

EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR AO
CUIDADO
E À REABILITAÇÃO
PÓS-AVC

PSICOLOGIA
COMPROMETIMENTOS EMOCIONAIS
COMPORTAMENTAIS PÓS AVC

Victoria Sciascia - Psicóloga



ANSIEDADE

Ansiedade como uma reação adequada X Ansiedade como um transtorno.



ANSIEDADE

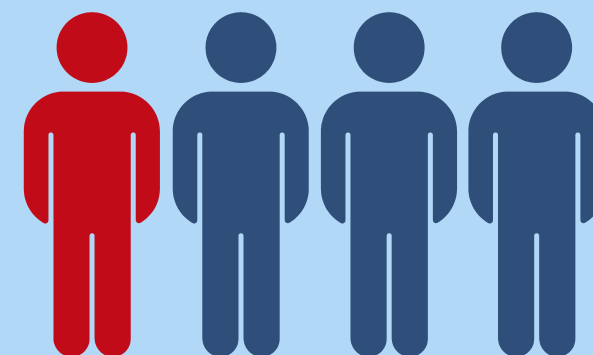
Características possíveis de serem encontradas em pacientes com o transtorno.

- Medo relacionado a acontecimentos futuros;
- Preocupação aparentemente desproporcional (exagerada) e persistente;
- Esquiva;
- Condição não intencional;
- Foge do controle racional.



ANSIEDADE

Cerca de um quarto dos pacientes que sofreram AVC podem desenvolver ansiedade.



A ansiedade não é um fenômeno unitário -> corresponde a diferentes categorizações (Ex.: fobia social; transtorno do pânico; agorafobia).

ANSIEDADE

Anxiety After Stroke The Importance of Subtyping

Ho-Yan Yvonne Chun, MBBS; William N. Whiteley, PhD; Martin S. Dennis, MD;
Gillian E. Mead, MD; Alan J. Carson, MD

Background and Purpose—Anxiety after stroke is common and disabling. Stroke trialists have treated anxiety as a homogenous condition, and intervention studies have followed suit, neglecting the different treatment approaches for phobic and generalized anxiety. Using diagnostic psychiatric interviews, we aimed to report the frequency of phobic and generalized anxiety, phobic avoidance, predictors of anxiety, and patient outcomes at 3 months poststroke/transient ischemic attack.

Methods—We followed prospectively a cohort of new diagnosis of stroke/transient ischemic attack at 3 months with a telephone semistructured psychiatric interview, Fear Questionnaire, modified Rankin Scale, EuroQol-5D5L, and Work and Social Adjustment Scale.

Results—Anxiety disorder was common (any anxiety disorder, 38 of 175 [22%]). Phobic disorder was the predominant anxiety subtype: phobic disorder only, 18 of 175 (10%); phobic and generalized anxiety disorder, 13 of 175 (7%); and generalized anxiety disorder only, 7 of 175 (4%). Participants with anxiety disorder reported higher level of phobic avoidance across all situations on the Fear Questionnaire. Younger age (per decade increase in odds ratio, 0.64; 95% confidence interval, 0.45–0.91) and having previous anxiety/depression (odds ratio, 4.38; 95% confidence interval, 1.94–9.89) were predictors for anxiety poststroke/transient ischemic attack. Participants with anxiety disorder were more dependent (modified Rankin Scale score 3–5, [anxiety] 55% versus [no anxiety] 29%; $P<0.0005$), had poorer quality of life on EQ-5D5L, and restricted participation (Work and Social Adjustment Scale: median, interquartile range, [anxiety] 19.5, 10–27 versus [no anxiety] 0, 0–5; $P<0.001$).

Conclusions—Anxiety after stroke/transient ischemic attack is predominantly phobic and is associated with poorer patient outcomes. Trials of anxiety intervention in stroke should consider the different treatment approaches needed for phobic and generalized anxiety. (*Stroke*. 2018;49:556–564. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.020078.)

Key Words: anxiety ■ ischemic attack, transient ■ neuropsychiatry ■ phobic disorders ■ stroke

- Após um AVC, pessoas mais jovens
- estão mais sucintas ao transtorno;
- A ansiedade pós-AVC é mais encontrada em homens;
- Não foram encontradas associações pertinentes em relação ao local da lesão e à incidência do transtorno.



ANSIEDADE

Padrão de comportamento evitativo em relação a:

- Situações sociais;
- Situações que impliquem em esforço físico;
- Relação sexual;
- Ficarem sozinhos em casa;
- Participarem de atividades que estejam relacionadas ao medo de terem dor de cabeça, outro AVC ou queda.



ANSIEDADE

Padrão de comportamento evitativo em relação a

- Maior dependência;
- Menor qualidade de vida;
- Menor participação social.



