

MENTE
IMPULSIVA,
COMPORTAMENTO
EXPLOSIVO
TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

C143m

Calazans, Vânia

Mente impulsiva, comportamento explosivo:
transtorno explosivo intermitente / Vânia Calazans et al. –
Novo Hamburgo : Sinopsys, 2017.
160p. ; 16x23cm.

ISBN 978-85-9501-013-0

1. Psicologia – Psiquiatria – Transtorno explosivo
intermitente. I. Título.

CDU 159.9: 16.89

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

VÂNIA CALAZANS

MENTE
IMPULSIVA,
COMPORTAMENTO
EXPLOSIVO
TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

 **SINOPSYS**

2017

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2017.

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Capa: *Luís A. Kroth*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

(51) 3600-6699

atendimento@sinopsyseditora.com.br

www.sinopsyseditora.com.br

Dedicatória

*Para minha mãe,
sua crença em minhas possibilidades foi determinante para
me tornar a mulher que sou. Sinto saudades todos os dias.*

Agradecimentos

*Agradeço à minha família amorosamente intensa e feliz,
que está sempre comigo nos caminhos que escolho seguir.
Aos meus pacientes pela confiança em meu trabalho.
Às minhas colegas que colaboraram para tornar este livro melhor.
À Editora Sinopsys, na pessoa de Ricardo Gusmão, pelo convite e à sua equipe.
A Deus, em quem tudo posso, porque Ele sempre me fortalece.*



Autora

Vânia Calazans. Psicóloga Clínica Especialista pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ/FMUSP). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo IPQ/FMUSP. Especialista em Psicoterapia Psicossomática pela Associação Brasileira de Medicina Psicossomática pela ABMP/SP. Especialista em Hipnoterapia Cognitiva, Hipnose Clínica, pelo Instituto Cognicci de Porto Alegre, RS.

COLABORADORAS

Cristine Calazans. Pedagoga pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Psicopedagoga Clínica e Institucional pela Universidade Nove de Julho. Neuroeducadora pela Universidade Uniltalo. Life Coach pelo Instituto de Pesquisa em Neuroeducação. Mediadora Transformativa de Conflitos pela Escola Superior do Ministério Público.

Denise Goulart Penteado. Psicóloga Clínica pela UNESP. Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo IPQHC/FMUSP. Especialização em Psicologia Hospitalar pela PUCSP. Hipnoterapeuta Cognitiva pelo Instituto Cognicci, RS.

Elaine Martins. Graduada em Letras – Português/Inglês. Graduanda do último semestre de Psicologia, com formação em julho de 2017. Participa do Curso de formação sobre Transtornos do Impulso pela Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Fernanda Navarro. Psicóloga Clínica pela Universidade São Judas Tadeu. Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo IPQHC/FMUSP. Hipnoterapeuta Cognitiva pelo Instituto Cognicci, RS.

Sumário

Apresentação	11
1 Transtorno Explosivo Intermitente Através do Tempo..... <i>Vânia Calazans e Denise Goulart Penteadó</i>	15
2 Transtorno Explosivo Intermitente no DSM-5	30
3 Sentimento de Raiva	34
4 Impulsividade.....	39
5 Agressividade.....	44
6 Estresse.....	52
7 Agressividade Infantil	58
8 Transtorno Explosivo Intermitente (TEI) na Infância e na Adolescência	62
9 Transtorno Explosivo Intermitente na Infância Sob Olhar da Educação: <i>Coaching</i> de Família – Um relato de caso	72
<i>Cristine Calazans</i>	

10	Aspectos Fundamentais da Avaliação Diagnóstica.....	81
11	Diagnóstico Diferencial.....	84
12	Aspectos a Serem Abordados no Tratamento.....	93
13	Tratamento Psicoterápico	96
14	Técnicas de Respiração e Relaxamento..... <i>Vânia Calazans e Elaine Martins</i>	104
15	Hipnose no Tratamento do Transtorno Explosivo Intermitente..... <i>Vânia Calazans e Fernanda Navarro</i>	112
16	Tratamento Farmacológico	123
17	Caso Clínico	128
18	Relatos de Pacientes.....	138



Apresentação

Não é um corpo, não é uma alma, é um homem.

(Montaigne)

Há cerca de dez anos trabalho com o transtorno explosivo intermitente (TEI) e tenho procurado divulgar o assunto falando sobre o tema para a população em geral. Nos últimos anos, as redes sociais têm facilitado a interação das pessoas e assim consigo me comunicar com possíveis portadores, seus familiares, amigos e conhecidos.

A ideia de escrever este livro tem me acompanhado nessa jornada, e, com o passar do tempo, foi ficando mais cristalina a certeza de que meu desejo não era apenas passar minha experiência clínica e transmitir informações técnicas sobre o assunto. Decidi escrever de uma maneira que o leitor, ao entrar em contato com o conteúdo desse livro, tenha em mente a imagem do paciente, lembrando-se de que antes de ser um paciente, com um possível transtorno, esse indivíduo faz parte de uma família e tem uma história repleta de sofrimento e frustrações para contar.

