

DEPRESSÃO

E MANIA



16. TRANSTORNOS DO HUMOR

16.1 / Transtornos Depressivo e Bipolar

A depressão e a mania são os mais sérios transtornos do humor descritos na terceira edição revisada do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R).

A depressão e a mania freqüentemente são chamadas de transtornos afetivos, porém a patologia crítica nestes transtornos é do humor, o estado emocional interno de uma pessoa, e não do afeto, a expressão externa do conteúdo emocional.

O humor pode ser normal, exaltado ou deprimido. Um indivíduo normal experimenta uma grande variedade de humores e tem um repertório igualmente grande de expressões afetivas, e sente-se no controle de seus humores e afetos. Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas por uma perturbação no humor, uma perda daquele senso de controle e uma

experiência subjetiva de grande sofrimento. Pacientes com humor exaltado demonstram expansividade, fuga de idéias, sono diminuído, autoestima elevada e idéias de grandeza. Pacientes com humor deprimido demonstram perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite e pensamentos de morte e suicídio. Outros sinais e sintomas incluem alterações no nível de atividade, capacidades cognitivas, discurso e funções vegetativas (por ex., sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos). Essas perturbações virtualmente sempre resultam em comprometimento do funcionamento interpessoal, social e profissional.

É tentador considerar os transtornos do humor em um continuum com as variações normais do humor. Pacientes com transtornos do humor, entretanto, freqüentemente relatam uma qualidade inefável mas distinta, em seu estado patológico. O conceito de continuum, portanto, pode representar a identificação excessiva do médico com a patologia, desse modo distorcendo sua abordagem ao paciente com transtorno do humor.

Diz-se que os pacientes que sofrem apenas de episódios depressivos maiores têm transtorno depressivo maior, ou depressão unipolar. Os pacientes com episódios maníacos e depressivos são considerados como tendo um transtorno bipolar. Os termos "mania unipolar" e "mania pura" as vezes são usados para pacientes bipolares que não têm episódios depressivos.

Três categorias adicionais de transtornos de humor são hipomania, ciclotimia, e distímia. A hipomania é um episódio de sintomas maníacos que não reúne os critérios do DSM-IV-R para episódio maníaco. A ciclotimia e a distímia são os transtornos definidos pelo DSM-IV-R que representam formas menos graves de transtorno bipolar e depressão maior, respectivamente.

Existem, pelo menos, três principais categorias concernentes à relação entre depressão unipolar e transtorno bipolar. A hipótese mais aceita, apoiada por vários tipos de estudos genéticos e bioquímicos, é que a depressão unipolar e o transtorno bipolar representam dois transtornos diferentes. Recentemente, alguns investigadores sugeriram que o transtorno bipolar poderia ser uma expressão mais severa do mesmo processo fisiopatológico visto na depressão unipolar. A terceira hipótese é que a depressão e a mania são dois extremos de um continuum de experiência emocional. Esta conceitualização não é amparada pela observação clínica comum de que muitos pacientes têm estados mistos, com características tanto depressivos quanto maníacos.

HISTÓRIA

A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que chamamos agora de transtornos do humor podem ser encontradas em muitos documentos antigos. A história do rei Saul no Antigo Testamento descreve uma síndro-

me depressiva, assim como a história do suicídio de Ajax, na filada de Homero. Por volta de 450 a.C., Hipócrates usou os termos mania e melancolia para descrever transtornos mentais. Por volta de 30 a.C., Aulus Cornelius Celsus descreveu a melancolia em seu trabalho De Medicina como uma depressão causada por bile negra. O termo continuou a ser usado por outros autores médicos, incluindo Aratacus (120-180 a.C.), Galeno (129-199 a.C.) e Alexandre de Trailes, no século VI. O médico judeu do século XII, Maimonides, considerou a melancolia como uma entidade patológica distinta. Em 1686, Bonet descreveu uma doença mental a que chamou de mania-co-melancholicus.

Em 1854, Jules Falret descreveu uma condição chamada de folie circulaire, na qual o paciente experimentava humores alternados de depressão e mania. Aproximadamente na mesma época, um outro psiquiatra francês, Jules Baillarger, descreveu a condição folie a double forme, na qual o paciente tornava-se profundamente deprimido e ficava em um estado de estupor do qual depois se recuperava. Em 1882, o psiquiatra alemão Karl Kahlbaum, usando o termo "ciclotimia", descreveu a mania e a depressão como estágios da mesma doença.

Emil Kraepelin, em 1896, baseado no conhecimento de psiquiatras franceses e alemães anteriores, descreveu um conceito de psicose maníaco-depressiva, contendo a maioria dos critérios que os psiquiatras usam hoje para estabelecer o diagnóstico. A ausência de um curso de demência e deterioração na psicose maníaco-depressiva a diferencia da demência precoce (esquizofrenia). Kraepelin também descreveu um tipo de depressão que começava após a menopausa em mulheres e durante a meia-idade nos homens, que veio a ser conhecido como melancolia involutiva, que desde então passou a ser considerado

como uma forma variante dos transtornos do humor.