Processo de reabilitação

ANSIEDADE

Principais características encontradas em pacientes pós-AVC que possuem transtorno de ansiedade:

- Pensamentos insistentes sobre preocupações;
- Medo e nervosismo constantes;
- Sensação de que vai acontecer alguma coisa ruim consigo ou com os outros;
- Inquietação;
- Dificuldade para se concentrar;
- Irritabilidade;
- Problemas para dormir;
- Queixa de sensações corporais indesejadas como: aceleração do coração, boca seca, tremores, dificuldade para respirar, sensação de sufocamento, calor, desconforto no estômago, tensão muscular;
- Sensação de morte iminente.



DEPRESSÃO

- Atinge cerca de 33% das pessoas no primeiro ano após o ictus;
- Variabilidade de motivos que explicam a coexistência da depressão com o AVC: alguns mais diretamente ligados ao evento da doença e outros não.



DEPRESSÃO

Motivos diretamente ligados ao evento da doença de AVC:

- Depressão ocorrendo como uma reação psicológica ao AVC;
- Depressão ocorrendo devido à alguma lesão provocada pelo AVC em circuitarias neuronais relacionadas à regulação do humor e comportamento emocional (Ex.: região frontal anterior esquerda e os gânglios da base).



DEPRESSÃO

Motivos indiretamente ligados ao evento da doença de AVC:

- Depressão ocorrendo como uma continuação de um diagnóstico depressivo que já era prévio ao evento do AVC;
- Depressão ocorrendo após o AVC, mas por outros motivos pessoais que não tenham relação com a doença;
- Depressão vinculada ao AVC como um fator de risco que facilitou o surgimento da doença.



DEPRESSÃO

A depressão pode:

- Ocorrer independentemente da gravidade do AVC e dos prejuízos funcionais;
- Atingir pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e com diferentes históricos de vida e situações socio-demográficas;
- Durar meses, anos ou a vida inteira;
- Se manifestar em diferentes graus de intensidade: leve, moderado e grave;
- Demonstrar seus primeiros sinais e sintomas a partir de duas semanas do evento do AVC.



DEPRESSÃO

A depressão está relacionada a um pior prognóstico para as pessoas sobreviventes de AVC quando não tratada!!



DEPRESSÃO

Principais características dos prejuízos causados pela depressão pós-AVC:

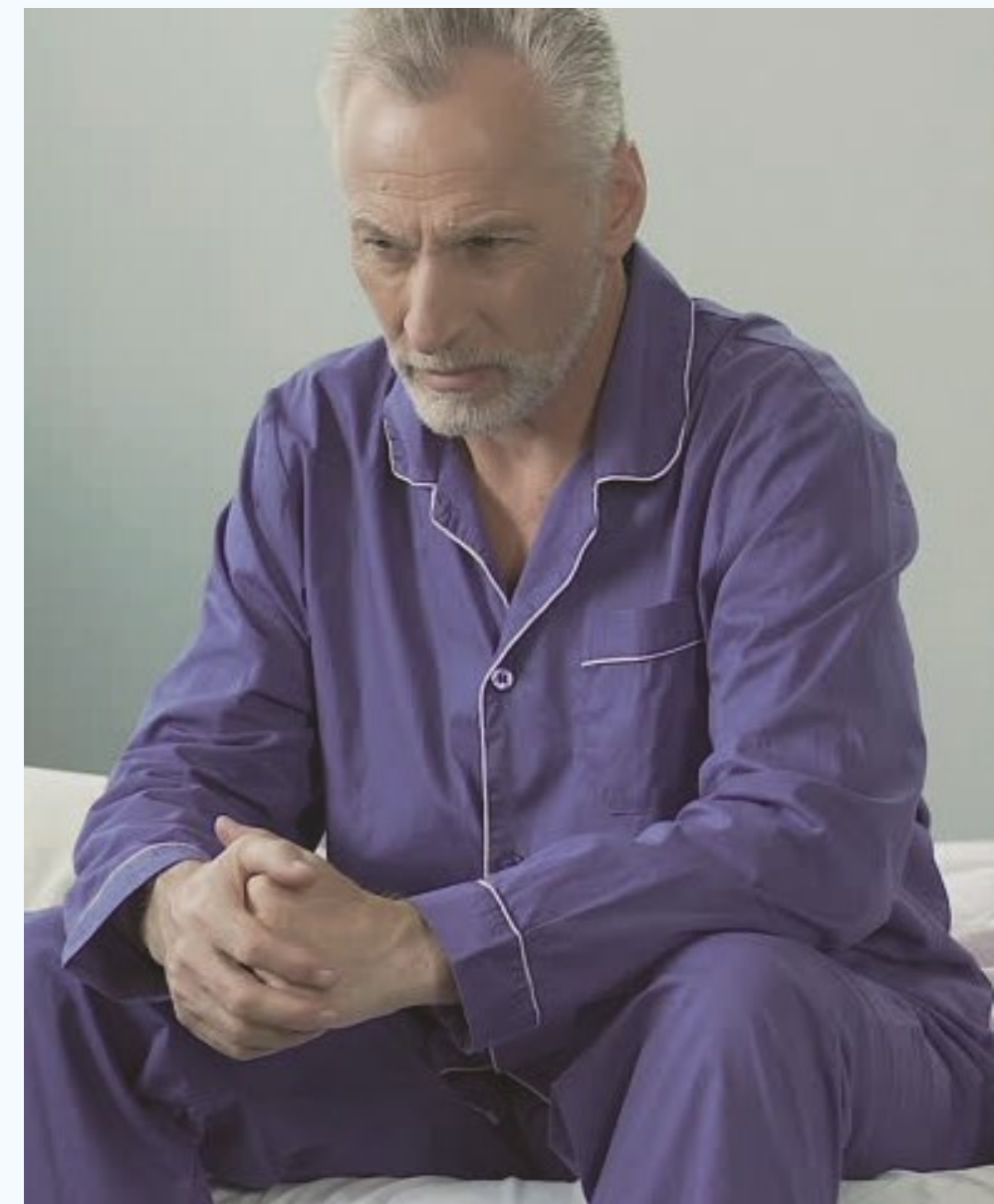
- Tristeza intensa;
- Desesperança;
- Sentimentos de inutilidade;
- Sentimento de culpa;
- Falta de prazer nas atividades que faz;
- Fadiga;
- Diminuição da libido;
- Falta de interesse no mundo a sua volta (isolamento social);
- Alterações no ritmo sono-vigília (sono em excesso ou insônia);
- Alterações no apetite (apetite aumentado ou reduzido);
- Pouca energia ou muita agitação;
- Baixa autoestima.