Essas pessoas sofrem com uma dor interior que lhes parece não ter solução. Sabem em seu íntimo que estão muito longe de serem pessoas más, pelo contrário, têm plena consciência de que são do bem (como ouço muitas vezes) e que, em grande parte do tempo, estão preocupadas com o outro, mas isso não as impede de serem extrema-

mente agressivas, raivosas e causarem muito sofrimento aos que a rodeiam. Em muitos momentos desacreditam de si mesmas, chegam a pensar que nasceram com um problema incurável e assim o sentimento de desesperança se instala.

Quando compartilham a tristeza e revelam a dor, a vergonha e a culpa sentidas quase que cotidianamente, experimentam um grande alívio. Portanto, se você é um profissional da área da saúde mental, saiba que ao ser empático e continente, você já estará trabalhando com esse paciente. Ser compreendido é algo que esse paciente pouco experimenta.

Apesar de ter escrito um livro para profissionais da área da saúde, procurei fazê-lo utilizando uma linguagem de fácil compreensão. O fiz assim em virtude dos vários emails e contatos que recebo. São muitos os que me pedem orientação a respeito do assunto. Espero dissipar algumas dúvidas e contribuir com mais informações a respeito do TEI.

Alguns me procuram ao terem acesso a essas informações e reconhecerem ali seus sentimentos e reações. Sempre ouço histórias de pessoas que colecionam fracassos na vida escolar, profissional, afetiva, social, familiar. Porém, em todos esses relatos também há manifestação de alívio e esperança ao vislumbrar a possibilidade de um tratamento que possa trazer equilíbrio e tranquilidade.

Os familiares que chegam a mim, em sua maioria, querem conselhos e orientações sobre como proceder com o parente explosivo. São relatos de pessoas que amam o possível portador, mas que não suportam mais os estragos ocasionados ao longo de uma vida repleta de muitas manifestações agressivas. Sempre digo que não há receita, que é necessário que o paciente deseje o tratamento, que não adianta confrontá-lo no momento da explosão, que é melhor deixar que se acalme e só então aproximar-se para uma conversa e, principalmente, que o apoio familiar é importante para um bom prognóstico. Sinto que não era essa a resposta desejada, havia naquela pergunta a expectativa de estar próximo de uma solução. Infelizmente existe um caminho que precisa ser percorrido e a grande notícia é a de que esse caminho existe.

Muitas pessoas ao tomarem contato com o transtorno explosivo intermitente se surpreendem ao descobrir que aqueles comportamentos agressivos manifestados de forma tão abrupta por seus conhecidos, possa ser uma

doença e que, além disso, há tratamento. As publicações causam reações das mais diversas. Os comentários incluem surpresa, indignação, revolta, alívio, empatia, compaixão, identificação.

As reações negativas acontecem em função da desinformação. Se pensarmos que ainda hoje assuntos como depressão geram desconfiança, mesmo sendo um tema exaustivamente abordado e elucidado, o que dirá um transtorno que tem como sintoma o comportamento agressivo por vezes destrutivo.

Muitas dessas colocações expressam críticas a respeito do excesso de diagnósticos que transformam em doença qualquer comportamento desadaptativo. Outros acreditam que pessoas mal educadas merecem experimentar do próprio remédio, enquanto outras entendem que para comportamento violento não há justificativa e a única alternativa é a repressão e a punição. O que falta a essas pessoas é informação.

Vejam, falta de educação não é doença, é falta de educação, violência é um assunto que atinge diversas esferas e precisa ser tratado de forma abrangente, dentro de um contexto biopsicossocial, e o TEI, como veremos nos próximos capítulos, não é uma nova doença, os primeiros estudos datam do século XIX.

No Brasil, o TEI permanece pouco conhecido pela área da saúde e as pesquisas a respeito são limitadas. Em 2006, iniciei meus estudos sobre o tema e com as psicólogas Christianne Reis e Christina Lahr, desenvolvemos o primeiro programa de tratamento para TEI no Brasil no PRO-AMITI (Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas de São Paulo (IPQ/FMUSP). Esse primeiro programa de tratamento foi concebido para atender grupos, estruturado na abordagem cognitivo-construtivista, e tinha como objetivo, além de propiciar melhoras na qualidade de vida do portador, conhecer melhor o perfil desses pacientes. Ainda hoje o PRO-AMITI é referência no assunto e oferece atendimento gratuito à população.

Anos mais tarde, passei a atender exclusivamente em minha clínica e a demanda expressiva de pacientes que tenho acompanhado ao longo dos anos me possibilitou um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto.

A intimidade e o afeto construídos na relação terapêutica me levaram a perceber nuances no perfil de personalidade dessas pessoas e através do aprendizado que extraí desse convívio fui aperfeiçoando meu método de tratamento que, além de tecnicamente estruturado na abordagem cognitivo-comportamental, contempla técnicas de relaxamento, respiração diafragmática e hipnoterapia cognitiva. Os resultados são animadores e a resposta dos pacientes ao tratamento proposto tem sido extremamente satisfatória.

