

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
JOISE HELENA DE SOUZA LIMA

TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: RELATO DE CASO
COM TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

SÃO PAULO

2017

JOISE HELENA DE SOUZA LIMA

TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: RELATO DE CASO
COM TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

Monografia apresentada a
ALPHA/APH como Exigência para
obtenção do título de especialista
em Homeopatia.

Orientador: Dr. Mario Giorgi

SÃO PAULO

2017

Lima, Joise Helena de Souza

Transtorno explosivo intermitente: relato de caso com tratamento homeopático /Joise Helena de Souza Lima, -- São Paulo, 2017. 34p.

Monografia – ALPHA / APH, Curso de Especialização em Homeopatia.

Orientador: Mário Giorgi

1. Homeopatia 2. Tratamento homeopático 3. Transtorno Explosivo Intermitente

Dedicatória

A todos os professores da APH
em especial Mario e Jussara Giorgi
que me ampararam
nesta caminhada do inicio ao fim.

Agradecimentos

- Agradeço a Deus pela vida, toda espiritualidade superior em especial Dr Bezerra de Menezes cujo exemplo de vida é uma inspiração para o estudo e a prática da homeopatia.

- Agradeço ao meu Pai Juarez Reinaldo Jesus de lima e minha Mãe Wanda Martins de Souza lima por todo incentivo de uma vida.

-Agradeço aos meus irmãos Juarez Reinaldo de Souza Lima e Jocelin Thereza de Souza lima por sempre acreditarem em mim.

- Agradeço ao Dr Rajan Sankaran que nos ensinou a ver os pacientes de modo tão especial, ensinamento que ajudou a solucionar este e muitos outros casos.

- Agradeço aos meus pacientes por tudo que me ensinaram em todos estes anos.

RESUMO

Relato de caso de um paciente com diagnóstico de transtorno explosivo intermitente, fechando o diagnóstico pela CID X e DSM IV com melhora importante com o uso da homeopatia.

Palavra chaves: Homeopatia, Tratamento homeopático, Transtorno explosivo intermitente

ABSTRACT

Case report of a patient diagnosed with intermittent explosive disorder, closing the diagnosis by CID X and DSM IV with an important improvement with the use of homeopathy.

Key words: Homeopathy, Homeopathic treatment, Intermittent explosive disorder

ABREVIATURAS

TEI: Transtorno Explosivo Intermitente

TCI: Transtorno do Controle de Impulsos

DA: dopamina

CID-X: Código Internacional das Doenças 10ª edição

DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição

DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais em sua 5ª edição

EEG: eletroencefalograma

SNC: Sistema Nervoso Central

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Objetivo.....	11
3. Metodologia	12
4. Transtorno explosivo intermitente.....	13
4.1 Referencial teórico	13
5. Critérios diagnósticos de Transtorno Explosivo Intermitente ou Transtorno do controle de Impulso	17
4.2 Características e transtornos associados.....	18
4.3 Características Específicas à Cultura e ao Gênero.....	19
4.4 Dados Estatísticos.....	19
4.5 Curso do transtorno explosivo intermitente	22
4.6 Diagnóstico Diferencial.....	23
4.7 Critérios Diagnósticos para CID X F63.8 – DSM-IV 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente	25
4.8 Abordagem Alopática do Transtorno Explosivo Intermitente.....	26
6. Homeopatia	27
7. Relato de caso	29
4.9 <i>Cocaínum</i>	36
4.10 Relação entre o uso abusivo de cocaína e alteração de comportamento	37
4.11 Outras medicações homeopáticas importantes no tratamento do transtorno explosivo intermitente	38
8. Conclusão.....	41
Referências	42

1. INTRODUÇÃO

O transtorno explosivo intermitente tem uma prevalência importante com grandes prejuízos sociais as pessoas que sofrem com estes sintomas e também trazendo problemas de convivência aos familiares e pessoas próximas a estes pacientes. As opções de tratamentos alopáticos e psicoterapias tem impacto superficial na maior parte dos casos sendo necessária a busca de novas abordagens para apoio a estes pacientes.

2. OBJETIVO

Apresentar a Homeopatia como uma terapêutica importante e com grande eficiência para os pacientes que são acometidos do Transtorno explosivo intermitente.

3. METODOLOGIA

Descrição do caso clínico de um paciente atendido em clínica particular de em regime ambulatorial e revisão bibliográfica em livros textos de homeopatia e publicações de artigos científicos através do LILAC, IBECs, MEDLINE, SCIELO, HOMEINDEX.

4. TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

4.1 Referencial teórico

O Transtorno explosivo intermitente , muitas vezes também chamado de Transtornos do controle dos impulsos (TCIs) tem seus primeiros textos Em 1838, quando Jean Etienne Esquirol já descrevia os comportamentos impulsivos como irresistíveis e sem motivo aparente, denominando-os de monomanias instintivas. (Sadock BJ, Sadock VA. 2008). Esquirol deu o nome de monomania identificando assim : “pacientes que apresentavam um transtorno focal da mente, que em todos os outros aspectos encontrava-se intacta.” (Tavares H. 2008) . Em 1913, Karl Jaspers, identificou três fenômenos independentes que têm como embasamento a falha na ponderação e no poder de decisão do indivíduo, sendo eles

- O impulso primário, sem conteúdo e sem direção
- O instinto natural que tende inconscientemente a um fim
- O ato de vontade que produz representações conscientes de finalidade, com conhecimento dos meios e das consequências (ABREU CN, TAVARES H, CORDÁS TA. 2008)

Em 1915 Freud, descreve que os instintos são impulsos primários e os demais impulsos são derivados dos primeiros, os quais vão sendo elaborados ao longo do desenvolvimento psíquico. A impulsividade primária pode ser dividida em dois fenômenos: falha de hesitação sobre os desejos e apetite, e falha de hesitação sobre comportamentos agressivos e destrutivos. Segundo Freud, a finalidade do instinto é sempre a satisfação, que somente pode ser alcançada pela supressão do

estado de estimulação da fonte do instinto.(Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. 2008.)