APATIA

Distúrbio emocional caracterizado principalmente por:

- Falta de motivação;
- Falta de iniciativa;
- Falta de espontaneidade generalizada;
- Baixa responsividade aos estímulos.



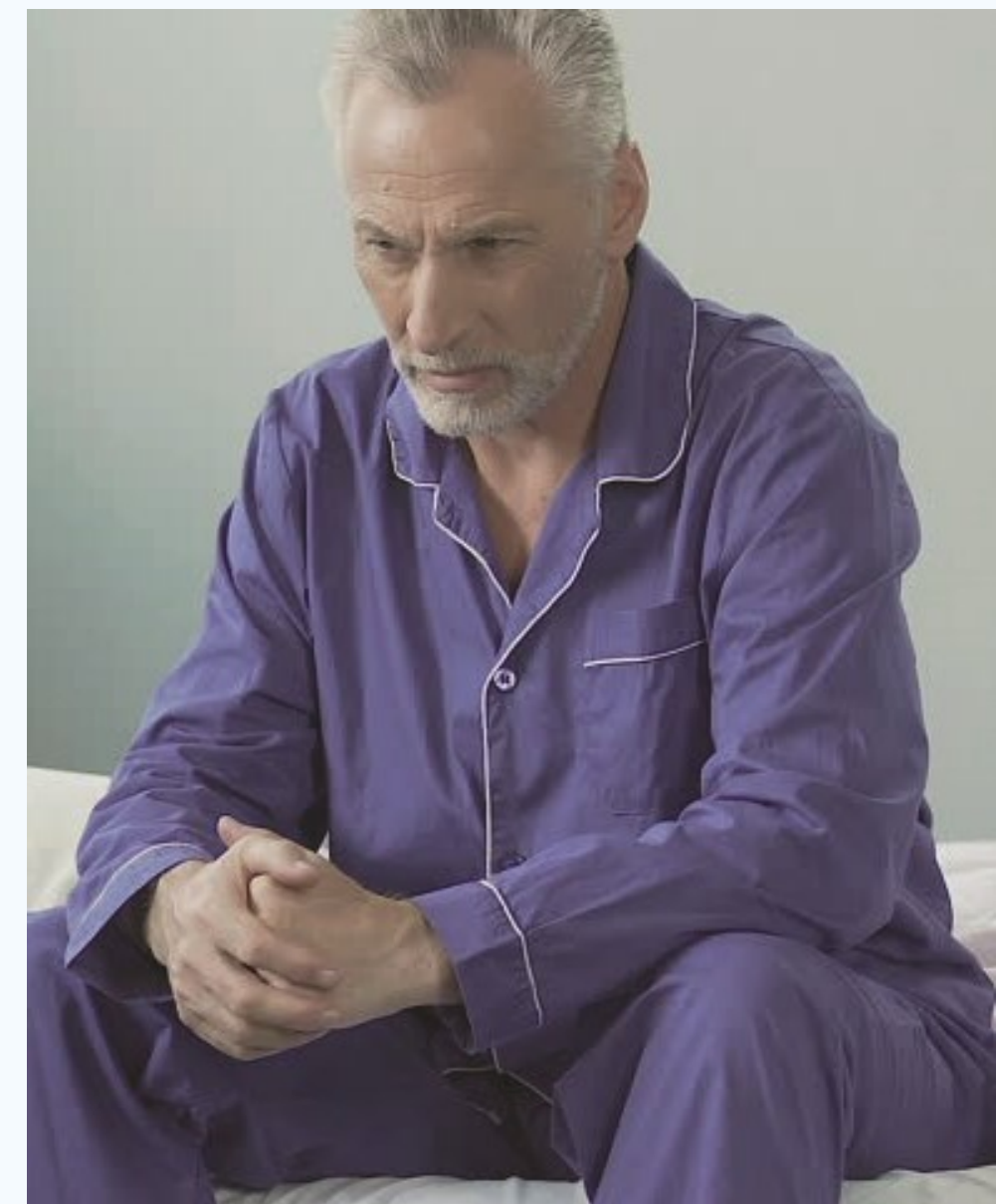
APATIA

Pessoas com o distúrbio de apatia podem aparentar desatenção e insensibilidade.



APATIA

- Nem sempre a apatia é apenas um sintoma do transtorno de depressão ou uma consequência relacionada aos déficits cognitivos;
- A apatia pode surgir como uma entidade clínica independente, que pode ocorrer em concomitância a outras condições de saúde, ou de forma isolada.



ANSIEDADE

A Longitudinal View of Apathy and Its Impact After Stroke

Nancy E. Mayo, PhD; Lesley K. Fellows, MD, DPhil; Susan C. Scott, MSc;
Jill Cameron, PhD; Sharon Wood-Dauphinee, PhD

Background and Purpose—Stroke survivors are often described as apathetic. Because apathy may be a barrier to participation in promising therapies, more needs to be learned about apathy symptoms after stroke. The specific objective was to estimate the extent to which apathy changes with time over the first year after stroke and the impact of apathy on recovery.

Methods—The Apathy Assessed cohort was formed from stroke survivors participating in a longitudinal study of health-related quality of life after stroke. A family caregiver completed an apathy questionnaire by telephone at 1, 3, 6, and 12 months after stroke (n=408). Group-based trajectory modeling and ordinal regression were used to identify distinctive groups of individuals with similar trajectories of apathy over the first year after stroke and predictors of apathy trajectory.

Results—Both 3- and 5-group trajectory models fit the data. We used the 5-group model because of the potential to further explore the apathy construct. The largest group (50%) had low apathy and 33% had minor apathy that remained stable throughout the first year after stroke. A small proportion (3%) of the study sample had high apathy that remained high. Two other groups of almost equal size (7%) showed worsening and improving apathy. Poor cognitive status, low functional status, and high comorbidity predicted higher apathy. High apathy had a significant negative effect on physical function, participation, health perception, and physical health over the first 12 months after stroke.

