIZAÇÃO DO DSM V**

### **SESSÃO I: INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O MANUAL E SEU USO**

### **SESSÃO II: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS**

O diagnóstico de transtornos mentais não é uma atividade que compete aos dança-movimento-terapeutas. Porém, como dito anteriormente, conhecer os critérios diagnósticos e sua classificação facilita a comunicação entre DMT's e os demais profissionais da área da saúde que podem estar envolvidos no cuidado das pessoas que buscam seus serviços terapêuticos (psiquiatras, psicólogos, neuropsicólogos, neurologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc). Por isso, os critérios diagnósticos e diferenciais não serão abordados neste curso, que visa informar os alunos sobre as características fenomenológicas de cada transtorno, com a finalidade de informar sua prática como DSM's.

Os códigos referentes a cada transtorno classificado pelo DSM V encontram-se em negrito abaixo do nome do transtorno, acompanhados pelo código CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), entre parênteses.

**TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO:** caracterizam-se por déficits de desenvolvimento que englobam limitações de aprendizagem, no controle de funções executivas e prejuízos em habilidades sociais ou cognitivas, e causam prejuízos no desempenho social, pessoal, acadêmico ou profissional. É comum que transtornos do neurodesenvolvimento coexistam no mesmo indivíduo. Por exemplo, pessoas com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam também déficits intelectuais ou transtornos de comunicação.

**Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual)**

**317 (F70) Leve; 318.0 (F71) Moderada; 318.1 (F72) Grave; 318.2 (F73) Profunda**

Afeta as capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência, e resulta em prejuízos na capacidade de adaptação, impedindo a pessoa de exercer independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária. Quando vários dos marcos do desenvolvimento intelectual esperados não são atingidos ocorre o diagnóstico de **atraso global do desenvolvimento - 315.18 (F88)**.

**Transtornos de comunicação**

- Transtornos da Linguagem – **315.32 (F80.2)**, com prejuízos na aquisição e uso da linguagem (codificada). Afeta capacidade expressiva, capacidade receptiva ou ambas;
- Transtornos de Fala – **315.19 (F80.0)**, relacionados à produção da fala/fonemas (coordenação e articulação), quando não há diagnóstico de prejuízo físico, estrutural, neurológico ou auditivo;
- Transtorno de Fluência com início na infância (gagueira) – **315.35 (F80.81)**;

- Transtorno da Comunicação Social (Pragmática) – **315.39 (F80.89)**, relacionado à dificuldade de compreender e seguir regras sociais de comunicação verbal e não-verbal, de adaptar a linguagem de acordo com as necessidades do ouvinte e de compreender figuras de linguagem, como metáforas, expressões idiomáticas, humor, ironia, etc).
- Transtorno da Comunicação Não-Especificado – **307.9 (F80.9)**, quando não há dados para suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

### **Transtorno do espectro autista – 299.00 (F84.0)**

Sua característica principal são os déficits na capacidade de interação e comunicação social. Inclui padrões restritos de comportamentos, interesses ou atividades, com aversão à mudança e insistência na adoção de rotinas rígidas, o que resulta em dificuldade de socialização e prejuízos na aprendizagem, ainda que a capacidade intelectual esteja mantida ou seja acima da média (ver tabela anexa para níveis de gravidade)

### **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**

Caracteriza-se por desatenção (incapacidade de manter a atenção e de focar-se em uma tarefa), desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade (inquietação, atividade motora excessiva, impaciência e intromissão em atividades ou conversas alheias) em níveis prejudiciais ao funcionamento social, acadêmico e profissional.

- Apresentação combinada: presença tanto de desatenção quanto de hiperatividade/impulsividade – **314.01 (F90.2)**
- Apresentação predominantemente desatenta – **314.00 (F90.0)**
- Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva – **314.01 (F90.1)**
- Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado – **314.01 (F90.8)**: quando há sintomas específicos do transtorno que causam sofrimento significativo e prejuízos na vida diária, porém nem todos os critérios para o diagnóstico são satisfeitos.

Neste caso, o clínico opta por indicar quais critérios não se apresentam, indicando, por exemplo, “outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado com sintomas insuficientes de desatenção”.

- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não-especificado – **314.01 (F90.9)**

### **Transtornos específicos de aprendizagem**

- Com prejuízo na leitura (dislexia) – **315.00 (F81.0)**
- Com prejuízo na matemática (discalculia) – **315.1 (F81.2)**
- Com prejuízo na expressão escrita (disgrafia) – **315.2 (F81.81)**

### **Transtornos motores do neurodesenvolvimento**

- Transtorno do desenvolvimento de coordenação – **315.4 (F82)**: é caracterizado por déficit na aquisição e desempenho das atividades motoras coordenadas, com presença de lentidão ou imprecisão que interferem negativamente nas atividades da vida diária;
- Transtorno do movimento estereotipado – **307.2 (F98.4)**: envolve a repetição de comportamentos motores aparentemente sem propósito, como sacudir as mãos, balançar o corpo ou bater a cabeça;
- Transtornos de tiques, definidos como sendo movimentos rápidos, repentinos, recorrentes e não-estereotipados ou ritmados. Podem se apresentar na forma de:
  - transtorno de Tourette- **307.23 (F92.2)**, com presença de tiques vocais e motores múltiplos persistentes por pelo menos um ano);
  - transtorno de tique vocal **ou** motor persistente (crônico) – **307.22 (F95.1)**, com persistência por mais de um ano.
  - transtorno de tique transitório – **307.21 (F95.0)**

**Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado – 315.9 (F88)**: aplica-se quando há sintomas específicos do transtorno que causam sofrimento significativo e prejuízos na vida diária, porém nem

todos os critérios para o diagnóstico são satisfeitos. Neste caso, o clínico opta por indicar quais critérios não se apresentam, indicando, por exemplo, “transtorno do neurodesenvolvimento associado com exposição pré-natal ao álcool”.

**Outro transtorno do neurodesenvolvimento não-especificado – 315.9 (F89):** aplica-se quando há sintomas específicos do transtorno que causam sofrimento significativo e prejuízos na vida diária, porém nem todos os critérios para o diagnóstico são satisfeitos e o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios não são satisfeitos, e quando não há informações suficientes para um diagnóstico mais específico.

## **ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS**

**PSICÓTICOS:** Inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno da personalidade esquizotípica e define-se pela presença de cinco ou mais manifestações dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento/discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado (incluindo catatonia) e sintomas negativos (expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia, falta de sociabilidade).

- Transtorno delirante – **297.1 (F22):** presença de um ou mais delírios com duração de um mês ou mais, sem que os critérios para esquizofrenia sejam atendidos e sem que o funcionamento seja dramaticamente afetado. Subtipos de delírio: erotomaniaco, grandioso, ciumento, persecutório, somático, misto, não-especificado. O conteúdo do delírio pode ser bizarro ou não.
- Transtorno psicótico breve – **298.8 (F23):** presença de um ou mais dos seguintes sintomas – delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou catatônico – com duração de pelo menos um dia, porém inferior a um mês, com eventual retorno completo ao nível de funcionamento anterior à manifestação dos sintomas. Caso haja a presença de um estressor evidente, tipifica-se psicose reativa breve. Pode ocorrer também no pós-parto.

- Transtorno esquizofreniforme – **295.40 (F20.81)**: presença de um ou mais dos seguintes sintomas – delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou catatônico, sintomas negativos – com duração de pelo menos um mês, mas menos de seis meses.
- Esquizofrenia – **295.90 (F20.9)**: presença de um ou mais dos seguintes sintomas – delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou catatônico, sintomas negativos – persistindo por quantidade significativa de tempo durante ao menos um mês e sintomas contínuos de perturbação durante pelo menos seis meses, com prejuízo evidente no funcionamento.
- Transtorno esquizoafetivo – ocorrência concomitante do principal critério diagnóstico de esquizofrenia (presença de um ou mais dos seguintes sintomas – delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou catatônico, sintomas negativos) e episódio depressivo maior ou maníaco.
- Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento
- Transtorno psicótico devido a outra condição médica – **293.81 (F06.2)**: com delírios; **293.82 (F06.0)**: com alucinações. O nome da outra condição médica é incluída no diagnóstico, p. ex, “transtorno psicótico devido a neoplasia pulmonar maligna, com delírios”
- Catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia) – **293.89 (F06.1)**: caracterizada por alterações no comportamento psicomotor, que pode envolver desde ausência de movimento, atividade motora acelerada e excessiva, ou estereotipada, até caretas, mutismo, ecopraxia ou ecolalia.
- Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado – **298.8 (F28)**
- Outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado – **298.9 (F28)**

#### **TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNOS RELACIONADOS:**

- Transtorno bipolar tipo I: com presença de episódio maníaco (período com duração de pelo menos uma semana de humor anormalmente

elevado, irritável, eufórico ou expansivo e atividade e energia aumentadas), que pode ser antecedido ou precedido de episódios hipomânicos ou depressivos maiores.

