

A classificação dos transtornos de ansiedade: aspectos históricos

A vontade do Homem de entender a origem patológica da ansiedade vem de longa data, provavelmente desde a Grécia Antiga, em que as explicações na maior parte das vezes eram de origens místicas, defendidas por crenças sobrenaturais. Ao revelar que alegrias, prazeres, tristezas, desapontamentos, desesperanças e lamentações vinham do cérebro, Hipócrates, por volta de 400 a.C. eliminou a influência dos Deuses na origem das alterações mentais, e as denominou “mania”, “melancolia” e “frenesi”. Contudo, após o período greco-romano, o pensamento calcado em crenças sobrenaturais reaparece e persiste até a virada do século XVII, com a publicação do “Dictionnaire Universel”, em 1690, de Antoine Furetière. A partir desta obra, a ansiedade passou a ser vista como uma reação natural ligada a uma situação de perigo. Dois séculos mais tarde, começaram a surgir as primeiras classificações dos Transtornos de Ansiedade (Gomes de Matos, 2005).

Para Pereira (2004), a cronologia desta classificação no meio científico se deu da seguinte forma: em 1850, Domrich descreve de forma bastante clara e minuciosa os sintomas de ansiedade. Em 1869, Beard introduz o conceito de neurastenia para designar graus menores de ansiedade e depressão, incluindo a presença de profunda exaustão, dificuldade de concentração, dores crônicas, insônia e dificuldades sexuais. Da Costa, em 1871, descreve o que hoje denominamos de Transtorno do Pânico, batizando-o de “síndrome do coração irritável”, composto por palpitações frequentemente muito intensas, surgidas sob a forma de ataques, devido a uma perturbação do funcionamento do sistema nervoso simpático. Quadro semelhante foi encontrado por Lewis, em 1919, em soldados que haviam participado da Primeira Guerra Mundial. Nesta ocasião, o transtorno foi denominado “síndrome do esforço”.

No entanto, a popularização da ansiedade como quadro patológico, teve origem mesmo através de pacientes clássicos tratados por Freud, como por exemplo, “Anna O.”, “Dora” e o “Pequeno Hans”, que inspiraram uma série de

classificações dos transtornos ansiosos, entre elas, “Crise Aguda de Angústia”, “Neurose de Angústia” e “Expectativa Ansiosa”, hoje denominadas Ataque de Pânico, Transtorno do Pânico e Ansiedade Generalizada respectivamente.

Freud (1895), em seu trabalho pioneiro sobre a Angústia, definiu de forma bastante clara as reações fisiológicas presentes na ansiedade, que para o presente estudo, é considerado o alvo da S.A. O que se acredita ser aqui ansiedade, Freud definiu como três tipos de Angústia: 1. Angústia Real (desencadeada pela presença de uma ameaça considerada real pelo indivíduo) 2. Angústia Automática (desencadeada quando o indivíduo se deparava com uma situação traumática) 3. Angústia Sinal ou Sinal de Angústia (ação do ego diante a uma situação de perigo, é um mecanismo psíquico, que funciona como um símbolo mnésico).

Seguindo seus estudos sobre a Angústia, de acordo com Pereira (2004), Freud também apresentou a “Neurose Obsessivo-Compulsiva” (Transtorno Obsessivo Compulsivo), a “Neurose Fóbica” (Fobias Específicas) e a “Neurose Traumática” (Transtorno do Estresse Pós-Traumático), essa última, também conhecida como “Neurose de Guerra”.

Paralelamente a Freud, Kraepelin, no final do século passado, deu início a um sistema de classificação dos transtornos mentais análogos às enfermidades físicas, distinguindo-as de acordo com sua etiologia, sintomas, evolução e prognóstico. Desta tentativa de classificar nosologicamente os transtornos mentais resultaram os grandes sistemas que utilizamos hoje, a CID 10 e o DSM-IV (Figueiredo, 2004).

2.1

A classificação Internacional das Doenças - Décima Edição (CID 10) e o Manual de Estatística e Diagnóstica dos Transtornos Mentais-Quarta Edição Texto Revisado (DSM-IV-TR)

A classificação internacional das doenças (CID) teve início no século XIX, quando, no Congresso Estatístico Internacional de 1853, foi determinada a criação de nomenclaturas uniformes das causas de morte, para serem utilizada em todo o mundo. Ao longo dos anos, esse esquema de classificação passou a incluir morbidade não letais. A partir de sua quinta edição (CID-5), os transtornos

mentais passaram a ser apresentados de forma um pouco mais isolada, contendo uma categoria para transtornos mentais. Em meados do século passado, na sua sexta edição, surgiu a primeira classificação internacional das doenças mentais como uma seção exclusiva da CID (Figueiredo, 2004).