EPIDEMIOLOGIA

A depressão unipolar está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns nos adultos. A prevalência da depressão unipolar, no período de vida, é de aproximadamente 6%; a prevalência no período de vida para o transtorno bipolar é de aproximadamente 1 por cento. Embora a maioria dos pacientes com transtorno bipolar sejam vistos, por um médico, estima-se que apenas 50% daqueles que reúnem os critérios para depressão maior recebam tratamento.

Sexo

Uma observação quase universal, independente de país, é a prevalência duas vezes maior de depressão unipolar em mulheres do que em homens. Embora as razões para a diferença sejam desconhecidas, isso não ocorre por causa de práticas diagnósticas socialmente tendenciosas. As razões podem incluir variados estresses, parto, desamparo aprendido e efeitos hormonais. No transtorno bipolar, a prevalência é igual para homens e mulheres.

Idade

O início da depressão unipolar pode ocorrer da infância até a velhice, mas 50% dos pacientes estão entre 20 e 50 anos, sendo a média de idade aproximadamente 40 anos. O transtorno bipolar começa um pouco mais cedo, a variação sendo da infância até os 50 anos, com uma idade média de 30 anos.

Raça

A prevalência nos transtornos do humor não difere de uma raça para outra. Entretanto, há uma tendência dos examinadores a não diagnosticar transtornos do humor e diagnosticar demasiadamente esquizofrenia em pacientes que têm antecedentes raciais ou culturais diferentes dos seus. Os psiquiatras brancos, por exemplo, tendem a não diagnosticar transtornos do humor em negros ou hispânicos.

Estado Conjugal

Em geral, a depressão unipolar ocorre mais freqüentemente em pessoas que não têm relações interpessoais íntimas, são divorciadas ou separadas. O transtorno bipolar pode ser mais comum em indivíduos divorciados e solteiros do que entre pessoas casadas, mas esta diferença talvez reflita o início precoce e a resultante discórdia conjugal que são características desta perturbação.

Considerações Sociais e Culturais

Não existe correlação entre situação sócio-econômica e depressão unipolar; parece haver uma incidência maior do que a incidência média de transtorno bipolar entre os grupos sócio-econômicos superiores, possivelmente por causa de práticas diagnósticas tendenciosas. A transtorno bipolar pode ser mais comum em pessoas que não completaram a educação superior do que naqueles que o fizeram, provavelmente refletindo o início relativamente precoce deste transtorno.

ETIOLOGIA

As causas dos transtornos do humor são desconhecidas. Como ocorre com outros transtornos psiquiátricos, os grupos de pacientes definidos pelo DSM-IV-R como

tendo um transtorno do humor indubitavelmente constituem uma população heterogênea de pacientes.

Fatores Biológicos

Aminas biogênicas. Noradrenalina e serotonina são os dois neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia dos transtornos do humor. Nos modelos animais, todos os tratamentos antidepressivos somáticos eficazes estão associados com a diminuição na sensibilidade dos receptores β -adrenérgicos pós-sinápticos e da 5-hidroxitriptamina (5HT) tipo 2, após o tratamento clínico. Essas alterações dos receptores nos modelos animais correlacionam-se com o atraso de uma a três semanas, geralmente visto na melhora clínica. Talvez seja consistente com a diminuição dos receptores de serotonina após a exposição crônica, que um aumento no número de sítios de recaptção de serotonina (avaliados pela medição de ligação trítio [3H]-imipramina) e uma concentração aumentada de serotonina tenham sido encontrados post-mortem, em cérebros de vítimas de suicídio. Também foi relatada a existência de uma ligação diminuída da 3H-imipramina às plaquetas de algumas pessoas deprimidas. Os dados indicam que a atividade dopaminérgica pode ser reduzida na depressão e aumentada na mania. Também existem evidências de uma desregulação da acetilcolina nos transtornos do humor. Um estudo recente relatou um número aumentado de receptores muscarínicos em fibroblastos cutâneos cultivados de pacientes com transtorno bipolar. Um imenso número de estudos relatou várias anormalidades nos metabólitos das aminas biogênicas (tais como ácido 5-hidroxiindolacético [5-HIAA], ácido homovanílico [HVA], 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol [NHPG]) no sangue, urina e líquido céfalo-raquidiano (LCR) de pacientes com transtornos do

humor. Os dados relatados são mais compatíveis com a hipótese de que os transtornos de humor estão associados com desregulações heterogêneas do sistema de aminas biogênicas.