Através desse modelo de tratamento, os pacientes, em sua maioria, apresentam melhora no controle dos comportamentos impulsivo-agressivos, o que restaura sua autoestima, amplia seu repertório de comportamentos assertivos, recupera sua autoconfiança, propicia um convívio social e afetivo saudável e melhora significativamente a sua qualidade de vida.

A amostra populacional a que tenho acesso é pequena em razão de atender exclusivamente em minha clínica. Porém, nos dias de hoje, com o advento das redes sociais, tenho a oportunidade de manter contato com muitos pacientes que passaram pelo tratamento e o retorno que recebo tem sido gratificante e muitíssimo animador, à medida que os mesmo relatam permanecerem gerenciando suas emoções de forma positiva e entendem que manifestam comportamentos irritados ou agressivos considerados socialmente aceitáveis.

A evolução dos pacientes em tratamento e o relato dos que passaram por ele me trazem grande satisfação pessoal e profissional e me fazem acreditar que estou no caminho certo. Tem sido muito recompensador auxiliar esses pacientes e só posso agradecê-los por me permitirem acompanhá-los nesse caminho que é o tratamento, um processo nem sempre fácil, mas sempre enriquecedor, e confiarem a mim sua esperança em conseguir gerenciar a vida de uma maneira mais saudável.

Espero que o TEI desperte o interesse de profissionais da área da saúde mental e que assim possamos contribuir para que mais estudos e pesquisas sejam realizados no Brasil.

Aos meus pacientes que estiveram comigo nesse caminho, aos que estão trilhando esse caminho nesse momento e a todos que vierem a fazer essa caminhada, a minha eterna gratidão.

1

Transtorno Explosivo Intermitente Através do Tempo

*Vânia Calazans
Denise Goulart Penteado*

ASPECTOS HISTÓRICOS

O psiquiatra Frances Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), século XIX, foi quem pela primeira vez descreveu impulsos agressivos e sistematizou o conceito como “Insanidade parcial” por estarem relacionados a atos inconscientes. A evolução de sua pesquisa o levou a modificar a classificação e passou a nomear os impulsos agressivos como “Monomanias instintivas e sem delírio” por considerar que esses episódios não prejudicavam o equilíbrio mental e não causavam uma desordem intelectual nem moral, mas delas derivavam as atitudes impulsivas instintivas ou involuntárias, que ocorriam sem clara motivação e que, no seu entender, relacionavam-se a obsessões ideológicas. O autor afirmava que o doente é impulsionado por uma força irresistível, por um arrebatamento que não pode vencer, por um impulso cego, ou uma determinação irrefletida, sem interesses, sem motivos e mesmo que a consciência reprove, a vontade não tem forças para reprimir. Esquirol considerou a possibilidade das monomanias resultarem em atitudes criminosas, que, segundo sua compreensão, deveriam receber tratamento em vez de punição (Haro et al., 2004).

Esta conceitualização suscitou questionamentos na esfera médico legal. Os agentes da lei manifestaram grande preocupação com a possibilidade de esses comportamentos impulsivo-agressivos serem conside-

rados uma doença, o que poderia vir a ser utilizados como justificativa para a atitude “criminosa” e assim transformá-la em álibi para o delitoso (Bercherie, 1980).

Desde o início, o estudo da agressividade impulsiva provocou questionamentos e gerou incertezas. A compreensão dos pesquisadores foi sendo modificada a partir das novas evidências que resultavam dos trabalhos na área e, assim, se faz importante uma visão evolutiva da classificação do transtorno explosivo intermitente (TEI) nas diversas edições do DSM.

Somente em 1980, o TEI foi conceitualizado no DSM-III como um transtorno psiquiátrico (Haro et al., 2004).

CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

No DSM-III, esse transtorno foi codificado como transtorno explosivo intermitente e considerado “raro”. No entanto, os critérios de diagnóstico para a doença foram mal operacionalizados e a pesquisa empírica ficou limitada, até que, após uma década, novos critérios foram estabelecidos.

No DSM-IV, o transtorno explosivo intermitente foi classificado no Eixo I, na seção Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local – 321.34 (APA, 2002). No CID-10 corresponde ao código F63 (APA, 2002).

Nessa edição do DSM, os transtornos do controle dos impulsos se caracterizam pela incapacidade do paciente para resistir a um impulso ou tentação que produz um comportamento prejudicial para si próprio ou para terceiros e compreendem o transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, tricotilomania e o transtorno do controle dos impulsos sem outra especificação (APA, 2002; Hodgins & Peden, 2008).

No DSM-IV, o TEI caracteriza-se por recorrentes episódios de comportamentos agressivos, não relacionados a fatores estressores psicossociais e/ou provocação e que não são melhores explicados por outros transtornos mentais, efeitos fisiológicos decorrentes de agentes far-

macológicos ou outras substâncias com propriedades psicotrópicas (Dell’Osso et al., 2006).

Em 2014, feita a revisão do DSM, o TEI passa a ser descrito no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5* – no capítulo dos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, 312.34 (F63. 81).