- ✓ com episódio atual ou mais recente maníaco - **296.41 (F31.11) leve; 296.42 (F31.12) moderado; 296.43 (F31.13) grave; 296.44 (F31.2) com características psicóticas**
- ✓ com episódio atual ou mais recente depressivo – **296.51 (F31.31) leve; 296.52 (F31.32) moderado; 296.53 (F31.4) grave; 296.54 (F31.5) com características psicóticas**
- Transtorno bipolar tipo II – **296.89 (F31.81)**: presença de episódio hipomaniaco com duração de no mínimo quatro dias, antecedido ou precedido de episódio depressivo maior com duração de no mínimo duas semanas.
- Transtorno ciclotímico – **301.13 (F34.0)**: presença de vários períodos de sintomas hipomaniacos que não satisfazem o critério para episódio hipomaniaco, alternados com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para episódio depressivo maior, com duração de pelo menos dois anos, sendo que os sintomas estavam presentes em pelo menos metade deste tempo e a pessoa não permaneceu sem sintomas por mais do que dois meses seguidos.
- Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento
- Transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica
- Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado – **296.89 (F31.89)**
- Transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado – **296.80 (F31.9)**

## **TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

- Transtorno disruptivo da desregulação do humor – **299.99 (F34.8)**: caracterizado por explosões de raiva recorrentes e desproporcionais ao estímulo que ocorrem em média três ou mais vezes por semana, com humor irritável na maior parte dos dias. Os sintomas perduram por 12

meses ou mais. Este diagnóstico é feito somente em crianças/adolescentes entre 6 e 18 anos.

- Transtorno depressivo maior – **296.21 (F32.0) leve; 296.22 (F32.1) moderado; 296.23 (F32.2) grave; 296.24 (F32.3) com características psicóticas**: caracteriza-se por humor rebaixado, anedonia, alterações de apetite, de peso, de sono, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, capacidades de raciocínio e concentração diminuídas, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Os sintomas causam prejuízo no funcionamento em áreas importante da vida e sofrimento significativo.
- Transtorno depressivo persistente (distímia) – **300.4 (F34.1)**: caracteriza-se por humor rebaixado, alterações de apetite, de peso, de sono, fadiga, capacidades de raciocínio e concentração diminuídas, baixa auto-estima, sentimentos de desesperança. Os sintomas perduram por, no mínimo, dois anos.
- Transtorno disfórico pré-menstrual – **625.4 (N94.3)**: caracterizado por labilidade afetiva, irritabilidade, ansiedade, humor deprimido, alterações no sono e no apetite, fadiga, sintomas físicos, como inchaço das mamas e dores articulares e musculares, entre outros sintomas, que se apresentam na semana que precede a menstruação se tornam ausentes após o término dela.
- Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento
- Transtorno depressivo devido a outra condição médica
- Outro transtorno depressivo especificado – **311 (F32.8)**
- Transtorno depressivo não especificado – **311 (F32.9)**

## **TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

- Transtorno de ansiedade de separação – **309.21 (F93.0)**: caracteriza-se por sofrimento excessivo, recorrente e persistente frente ao afastamento (ou previsão dele) de figuras de apego importante ou de casa, com preocupação recorrente e excessiva em relação a perigos que possam ameaçar estas figuras de apego.

- Mutismo seletivo – **313.3 (F94.0)**: ocorre entre crianças e define o fracasso na fala frente a situações em que existe a expectativa para que ela se dê, como em contextos escolares ou sociais.
- Fobia específica – **300.29 (F40.218) animal; 300.29 (F40.228) ambiente natural** (água, tempestades, altura), ; **300.29 (F40.23x) sangue-injeção-ferimentos; 300.29 (F40.248) situacional** (elevadores, locais fechados, avião); **300.29 (F40.298 outros)**: refere-se ao medo ou ansiedade acentuados frente a uma situação ou objeto (p. ex., animais, injeção, tempestades, etc), desproporcionais à ameaça real apresentada. O indivíduo busca evitar ativamente a exposição ao estímulo fóbico e, quando não o consegue, isto é motivo de ansiedade e temor intensos.
- Transtorno de ansiedade social (fobia social) – **300.23 (F40.10)**: medo ou ansiedade extremos e desproporcionais em relação ao estímulo, frente a situações de interação social em que há a perspectiva de exposição frente a outras pessoas, como manter uma conversa com pessoas que não são familiares, alimentar-se em público, proferir palestras, etc.
- Transtorno de pânico – **300.01 (F41.0)**: caracteriza-se por ataques de pânico repentinos e recorrentes. Ataques de pânico são surtos de medo ou desconforto intensos que atingem um pico em poucos minutos e envolvem quatro ou mais dos seguintes sintomas: palpitações e taquicardia; sudorese; tremores; sensações de falta de ar, sufocamento e asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensações de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; ondas de calafrios ou ondas de calor; parestesias; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou de “enlouquecer”; medo de morrer.
- Agorafobia – **300.22 (F40.00)**: define medo ou ansiedades intensas frente a duas ou mais das seguintes situações: uso de transporte público, permanecer em espaços abertos, permanecer em espaços fechados, permanecer em uma fila ou no meio de uma multidão, sair de casa sem companhia.