No entanto, como citou Pereira (2004), com os adventos da psicanálise e dos fenômenos psicopatológicos ressaltados durante as grandes guerras mundiais, houve um aumento significativo do interesse pelo tratamento das doenças mentais, o que também aumentou a necessidade de novas classificações que dessem conta dessas novas abordagens.

Assim, da insatisfação com as antigas classificações manifestadas pela comunidade psiquiátrica internacional, principalmente a americana, a APA (do inglês, *American Psychiatric Association*), surgiu, em 1952, uma classificação independente da CID-6, denominada Manual de Estatística e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM, do inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Com o passar do tempo, mudanças intelectuais, econômicas, científicas e tecnológicas influenciaram inúmeras pesquisas, e novas descobertas impulsionaram novas publicações desses manuais. Atualmente, a CID encontra-se em sua 10ª edição (CID10) e o DSM em sua 4ª, com texto revisado (DSM-IV-TR). Será apresentado abaixo, como esses dois manuais classificam os Transtornos Ansiosos, em particular, o Transtorno de Pânico.

2.2

Os transtornos de Ansiedade na CID 10 e no DSM- IV- TR

Tanto o DSM-IV-TR (2002) como a CID-10 (1993) definem diferentes Transtornos de Ansiedade através de critérios claros garantindo assim, a formulação de diagnósticos mais precisos e confiáveis. Um diagnóstico válido é importante não só para o planejamento da intervenção terapêutica adequada como também para a condução de pesquisas que visam compreender melhor estes transtornos.

Existe uma grande concordância entre o DSM-IV-TR (2002) e a CID-10 (1993) com relação aos vários transtornos de ansiedade. Por exemplo, no que diz

respeito ao Transtorno de Ansiedade Generalizada (no DSM-IV-TR, 300.02 e na CID-10, F41.1), esses dois sistemas o caracterizam por um quadro ansioso generalizado e persistente, não restrito à circunstâncias ambientais.

Pacientes assim diagnosticados apresentam, na maior parte das vezes, sentimentos crônicos de nervosismo, preocupações excessivas, persistentes e desproporcionais à realidade acompanhado por vários sintomas somáticos, como: apreensão; tensão motora (inquietação, cefaléia tencional, tremores, incapacidade de relaxar); alta vigilância cognitiva; irritabilidade persistente; dores musculares; disfunções gastrointestinais; sudorese; taquicardia; desconforto epigástrico; tontura; boca seca; palpitações e taquicardia (Shinohara & Nardi, 2001; Papp & Gorman, 1999).

O DSM-IV-TR (2002) e a CID-10 (1993) classificam também de forma semelhante as Fobias Sociais (300.23 no DSM-IV-TR; F40.1 na DCID-10) e as Fobias Específicas (300.29 no DSM-IV-TR; F40.2 na DCID-10). O diagnóstico de Fobia Social se caracteriza pela presença de medo acentuado e persistente de situações sociais que possam envolver o desempenho de uma atividade pública na qual o indivíduo pode vir a se sentir envergonhado, e, conseqüentemente, desaprovado e rejeitado pelos outros (Falcone & Figueira, 2001). É, de uma maneira geral, um medo de se expor a outras pessoas e de ser reprovado por elas, por pensar que está se comportando de modo humilhante ou embaraçoso (Barlow & Liebowitz, 1999)

As Fobias Específicas são medos irracionais, excessivos, acentuados e persistentes revelado pela presença ou antecipação de um objeto, situação, ou atividade fóbica específica (Barlow & Liebowitz, 1999), acompanhados de comportamentos de fuga, esquiva, antecipação ansiosa e intenso sofrimento (Costa & Lanna, 2001). Os objetos e situações fóbicos mais comuns são: determinados animais, por exemplo, cães (cinofobia), gatos (ailurofobia), aranhas (aracnofobia), cobras (ofidiofobia) e certas situações específicas, como, altura (acrofobia), voar em avião (aviofobia) ou espaços fechados (claustrofobia). (DSM-IV-TR, 2002; CID-10, 1993).

A classificação do Transtorno de Estresse Agudo e do Transtorno de Estresse Pós-Traumático também é compartilhada pelos dois sistemas de classificação. O Transtorno de Estresse Agudo (308.3 no DSM-IV-TR) ou Reação

Aguda ao Estresse (F43. 0 na CID-10) caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas de ansiedade por um período transitório que ocorre imediatamente após a exposição de um evento traumático ou a uma súbita e ameaçadora mudança na posição social e/ou relações do indivíduo.