A partir de 1990, pesquisas sugeriram que os TCIs poderiam ser considerados como parte de um transtorno obsessivo-compulsivo, devido sua transmissão familiar, características clínicas e respostas semelhantes às terapias farmacológicas e psicossociais. Porém, ao longo do tempo essa hipótese foi sendo modificada ao se observar que os transtornos de espectro obsessivo-compulsivo tinham aversão a riscos e superestimação de danos, o que ocorria de forma contrária nos TCIs. (DELL'OSSO B; ALTAMURA AC; ALLEN A; MARAZZITI D; HOLLANDER E. 2006).

Apesar das pesquisas, ainda há muitas controvérsias quanto à natureza destes transtornos, o que os leva a ser um dos temas tratados com menor diligência na atual classificação psiquiátrica. A bulimia nervosa, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno afetivo bipolar e o transtorno da personalidade borderline, apresentam a impulsividade nas suas formulações diagnósticas, o que leva a disparidades diagnósticas entre os psiquiatras. (ABREU CN, TAVARES H, CORDÁS TA. 2008.)

A característica principal dos TCIs é a falha em resistir a um ímpeto de realizar algum ato que é precedido por uma tensão crescente. As experiências de prazer, gratificação ou alívio que invadem o indivíduo durante ou após o ato, não minimizam as consequências, pois na grande maioria dos casos, tal ato exerce efeito prejudicial para o próprio ou para terceiros. Como reações após o ato, são tomadas uma das duas seguintes atitudes cognitivas: culpar a si mesmo; ou culpar as circunstâncias em sua vida, a vítima, ou uma terceira parte como causadora de sua raiva descontrolada, com o propósito de aliviar sua culpa . (SAHA A. 2010). Os

portadores de TCIs apresentam alto risco para desenvolver outros transtornos como, transtornos do humor, transtornos alimentares e transtornos de ansiedade. Acreditava-se que, historicamente, esses distúrbios eram incomuns, porém estudos mais recentes mostram a crescente prevalência de alguns deles. (Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. 2008.) Em relação aos fatores psicodinâmicos, Otto Fenichel explica que na tentativa de dominar a culpa, a depressão, a ansiedade e outros fatores doloroso, surge o comportamento impulsivo. Essas ações, para quem observa, podem parecer irracionais, mas são apenas tentativas de amenizar a dor, produzindo uma gratificação intensa para quem a realiza. (Sadock BJ, Sadock V.A. 2008) O envolvimento de uma pessoa em situações com conduta agressiva na infância, como pais com dificuldade de controlar seus próprios impulsos, têm uma inferência importante no âmbito psicossocial, para o funcionamento adaptativo na infância e na idade adulta. (Murray-Close D, Ostrov JM, Nelson DA, Crick NR, Coccaro EF. 2010) Dentre os fatores biológicos, experimentos mostraram que o sistema límbico é o maior responsável pelas atividades impulsivas e violentas. Uma íntima relação com níveis baixos do ácido 5-hidroxiindolacético e agressividade impulsiva, também foi encontrada em pessoas que cometeram suicídio. Alguns hormônios, principalmente a testosterona, também foram associados a esse tipo de comportamento agressivo. (Sadock BJ, Sadock VA. 2008) A serotonina (5-HT), pode causar uma desregulação afetiva e um comportamento impulsivo quando sua função está reduzida, define-se como um dos principais neurotransmissores relacionados aos TCIs. O envolvimento da dopamina (DA) provém de estudos em pacientes com doença de Parkinson, especialmente os que faziam uso de agonistas dopaminérgicos. Um levantamento com 297 pacientes com doença de Parkinson, encontrou uma prevalência de TCIs em 13,7% dos pacientes expostos a agonistas

de DA e 6,1% na amostra total. (Williams WA, Potenza MN. 2008) Ainda sob a ótica dos fatores biológicos, o traumatismo crânio-encefálico mostrou ter relação com o desenvolvimento de comportamento impulsivo em indivíduos que tiveram a área do córtex frontal acometida. O uso de substâncias psicoativas, principalmente quando duas ou mais são associadas, parece estar interligado com a impulsividade. (Saha 2010) Dessa forma, a etiologia dos TCIs caracteriza-se como multifatorial, apesar de o fator causal primário ainda permanecer desconhecido. (SADOCK BJ, SADOCK VA. 2008).

5. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE OU TRANSTORNO DO CONTROLE DE IMPULSO

O Transtorno do controle dos impulsos ou transtorno explosivo intermitente esta descrito na CID X e DSM-IV e mais recentemente na DSM-V sendo descrito na CID-X F63.8 ,no DSM-IV 312.34 e mais recentemente no DSM-V o transtorno inclui agressões verbais não destrutivas.

A característica essencial do **Transtorno Explosivo Intermitente** é a ocorrência de episódios definidos de fracasso em resistir a impulsos agressivos, acarretando sérios atos agressivos ou a destruição de propriedades (**Critério A:** Diversos episódios distintos de fracasso em resistir a impulsos agressivos, resultando em atos agressivos ou destruição de propriedade). O grau de agressividade expressada durante um episódio é amplamente desproporcional a qualquer provocação ou estressor psicossocial desencadeante (**Critério B :** O grau de agressividade expressada durante os episódios está nitidamente fora de proporção com quaisquer estressores psicossociais desencadeantes).

Um diagnóstico de **Transtorno Explosivo Intermitente** somente é feito depois de descartados outros transtornos mentais que poderiam explicar os episódios de comportamento agressivo (**Critério C:** Os episódios agressivos não são melhor explicados por outro transtorno mental por ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Episódio Maníaco, Transtorno da Conduta ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, nem se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma

substância por ex., droga de abuso, medicamento ou de uma condição médica geral por ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer).

O indivíduo pode descrever os episódios agressivos como "surtos" ou "ataques" nos quais o comportamento explosivo é precedido por um sentimento de tensão ou excitação, sendo imediatamente seguido por uma sensação de alívio. Posteriormente, o indivíduo pode sentir remorso, arrependimento ou embaraço pelo comportamento agressivo.

4.2 Características e transtornos associados

O transtorno pode ter como consequência a perda do emprego, suspensão escolar, divórcio, dificuldades com relacionamentos interpessoais, acidentes (por ex., em veículos), hospitalização (por ex., em virtude de ferimentos sofridos em lutas ou acidentes) ou detenções legais.