Outras considerações neuroquímicas. Embora os dados não sejam conclusivos até o presente momento, os aminoácidos neurotransmissores (particularmente GABA) e os peptídeos neuropeptídeos (particularmente vasopressina e os opióides endógenos) têm sido envolvidos na fisiopatologia de alguns transtornos do humor. Alguns pesquisadores têm sugerido que os sistemas de segundo mensageiro, tais como a regulação de adenil ciclase, fosfatidil inositol ou cálcio, possam também ter importância etiológica.

Regulação neuroendócrina. Várias desregulações neuroendócrinas têm sido relatadas em pacientes com transtornos do humor. Embora seja possível, teoricamente, uma determinada desregulação de um eixo neuroendócrino (por ex., eixo da tireóide, eixo adrenal) estar envolvida na causa de um transtorno do humor, as desregulações refletem, mais provavelmente, um transtorno cerebral subjacente mais fundamental. O hipotálamo é central para a regulação dos eixos neuroendócrinos, ele próprio recebendo múltiplos inputs neuronais que usam os neurotransmissores de amina biogênica. É possível, portanto, que a regulação anormal dos eixos neuroendócrinos seja um resultado de funcionamento anormal dos neurônios contendo amina biogênica.

Anormalidades do eixo límbico-hipotalâmico-pituitário-adrenal (LHPA) são as desregulações neuroendócrinas mais consistentemente relatadas. O achado de que a hipersecreção de cortisol está presente em alguns pacientes deprimidos tem sido usado no teste de supressão da dexametasona (TSD). (A dexametasona é um esteróide exógeno que suprime o nível sanguíneo do cortisol). O TSD é anormal em aproximada-

mente 50% dos pacientes deprimidos, indicando uma hiperatividade do eixo LHPA. O TSD contudo, não é específico para depressão, podendo estar anormal em pacientes com transtornos cerebrais orgânicos (por ex., doença de Alzheimer) e outras condições médicas. Alguns pacientes com mania ou esquizofrenia não demonstram supressão no TSD. Vários estudos recentes demonstram a possível existência de uma variação significativa entre as pessoas, no TSD, em termos do metabolismo diferencial da dexametasona e não na resposta diferencial à dexametasona. O metabolismo diferencial da própria dexametasona pode ser relevante na fisiopatologia dos transtornos do humor; contudo, o uso do TSD ainda não é indicado na avaliação rotineira de pacientes com transtornos do humor.

Outros marcadores neuroendócrinos da depressão incluem uma liberação enfraquecida (diminuída) de hormônio estimulante da tireóide (TSH), à administração de hormônio liberador da tireóide (TRH), liberação diminuída de hormônio do crescimento à estimulação noradrenérgica com clonidina, diminuição da secreção noturna de melatonina, liberação diminuída de prolactina à administração de triptofano, níveis basais reduzidas de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), e níveis de testosterona diminuídos nos homens. Uma resposta enfraquecida do TSH à administração de TRH tem sido relatada na mania.

Anormalidades do sono. As anormalidades da arquitetura do sono estão entre os marcadores biológicos mais fortes da depressão. As anormalidades principais são diminuição da latência REM (o tempo entre o adormecer e o primeiro período REM), vista em dois terços dos pacientes deprimidos, uma duração aumentada do primeiro período REM, e uma densidade REM aumentada na primeira parte do sono. Há também um despertar precoce

pela manhã e descontinuidade do sono, com despertares múltiplos durante a noite.

Ativação. "Ativação" é o processo eletrofisiológico no qual a estimulação subliminar de um neurônio, gera um potencial de ação. Ao nível orgânico, a estimulação subliminar repetida de uma área cerebral resulta na geração de uma convulsão. A observação clínica de que os anticonvulsivantes (por ex., carbamazepina [Tegretol], ácido valpróico [Depakene]) às vezes são úteis no tratamento dos transtornos do humor, particularmente transtorno bipolar, fez surgir a teoria de que a fisiopatologia dos transtornos do humor poderia envolver a ativação dos lobos temporais.

Outros dados biológicos. As anormalidades da arquitetura do sono na depressão e a melhora clínica temporária da depressão associada com privação do sono, levaram a teorias de que a depressão refletiria uma regulação anormal dos ritmos circadianos. Alguns estudos experimentais com animais sugerem que muitos dos tratamentos convencionais com antidepressivos são eficazes na mudança dos arranjos dos relógios biológicos internos (isto é, zeitgebers endógenos).

Outros pesquisadores, ainda, relataram anormalidades imunológicas em pessoas deprimidas e também em pessoas que passam pela tristeza envolvida no luto por um parente. É possível que a desregulação do eixo do cortisol afete a situação imunológica. Também é possível que exista uma regulação hipotalâmica anormal do sistema imunológico. Uma possibilidade menos provável é de que em alguns pacientes um processo fisiopatológico primário envolvendo o sistema imunológico também leve a sintomas psiquiátricos de transtornos do humor.