O interesse renovado por estudos a respeito dos transtornos de agressividade impulsiva levou a uma recente série de trabalhos de base que documentaram que o TEI pode ser considerado tão comum quanto muitos outros transtornos psiquiátricos (Coccaro, 2012).

ETIOLOGIA

Apesar das pesquisas realizadas, o TEI, assim como outros transtornos do espectro dos impulsos, ainda suscita dúvidas. Estamos no século XXI e suas causas ainda não são completamente compreendidas, mas já sabemos que fatores biológicos, ambientais, físicos e emocionais, representam importante papel em seu desenvolvimento.

Algumas pesquisas demonstram, através dos resultados alcançados, que fatores ambientais podem influenciar impulsividade e agressividade e, por sua vez, contribuir para o desenvolvimento de TEI (Fanning et al., 2014). Em 2004, estudiosos do tema polemizavam sobre a possibilidade do TEI ser ou não um comportamento aprendido; de ser resultado de anomalias neurológicas e bioquímicas ou de uma combinação desses fatores. Contudo, essas pesquisas convergem para a presença de aspectos psicológicos, culturais e sociais na etiologia do TEI (Ploskin, 2007).

Para Coccaro, em pesquisa feita em 2010, o transtorno explosivo intermitente foi apreciado como uma doença de agressividade impulsiva de ocorrência comum. O autor aponta para o fato de que ao considerarmos que agressividade e impulsividade estão sob influência genética, TEI pode ser familiar e não ser um artefato de outras condições comórbidas.

Em recente publicação, fica demonstrado que a serotonina desempenha um papel importante na modulação da impulsividade e violência. Exames de imagem têm implicado o cingulado anterior e o cór-

tex órbito-frontal na agressividade impulsiva. Este estudo avaliou a distribuição regional do transportador da serotonina no cérebro de indivíduos com agressividade impulsiva usando tomografia de emissão de pósitrons (PET) com o transportador de serotonina radiofármaco PET [11C] McN 5652. A serotonina transportada foi significativamente reduzida no córtex cingulado anterior de indivíduos com agressividade impulsiva em comparação com indivíduos saudáveis. Concluiu-se que a agressividade impulsiva patológica pode estar associada a menor inervação serotoninérgica no córtex cingulado anterior, uma região que tem um papel importante na regulação afetiva (Frankle et al., 2005).

Para Beck (1999), as pessoas que manifestam o TEI apresentam diversas crenças negativas em relação às outras pessoas, que, muitas vezes, são decorrentes, de atitudes cruéis imputadas pelas figuras parentais no período da infância. De acordo com essa visão, o desenvolvimento da criança é permeado pela sensação de que as pessoas estão sempre contra ela e a atitude agressiva tem o papel de minimizar o sentimento de menor valia, ou seja, por crescer convivendo com familiares agressivos, os portadores de TEI, entendem que o comportamento dos outros determina e justifica sua agressividade.

Apesar de não haver estudos que comprovem uma causa específica para o TEI, muitas pesquisas relacionam o transtorno a possíveis traumas ocorridos na infância. Esses trabalhos evidenciam altos índices de transtorno explosivo intermitente entre aqueles que passaram pelo serviço militar, e entre os que tiveram experiências de abuso, agressão e violações dos direitos humanos. Refugiados e trabalhadores de serviços de emergência também estão em maior risco. Embora o uso de álcool não seja uma causa de transtorno explosivo intermitente, intoxicação aumenta significativamente o comportamento agressivo (Coccaro, 2012).

EPIDEMIOLOGIA

No decorrer do tempo, várias edições do DSM foram feitas e nelas aparecem as modificações realizadas nos critérios diagnósticos para TEI.

Segundo Kessler et al. (2006), essas alterações ocasionaram uma série de dificuldades a respeito da incidência do transtorno, tanto em amostras clínicas quanto na população em geral. Por ocasião da edição do DSM-III, impulsividade ou agressividade generalizada foi considerada critério de exclusão para TEI. Como em sua extensa maioria, os sujeitos que apresentavam sérias crises de comportamento agressivo expressavam concomitantemente comportamentos agressivos e impulsividade generalizados esse critério de exclusão comprometeu a avaliação diagnóstica da síndrome. Na edição seguinte, no DSM-IV, essa decisão foi reavaliada, mas permaneceram dúvidas quanto à frequência e à natureza dos possíveis desencadeadores dos comportamentos agressivos imprescindíveis para satisfazer os critérios diagnósticos do transtorno explosivo intermitente.

Bradford, Geller, Lesieur, Rosenthal e Wise (1994), ao elaborarem o DSM-IV, revisaram 800 casos prováveis de TEI que, em sua maioria, estavam associados a outras condições psiquiátricas. Desses, apenas 17 casos (aproximadamente 2%) foram identificados como TEI. Avaliando-se esse resultado, o TEI foi considerado, a princípio, um transtorno aparentemente raro (APA, 2000).