Achados laboratoriais associados. Pode haver achados de EEG inespecíficos (por ex., lentificação) ou evidências de anormalidades na testagem neuropsicológica (por ex., dificuldade com inversão de letras). Sinais de alterações do metabolismo da serotonina têm sido encontrados no liquor de alguns indivíduos impulsivos e sujeitos a ataques coléricos, mas o relacionamento específico desses achados com o Transtorno Explosivo Intermitente não está claro.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Pode haver achados inespecíficos ou "leves" nos exames neurológicos (por ex., assimetrias reflexas ou movimentos espelhados). Dificuldades de desenvolvimento indicativas de disfunção cerebral podem estar presentes (por ex., fala atrasada ou fraca coordenação).

Uma história de condições neurológicas (por ex., traumatismo craniano, episódios de inconsciência ou convulsões febris na infância) pode estar presente. Entretanto, se o clínico considera que o comportamento agressivo é consequência dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral diagnosticável, o Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral apropriado deve ser diagnosticado (por ex, Alteração de Personalidade Devido a Traumatismo Craniano, Tipo Agressivo; Demência do Tipo Alzheimer, Início Precoce, Sem Complicação, Com Perturbação do Comportamento).

4.3 Características Específicas à Cultura e ao Gênero

O amok caracteriza-se por um episódio de comportamento violento agudo e incontrolado para o qual a pessoa afirma ter amnésia. Embora seja tradicionalmente visto nos países do sudeste da Ásia, há relatos de amok no Canadá e nos Estados Unidos. À diferença do **Transtorno Explosivo Intermitente**, o amok tipicamente ocorre como um episódio isolado, ao invés de constituir um padrão de comportamento agressivo, e frequentemente está associado com aspectos dissociativos proeminentes. O comportamento violento episódico é mais comum em homens do que em mulheres.

4.4 Dados Estatísticos

Segundo Fincham e outros, (Fincham D, Grimsrud A, Corrigan J, Williams DR, Seedat S, Stein DJ, et al.2009) em um estudo com amostra de 9.282 norte-americanos com idades entre 18 anos ou mais, 7,3% preencheram critérios para TEI durante a vida e 3,9% preencheram critérios para TEI nos últimos 12 meses. Outro

estudo, com amostra de 4.134 japoneses, no período de 2002-2006, diagnosticou o TEI em 52 homens e 28 mulheres M.(Yoshimasu K, Kawakami N. 2011) De acordo com a 5ª edição do DSM, lançado em 2013, a prevalência do TEI nos Estados Unidos, no período de um ano, foi de 2,7%. A prevalência é maior em indivíduos jovens, com menos de 40 anos, em relação aos indivíduos mais velhos, com mais de 50 anos. Ressalta-se ainda que o nível de escolaridade da maioria dos portadores deste transtorno está localizado abaixo do nível médio. Segundo Sadock & Sadock (Sadock BJ, Sadock VA. 2008) em 2004, um estudo com pessoas internadas em hospital psiquiátrico universitário identificou-se que cerca de 2% tinham o TEI diagnosticado e destes, 80% eram homens. Um dos mais importantes preditores de comportamento violento de forma isolada, representado por 24% dentre os fatores de risco, é a exposição à violência, principalmente na infância. (Yoshimasu K, Kawakami N.2011) Um estudo com 2.554 Latinos, entre eles cubanos, porto-riquenhos e mexicanos, no período de 2002-2003, concluiu que 5,8% preenchiam critérios para TEI durante a vida e 4,1% nos últimos 12 meses. Os homens apresentaram 1,4 vezes mais probabilidades de ter TEI durante a vida do que as mulheres. Os solteiros tinham 1,5 vezes mais chances do que os casados e os desempregados tiveram 2,39 vezes mais probabilidades do que os empregados. (Ortega AN, Canino G, Alegria M.2008) Em contrapartida, no Timor-Leste, foi feito um levantamento com 2.964 pessoas onde a taxa de TEI para as mulheres (12,2%) foi o dobro para os homens (6,6%). A explicação para esse contraste com os outros estudos está na qualidade de vida das mulheres timorenses. A pobreza, as experiências traumáticas como estupros, casamentos forçados, perda de filhos e maridos confirmam a etiologia psicossocial do TEI .(Rees S, Silove D, Verdial T, Tam N, Savio E, Fonseca Z, et al. 2013) No período de 2001-2004, foi realizada

uma pesquisa com 10.148 adolescentes com idade entre 13 a 17 anos onde o TEI foi diagnosticado em 7,8% da amostra. Destes, o transtorno mostrou associação com vários outros distúrbios psiquiátricos. Em relação à ordem cronológica de aparecimento das associações, o TEI ocorreu antes do início dos distúrbios por uso de substância em 92%-92,6%, antes dos transtornos depressivos, transtornos de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático em 48,8%-55,6% dos casos, e antes do transtorno do pânico em 45,6%. Já a maioria dos casos de associações com fobias, estas ocorreram antes do desenvolvimento do TEI. (McLaughlin KA, Green JG, Hwang I, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. 2012). Em 2006, a estimativa de pessoas com TEI, nos EUA, era de 1,4 milhões de pessoas, e de 10 milhões as que preencheram os critérios diagnósticos, mas apenas em algum momento da sua vida. Essa crescente prevalência pode refletir as mudanças nos critérios diagnósticos do DSM, além do aumento da procura dos portadores pelo tratamento, que é a hipótese menos provável. (Dell’Osso B; Altamura AC; Allen A; Marazziti D; Hollander E. 2006) Porém, mesmo com as pesquisas citadas acima sobre a prevalência e o perfil dos diagnosticados, ainda há poucos diagnósticos desta condição na prática clínica. Estudos indicam que dos indivíduos diagnosticados com o TEI, poucos procuram os ambulatórios de psiquiatria para tratamento mascarando, dessa forma, a real prevalência do transtorno. (Fincham D, Grimsrud A, Corrigan J, Williams DR, Seedat S, Stein DJ, et al. 2009) (Galvão 2015)

4.5 Curso do transtorno explosivo intermitente

As explosões podem ser de forma física ou verbal, devendo ocorrer pelo menos duas vezes por semana, em um período de três meses. Porém, quando há destruição de propriedade ou danos físicos a terceiros, para ser caracterizadas como TEI, estas devem ocorrer em uma frequência de três vezes ao ano. Os ataques impulsivos não podem ser melhor explicados por outros transtornos mentais, mas o TEI pode ser diagnosticado em adição a alguns deles como o transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção, autismo, entre outros. (American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.) Estas explosões agressivas no TEI são de início rápido durando menos de 30 minutos e, normalmente, apresentam pouco ou nenhum pródromo.. (Coccaro 2012) Diante das repetidas explosões de agressividade, iniciam-se os conflitos familiares, busque ajuda ou caia fora. (American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.) Por isso, a associação do TEI com outros tipos de transtornos, provavelmente, não possui relação direta. É mais provável que as consequências sociais do TEI, como divórcio, vida estressante e dificuldades financeiras sejam propícias ao surgimento dos transtornos geralmente associados a essa patologia (Coccaro.2012.)