Conclusion—Some degree of apathy was prevalent and persistent after stroke and was predicted by older age, poor cognitive status, and low functional status after stroke. Even a minor level of apathy had an important and statistically significant impact on stroke outcomes. (*Stroke*. 2009;40:3299-3307.)

Key Words: depression ■ function ■ motivation ■ stroke

- De 19 a 55% dos pacientes podem desenvolver apatia;
- Está relacionada à lesões pós-AVC no lobo frontal, nos gânglios da base ou nos trechos que envolvem a comunicação entre essas regiões.



ANSIEDADE

Apathy Following Stroke

Ricardo E Jorge, MD¹; Sergio E Starkstein, MD²; Robert G Robinson, MD³

Objective: We will review the available evidence on the frequency, clinical correlates, mechanism, and treatment of apathy following stroke.

Methods: We have explored relevant databases (that is, PubMed, MEDLINE, and PsycINFO) using the following key words and their combinations: apathy, motivation, abulia, stroke, cerebrovascular disease, basal ganglia, prefrontal cortex, anterior cerebral infarction, and thalamus.

Results: The frequency of apathy following stroke has been consistently estimated between 20% and 25%. It appears to be associated with the presence of cognitive impairment, a chronic course characterized by progressive functional decline, and with disruption of neural networks connecting the anterior cingulate gyrus, the dorsomedial frontal cortex, and the frontal pole with the ventral aspects of the caudate nucleus, the anterior and ventral globus pallidus, and the dorsomedian and intralaminar thalamic nuclei. Published treatment studies have been mostly limited to anecdotal case reports, generally using dopamine agonists or stimulant medications. Cholinesterase inhibitors and nefiracetam may significantly reduce apathetic symptoms. However, their efficacy was examined in relatively small clinical trials that require replication.