Imagenologia cerebral. Os estudos de imagens cerebrais que usam tomografia computadorizada (TC) e imagens por ressonância magnética (IRM) não são

consistentes em seus achados. Os dados sugerem, entretanto, que um subgrupo de pacientes deprimidos e maníacos seriamente afetados têm ventrículos laterais aumentados, embora este aumento geralmente não seja tão significativo quanto aquele visto nos pacientes esquizofrênicos. Alguns estudos têm observado uma correlação entre ventrículos laterais particularmente aumentados e uma idade de início tardia, a presença de delírios e alucinações, baixo quociente de inteligência (Q.I.), número aumentado de hospitalizações e desemprego freqüente. Os estudos com tomografia por emissão de pósitrons (TEP) e fluxo sanguíneo cerebral regional (FSR) ainda não são inteiramente consistentes em seus achados. Vários estudos, entretanto, relataram um fluxo sanguíneo diminuído e uma diminuição do metabolismo da glicose nas regiões cerebrais frontais e nos hemisférios esquerdos de pacientes deprimidos.

Consolidação dos dados biológicos. Tanto os sintomas dos transtornos do humor quanto os achados das pesquisas biológicas apóiam a hipótese de que os transtornos do humor envolvem uma patologia do sistema límbico gânglios basais e hipotálamo. Tem sido observado que as perturbações neurológicas dos gânglios basais e do sistema límbico (especialmente lesões excitativas do hemisfério não dominante) tendem a apresentar-se com sintomas depressivos. O sistema límbico e os gânglios basais estão muito intimamente ligados, e a hipótese de um papel central no sistema límbico na produção das emoções. A disfunção do hipotálamo é sugerida pelas alterações do sono, apetite e comportamento sexual, e pelas alterações biológicas dos ritmos endócrinos, imunológicos e cronobiológicos. A postura curvada, a lentidão motora e o prejuízo cognitivo menor vistos na depressão são bastante semelhantes às perturbações

dos gânglios basais tais como na doença de Parkinson e outras demências subcorticais.

Fatores Genéticos

O fato de o transtorno bipolar e a depressão unipolar ocorrem em famílias é também compatível com uma etiologia biológica para os transtornos do humor. A evidência de hereditariedade para o transtorno bipolar é mais forte do que para a depressão unipolar. Aproximadamente 50% dos pacientes bipolares tem pelo menos um dos pais com transtorno do humor, muito freqüentemente depressão unipolar. Se um dos pais tem transtorno bipolar, há 27% de chance de que qualquer filho tenha um transtorno do humor, se os dois pais tem transtorno bipolar, há 50 a 75% de chance de um filho ter um transtorno do humor. Estudos de adoções têm mostrado que os pais biológicos de crianças com transtorno do humor adotadas tem uma incidência de transtorno do humor semelhante à dos pais de crianças com transtorno do humor não adotadas. A incidência de transtornos do humor nos pais adotivos é semelhante à incidência básica dos transtornos do humor na população em geral. Estudos de gêmeos têm revelado um taxa de concordância de 0,67% para transtorno bipolar em gêmeos monozigóticos e de 0,20 para transtorno bipolar em gêmeos dizigóticos. A concordância para o transtorno bipolar é mais elevada do que a relatada para depressão unipolar. Os dados genéticos, portanto, são compatíveis com a concepção de uma base genética para os transtornos de humor. Estudos de ligação. Vários investigadores relataram a presença de polimorfismos na extensão do fragmento de restrição (RFLPs) associados com transtorno bipolar em várias linhagens familiares. Um conjunto de estudos relatou que o transtorno bipolar estaria ligado ao cromossomo X,

e outro conjunto de pesquisas relatou que o transtorno bipolar estaria ligado a um sítio no cromossomo 11. Embora o achado no cromossomo X tenha sido replicado em outros pedigrees, os investigadores foram incapazes de replicar o achado do cromossomo 11. Esses dados sugerem que em algumas famílias um gene importante para o desenvolvimento de transtorno bipolar pode estar localizado no cromossomo X. Esses dados também sugerem ser improvável que o sítio identificado no cromossomo 11 esteja envolvido na patogênese do transtorno bipolar em um número significativo de famílias.