Por outro lado, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (309.81 no DSM-IV-TR, e F43.1 na CID-10), consiste numa reação tardia (pode existir um período de latência envolvendo algumas semanas, meses ou anos, após a ocorrência do trauma) e muito mais duradoura em relação ao transtorno agudo. O evento traumático (situação estressante, ameaçadora ou catastrófica) é persistentemente revivido em forma de imagens, memórias intrusas (*flashbacks*), pensamentos, percepções, sonhos ou recordações angustiantes, acompanhadas por sintomas de excitação aumentada e esquiva persistente à estímulos relacionados ao trauma (Davidson, 1999).

O DSM-IV-TR (2002) e o CID-10 (1993) podem também apresentar algumas diferenças na classificação de outros transtornos de ansiedade. Isso ocorre, por exemplo, com a classificação do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, que, no DSMIV-TR, está classificado entre os transtornos ansiosos (300.3), enquanto que na CID-10 constitui uma categoria independente (F42. 8), onde é dividido de acordo com a predominância de pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou ambos.

No entanto, em relação aos sintomas, os sistemas se apresentam de forma semelhante. Indivíduos com Transtorno Obsessivo Compulsivo apresentam obsessões (idéias ou imagens intrusivas, sem sentido, recorrente e persistente) e /ou compulsões (comportamentos repetitivos e sem propósito, de aspecto ritualístico) suficientemente graves para causar repercussão psíquica marcante, consumo considerável de tempo (mais de uma hora por dia) e/ou interferência significativa nas atividades ocupacionais, acadêmicas, sociais ou pessoais do indivíduo (Michael & Jenike, 1999; Range et.al., 2001).

Ainda sobre as divergências em relação à classificação, o DSM-IV-TR define dois conjuntos de critérios diagnósticos para o Transtorno do Pânico: um relacionado com a ausência e outro relacionado com a presença de agorafobia (medo de estar sozinho em locais onde a fuga seja difícil ou embaraçosa, ou onde seja difícil de conseguir ajuda caso tenha um ataque de Pânico).

Essa associação da agorafobia com o transtorno do pânico deve-se ao fato de que o DSM-IV-TR (2002), mas não a CID-10 (1993), partir do princípio de que a agorafobia se deve graças à ocorrência de ataques de pânico em locais públicos e de difícil possibilidade de fuga. Dessa forma, o DSM-IV-TR entende que a agorafobia em um transtorno secundário, classificando sempre em relação à história do pânico; ou seja: transtorno do pânico *com* (300.01) ou *sem* (300.21) agorafobia. Por outro lado, a CID-10 (1993) tem visão completamente oposta. Considera a agorafobia como transtorno principal, classificando-a de acordo com a presença (F41. 0) ou ausência (F40.01) transtorno do pânico.

Embora haja essa dissociação em relação à classificação do Transtorno do Pânico, ambos os sistemas apontam para a ocorrência de crises agudas denominadas de ataques de pânico como uma das principais características do transtorno. Tanto para a CID-10 (1993) o DSM-IV-TR (2002), um ataque de pânico é definido como um período de intenso medo ou desconforto, acompanhado por ataques graves de ansiedade autonômica (dispnéia, palpitação, taquicardia, hiperventilação, asfixia, hipertensão arterial, dores no peito, tontura e náusea); além do medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. O ataque tem início abrupto, curta duração e atinge seu pico em torno de 5 a 10 minutos (Fyer et al.,1999; Rangé & Bernik, 2001).

Seguindo a relação entre o início do ataque e a presença ou ausência de desencadeantes situacionais, os ataques de pânico podem ser divididos em: 1º) Ataques de pânico inesperados (não evocados), cujo início não está associado com uma determinada situação; ou seja, o ataque de pânico ocorre de forma espontânea ou “vindo do nada”. 2º) Ataques de pânico ligado a situações (evocados), ou seja, ataques de pânico que ocorrem quase que invariavelmente imediatamente após a exposição ou antecipação a uma determinada situação extremamente perigosa. 3º) Ataques de Pânico predispostos pela situação. Neste caso, o ataque de pânico tende a ocorrer com mais frequência na presença de uma determinada situação aversiva, mas não está necessariamente associada a ela (DSM-IV-TR, 2002).

Embora exista certo consenso em relação aos critérios para o diagnóstico do Transtorno do Pânico, a etiologia deste transtorno ainda é um ponto de grande divergência, o próximo capítulo apresenta discussões sobre o tema.