Conclusion: Apathy is a frequent neuropsychiatric complication of stroke that, although often associated with depression and cognitive impairment, may occur independently of both. Its presence has been consistently associated with greater functional decline. However, there is no conclusive evidence about which is the best treatment for this condition.

Can J Psychiatry. 2010;55(6):350–354.

- A apatia pós-AVC costuma atingir os pacientes mais velhos, com maiores prejuízos cognitivos;
- Pacientes com apatia apresentavam maior dependência funcional;
- Pacientes sem doença cerebrovascular prévia apresentam risco inferior a desenvolverem apatia.

(Caeiro et al. 2012)

APATIA

A apatia pode representar um grande empecilho no processo de reabilitação do paciente pós-AVC e na saúde do seu convívio familiar e social.



APATIA

Principais características encontradas em pacientes pós-AVC que possuem apatia:

- Aspecto de indiferença a estímulos emocionais e/ou físicos;
- Falta de expressividade e reatividade (aspecto de desânimo constante);
- Pouca ou nenhuma demonstração de afeto, tanto positivos como negativos;
- Falta de disposição e atitude para iniciar tarefas;
- Aspecto de desânimo constante;
- Impossibilidade de iniciar diálogos ou de realizar questionamentos;
- Tendência à imobilidade;
- Movimentos com aspecto lentificado;
- Tendência à precariedade do autocuidado e ao isolamento.



DESREGULAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL

O “Transtorno da Expressão Emocional Involuntária” (TEEI) ou, ainda, “Afeto Pseudobulbar”, é uma condição caracterizada por prejuízos na capacidade de expressão emocional da pessoa afetada, apesar da sua vivência emocional se manter intacta.



DESREGULAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL

As principais manifestações desta patologia são:

- Episódios incontroláveis de choro, riso ou ambos;
- Podem ocorrer sem a presença de um estímulo-gatilho aparente, ou, mediante estímulos que, em condições neurológicas normais, não seriam capazes de gerar tais episódios.



DESREGULAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL

Os episódios do TEEI:

- Ocorrem de maneira repentina e incontável;
- São compostos por expressões faciais indistinguíveis do riso e/ou do choro comuns;
- Costumam ser inadequados à situação vivida e incongruentes ao verdadeiro humor da pessoa;
- A emoção expressa é claramente exagerada.



DESREGULAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL

- Grande variabilidade nas formas de manifestação do riso e/ou do choro;
- A desregulação da expressão emocional unicamente de choro é mais comum no TEEI, seguida pela de choro e riso;
- A desregulação da expressão emocional unicamente de riso é bem menos frequente no TEEI.



DESREGULAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL

- O TEEI pode se manifestar em uma frequência que varia de raras vezes por semana, até várias vezes ao dia;
- A pessoa acometida costuma ter consciência da sua condição;
- O TEEI é uma causa importante de stress, ansiedade e isolamento social.



ANSIEDADE



TRABALHO FINAL
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

**Riso e Choro Patológico no pós-AVC:
uma revisão da prevalência e do impacto
na qualidade de vida**

Tiago João de Freitas Ribeiro

- Primeiro mês após o ictus: 15% dos pacientes; entre o primeiro e o sexto mês: 18%; e a partir do sexto mês até o décimo oitavo mês: 11%;
- Condição mais observada em pacientes idosos;
- AVC's na região do bulbo medial e no lobo frontal, no território da artéria cerebral anterior, estariam mais propensos ao transtorno.



A principal diferença entre o TEEI e outros transtornos, como depressão e transtorno bipolar, é que a expressão emocional apresentada nestas outras condições é condizente ao humor real da pessoa, além de durar mais tempo.



DESREGULAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL

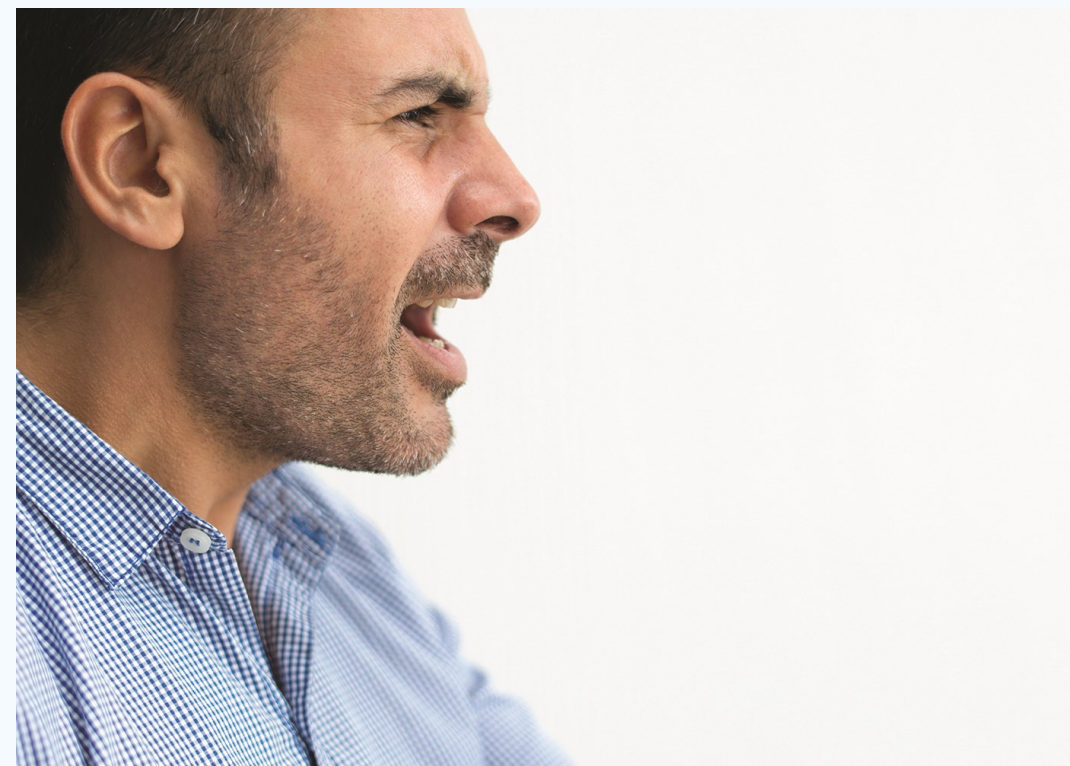
As principais características do TEEI pós-AVC são:

- A expressão emocional apresentada tem pouca ou nenhuma relação com o humor verdadeiro do indivíduo;
- Expressões emocionais exageradas e descontextualizadas;
- Crises de riso ou de choro passageiras, com duração de segundos ou minutos;
- As crises causadas pelo TEEI podem ocorrer a qualquer hora e em qualquer ambiente (demarcando uma tendência a provocar situações embaraçosas);
- O indivíduo é capaz de reconhecer seu comportamento como inadequado, porém incapaz de voluntariamente revertê-lo;
- E o indivíduo afetado pode sentir-se culpado, estranho, envergonhado e relutante a interagir com as outras pessoas.



MUDANÇAS NA PERSONALIDADE

- Manifesta-se através de mudanças comportamentais, geralmente demarcadas por comportamentos desinibidos, raiva, agressividade e desrespeito às regras sociais;
- Podem ocorrer como uma resposta às dificuldades psicológicas de adaptação à nova condição de vida, como também por danos no cérebro, especialmente nos circuitos neuronais da região pré-frontal.



MUDANÇAS NA PERSONALIDADE

Neuroscience & Medicine, 2012, 3, 83-89

<http://dx.doi.org/10.4236/nm.2012.31013> Published Online March 2012 (<http://www.SciRP.org/journal/nm>)



Psychological Problems after Stroke and Their Management: State of Knowledge

Ian I. Kneebone^{1,2,3*}, Nadina B. Lincoln⁴

¹National Health Service of Great Britain and Northern Ireland (NHS) Improvement-Stroke Team, London, UK; ²Department of Psychology, Surrey Community Health, Leatherhead, UK; ³Department of Psychology, University of Surrey, Guildford, UK; ⁴Institute of Work Health and Organisations, University of Nottingham, Nottingham, UK.
Email: *i.kneebone@nhs.net