Fatores Psicossociais

Acontecimentos vitais e estresse ambiental. Alguns médicos acreditam que os acontecimentos vitais exercem um papel primário na depressão; outros são mais conservadores, sugerindo que os acontecimentos vitais tem um papel apenas limitado no início e situação temporal da depressão. Os dados mais convincentes indicam que o acontecimento vital mais associado com o desenvolvimento posterior de depressão é a perda de um dos pais antes dos 11 anos de idade. O estressor ambiental mais associado com o início de um episódio de depressão é a perda de um cônjuge. Embora dados razoáveis sugiram um relacionamento significativo entre acontecimentos vitais e início da depressão, quase nenhum dado apóia uma relação significativa entre os acontecimentos vitais e o início de episódios maníacos,

Fatores de personalidade pré-mórbida. Nenhum traço ou tipo de personalidade isolado foi estabelecido como sendo singularmente predisponente à depressão. Todos os seres humanos, com qualquer padrão de personalidade, podem e tornam-se deprimidos sob circunstâncias apropriadas; entretanto, certos tipos de personalidade - oral-dependente, obsessi-

vo-compulsiva, histérica podem ter um maior risco de depressão do que os tipos de personalidade anti-social, paranóide e outros que usam a projeção e outros mecanismos de defesa externalizante. Nenhuma evidência sugere que qualquer transtorno de personalidade em particular esteja associado ao desenvolvimento posterior de transtorno bipolar. Entretanto, existe associação entre distímia e ciclotímia, e o desenvolvimento posterior de transtorno bipolar.

Fatores psicanalíticos. Karl Abraham acreditava que os surtos patológicos manifestos seriam precipitados pela perda de um objeto libidinal, resultando em um processo regressivo no qual o ego retrocede de seu estado de funcionamento maduro para outro, em que predominam os traumas infantis o estágio oral-sádico do desenvolvimento libidinal, devido a um processo de fixação a primeira infância. Na teoria estrutural de Freud, a introjeção ambivalente do objeto perdido provoca os sintomas depressivos típicos, diagnósticos de uma falta de energia disponível para o ego. O superego, incapaz de exercer represália contra o objeto perdido externamente, passa a flagelar a representação psíquica do objeto perdido, agora internalizado no ego como introjeto. Quando o ego supera ou funde-se com o superego, há uma liberação da energia anteriormente presa aos sintomas depressivos, e como resultado da negação surge a mania, com os sintomas de excesso típicos. Autores analíticos posteriores elaboraram de várias formas a conceitualização básica de Abraham-Freud.

Heinz Kohut deu contribuições significativas para a psicologia do self e para o tratamento do transtorno de personalidade narcisista. O transtorno de personalidade narcisista é uma das freqüentes considerações de diagnóstico diferencial nos pacientes maníaco-depressivos, pois os pacientes com transtorno de personalida-

de narcisista freqüentemente demonstram períodos transitórios de exaltação e depressão, com grandiosidade e euforia numa fase e autodepreciação numa fase subsequente, exatamente como é visto no transtorno maníaco-depressivo clássico.

Desamparo aprendido. Em experiências nas quais os animais foram repetidamente expostos a choques elétricos dos quais não podiam escapar, os mesmos finalmente "desistiam" e não mais tentavam escapar a futuros choques. Eles aprenderam que estavam desamparados. Em seres humanos deprimidos, pode-se encontrar um estado semelhante de desamparo. De acordo com a teoria do desamparo aprendido, a depressão pode melhorar se o médico instilar no paciente deprimido um senso de controle e domínio do ambiente. Técnicas comportamentais de recompensa e reforço positivo são empregadas em tais tentativas.

Teoria cognitiva. De acordo com esta teoria, as interpretações cognitivas errôneas mais comuns envolvem distorção da experiência de vida, auto-avaliação negativa, pessimismo e desesperança. Essas visões negativas aprendidas levam ao sentimento de depressão. Um enfoque de terapia cognitiva tenta identificar e modificar a cognição negativa pelo uso de tarefas comportamentais, tais como registrar e modificar, conscientemente os pensamentos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Há dois padrões sintomáticos básicos nos transtornos do humor, um para a depressão e outro para a mania. Os episódios depressivos no transtorno bipolar são idênticos aos transtornos depressivos na depressão unipolar. Alguns casos de transtorno bipolar, entretanto, são estados mistos, com aspectos maníacos e depressivos. Igualmente, alguns pacientes bipolares experimentam episódios muito bre-

ves - de minutos a horas - de depressão durante um episódio maníaco.

Episódios Depressivos

Um humor deprimido e uma perda de interesse ou prazer são os sintomas-chave da depressão. Os pacientes podem dizer que se sentem desanimados, desesperançados, na fossa, ou inúteis. Para o paciente, o humor deprimido freqüentemente tem uma qualidade distinta, que o diferencia da emoção completamente normal de tristeza. Os pacientes freqüentemente descrevem os sintomas da depressão como uma dor emocional agonizante. O DSM-IV-R relaciona esses e outros sintomas de depressão, sob os critérios diagnósticos de episódio depressivo maior (Tabela 16.1-1) e seu tipo melancólico (Tabela 16.1-2), um conjunto particular de sintomas depressivos vegetativos.

Tabela 16.1-1

Crítérios Diagnósticos para Episódio Depressivo Maior

Nota: Uma síndrome depressiva maior é definida conforme o critério A abaixo:

A. Veio menos cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor deprimido, ou (2) perda de interesse ou prazer. (Não incluir sintomas claramente devidos a uma condição física, delírios ou alucinações incongruentes com o humor, incoerência, ou associações desconexas).