Um estudo realizado sobre as taxas de prevalência duradoura e de um mês de TEI em uma amostra de controle com 253 indivíduos revelou que 4% dos participantes preenchiam critérios para existência crônica e 1,6% preenchiam os critérios pontuais para um mês. A conclusão desse estudo sugeriu que o comportamento agressivo disfuncional definido para TEI pode ser bem mais prevalente do que se considerava anteriormente. Baseado nesses dados, o número estimado de indivíduos com TEI nos Estados Unidos pode ser maior do que 1,4 milhões para TEI durante um mês e aproximadamente 10 milhões para TEI durante a vida. Esse estudo revelou que o início do comportamento agressivo em sujeitos com TEI – descrito como vitalício na maioria dos sujeitos – começa na infância, tem seu pico por volta dos 30 anos e declina regularmente aos 50 anos (Coccaro et al., 2004).

Em trabalho científico publicado em 2011, Coccaro destaca que o início dos comportamentos agressivo-impulsivos problemáticos recorrentes é mais comum na fase inicial da infância ou na adolescência e raramente se manifesta depois dos 40 anos de idade.

Uma pesquisa realizada na Universidade de Harvard, pelo Instituto Nacional de Saúde Mental, verificou que o TEI é um transtorno mental pouco conhecido, marcado por episódios de raiva injustificada, afetando 7,3% de adultos – 11,5/16 milhões de americanos – durante suas vidas. O estudo foi baseado em dados da Pesquisa Nacional de Comorbidade (National Comorbity Survey Replication), entidade nacionalmente representativa, realizada de porta em porta, com 9.282 adultos americanos maiores de 18 anos, conduzida entre 2001 e 2003. Essa amostra demonstrou que 7,3% dos portadores tinham episódios vitalícios, portanto, crônicos e 3,9% apresentaram ocorrências no último ano, portanto episódios pontuais, levando a crer que o TEI, apesar de pouco conhecido, é consideravelmente mais prevalente do que se pensava. Nessa atmosfera, apurou-se que: 60,3% receberam tratamento para problemas emocionais ou decorrentes do abuso de substâncias; 28,8% haviam recebido tratamento para a raiva e 11,7% dos casos pontuais receberam tratamento para raiva nos 12 meses anteriores à realização do estudo.

Coccaro, Posternak e Zimmerman (2005), em outro estudo conduzido em Rhode Island Hospital, segundo os critérios diagnósticos recomendados pelo DSM-IV, demonstraram que em uma amostra com 1.300 pacientes sob avaliação psiquiátrica, encontrou-se uma prevalência de 6,3% para TEI crônico *versus* 3,1% para TEI pontual (Kessler et al., 2006).

Andrade et al. (2012) demonstraram em pesquisa com a população geral que a taxa de prevalência durante a vida sofre variação entre 1 e 7% e a prevalência pontual varia de 1 a 2% em função da amostra estudada. Nos EUA, a taxa de prevalência é de 2,6% e no Brasil de 3,1%.

Pesquisas evidenciaram uma maior prevalência de TEI no sexo masculino, numa proporção de três homens para cada mulher (Coccaro et al., 1998).

McElroy (1999), ao considerar a questão de gêneros, enfatiza em seu estudo que, embora essa questão não seja vista como “causa” de TEI, é associada ao transtorno à medida que socialmente há maior condescendência com comportamentos impulsivo-agressivos masculinos do que femininos. Sendo assim, segundo a autora, os homens não sentem tanta

necessidade em controlar esse tipo de comportamento enquanto as mulheres teriam maior controle de suas atitudes, pois ao agirem de forma explosiva podem ser vistas como masculinizadas, não amigáveis e perigosas.

A autora refere que, apesar de mais prevalente no sexo masculino, as mulheres também apresentam problemas de impulsividade agressiva e algumas relatam aumento de sintomas explosivos intermitentes na fase pré-menstrual, na forma de tensão pré-menstrual (TPM).

Anos mais tarde, Kessler et al. (2006) demonstraram, por meio de suas pesquisas, outros resultados que complementam essa informação com dados sociodemográficos que apontam para homens, jovens, pertencentes a várias raças/etnias, baixa educação, casados, não aposentados e com baixa renda familiar.

Tavares et al. (2015), ao citarem um estudo publicado em 2011 pela *Harvard Health Publications*, referem que não estão presentes diferenças significativas, no que concerne à renda, escolaridade ou profissão, e aponta que o início dos sintomas surge por volta dos 13 anos em homens e por volta dos 19 anos em mulheres. É quase duas vezes mais presente no sexo masculino do que no feminino.

O TEI tem sido pouco diagnosticado, visto que normalmente as pessoas que se consideram nervosas dificilmente procuram tratamento para o sentimento de raiva que experimentam, pois entendem que essa é uma característica de sua personalidade. Muitos pacientes diagnosticados com transtorno explosivo intermitente referem ter procurado tratamento para problemas emocionais em algum ponto de suas vidas, mas essa procura não foi em função da dificuldade em lidar com o sentimento de raiva.