O diagnóstico do TEI não pode ser dado a indivíduos com idade inferior a seis anos ou aqueles entre 6-18 anos onde o comportamento se encaixa em um transtorno de ajustamento, ou ainda aqueles que cometem atos premeditados com alguma finalidade.(American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.) Foi observado que surtos de fúria ou violência em crianças estavam sendo encaminhados aos médicos psiquiatras e neurologistas para excluir possíveis diagnósticos de epilepsia ou autismo. Um estudo em Liverpool com 149 pacientes entre 7,5 e 10,3 anos, diagnosticou três meninos e duas meninas com TEI que estavam sendo tratados para epilepsia. Os autores esclarecem que a crise de fúria em uma crise convulsiva verdadeira, conhecida como “agressão ictal”, não deve ser confundida com o comportamento agressivo do TEI, pois aquelas são raras e ocorrem mais em crises parciais, sendo possível reconhecer durante a anamnese do paciente.(McTague A, Appleton R. 2010) Alguns autores estão levantando a hipótese de que o TEI pode ser uma manifestação de sintomas que ocorre em indivíduos vulneráveis ao estresse através de uma vasta diversidade de distúrbios. A associação do TEI com vários outros transtornos dá ênfase a essa hipótese. Segundo Ortega, o desemprego, e não o nível de renda tem maior probabilidade de desenvolver TEI, o que indica que as habilidades de enfrentamento podem compor o diagnóstico do TEI, ao invés de constituir um transtorno psiquiátrico único. (Yoshimasu K, Kawakami N. 2002-2006)

4.6 Diagnóstico Diferencial

Um comportamento agressivo pode ocorrer no contexto de muitos outros transtornos mentais. Um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente deve ser considerado apenas depois que todos os demais transtornos associados com impulsos ou comportamentos agressivos foram descartados.

Se o comportamento agressivo ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium, um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente não é dado. Da

mesma forma, quando o comportamento se desenvolve como parte de uma demência, um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente não é feito e o diagnóstico apropriado é de demência, com o especificador Com Perturbação do Comportamento.

O Transtorno Explosivo Intermitente deve ser diferenciado de uma Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Agressivo, que é diagnosticada quando o padrão de episódios agressivos é considerado devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral diagnosticável (por ex., um indivíduo que sofreu lesão cerebral por um acidente automobilístico e subsequentemente manifesta uma alteração da personalidade, caracterizada por surtos agressivos).

Uma história atenta e uma avaliação neurológica completa são úteis para esta determinação. Observe que anormalidades inespecíficas no exame neurológico (por ex., "sinais leves") e alterações do EEG inespecíficas são compatíveis com um diagnóstico de Transtorno Explosivo Intermitente e apenas excluem o diagnóstico se são indicativos de uma condição médica geral diagnosticável.

Ataques agressivos também podem ocorrer em associação com Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância, particularmente associadas com álcool, fenciclidina, cocaína e outros estimulantes, barbitúricos e inalantes. O clínico deve investigar com atenção a natureza e a extensão do uso de substâncias, e uma triagem de sangue e urina para drogas pode ser informativa.

O Transtorno Explosivo Intermitente deve ser diferenciado do comportamento agressivo e errático que pode ocorrer no Transtorno Desafiador de Oposição, Transtorno da Conduta, Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Episódio Maníaco e Esquizofrenia. Se o

comportamento agressivo é melhor explicado como um aspecto diagnóstico ou associado de outro transtorno mental, não é dado um diagnóstico separado de Transtorno Explosivo Intermitente.

Um comportamento agressivo pode ocorrer, naturalmente, quando nenhum transtorno mental está presente. O comportamento proposital distingue-se do Transtorno Explosivo Intermitente pela presença de motivação e vantagens no ato agressivo. Nos contextos forenses, os indivíduos podem simular um Transtorno Explosivo Intermitente para esquivar-se da responsabilidade por seu comportamento.

4.7 Critérios Diagnósticos para CID X F63.8 – DSM-IV 312.34

Transtorno Explosivo Intermitente

- A) diversos episódios distintos de fracasso em resistir a impulsos agressivos, resultando em atos agressivos ou destruição de propriedades.
- B) O grau de agressividade expressada durante os episódios está nitidamente fora de proporção com quaisquer estressores psicossociais desencadeantes.
- C) Os episódios agressivos não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Episódio Maníaco, Transtorno da Conduta ou Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), nem se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer).

4.8 Abordagem Alopática do Transtorno Explosivo Intermitente

Ainda não se conhecem tratamentos específicos para o transtorno e, muito menos, há uma cura definitiva. Mas, o controle a longo prazo pode ser feito através de psicoterapias (McCloskey MS, Noblett KL, Deffenbacher JL, Gollan JK, Coccaro EF. 2008) direcionadas no sentido de a pessoa aprender a detectar aquelas situações que desencadeiam as crises e evitá-las, ou aprender a enfrentá-las de modo menos agressivo.

Em relação aos tratamentos medicamentosos, existem alguns estudos que sugerem que possam ser úteis os estabilizadores de humor (Jones RM, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor PJ. 2011) , que são medicações usadas também no transtorno bipolar e em casos de depressão.