(1) humor deprimido (ou irritável, em crianças e adolescentes) na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicado por relato subjetivo ou observação alheia.

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase

todas as atividades na maior parte do dia, quase diariamente (indicado por relato subjetivo ou observação alheia, de apatia na maior parte do tempo).

(3) perda ou ganho de peso significativos, na ausência de dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase diariamente (em crianças, considerar falha em atingir o peso esperado).

(4) insônia ou hipersonia quase diariamente

(5) agitação ou retardo psicomotor quase diariamente (observados pelos outros, não meros sentimentos subjetivos de inquietação ou de lentidão).

(6) fadiga ou perda de energia quase que diariamente.

(7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delirantes) quase que diariamente (não mera auto-reprovação ou culpa por estar doente).

(8) capacidade diminuída de pensar e se concentrar, ou indecisão quase que diariamente (tanto por relato subjetivo como por observação alheia).

(9) pensamentos recorrentes de morte (não mero temor de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio, ou plano específico para cometer suicídio.

B. (1) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve o distúrbio.

(2) O distúrbio não é uma reação normal à morte de um ente querido (luto sem complicação).

Nota: preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, prejuízo funcional ou retardo psicomotor acentuados, ou duração prolongada, sugerem luto complicado por Depressão Maior.

C. Em nenhum momento durante o transtorno houve delírios ou alucinações por mais de duas semanas, na ausência de sintomas de humor proeminentes (isto é, antes de sintomas de humor se desenvolverem ou após terem cessado).

D. Não sobreposto a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico SOE.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^o ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Tabela 16.1-2

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para Tipo Melancólico

Presença de, pelo menos, cinco dos seguintes critérios:

(1) perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades

(2) falta de reatividade a estímulos geralmente agradáveis (não se sente muito melhor mesmo que temporariamente quando alguma coisa boa acontece)

(3) depressão regularmente pior pela manhã

(4) despertar precoce pela manhã (pelo menos duas horas antes da hora habitual)

(5) retardo ou agitação psicomotora (não meras queixas subjetivas)

(6) anorexia ou perda de peso significativo (por ex., mais de 5% do peso corporal em um mês)

(7) nenhum transtorno de personalidade significativo anterior ao primeiro episódio depressivo maior

(8) um ou mais episódios depressivos maiores seguidos por recuperação completa ou quase completa

(9) boa resposta anterior à terapia antidepressiva somática específi-

ca e adequada, por ex., tricídios, ECT, IAMO, lítio.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Aproximadamente dois terços dos pacientes deprimidos pensam em suicídio, e 10 a 15% o cometem. Os pacientes deprimidos às vezes queixam-se de serem incapazes de chorar, um sintoma que se resolve a medida que melhoram. Os pacientes deprimidos, entretanto, às vezes parecem não ter consciência de sua depressão e não se queixam de uma perturbação do humor, embora possam exibir retraimento da família, amigos e atividades que anteriormente lhes interessavam.

Quase todos os pacientes deprimidos (97%) queixam-se de energia reduzida, resultando em dificuldade para terminar tarefas, prejuízo escolar e profissional, e motivação diminuída para pôr em prática novos projetos. Aproximadamente 90% dos pacientes queixam-se de perturbações do sono, especialmente despertar precoce (isto é, insônia terminal) e despertares múltiplos à noite, durante os quais ruminam sobre seus problemas.

Muitos pacientes têm diminuição do apetite e perda de peso. Alguns, entretanto, têm aumento do apetite ganho de peso e sono aumentado. Esses últimos, especialmente quando seus sintomas são acompanhados por acentuada ansiedade, às vezes são classificados como apresentando depressão atípica, mas este termo adquiriu muitos significados diferentes, não mais tendo muita utilidade prática. A ansiedade, na verdade, é um sintoma comum de depressão, afetando até 90% dos pacientes deprimidos. As várias alterações no consumo de alimentos e no repouso podem agravar doenças médi-

cas coexistentes, tais como diabete, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica e cardiopatia. Outros sintomas vegetativos incluem menstruações anormais e interesse e desempenho sexual diminuídos, problemas sexuais podem às vezes, levar a encaminhamentos inapropriados, tais como aconselhamento conjugal ou terapia sexual, se o médico não reconhecer o transtorno depressivo subjacente.