Franz (2002) aponta em seus estudos que uma das razões pelas quais os pesquisadores pensam que o TEI é mais comum do que previamente considerado, deve-se ao fato de que a maioria dos portadores não procura ajuda para os problemas que o transtorno provoca em suas vidas.

Coccaro et al. (1994), em pesquisa clínica feita com pacientes psiquiátricos e com pacientes sob tratamento para o TEI, afirmaram que sua prevalência é comparável à esquizofrenia, ou seja, de 1 a 2%. Kessler et al. (2006) consideraram em seu estudo que o TEI é mais comum do que a síndrome do pânico.

Algumas comorbidades podem surgir durante o curso do transtorno, como quadros de ansiedade, abuso de substâncias e outros. Geralmente, as características centrais do transtorno explosivo intermitente são persistentes e continuam por muitos anos (por volta de 12 a 20 anos).

Uma pesquisa de Coccaro et al. (2004) apontou que infelicidade e/ou lesões devidas a um comportamento agressivo foram documentadas em 87,5% dos sujeitos com TEI, mas somente 12,5% deles disseram procurar ajuda especializada para tratar este problema. Além disso, muitas doenças comórbidas que tem início posterior aos comportamentos impulsivo-agressivos e a pequena parcela de casos tratados demonstram a necessidade de detecção precoce e tratamento no que se refere ao TEI.

Reardon et al. (2014) sugerem a prevalência de TEI e suas associações com a exposição a traumas emocionais e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Foram poucos os estudos feitos a partir do DSM-5 e, portanto, da inclusão de episódios de agressão verbal como critério diagnóstico. Acredita-se que os próximos estudos evidenciarão que de fato o TEI pode ser mais comum do que se tem visto até o momento.

Os sintomas do transtorno explosivo intermitente antecedem os sintomas de doenças comórbidas, como depressão, ansiedade e abuso de substâncias e outras.

Quadro 1.1 Prevalência de doenças comórbidas ao TEI

Transtorno de estresse pós-traumático	15%
Transtorno de ansiedade generalizada	19%
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	20%
Abuso de drogas	22%
Transtorno de conduta	24%
Fobia específica	24%
Transtorno de oposição desafiante	25%
Fobia social	28%
Abuso de álcool	33%
Transtorno depressivo maior unipolar	37%

Fonte: quadro elaborado pela autora, adaptado de Kesler, Coccaro, Fava e McLaughlin (2012) apud Tavares et al. (2015).

EVOLUÇÃO E DIAGNÓSTICO

O curso do transtorno pode ser episódico, com períodos recorrentes de explosão de agressividade impulsiva. O transtorno aparentemente segue um curso crônico e persistente ao longo de muitos anos e parece ser relativamente comum independentemente da presença ou ausência de transtorno de déficit de atenção /hiperatividade ou transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta (p. ex., transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante) (DSM-5).

De acordo com McElroy et al. (1998), as pesquisas revelam que as crises de raiva perduram, em média, por 20 a 30 minutos e ocorrem de forma repentina. Concomitantemente aos ataques de raiva, ocorre sensação de aumento de tensão, tremor, taquicardia, formigamento, aumento de sudorese, etc. Todas essas sensações são acompanhadas de pensamentos de raiva que desencadeiam o comportamento impulsivo-agressivo, descrito como “necessidade de atacar”, “necessidade de ferir”, “pico de adrenalina”, “sangue nos olhos”. Imediatamente após a crise de raiva, referem alívio de tensão e consideram sua atitude legítima. Algum tempo depois sentem vergonha, tristeza, arrependimento, culpa e uma forte noção de inadequação.

O TEI é a única categoria diagnóstica psiquiátrica em que a agressão física é um sintoma básico e o único que descreve transtornos agressivos não psicóticos e não bipolares (Coccaro, Kavoussi, Berman, & Lish, 1998).

Os trabalhos dos estudiosos da área demonstram que os números de explosões de agressividade impulsiva apresentam curva descendente quando considerado o fator idade, porém a agressividade como traço de personalidade, pode acompanhar esse paciente por toda a vida, evidenciando-se a necessidade de psicoeducar esse indivíduo para que possa gerenciar sua agressividade impulsiva e assim alcançar uma melhor qualidade de vida.

Considerando que o comportamento agressivo está presente como sintoma de diversos transtornos psiquiátricos, o diagnóstico do TEI merece especial atenção. Como veremos a seguir, esse diagnóstico é pautado pela exclusão de outras possíveis doenças. A conclusão diagnóstica de TEI é determinada pelo fato dos sintomas apresentados pelo paciente não serem mais bem explicados por outros transtornos.

Grohol (2006) afirma que o comportamento agressivo, sem dúvida, pode acontecer quando nenhum outro transtorno mental está presente. Coccaro (2006) compartilha desse entendimento ao considerar que o TEI é uma entidade isolada que pode existir separadamente de outros transtornos ou preceder uma situação comórbida.