6. HOMEOPATIA

É um método de tratamento criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, em 1796, que se fundamenta na Lei dos Semelhantes, citada pelo Pai da Medicina Hipócrates no ano 450 a.C. Segundo esta lei, os semelhantes se curam pelos semelhantes, isto é, para tratar um indivíduo que está doente é necessário aplicar um medicamento que apresente (quando experimentado no homem sadio) os mesmos sintomas que o doente apresenta. Exemplificando: Se uma pessoa sã ingerir doses tóxicas de certa substância, irá apresentar sintomas como dores gástricas, vômitos e diarreia; se, por outro lado, for administrada essa mesma substância, preparada homeopaticamente, ao enfermo que apresenta dores gástricas, vômitos e diarreia, com características semelhantes àquelas causadas pela substância em questão, obtêm-se, como resultado, a cura desses sintomas.

Os medicamentos homeopáticos são preparados a partir de substâncias extraídas da natureza, provenientes dos reinos mineral, vegetal ou animal. Para que a substância da natureza seja usada como medicamento homeopático, é necessário prévio conhecimento de sua potencialidade curativa, através da experimentação no homem sã. Tais substâncias podem ser tanto tóxicas quanto inertes, desde que, quando experimentadas, ofereçam a melhor similitude aos sintomas da doença a ser tratada.

As preparações básicas dessas substâncias recebem o nome de tinturas-mãe e a partir delas são iniciados os processos das diluições sucessivas. No início de suas experiências, Hahnemann começou diluindo os medicamentos e verificou que, quanto mais diluía, minimizavam-se as reações indesejáveis. Percebeu também que ao fazer diluições sucessivas das substâncias e agitá-las

diversas vezes, obtinha sempre melhores resultados, foi assim que ele chegou às doses mínimas. Desta maneira, a toxicidade das substâncias é atenuada e o potencial curativo é aumentado. Ao processo de diluição seguido de agitação, damos o nome de dinamização (dynamis- vem do grego e significa força). Através da dinamização, se consegue despertar na substância a capacidade de agir sobre a força vital do organismo vivo.

7. RELATO DE CASO

Primeira consulta :19/07/2016

Nome: AFS 36 anos

Profissão : trabalha em área comercial , no momento desempregado

Estado Civil : casado um filho de 2 anos

Queixa Principal: sou muito ansioso

Paciente refere ser muito ansioso e explosivo esta em uso de escitalopram 10 mg sem melhora veio a consulta contrariado e a pedido da esposa. O paciente relata que quando contrariado atira objetos e que esta preocupado temendo por seu casamento pois sempre briga muito com a esposa e que as vezes esmurra a parede para não bater nela . E muito nervoso sempre teve temperamento explosivo, diz que sua família e assim mesmo mas que isto esta afetando a sua vida diária. Questiono se já bateu na esposa ele diz que não e nem quer pois se ela for embora e ruim para os negócios e se for preso e pior ainda por isso esta tentando se controlar . Refere que perdeu o emprego recentemente e a esposa também esta desempregada com isto os dois estão trabalhando em uma revista de bairro com propagandas pagas pelos anunciantes. ele diz que perdeu o emprego devido o temperamento nervoso." Eu sou muito ansioso, vou trabalhar e tem que ter trabalho, sem trabalhar a vida pra mim não existe e eu trabalho muito em um ritmo frenético , alias isto é um problema para mim não sei ficar parado , quando fui mandado embora foi a morte, nem tanto pelo salario, isto dou um jeito mas por ter que ficar em casa parado isto me apavora, não estou feliz agora pois a revista não é tão dinâmica quanto eu preciso e gosto." Eu peço para ele falar mais sobre isto ele diz "eu sou

elétrico e no trabalho eu tinha problemas com isto eu queria que as coisas fossem no meu tempo e para mim todos eram lerdos eu brigava com o chefe e os colegas por causa da lerdeza deles, por isso fui mandado embora." pergunto do relacionamento com a esposa ele diz " ela é ótima me atura e sei que não sou fácil mas já perdi a cabeça varias vezes e quando muito nervoso as vezes eu quebro as coisas da casa já atirei copo e pratos na parede até celular uma vez eu joguei porque ele não funcionava bem, ela as vezes me irrita pois as vezes ela é muito lerda e não tenho paciência nenhuma" O paciente pede para sair da sala diz que a consulta esta muito longa. " não sei pra que tanto bla bla bla pra trocar um remedinho eu sou duro na queda não é qualquer coisa que me derruba não, conversa um pouco com a minha esposa" . A esposa relata vários episódios que ao ser contrariado ele reagia com palavras agressivas , sem medir as consequências , e muitas vezes se arrependia depois ; diz que sempre tinha que ponderar as situações e que ele brigava muito com ela e também na igreja, com o grupo de musica , com a família e que ele perdera o emprego devido a impulsividade, cinismo e por ele querer impor sempre as vontades dele. Diz que ele briga por coisas banais como marca de manteiga , programas de TV entre outras coisas banais e que sempre briga no trânsito , a ponto de ter medo de deixar o seu filho sozinho com o paciente. A esposa refere que em casa ele e o filho de dois anos brigam como se o pai tivesse a mesma idade da criança e pede uma medicação para acalma-lo a noite, pois o sono é muito agitado e ela sempre acorda sendo chutada ou esmurrada. Conta de um jantar ressentido na casa dos sogros (pais do paciente) onde a falta de um tempero para salada deu uma grande briga onde eles saíram xingando e sendo xingados e todos ficaram mais de um mês sem se falarem. Refere

que a família do marido em especial o pai e a irmã do paciente são muito explosivos e costumam brigar muito e atirar objetos as mínimas contrariedades.

O paciente retorna pede desculpas e diz que não suporta esperar e que a consulta é muito demorada, senta-se e diz que : “pode passar a medicação que for sou como um cavalo, não me rendo fácil mas gostaria de ser menos ansioso.”