Ansiedade (incluindo ataques de pânico), abuso de álcool e queixas somáticas (tais como constipação e cefaléia) frequentemente complicam o tratamento da depressão. Aproximadamente 50% de todos os pacientes descrevem uma variação diurna em seus sintomas, com uma gravidade aumentada pela manhã e diminuição dos sintomas à noite. Os sintomas cognitivos incluem relatos subjetivos de incapacidade para concentrar-se (84% dos pacientes) e comprometimento do pensamento (67%). O diagnóstico de transtorno depressivo maior, tipo melancólico, é ilustrado pelo seguinte caso:

Um coronel reformado do Exército e advogado, de 79 anos, foi tratado pela primeira vez em uma clínica psiquiátrica em 1968. Nenhum de seus pais, irmãos ou parentes próximos tivera qualquer doença psiquiátrica, nem o paciente apresentara qualquer transtorno dessa espécie, no passado. cursou a faculdade e recebeu promoções no Exército. Durante a Primeira Guerra Mundial, sofreu um ferimento de metralhadora no ombro direito. Após a guerra, recebeu seu grau de advogado e praticou em sua cidade natal até a Segunda Guerra Mundial, na qual serviu. Após esta reformou-se por incapacidade plena, devido a um enfisma.

Em 1966, desenvolveu comprometimento de memória e retirou-se completamente da prática da advocacia. Foi encaminhado ao psiquiatra por perda de me-

mória recente, insônia, perda do apetite, agitação periódica e preocupação verbal persistente por achar que não havia declarado corretamente seu imposto de renda; disse que por causa disso, havia ido para a prisão. A memória recente e o notado aprendido pareciam prejudicados. Seu enfisema exigia supervisão por um especialista. As fenotiazinas logo controlaram seus delírios de culpa, necessidade de ser punido e estado ansioso-depressivo-apreensivo associado. Em março de 1969, consultou novamente por agitação e sintomas epigástricos que persistiam por uma semana, não sendo detectada qualquer razão física para este desconforto. Nenhum delírio foi verbalizado, e recebeu alta nove dias após ter sido iniciada a medicação. Foi readmitido em 1973 com uma piora gradual de sua situação cardio-respiratória e debilidade progressiva. Ele esquecia da maioria das coisas, mas constantemente reiterava a crença de ter abdicado de seus benefícios de veterano, de não ter qualquer meio de subsistência e de que alguém o levaria "para não sei onde". Estava quase que completamente confinado ao leito; conversava de um modo normal, quando não questionado; seus delírios persistiam, apesar de várias drogas psicotrópicas. Tornou-se aparente que a negação era um forte fator e que suas funções de memória não estavam comprometidas ao grau anteriormente suspeitado, já que seus modos gentis e vestuário impecável permaneciam inalterados. Sua condição física já muito debilitada impedia a terapia somática.

Discussão. Este caso de melancolia revela os delírios exagerados de culpa e necessidade de punição, no início do curso, seguidos, posteriormente, por idéias e pobreza e medo de punição. O paciente ilustra o conceito de depressão mascarada, onde a hipocondria mascara os sintomas depressivos, assim como a moderada doença cerebral orgânica.

Depressão em Crianças e Adolescentes

Apego excessivo aos pais e fobia à escola podem ser sintomas de depressão em crianças. Desempenho escolar deficiente, abuso de drogas, comportamento anti-social, gazeta e fuga podem ser sintomas de depressão em adolescentes.

Episódios Maníacos

As características de um episódio maníaco são definidas no DSM-IV-R (Tabela 16-1.3). Humor elevado, expansivo ou irritável é a sua marca registrada. O humor elevado é eufórico e freqüentemente de natureza contagiante, algumas vezes provocando a negação contra-transferencial da doença por um clínico inexperiente. Embora as pessoas não envolvidas possam deixar de reconhecer a natureza incomum do humor do paciente, quem o conhece percebe-o como anormal para o mesmo. Por outro lado, e humor pode ser irritável, especialmente quando os planos excessivamente ambiciosos do paciente são contrariados freqüentemente, o paciente exibe uma alteração de humor, predominante ente de euforia no início do curso da doença, para irritabilidade numa fase posterior de processo.

Além dos critérios relacionados no DSM-IV-R, os pacientes maníacos freqüentemente exibem outros sintomas. O tratamento de pacientes maníacos em uma enfermaria pode ser complicado por sua testagem dos limites das regras da mesma, por uma tendência a transferir a responsabilidade por seus atos a outrem, pela exploração das fraquezas dos outros e por uma tendência a dividir a equipe da enfermaria. Pacientes maníacos freqüentemente ingerem álcool em excesso, talvez numa tentativa de se auto-medicarem. A natureza desinibida desses pacientes reflete-se no uso excessivo de telefone, especialmente com tele-

fonemas interurbanos nas primeiras horas da manhã. Jogo patológico, tendência a despir-se em lugares públicos, roupas e jóias de cores berrantes em combinações incomuns e desatenção a pequenos detalhes (por ex., esquecer de desligar e telefone) são também sintomáticos deste transtorno. A natureza impulsiva de muitos dos atos de paciente é acompanhada por um senso de convicção e determinação. O paciente está freqüentemente preocupado com idéias religiosas, políticas, financeiras, sexuais ou persecutórias que podem evoluir para sistemas delirantes complexos. Ocasionalmente, esses pacientes tornam-se bastante regressivos, e brincam com sua urina e fezes. O diagnóstico de transtorno bipolar é ilustrado pelo seguinte caso:

Um homem de 24 anos apresentava-se mutista e rígido, quando trazido à sala de emergência. Os amigos que o trouxeram afirmaram que jogavam basquete no ginásio da universidade quando ele subitamente encostou a cabeça no chão, fez sons como se estivesse orando e se tornou "catatônico". Quando entrevistado, uma hora depois, o paciente disse apenas que "Eu estava me comunicando diretamente com Deus".