- Transtorno de ansiedade generalizada – **300.02 (F41.1)**: ansiedade e preocupação excessivas frente a atividades da vida diária, com presença de inquietação, fadiga, dificuldade de concentração e memória, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono, causando sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento em áreas importantes da vida.
- Transtorno de ansiedade induzido por substância /medicamento
- Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica – **293.84 (F06.4)**
- Outro transtorno de ansiedade especificado – **300.09 (F41.8)**
- Outro transtorno de ansiedade não especificado – **300.00 (F41.9)**

## **TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E OUTROS TRANSTORNOS RELACIONADOS**

- Transtorno obsessivo-compulsivo – **300.3 (F42)**: definido pela presença de obsessões, compulsões ou ambas. Obsessões são pensamentos, impulsos e imagens recorrentes e persistentes, indesejados e intrusivos, causando sofrimento e ansiedade acentuados na maioria das pessoas que os experimentam. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais executados em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras autoimpostas que devem ser rigidamente aplicadas, a fim de atenuar a ansiedade ou evitar uma situação temida. Pessoas com TOC apresentam crenças disfuncionais, com pouca base na realidade, incluindo senso de responsabilidade aumentado, perfeccionismo e intolerância à incerteza e crença na importância excessiva dos pensamentos e, portanto, na necessidade de controlá-los.
- Transtorno dismórfico corporal – **300.7 (F45.22)**: caracteriza-se pela preocupação excessiva com um ou mais defeitos na própria aparência física que não são observáveis ou que parecem pouco evidentes para os outros, causando sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento em áreas da vida importantes.
- Transtorno de acumulação – **300.3 (F42)**: configura-se como uma dificuldade persistente de se desfazer de objetos e pertences, independentemente de seu valor real, causando o acúmulo de itens que

comprometem a segurança do ambiente em que a pessoa vive, causando obstrução e dificuldades na limpeza, por exemplo. Pode estar associado à aquisição excessiva, através de compras ou aquisição de itens gratuitos (como objetos descartados por outras pessoas).

- Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) – **312.39 (F63.3)**
- Transtorno de escoriação (*skin-picking*) – **698.4 (L98.1)**: caracteriza-se pelo ato de beliscar, esfregar ou morder recorrentemente a própria pele com as unhas (mais comumente), pinças, alfinetes ou outros objetos, resultando em lesões.
- Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento
- Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica – **294.8 (F06.8)**
- Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado – **300.3 (F42)**
- Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado não especificado – **300.3 (F42)**

## **TRANSTORNOS RELACIONADOS A TRAUMA E A ESTRESSORES**

- Transtorno de apego reativo – **313.89 (F94.1)**: comportamento inibido e retraído da criança em relação ao cuidador adulto, a criança raramente busca conforto ou responde a medidas de conforto quando aflita e apresenta pouca responsividade social e emocional a outras pessoas, após ter vivido um padrão de cuidados insuficientes por negligência grave ou privação social, por mudanças repetidas de cuidadores ou falta de oportunidade de formação de vínculos afetivos seletivos.
- Transtorno de interação social desinibida – **313.89 (F94.2)**: padrão de abordagem e interação com adultos desconhecidos com discrição reduzida ou ausente e comportamento verbal ou físico excessivamente familiar e culturalmente inadequado, apresentado após a criança ter vivido um padrão de cuidados insuficientes por negligência grave ou privação social, por mudanças repetidas de cuidadores ou falta de oportunidade de formação de vínculos afetivos seletivos.