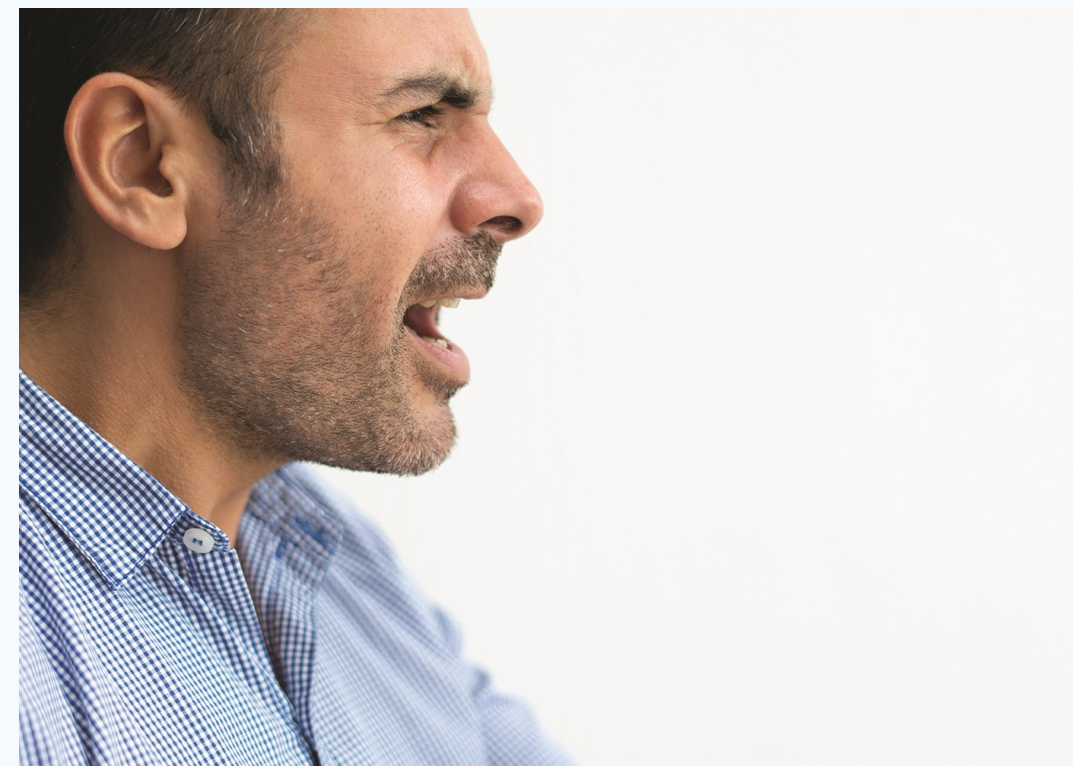
Received December 17th, 2011; revised January 19th, 2012; accepted February 8th, 2012

- Inabilidade para controlar a raiva;
- Varia desde um estado mais irritadiço até à agressão física e verbal;
- Presente em 17 a 35% dos pacientes na fase aguda pós-AVC;
- Principais características: desinibição sexual, comunicação agressiva e presença de demandas irrealistas de atenção e cuidado.



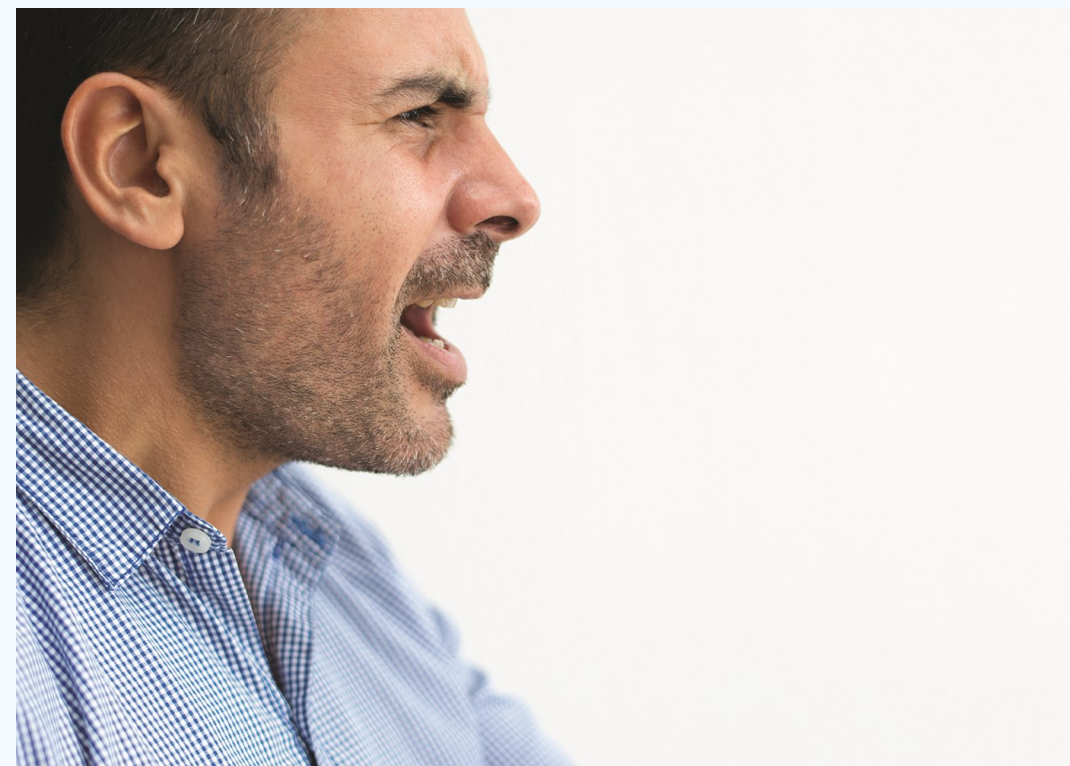
MUDANÇAS NA PERSONALIDADE

- A inability para controlar a raiva também pode estar associada a uma resposta individual ao comportamento de outras pessoas ou, ainda, a uma frustração relacionada aos déficits físicos provocados pelo AVC;
- Está correlacionada à presença de déficits cognitivos.