Peço para falar mais sobre a ansiedade o paciente responde falando rápido e atropelando as frases :” quero tudo pra ontem , não tenho paciência com nada no trabalho e no transito é pior, eu brigo no transito com os lerdos e no trabalho eu brigava pois queria do meu jeito e no meu tempo e todos são muito lerdos e eu perdia sempre a paciência “ Peço para ele me falar mais do que aconteceu no trabalho , ele diz “ eu ia fazer bombar eles não sabiam vender e conquistar clientes naquela firma , do meu jeito tudo seria rápido e iríamos explodir de vendas, como não foi do meu jeito mandei um email anônimo para o chefe falando as falhas de algumas pessoas, um colega que era mais meu amigo e a minha esposa falaram para eu não mandar , mas mandei assim mesmo , acho que descobriram que era eu , fui dispensado pouco tempo depois” . O paciente conta a situação rindo muito como se aquilo não fosse muito importante. E logo em seguida muda o tom. A esposa relata que o fato de perder o emprego fez o paciente se arrepender do que tinha feito , pois não suporta ficar sem trabalhar, ao ser demitido ficou 3 noites sem dormir pensando o que iria fazer foi onde resolveu dar impulso a ideia da revista de bairro e diz “eu sei fazer bombar tenho certeza que vai concorrer com as grandes revistas de bairro da cidade pretendo estender se possível inicialmente a outros bairros mas já sonhei com coisa muito grande mesmo tipo nível nacional e ate internacional. Tenho um amigo que mora no exterior quem sabe da certo”. A esposa reclama que ele as vezes quer que ela seja desonesta para que eles tenham lucros

e não cumpra os contratos como já estabelecidos e que isto as vezes é motivo de briga entre o casal; o marido justifica que precisa de dinheiro e diz “magine não pega nada não , o povo entende”.

Pergunto do sono diz que é agitado e que as vezes sonha que esta sendo perseguido e brigando, diz que já teve períodos de insônia e que não dorme muito ,tem épocas que sente-se disposto com quatro horas de sono . Calorento diz que sente-se melhor no inverno e que gosta muito de doces.

Diz que desde criança foi agitado e tinha problemas na escola “acho que tinha TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) mas naquela época não sabiam fazer diagnostico disso , eu não parava quieto na carteira e não gostava de estudar e se pudesse eu colava mesmo na prova”.

Nega uso de drogas e diz que só bebe socialmente e pouco, nega outras doenças inclusive doenças mentais, teve doenças típicas da infância . Refere que a sua família é estourada e que a irmã já recebeu diagnostico de transtorno afetivo bipolar.

Exame Físico : sem achados importantes

Repertorização do caso:

(repertório usado Ariovaldo Ribeiro Filho 2ª edição 2014)

Os sintomas escolhidos e repertorizados foram:

- 1) mental: moral falta de sentimento - sintoma diretor- pag 149 (2)
- 2) mental: obstinado cabeça dura -pag154 (2)
- 3)mental : industrioso - pag110 (2)
- 4)mental : ambição - pag 8 (1)
- 5)mental : loquacidade - pag 127 (2)
- 6) sono : inquieto - pag 1459 (2)

7) sono : insônia pag 1461 (1)

O resultado da repertorização foi:

Nux Vômica : cobrindo 7sintomas com 13 pontos

Stramonium : cobrindo 7sintomas com 11 pontos

Veratrum Album : cobrindo 7 sintomas com 9 pontos

Hyoscyamus niger : cobrindo 6 sintomas com 13 pontos

Tarentula Hispanica :cobrindo 6 sintomas com 12 pontos

Arsenicum Album : cobrindo 6 sintomas com 11 pontos

Sepia succus: cobrindo 6 sintomas com 11 pontos

Cocainum: cobrindo 6 sintomas com 8 pontos

Platina : cobrindo 6 sintomas com 8 pontos

Tendo como base a repertorização foi medicado com Nux Vomica 18ch 5 gotas pela manhã , e o paciente iniciou a medicação dois dias após a 1ª consulta.

1º retorno : 2/08/2016

O paciente relata que não fez diferença nenhuma, a esposa relata que ele continua agitado a noite e que esta semana brigou no transito várias vezes e que continua atirando objetos quando contrariado. Durante a consulta observei o modo de falar rápido do paciente, o tom de deboche a ansiedade sempre perguntando se ia demorar muito, a pouca importância com a honestidade , o calor pedindo para sair da sala pois estava quente, a expressão do rosto, sempre bravo como se nada estivesse bem, estava comendo bolacha doce e dizia que trocava uma refeição inteira só pela sobremesa.

Este comportamento costumo observar nos meus pacientes usuários de cocaína, em praticamente quase todos eles, todos eles tem esta questão da velocidade em relação ao outro, sempre reclamando que as pessoas não tem a sua velocidade . Vale lembrar que cocaína é a droga de escolha dos grandes empresários , cantores , políticos , caminhoneiros , ou seja pessoas que precisam trabalhar muito , com grande eficiência, atenção e rapidez pois em um primeiro momento aumenta a eficiência frente a varias tarefas, porém causa dependência sendo necessário cada vez mais droga para se ter a mesma eficiência e por fim os danos neurológicos pelo uso prolongado da droga . Perguntei novamente sobre o uso de drogas e ele negou novamente. Pedi para o paciente retornar no dia seguinte para estudar melhor o caso e orientei parar a medicação por enquanto.

Ao ler a matéria medica de cocaínum vi um retrato do meu paciente como ele se mostra no consultório, o calor, da fome da ansiedade e falta de sentido moral, loquacidade, ambicioso, industrioso e inquieto. Todas as matérias medicas que estudei apresentava um key note que não havia sido perguntado ao paciente a ilusão do pênis estar ausente. Observei que Cocaínum aparecia na repertorização do paciente cobrindo 6 dos 7 sintomas repertorizados.

O paciente retorna no dia seguinte e pergunto para ele especificamente sobre esta sensação do pênis não existir o paciente começou a rir muito e falou "doutora é uma loucura mas quando eu era adolescente era pior e depois isso parou de estressar , mas as vezes coloco a mão nele vejo que ele esta lá no mesmo lugar e isso passa; como você adivinhou isso? Não costumo falar disso com ninguém, parece que estou louco".

Precisei negociar com uma farmácia para fazer a medicação do paciente e uma semana após o paciente começou a tomar cocaínum 30ch 5 gotas pela manha.

1º retorno da segunda prescrição 23/08/2016

O paciente retorna dizendo "agora acho que acertaram comigo, realmente estou muito melhor". A esposa diz que ele não jogou mais nada em ninguém, brigou menos no trânsito e chuta menos a noite, agora só chuta quando assiste filmes violentos antes de dormir. O paciente relata que está muito menos ansioso e que está suportando melhor as pessoas ao redor.

2º retorno da segunda prescrição 27/09/2016

No segundo retorno o paciente disse "estou tomando 2 vezes por dia pois terei uma entrevista de emprego e preciso estar bem, mas estou realmente muito menos ansioso e suportando muito melhor as coisas". A esposa refere que nunca mais ele atirou objetos, apenas grita no trânsito mas muito menos que antes e que sente-se mais confiante de deixar o filho aos cuidados do marido.