- Transtorno de estresse pós-traumático – **309.81 (F43.10)**: sofrimento psicológico intenso e prolongado, acompanhado de lembranças intrusivas, pesadelos, *flashbacks* e/ou reações fisiológicas intensas após ter vivido ou testemunhado evento traumático relacionado a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. Também pode acontecer a partir de relatos de pessoas próximas que sofreram o episódio ou em pessoas que são recorrentemente expostas a detalhes aversivos de eventos traumáticos, como bombeiros ou policiais. Manifesta-se através de alterações de humor e na cognição (com possível amnésia dissociativa), crenças negativas persistentes e exageradas, medo, raiva, irritabilidade, culpa ou vergonha persistentes e incapacidade persistente de sentir emoções positivas, como felicidade ou satisfação, perturbações no sono, entre outros critérios. A manifestação dos sintomas tem duração superior a um mês.
- Transtorno de estresse agudo – **308.3 (F43.0)**: semelhante ao transtorno de estresse pós-traumático, porém sua duração é restrita a 3 dias a um mês após a exposição ao evento traumático.
- Transtornos de adaptação – **309.0 (F43.21) com humor deprimido; 309.24 (F43.22) com ansiedade; 309.28 (F43.23) com misto de ansiedade e depressão; 309.3 (F43.24) com perturbação de conduta; 309.4 (F43.25) com perturbação mista das emoções e conduta; 309.9 (F43.20) não especificado**: relaciona-se ao surgimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor identificável ocorrido até três meses antes, com sofrimento desproporcional à gravidade do estressor e prejuízo no funcionamento em áreas importantes da vida.
- Outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado – **309.89 (F43.8)**
- Transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado – **309.9 (F43.9)**

## **TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS**

- Transtorno dissociativo de identidade – **300.14 (F44.81)**: caracteriza-se pela presença de dois ou mais estados de personalidade diversos

(anteriormente denominado de transtorno de múltipla personalidade), com amnésia dissociativa (a pessoa não se lembra de eventos significativos ou de ações passadas quando executadas enquanto ela estava “possuída” por outra personalidade).

- Amnésia dissociativa – **300.12 (F44.0) sem fuga dissociativa; 300.13 (F44.1) com fuga dissociativa**: incapacidade de lembrar eventos biográficos importantes, geralmente de natureza traumática ou estressante. Na fuga dissociativa há perambulação sem rumo, associada a amnésia de identidade.
- Transtorno de despersonalização/desrealização – **300.6 (F48.1)**: a despersonalização constitui-se de experiências de irrealidade e de distanciamento, ou a percepção de ser um observador externo do próprio corpo, pensamentos, sentimentos, sensações ou ações. Na desrealização, as experiências de irrealidade e distanciamento relacionam-se ao ambiente em redor.
- Outro transtorno dissociativo especificado – **300.15 (F44.89)**
- Transtorno dissociativo não especificado – **300.15 (F44.9)**

## **TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS E TRANSTORNOS RELACIONADOS**

- Transtorno de sintomas somáticos – **300.82 (F45.1)**: presença de sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas, sem que haja uma explicação médica para eles, com presença de sofrimento intenso e perturbação significativa para a vida diária.
- Transtorno de ansiedade de doença – **300.7 (F45.21)**: receio excessivo de ter ou contrair uma doença grave, sem que haja sintomas somáticos ou na presença de sintomas somáticos leves, desproporcionais à doença temida.
- Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais) – **300.11 (F44.4) com fraqueza ou paralisia, movimento anormal, sintomas de deglutição, sintomas de fala; (F44.5) com ataques ou convulsões; (F44.6) com anestesia, perda sensorial ou sintoma sensorial especial; (F44.7) com sintomas mistos**: refere-se à

alteração de uma ou mais funções motoras ou sensoriais sem que haja achados físicos compatíveis com os sintomas. (Exemplo: CNEP-crisis não-epilépticas psicogênicas).

- Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas – **316 (F54)**: presença de fatores psicológicos ou comportamentais que aumentam o risco de sofrimento, morte ou incapacidade ao afetarem o curso ou tratamento de uma condição médica como ocorre, por exemplo, na não-adesão a um tratamento médico, na automedicação ou na asma agravada pela ansiedade.
- Transtorno factício – **300.19 (F68.10)**: refere-se à falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos ou à indução intencional de lesão ou doença. Pode ser autoimposto ou imposto a outro.
- Outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado especificado – **300.89 (F45.8)**
- Transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não especificado – **300.82 (F45.9)**

## TRANSTORNOS ALIMENTARES

- Pica – **307.52 (F98.3) em crianças; (F50.8) em adultos**: trata-se da ingestão repetida de substâncias não nutritivas e não alimentares (sabão, terra, cabelos, cola, etc) durante um período mínimo de um mês.
- Transtorno de ruminação – **307.53 (F98.21)**: refere-se à regurgitação persistente de alimento, que pode ser remastigado, engolido novamente ou cuspidado, durante um período mínimo de um mês.
- Transtorno alimentar restritivo/evitativo – **307.59 (F50.8)**: falta de interesse ou aversão a determinados (ou a todos) alimentos, com consequência de perda de peso e deficiência nutricional significativas.
- Anorexia nervosa – **307.1 (F50.01) tipo restritivo; (F50.02) tipo compulsão alimentar purgativa**: restrição extrema de ingestão calórica com medo intenso de ganhar peso, tendo como consequência um peso corporal significativo baixo em relação a fatores como idade, gênero, desenvolvimento e saúde física, a partir dos critérios de IMC (índice de massa corporal).