MUDANÇAS NA PERSONALIDADE

- Tendência a manter o novo padrão de comportamento na rotina diária;
- Os comportamentos são de difícil gerenciamento, tanto para o paciente como para as pessoas do seu entorno;
- Condição limitante à participação social e potencialmente perigosa às pessoas do convívio do paciente.



MUDANÇAS NA PERSONALIDADE

Características mais comuns ligadas às mudanças de personalidade após um AVC:

- Dificuldade ou incapacidade da pessoa notar e reconhecer as alterações na sua personalidade;
- Aumento do estresse, irritabilidade e agressividade;
- Perda de interesse em coisas que costumava gostar;
- Tomada de decisões impulsivas, sem considerar as consequências;
- Tendência a perder a paciência repentinamente e ficar com raiva de coisas que não costumavam desencadear tal reação antes do AVC;
- Em situações onde a raiva se transforma em agressão, a pessoa pode gritar, jogar objetos, ameaçar outras pessoas e tentar machucá-las;
- Menor inibição do comportamento.



REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO NACIONAL AVC. Efeitos psicológicos do Acidente Vascular Cerebral. Barcelos, 2018.
2. BURTON, C. Alexia Campbell et al. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. International Journal of Stroke, 2012.
3. CAEIRO, Lara; FERRO, José M.; COSTA, João. Apathy Secondary to Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cerebrovasc Dis, v. 35, p. 23-39, 2013.
4. CHUN, Ho-Yan Yvonne et al. Anxiety After Stroke The Importance of Subtyping. Stroke, v. 49, p. 556-564, 2018.
5. FERREIRA, Maria Gabriela Ramos. AVC e comprometimento emocional. Associação Brasil AVC – ABAVC, 2019.
6. IRONS, C. Depressão: saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.
7. JORGE, Ricardo E.; STARKSTEIN, Sergio E.; ROBINSON, Robert G. Apathy Following Stroke. La Revue canadienne de sychiatrie, v. 55, n. 6, p. 350-354, 2010.
8. KIM, J.S. et al. Inability to control anger or aggression after stroke. Neurology, v. 58, p. 1106–1108, 2002.
9. KNEEBONE, Ian I.; LINCOLN, Nadina B. Psychological Problems after Stroke and Their Management: State of Knowledge. Neuroscience & Medicine, v. 3, p. 83-89, 2012.



REFERÊNCIAS

10. LI, Wei et al. Anxiety in Patients With Acute Ischemic Stroke: Risk Factors and Effects on Functional Status. *Front. Psychiatry*, v. 10, 2019.
11. MAYO, Nancy E. et al. A Longitudinal View of Apathy and Its Impact After Stroke. *Stroke*, v. 40, p. 3299-3307, 2009.
12. PINTO, Oriana Correia; RIBEIRO, Lúcia. Depressão, Apatia e Alexitimia Secundários ao Acidente. *Psilogos*, v. 12, n. 2, p. 66-76, 2014.
13. POLLI, Caroline Beckert; CETRARO, Victoria Sciascia. Transtorno da expressão involuntária (TEEI). *Associação Brasil AVC - ABAVC*, 2019.
14. REIS, Catiele; FARO, André. Repercussões psicológicas após um Acidente Vascular Cerebral (avc): uma revisão de literatura. *Psic., Saúde & Doenças, Lisboa*, v. 20, n. 1, p. 16-32, mar. 2019.
15. RIBEIRO, Tiago João de Freitas. Riso e Choro Patológico no pós-AVC: uma revisão da prevalência e do impacto na qualidade de vida. 2017. 30 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.
16. ROSA, P. B. et al. Anger and stroke: a potential association that deserves serious consideration. *Acta Neuropsychiatrica*, 2016



REFERÊNCIAS

17. SCHNEIDER, M. A.; SCHNEIDER, M. D. Pseudobulbar affect: what nurses, stroke survivors, and caregivers need to know. *Journal of Neuroscience Nursing*, v. 49, n. 2, p. 114-117, abr. 2017.
18. TERRONI, Luisa de Marillac Niro et al. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Rev Psiquiatr. Clin.*, v. 36, n. 3, p. 100-108, 2009.
19. TERRONI, Luisa de Marillac Niro et al. Depressão pós-avc: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev Assoc Med Bras*, v. 49, n. 4, p. 450-459, 2003.
20. TOWFIGHI, Amytis. et al. Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA Journals*, Waltham, v. 48, n. 2, p. 30-43, fev. 2017.



PATROCÍNIO:
Medtronic

PARCEIRO:



Herois Contra o AVC



www.heroiscontraoavc.com

REALIZAÇÃO:



www.abavc.org.br

[/abavcoficial](#)

[/abrilavc](#)