Opto medicar na potência LM nas sequências 1,2 e 3 cada frasco com 20ml tomando 5 gotas manhã e noite diariamente.

3º retorno da segunda medicação 01/11/2016

O paciente retorna refere que está trabalhando e sente uma coisa diferente, está conseguindo trabalhar melhor e interagir com a equipe, a esposa disse que parece que ele está um pouco menos malandro do que antes e que está mais esperançosa em relação ao marido, que quando veio estava pensando em separar e que agora mudou de ideia o paciente está na LM 2 oriento manter a sequência de LM quando acabar uma ir pra próxima potência.

4º retorno da segunda prescrição 11/01/2017

O paciente retorna dizendo que está novamente desempregado e que a empresa dispensou todos os terceirizados e ele por ser terceirizado foi na leva disse

" estou triste mas com a medicação estou calmo sem ansiedade não atirei nada em ninguém apesar do ocorrido estou dormindo bem quero manter esta medicação.

O paciente esta na LM3 oriento seguir a sequência de LM.

4.9 *Cocaínum*

A matéria médica do Dr Vijnovsky Traz o seguinte retrato do medicamento:

COCAINUM

(Cocaína, alcalóide Erythroxyton coca)

MENTAL Sintomas patogênese ou COCAINUM

1 - Falta do senso moral.

2 - desejo constante para fazer algo grande, tomar grandes feitos de força.

Trabalho, trabalhador duro, mania de trabalho.

3 - ciúme irracional.

4 - As alucinações auditivas: ele acha que ouve coisas ruins sobre o.

Alucinações visuais de um tipo de perseguição, de ver e sentir insetos e vermes (é coberto por eles). Sensação como se o passado não existia.

(Great locuaz. Actividade cerebral.

6 negligenciar sua aparência pessoal.

Sintomas Gerais patogênese ou COCAINUM

7 - O principal sintoma deste medicamento é como vermes tendo sob a pele ou corpo estranho pequenos, como grãos de areia. Aderências pós-operatórias e as críticas.

8 Core. Doença de Parkinson. Tremores alcoólicas e senil.

Desejo e aversão dos COCAINUM

9 - I want candy.

ESPECÍFICOS COCAINUM

10 Sentido de bate e explode na cabeça.

11 - Midríase. Glaucoma, hipertensão endoocular. A sensibilidade corneana

diminuída. Olhos fixos, sem expressão.

Hiperacusia 12. Ruídos nos ouvidos.

13 lida com a dificuldade. Paralisia dos músculos da deglutição. Garganta seca, queimação, formigamento, constrição.

14 - Anorexia alimentos sólidos. Hematêmese e melena.

15 - Senso de pênis ausente.

16 formigamento e dormência nas mãos e antebraços. Anestesia.

17 sono agitado. Insônia: o sono leva horas.

18 Frio com brancura. (Vijnovsky 2003)

A Matéria Medica interpretada mostra o paciente cocaínico como a eterna criança com prejuízo nos julgamentos morais e o compara com Peter Pan , um personagem que mora na terra onde as crianças nunca querem crescer .

Sita a medicação como um medicamento pequeno e sicótico e que o sintoma chave é a falta de sentido moral. (Carlos R. D. Brunini ;Mario Sergio Giorgio-2010)

Cocaínico é citado por vários medico homeopatas como uma opção importante no para tratamento de glaucoma agudo (blog Homeopatia e saúde do Dr Arivaldo Ribeiro Filho e Dra Ana Lucia Dias Paulo 26/06/2015) e (Dicionario homeopático de urgências Louis Pommier 2002- pag 264)

4.10 Relação entre o uso abusivo de cocaína e alteração de comportamento

Por ser um trabalho de homeopatia gostaria de salientar que vários artigos relatam casos e impulsividade agressividade relacionado ao uso de cocaína.

O uso de substâncias psicoativas causa alterações significativas nas funções normais do Sistema Nervoso Central (SNC). O uso de Cocaína age no SNC como um facilitador para a manifestação de impulsos violentos e agressivos uma vez que atua na região pré-frontal que é responsável pela capacidade de discernimento e avaliação do comportamento socialmente instituído com prejuízo na capacidade de atenção, memória, raciocínio e tomada de decisões (Márcia Pettenon; Lisia Von Diemen 2010)

O uso abusivo do álcool ou outras drogas inclusive a cocaína é um importante desencadeador de mudanças no comportamento e na personalidade, geralmente, sendo prejudiciais às interações sociais e pessoais. Dentro de alguns sintomas dessa mudança deve ser destacada a ansiedade, a agressividade e a depressão, que podem gerar falta de empatia e controle emocional, aumentando, assim o risco de envolvimento em situações violentas. (Gislaine Pereira Tavares ; Morgana Scheffer ; Rosa Maria Martins de Almeida 2012)

Estes são alguns dos artigos mostram que o uso contínuo de cocaína leva a alteração de comportamento compatíveis aos achados na experimentação homeopática da cocaína.

4.11 Outras medicações homeopáticas importantes no tratamento do transtorno explosivo intermitente

Nux Vomica: Com certeza umas das principais escolhas para os sintomas de explosão : o transtorno em geral e por indignação, justiceiro , não suporta assistir

uma injustiça. É descrito na matéria medica interpretada como pavio curto: uma pequena bobagem é motivo para nux vômica esbravejar procurar um culpado para tal situação contraria e colocar para fora sua estricnina . (Carlos R. D. Brunini ;Mario Sergio Giorgio-2010)

Stramonium: É descrito como um terremoto em sua violência , a mente esta cheia de tumulto ; maldizendo arrancando a roupa tem forma de falar frenética erótica canta canções amorosas com obscenidades . Loucura com angustia , riso violento com expressão sardônica na face .(Carlos R. D. Brunini ; Mario Sergio Giorgio -2010)

Veratrum Album: sintomas mentais marcados por grande violência ; excitação e frenesi tem crises persistentes com blasfêmia que duram toda a noite o uso de veratrum nesses pacientes traz melhora imediata (J. A. Lathoud-1932)