- Bulimia nervosa – **307.51 (F50.2)**: configura-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar, caracterizada por ingestão excessiva de alimentos e sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio, seguidos por comportamentos compensatórios inadequados a fim de evitar o ganho de peso, como indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos, jejum ou exercício em excesso.
- Transtorno de compulsão alimentar – **307.51 (F50.8)**: caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem comportamento compensatório.
- Outro transtorno alimentar especificado – **307.59 (F50.8)**
- Transtorno alimentar não especificado – **307.50 (F50.9)**

### **TRANSTORNOS DA ELIMINAÇÃO**

- Enurese – **307.6 (F98.0)**: eliminação repetida, voluntária ou involuntária, de urina na roupa ou na cama. Pode ser exclusivamente noturna, exclusivamente diurna ou uma combinação dos dois tipos.
- Encoprese – **307.7 (F98.1)**: eliminação repetida, voluntária ou involuntária, de fezes em lugares inapropriados, como na roupa, na cama ou no chão. Pode ocorrer com ou sem constipação.
- Outro transtorno da eliminação especificado
- Transtorno da eliminação não especificado.

### **TRANSTORNOS DO SONO-VIGÍLIA**

- Transtorno de insônia – **307.42 (F51.01)**: dificuldade para iniciar ou manter o sono.
- Transtorno de hipersonolência – **307.44 (F51.11)**: sonolência excessiva, mesmo a pessoa tendo sono principal com duração de no mínimo sete horas.
- Narcolepsia – **347.00**: episódios recorrentes de necessidade incontrolável de dormir, na forma de “ataques de sono”. Pode ou não ser acompanhada de cataplexia (ataques breves de atonia bilateral muscular precipitados por emoções, como risos e brincadeiras).
- Apneia e hipopneia obstrutivas do sono – **327.23 (G47.33)**: perturbações na respiração durante o sono, como ronco ou respiração ofegante,

acompanhadas de sonolência e fadiga nos momentos de vigília. Apneia refere-se à obstrução completa do fluxo de ar, e hipopneia à redução no fluxo.

- Transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano – **307.45**: perturbações nos padrões de sono em consequência de desequilíbrio ou alterações no padrão circadiano devido ao descompasso entre o ritmo endógeno e exigências do ambiente físico, social ou profissional.
- Transtornos de despertar do sono não REM:
  - Sonambulismo – **307.46 (F51.3)**: episódios de deambulação durante o sono.
  - Terror no sono – **307.46 (F51.4)**
- Transtorno do pesadelo – **307.47 (F51.5)**: sonhos prolongados recorrentes que envolvem, em geral, esforços para evitar ameaças à segurança ou à sobrevivência.
- Transtorno comportamental do sono REM – **327.42 (G47.52)**: caracterizado por despertares repetidos, associados a vocalização e/ou comportamentos motores complexos (chutar, esmurrar, empurrar, saltar, correr).
- Síndrome das pernas inquietas – **333.94 (G25.81)**: necessidade de movimentar as pernas em resposta a sensações desconfortáveis e desagradáveis, maior no fim da tarde ou durante a noite ou presente somente nestes períodos do dia.
- Transtorno do sono induzido por substância/medicamento
- Outro transtorno do sono especificado – **780.52 (G47.09)**
- Transtorno de insônia não especificado – **780.52 (G47.00)**

## **DISFUNÇÕES SEXUAIS**

- Ejaculação retardada – **302.74 (F52.32)**: caracteriza-se por retardo acentuado ou ausência de ejaculação involuntários.
- Transtorno erétil – **302.72 (F52.21)**: define-se pela impossibilidade de obter ereção, dificuldade em mantê-la e/ou diminuição acentuada na rigidez erétil.
- Transtorno do orgasmo feminino – **302.73 (F52.31)**: retardo acentuado, infreqüência ou ausência de orgasmo na mulher.