Kessler et al. (2006) salientam um aspecto bastante significativo desse transtorno quando aponta para o fato de que o TEI ocorre mais como um episódio isolado do que como um padrão de comportamento agressivo. Os pesquisadores esclarecem que, como a maioria dos casos clínicos estudados demonstra, geralmente o transtorno tem seu início na infância, pode-se afirmar que, temporalmente, o TEI precede muitos outros transtornos com os quais pode ser comórbido.

Transtornos depressivos, ansiedade e uso de substâncias são frequentemente comórbidos ao TEI. Se considerarmos que agressividade dirigida ao outro (pessoa ou propriedade) pode gerar grandes dificuldades na consolidação dos vínculos sociais, pessoais e profissionais e, por consequência, promover afastamento, isolamento, culpa, vergonha e medo dos enfrentamentos naturais da vida, compreendemos que as limitações e sofrimentos impostos ao portador da doença poderão desencadear depressão, ansiedade e abuso de álcool e/ou drogas.

Portanto, o diagnóstico do TEI sempre deve observar as variáveis expostas e para tanto se faz essencial uma avaliação médica completa. Descartadas as condições médicas, o processo diagnóstico deve respeitar os critérios estabelecidos pelo DSM; o nível do comportamento agressivo; sua frequência, episódios frequentes de falha em resistir a impulsos agressivos; extensão da premeditação; comorbidade psiquiátrica; diminuição funcional; uso de substância (Coccaro et al., 2004).

Donovan (2015) esclarece que o diagnóstico de transtorno explosivo intermitente constitui uma tentativa de caracterizar o comportamento violento episódico que não é mais bem explicado por outro diagnóstico psiquiátrico. Esta consideração aponta para a necessidade de um número maior de pesquisas a respeito da agressividade impulsiva.

O profissional, ao fazer o diagnóstico diferencial, deve considerar que transtorno de personalidade *borderline*, bipolar, antissocial, TDAH, intoxicação por abuso de substâncias podem ser confundidos com TEI.

O diagnóstico diferencial de TEI não deve ser feito nos casos em que os Critérios A1 e/ou A2 do DSM-5 forem preenchidos somente durante um episódio de outro transtorno mental ou quando forem atribuíveis a outra condição médica ou efeitos fisiológicos de substância ou medicamentos.

A partir das mudanças realizadas no DSM-5, é possível se diagnosticar o TEI associado a quadros de transtorno de conduta, transtorno opositivo desafiador, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno do espectro autista, sempre que a intensidade dos episódios impulsivo-agressivos seja maior do que a normalmente manifesta nesses transtornos citados.

O Quadro 1.2 cita as principais diferenças diagnósticas, porém, no capítulo referente ao diagnóstico diferencial, esse aspecto será mais bem explicado.

PREVENÇÃO E PROGNÓSTICO

De acordo com McLaughlin et al. (2012), o início do transtorno explosivo intermitente começa geralmente em torno de 12 anos de idade, mas, segundo a American Psychiatric Association (2013), pode ser diagnosticado em crianças a partir dos 6 anos.

McLaughlin et al. (2012) citam que “pelo menos 80% dos pacientes diagnosticados tiveram a experiência de um episódio explosivo ao menos uma vez por ano em todo o tempo de vida”.

A prevenção desse transtorno é um grande desafio. Os sintomas são difusos e podem consubstanciar com mau comportamento, resistência à aceitação dos limites impostos, dificuldade de gerenciamento de situações que desembocam em experiências frustrantes e com isso o possível portador procura por ajuda profissional quando esses comportamentos impulsivo-agressivos já estão instalados. Nesse estágio, o paciente já experimentou inúmeras tentativas fracassadas de não ceder ao impulso e de se comportar de forma assertiva. Essa evidência demonstra a gravidade do problema.

Quadro 1.2 Diferenças diagnósticas entre os transtornos

<i>Borderline</i>	TEI	Antissocial	TEI	Bipolar	TEI	TDAH	TEI
Oscilação entre extremos de avaliação e idealização em todos os relacionamentos; Medo de abandono; Sensação recorrente de vazio; Comportamentos suicidas ou para suicidas.	Nenhum dos critérios citados esta presente no diagnóstico de TEI.	Desconsideram e violam direitos dos outros; Enganosos, manipuladores; Não experimentam sentimentos de remorso por suas atitudes agressivas; Atitudes agressivas premeditadas.	Nenhum dos critérios citados esta presente no diagnóstico de TEI.	Alterações cíclicas de humor.	Crítério citado não esta presente no diagnóstico de TEI.	Quadro de impulsividade associado à dificuldade de atenção, planejamento, organização.	Crítério citado não esta presente no diagnóstico de TEI.

O adolescente ou adulto jovem diagnosticado, normalmente traz em seu histórico de vida, evidências de prejuízo escolar, social, familiar e econômico, já que comportamentos explosivos de agressividade recorrentes levam às implicações sociais punitivas e restritivas. O comportamento impulsivo-agressivo acarreta incontáveis estragos à vida do portador e de seus familiares. Esses sujeitos experienciam punições sociais e penais que fomentarão consequências de difícil manejo na vida adulta. Vivências familiares negativas e por vezes assustadoras podem levar à destruição de propriedades e situações desagregadoras provocadas por intenso desequilíbrio emocional que podem culminar na desestruturação familiar. Outro importante aspecto é o sofrimento da própria pessoa e o peso das consequências de seu comportamento impulsivo-agressivo.