Hyoscyamus niger: Descrito como violento bate nas pessoas, chuta e morde e faz por ciúmes , delírios ou nas febres tem riso maníaco não consegue ficar na cama (M. L. Tyler-2016)

Tarentula Hispanica: Possuem quadros maníacos violentos, paroxísticos com aumento da força física. Com gestos ameaçadores falam de destruição e morte, este instinto destrutivo o leva a rasgar a roupa, arrancar os cabelos, golpear o corpo e a cabeça e agredir as pessoas queridas e que zelam por elas . (M. L. Tyler-2016)

Arsenicum Album: Delírios violentos ,principalmente a noite com grande inquietude e delírios violentos com convulsões tetânicas , alucinações onde ouve vozes e vê animais , especialmente após ingerir bebidas alcoólicas (Carlos R. D. Brunini ; Mario Sergio Giorgio-2010)

Sepia succus: É muito irritável principalmente se a contradizem , não tolera e tende a contradizer os demais . Ofende-se com facilidade é violenta , discutidora ,

briguenta , impetuosa , ofende por fatos já passados , irada , caprichosa censura e pode insultar, melhora nas tempestades e quando esta ocupada (Vijnovsky 2003)

Platina : irritabilidade marcada, piora durante calafrios, piora ao ser consolada ou a contradizem . é perversa , e pode ter impulso destrutivo. Há impulsos bruscos e desejo de matar o próprio filho ou marido e a quem adora se ver uma faca . Impaciente , rude e encrenqueira. (Vijnovsky 2003)

8. CONCLUSÃO

O tratamento homeopático mostrou-se muito eficiente em um caso de explosão intermitente , sendo uma opção importante não somente nesta doença mas em varias patologias psiquiátricas, pois no momento que a homeopatia trata o paciente e não a patologia e possuindo um acervo de mais de 3mil medicações , com certeza torna-se um aliado importante na psiquiatria , mostrando que vale a pena individualizar o paciente e procurar o remédio homeopático com maior similitude proporcionando uma opção medicamentosa com muito menos efeitos colaterais . A homeopatia também desponta na área psiquiátrica como uma opção importante na prevenção de doenças psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

American Psychiatric Association - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

Brinini, Carlos R. D. ; Giorgio M. S. **Matéria Médica Interpretada** - 2010 Robe editora pag 203-205; 432

Coccaro EF. **Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5**. Am J Psychiatry. 2012;169(6):577-88.

Dell'Osso B; Altamura AC; Allen A; Marazziti D; Hollander E. **Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review**. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Dec 2006;256(8):464–475.

Fincham D, Grimsrud A, Corrigan J, Williams DR, Seedat S, Stein DJ, et al. **Intermittent Explosive Disorder in South Africa: Prevalence, Correlates Traumatic Exposures**. Psychopathology., and the Role of 2009;42(2):92-8.

Galvão , **revista brasileira de neurologia e psiquiatria** 2015 v19 n2

Jones RM, Arlidge J, Gillham R, Reagu S, van den Bree M, Taylor PJ. **Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis**. Br J Psychiatry. 2011 Feb;198(2):93-8. Doi.

Lathoud J. A. **Études de Matière Médicale Homéopathique** tomelll pag1279 1932

McCloskey MS, Noblett KL, Deffenbacher JL, Gollan JK, Coccaro EF. **Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial**. J Consult Clin Psychol. 2008 Oct;76(5):876-86. doi: 10.1037/0022-006X.76.5.876.

McLaughlin KA, Green JG, Hwang I, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. **Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity survey replication adolescent supplement**. Arch Gen Psychiatry, 2012 Novembro, 69(11):1131-1139. doi:10.1093/013;8(8):e69207

McTague A, Appleton R. **Episodic dyscontrol syndrome**. Arch Dis Child. 2010;95:841-2.

Murray-Close D, Ostrov JM, Nelson DA, Crick NR, Coccaro EF. **Proactive, reactive, and romantic relational aggression in adulthood**: measurement, predictive validity, gender differences, and association with Intermittent Explosive Disorder. J Psychiatr Res. 2010; 44(6):393-404) legre: Artmed, 2008

O que é homeopatia disponível no site: <http://www.amhb.org.br>
Visto em 20/05/2017

Ortega AN, Canino G, Alegria M. **Lifetime and 12-Month Intermittent Explosive Disorder in Latinos**. Am J Orthopsychiatry. 2008;78(1):133-9.

Pettenon ,Márcia ; Diemen, Lisia Von. **Uso de substâncias psicoativas e violência**
Rev. bras. psicoter. 2010; 12(2-3):252-258

Pommier, Louis. **Dicionário homeopático de urgências**. 2002- pag 264.

Rees S, Silove D, Verdial T, Tam N, Savio E, Fonseca Z, et al. **Intermittent Explosive Disorder amongst women in conflict affected Timor-Leste**: associations with human rights trauma, ongoing violence, poverty, and injustice PLoS One. 2013;8(8):e69207.

Ribeiro Filho, A. **Repertório de Homeopatia 2ª edição** 2014.

Ribeiro Filho ,A. ;Paulo ,Ana L. D. **Blog Homeopatia e Saúde** publicado em 26/06/2015 visto em 20/05/2017.

Sadock BJ, Sadock VA. **Manual conciso de psiquiatria clínica 2º ed**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Saha A. **A case of intermittent explosive disorder**. Ind Psychiatry J. 2010;19(1): 55-7.

Scheffer ,Morgana; Tavares, Gislaine Pereira; Almeida, Rosa Maria Martins de. **2012 Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados** Psicol. Reflex. Crit. vol.25 no.1 Porto Alegre

Tavares H. **Transtornos do controle do impulso**: o retorno da monomania instintiva de Esquirol. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(Supl I): S1-2.

Tyler ,M. L. **Retrato de Medicamentos Homeopáticos** pag 514 ed Organon 2016)

Vijnovsky, Dr Barbardo. **tratado de matéria medica homeopática** –vol1. Pag 491-492; vol 3, pag 102;314 2003 ed organon.

Williams WA, Potenza MN. **Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso**. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(Supl I): S24-30.

Yoshimasu K, Kawakami N. **Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan**; prevalence and psychosocial comorbidity: findings from the World mental Health Japan Survey 2002-2006. Psychiatry Res. 2011;186(2-3):384-9.