- Transtorno do interesse/excitação sexual feminino – **302.72 (F52.22)**
- Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração – **302.76 (F52.6)**: dor vulvo-vaginal ou pélvica ou tensão acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante ou como resultado de penetração vaginal, assim como medo e ansiedade intensos em antecipação, durante ou como resultado de penetração.
- Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo – **302.71 (F52.0)**: diminuição do desejo, fantasias e pensamentos sexuais no homem.
- Ejaculação prematura (precoce) – **302.75 (F52.4)**: ocorre quando a ejaculação ocorre antes do momento desejado pelo homem uma relação sexual, dentro de aproximadamente um minuto após a penetração.
- Disfunção sexual induzida por substância/medicamento
- Outra disfunção sexual especificada – **302.79 (F52.8)**
- Disfunção sexual não especificada – **302.70 (F52.9)**

**DISFORIA DE GÊNERO:** descreve uma discrepância acentuada entre o gênero experimentado e expressado e o gênero designado no nascimento.

- Em crianças – **302.6 (F64.2)**
- Em adolescentes e adultos – **302.85 (F64.1)**
- Outra disforia de gênero especificada – **302.6 (F64.8)**
- Disforia de gênero não especificada – **302.6 (F64.9)**

## **TRANSTORNOS DISRUPTIVOS, DO CONTROLE DE IMPULSOS E DA CONDUTA**

- Transtorno de oposição desafiante – **318.81 (F91.3)**: caracterizado por humor raivoso e irritável, comportamento questionador/desafiante e/ou vingativo, em um ou mais ambientes de convívio.
- Transtorno explosivo intermitente – **312.34 (F63.81)** define-se por explosões comportamentais com falha em controlar impulsos agressivos, seja através de agressão verbal e física a pessoas e/ou animais ou através de ações que envolvam danos ou destruição de propriedade.

- Transtornos da conduta – **312.81 (F91.1) com início na infância; 312.82 (F91.2) com início na adolescência; 312.89 (F91.9) início não especificado**: descreve um padrão de comportamento no qual são sistematicamente violados os direitos básicos de outras pessoas ou as normas sociais vigentes. Envolve agressão a pessoas ou animais, destruição deliberada de propriedade, falsidade ou furto e violações graves a regras, como desobediência a horários acordados com os pais ou cuidadores, fuga de casa e ausência escolar. Pode ser acompanhado de ausência de remorso, culpa ou empatia e de pouca expressão de sentimentos e emoções.
- Piromania – **312.33 (F63.1)**: definida pela ação de provocar incêndios de forma deliberada em mais de uma ocasião, com fascinação e atração pelo fogo e sentimentos de prazer, gratificação ao alívio ao provocá-los ou testemunhá-los.
- Cleptomania – **312.32 (F63.2)**: falha em resistir a impulsos de roubar objetos que não são necessários para uso diário, sem relação com seu valor monetário.
- Outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta especificado – **312.89 (F91.8)**
- Transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta não especificado – **312,9 (F91.9)**

## **TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS**

- Transtornos por uso de substâncias: define um agrupamento de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos decorrentes do uso contínuo de substâncias, (álcool, cafeína, *cannabis*, alucinógenos, inalantes, opióides, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco, outras substâncias ou substâncias desconhecidas), apesar dos prejuízos significativos causados por elas.
- Intoxicação ou abstinência de substância
- Transtornos mentais induzidos por substância/medicamento
- Transtornos não induzidos por substâncias: Transtorno do jogo – **312.31 (F63.0)**

## TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS

- *Delirium* – perturbação transitória na atenção, na consciência e na cognição, como consequência fisiológica de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância ou de exposição a toxinas.
- Transtorno neurocognitivo maior: definido através de evidências de declínio cognitivo substancial em vários domínios (atenção, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), com interferência importante nas atividades da vida diária. Subtipos:
  - Doença de Alzheimer – **331.0 (G30.9)**
  - Degeneração lobar frontotemporal – **331.19 (G31.09)**
  - Doença com corpos de Lewy – **331.82 (G31.83)**
  - Doença vascular – **331.83 (G31.84)**
  - Lesão cerebral traumática – **331.83 (G31.84)**
  - Uso de substância/medicamento
  - Infecção por HIV – **042 (B20)**
  - Doença do príon – **046.79 (A81.9)**
  - Doença de Parkinson – **332.0 (G20)**
  - Doença de Huntington – **334.4 (G10)**
  - Outra condição médica
  - Múltiplas etiologias
  - Não especificado
- Transtorno neurocognitivo leve – **331.83 (G31.84)**: definido a partir de evidências de pequeno declínio cognitivo em um ou mais domínios, sem interferência na independência e desempenho das atividades de vida diária. Os subtipos são os mesmos do transtorno neurocognitivo maior.

## TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

- Transtorno da personalidade paranoide – **301.0 (F60.0)**: refere-se a um padrão de desconfiança e de suspeita intensas em relação às motivações dos outros, interpretadas como malévolas.
- Transtorno da personalidade esquizoide – **301.20 (F60.1)**: padrão de distanciamento das relações sociais e restrição na expressão emocional.