Franz (2002), em suas considerações a respeito do tema, reafirma a necessidade de acesso ao tratamento antes que o indivíduo acumule inúmeras situações de fracasso, que podem culminar em consequências avassaladoras, com hospitalizações por ferimentos gerados em brigas ou acidentes automobilísticos e repetitivas demissões de empregos. Uma série de acontecimentos como esses, pode levar a uma crença de que o paciente não consegue evitar os episódios impulsivo-agressivos visto que há muito se comporta dessa maneira destrutiva.

Ploskin (2007) considera que a sociedade e os pais podem ainda utilizar medidas preventivas que possibilitem a diminuição da agressividade. Assistir e comentar programas com as crianças pode ser uma forma de diminuir os efeitos da violência veiculadas na TV. Essa atitude pode resultar na não identificação da criança com o agressor, possibilitando o desenvolvimento de seu espírito crítico e reduzindo sua percepção de que a violência é banal.

Ao considerarmos a necessidade de estratégias que previnam o TEI, podemos pensar em formas de tratamento junto às crianças que vivam em ambiente mobilizador do impulso agressivo desmedido antes que adentrem a adolescência.

Evidências científicas correlacionam o surgimento do TEI com fatores ambientais, tais como exposição a maus-tratos, vivências traumáticas na infância, experiências de abuso, agressão e violação aos direi-

to humanos. Esses trabalhos científicos demonstram a necessidade de desenvolvermos e aplicarmos mecanismos preventivos através da educação de pais e professores a respeito do transtorno, tendo como foco o tratamento dessas crianças. Programas que contemplam a psicoeducação de pais têm apresentado bons resultados, pois ao terem acesso à informação e orientação podem repensar seus próprios comportamentos e desenvolver novas estratégias para lidar com os conflitos e assim melhorar a qualidade do convívio familiar.

A família engajada e participativa tem se mostrado um fator que motiva e encoraja o paciente em relação ao tratamento.

O tratamento dos pacientes que se comprometem com o trabalho terapêutico tem apresentado resultados animadores no que concerne ao manejo dos sentimentos de forma mais assertiva e a consequente redução dos impulsos agressivos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV TR TM, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução: Claudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L. H. et al. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2), e31879.
- Axis I disorders in a US military veteran sample. *Journal of anxiety disorders*, 28(5), 488-494.
- Beck, A. T. (1999) *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. HarperCollins Publishers.
- Coccaro, E. F., Schmidt, C. A., Samuels, J. F., & Nestadt, G. (2004). Lifetime and 1-month prevalence rates of intermittent explosive disorder in a community sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(6), 820-824.
- Coccaro, E. F. (2011). Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 119-125.
- Coccaro, E. F. (2012). Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Hauger, R. L., Cooper, T. B., & Ferris, C. F. (1998). Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 708-714.
- Coccaro, E. F., Posternak, M. A., & Zimmerman, M. (2005). Prevalence and features of intermittent explosive disorder in a

- clinical setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1221-1227.
- Coccaro, E. F. (2011). Intermittent explosive disorder: development of integrated research criteria for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 119-125.
- Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D., & Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(8), 464-475.
- Donovan, S. J. (2015). Intermittent Explosive Disorder. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.
- Fanning, J. R., Meyerhoff, J. J., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2014). History of childhood maltreatment in intermittent explosive disorder and suicidal behavior. *Journal of psychiatric research*, 56, 10-17.
- Frankle, W. G., Lombardo, I., New, A. S., Goodman, M., Talbot, P. S., Huang, Y., ... & Laruelle, M. (2005). Brain serotonin transporter distribution in subjects with impulsive aggressivity: a positron emission study with [11C] McN 5652. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 915-923.
- Haro, G, et al. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*, 27, 28-33.
- Hodgins, D. C. & Peden, N. (2008). Tratamiento cognitivo-comportamental para trastornos do controle do impulso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(supl): S31-40.
- Kessler, R. C., Coccaro, E. F., Fava, M., & McLaughlin, K. (2012). *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford University Press.
- Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A., & Hofmann, S. G. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, 197(1), 128-134.
- Ploskin, D. (2007). Who is at risk for intermittent explosive disorder. *Psych Central*.
- Reardon, A. F., Hein, C. L., Wolf, E. J., Prince, L. B., Ryabchenko, K., & Miller, M. W. (2014). *Intermittent explosive disorder: associations with PTSD and other Calazans*.
- Sheaffer, H. (2013). Intermittent explosive disorder DSM-5 312.34 (F63. 81). *theravive.com*.
- Tavares, H. et al. (2015). *Psiquiatria, saúde mental e a clinica da impulsividade*. Barueri: Manole.
- Treating intermittente explosive disorder: Emerging data show medication and cognitive behavioral therapy may help some patients (2011). *Harvard Health Publications*, 6.