- Transtorno da personalidade esquizotípica – **301.22 (F21)**: refere-se a um padrão de desconforto agudo nas relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.
- Transtorno da personalidade antissocial - é um padrão de desrespeito e violação dos direitos das outras pessoas – **301.7 (F60.2)**:
- Transtorno da personalidade borderline – **301.83 (F60.3)**: refere-se a um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.
- Transtorno da personalidade histriônica – **301.50 (F60.4)**: relaciona-se a um padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso.
- Transtorno da personalidade narcisista – **301.81 (F60.81)**: definido por um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.
- Transtorno da personalidade evitativa- **301.82 (F60.6)**: refere-se a um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa por parte de outras pessoas.
- Transtorno da personalidade dependente – **301.6 (F60.7)**: relaciona-se a um padrão de comportamento submisso e apegado em consequência de uma necessidade excessiva de ser cuidado.
- Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva – **301.4 (F60.5)**: é um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.
- Mudança de personalidade devido a outra condição médica – **310.1 (F07.0)**: refere-se a uma perturbação persistente da personalidade entendida como decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (p. ex., lesão no lobo frontal).
- Outro transtorno da personalidade especificado – **301.89 (F60.89)**
- Transtorno da personalidade não especificado – **301.9 (F60.9)**

## **TRANSTORNOS PARAFÍLICOS**

- Transtorno voyeurista – **302.82 (F65.3)**: caracteriza-se pelo impulso de espiar outras pessoas em atividades privadas, sem consentimento destas ou causando sofrimento significativo no funcionamento em áreas importantes da vida.

- Transtorno exibicionista - **302.4 (F65.2)**: caracteriza-se pela obtenção de excitação sexual intensa em decorrência da exposição dos próprios genitais a uma pessoa sem consentimento dela.
- Transtorno frotteurista – **302.89 (F65.81)**: define o ato de tocar ou esfregar-se em indivíduo que não consentiu, com finalidade de obter excitação sexual.
- Transtorno do masoquismo sexual – **302.83 (F65.51)**: refere-se à obtenção de excitação sexual resultante de humilhação, submissão ou sofrimento.
- Transtorno do sadismo sexual – **302.84 (F65.52)**: relaciona-se à obtenção de prazer sexual intenso ao infligir humilhação, submissão ou sofrimento a outrem
- Transtorno pedofílico – **302.2 (F65.4)**: refere-se ao comportamento sexual com foco em crianças
- Transtorno fetichista – **302.81 (F65.0)**: refere-se à obtenção de excitação sexual através do uso de objetos inanimados ou de um foco altamente específico em partes não genitais do corpo)
- Transtorno transvéstico – **302.3 (F65.1)**: relaciona-se à obtenção de excitação sexual intensa decorrente de se vestir roupas do sexo oposto.

### **OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS**

- Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica – **294.8 (F06.8)**
- Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica – **294.9 (F09)**
- Outro transtorno mental especificado – **300.9 (F99)**
- Transtorno mental não especificado – **300.9 (F99)**

### **TRANSTORNOS DO MOVIMENTO INDUZIDOS POR MEDICAMENTOS**

#### **OUTRAS CONDIÇÕES QUE PODEM SER FOCO DA ATENÇÃO CLÍNICA:**

relacionadas a fatores psicossociais e culturais, como problemas de relacionamento familiar, abuso, negligência, maus tratos, violência sexual,

problemas educacionais ou profissionais, problemas de moradia e econômicos, problemas relacionados a crimes ou interação com sistema legal.

### **SESSÃO III: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

#### **Referências**

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS 5ª EDIÇÃO – **DSM V**. Porto Alegre: Artmed, 2014

**MARIA ANGELICA DE MELO RENTE**

É Psicóloga Clínica (CRP 06/107864) e especialista em arteterapia, Gestalt-terapeuta e arte-educadora com aperfeiçoamento em Arte e Cultura Contemporâneas. Atua em consultório e em atelier terapêutico e ministra oficinas e palestras. Coordenadora de grupos na abordagem fenomenológica, facilita grupos e processos utilizando recursos como processos circulares, danças circulares, arte, Teoria U e Dragon Dreaming. Pesquisadora em Comunicação Não-Violenta e Sistemas Restaurativos desde 2013, quando iniciou investigações nesta área sob a orientação de Dominic Barter. Associada-fundadora da APAHSD (Associação Paulista Para Altas Habilidades e Superdotação). Co-autora do livro "Arte como Espelho: experimentos em arte-terapia gestáltica". Idealizadora do projeto Rodas de Empatia e autora do blog Ação Transformativa.