De acordo com seus amigos, o paciente tornara-se progressivamente "alto", recentemente, mas negaram enfaticamente que ele usasse drogas ou álcool em excesso. Um telefonema para sua namorada, cujo nome e número foram fornecidos pelos amigos do paciente, revelou o seguinte:

O paciente estivera bem, sem evidências de comportamento incomum, até uma semana antes da admissão. Vivia com a namorada, comparecia à universidade e trabalhava em tempo parcial. Uma semana antes da admissão, começou a dizer coisas estranhas, geralmente de natureza religiosa. Também deixou de dormir à noite e se tornou sexualmente exigente

com sua namorada. Começou a exercitar-se ainda mais do que antes, no ginásio, para "queimar a energia excessiva". Sua namorada declarou que ele tivera sintomas similares quando fora hospitalizado, no ano anterior; Naquele período, ele deixara o hospital contra os conselhos médicos e ficara muito deprimido, por cerca de três meses. Não buscou auxílio profissional. Retraiu-se das atividades sociais na escola e dormia cerca de 14 horas por dia. Quando a garota decidiu romper o relacionamento, ele retornou, espontaneamente, ao seu estado normal. Ela o descreveu como um jovem amigável, extrovertido e cheio de vitalidade, interessado pelos estudos e por esportes, que desempenhava bem tanto na universidade quanto no trabalho.

Os achados toxicológicos na sala de emergência foram negativos, assim como outras investigações médicas. O exame físico revelou um homem extremamente saudável e atlético, amplamente mutista, que mantinha seu corpo em uma postura rígida. O registro hospitalar continha anotações de uma admissão psiquiátrica do ano anterior. O diagnóstico era de "psicose atípica, descartada alguma espécie de psicose orgânica ou por drogas". O paciente estivera no hospital, anteriormente, apenas por 4 dias, durante os quais observou-se que sofria de alucinações auditivas e um delírio de estar em comunicação direta com Deus.

Durante os primeiros dias da hospitalização atual, observou-se que o paciente alternava posturas rígidas e ligeira hipervitalidade. Saía espontaneamente de sua rigidez e começava a andar ativamente em torno da unidade, falando sobre sua fé recém-descoberta a "qualquer um a quem encurralasse".

Discussão. O comportamento bizarro (mutismo e rigidez), a razão da admissão do paciente ao hospital, é um sintoma catatônico. Tradicionalmente, os sintomas catatônicos são vistos como uma evidên-

cia de esquizofrenia ou de formas incomuns de um transtorno do sistema nervoso central. Atualmente se reconhece que os sintomas catatônicos também são vistos nos episódios maníacos do transtorno bipolar.

O paciente continuou a ter sintomas catatônicos (postura rígida) enquanto estava no hospital mas em outros momentos, tinha os sintomas clássicos de um episódio maníaco: seu humor era expansivo (transmitido pelo relato dos amigos de que o paciente se tornara "alto", "falando a qualquer um a quem pudesse encurrular" sobre suas idéias religiosas, e sua descrição, pela namorada, como sexualmente exigente); ele estava grandioso (comunicava-se com Deus), hiperativo (andava ativamente), e não dormia. Além disso havia uma história do que parecia ser um episódio depressivo maior; estivera extremamente deprimido, socialmente retraído e dormia 14 horas por dia, no episódio depressivo.

Característicos do transtorno bipolar, também, são o rápido desenvolvimento do episódio maníaco e o pleno retorno ao funcionamento normal entre os episódios de perturbação do humor. O delírio do paciente, de comunicação direta com Deus, era um delírio de grandeza típico, congruente com o humor. Portanto, o diagnóstico era de transtorno bipolar, maníaco, com características psicóticas humor-congruentes.

Tabela 16.1-1
Critérios Diagnósticos para Episódio Maníaco

Nota: Uma síndrome maníaca é definida como incluindo os critérios A, B e C, abaixo. Uma síndrome hipomaníaca é definida pelos critérios A e B mas não C (isto é, nenhum comprometimento acentuado) abaixo:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável

B. Durante o período do transtorno de humor, pelo menos três dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor for apenas irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

(1) auto-estima inflada ou grandiosidade

(2) necessidade de sono diminuída (por ex., sente-se repousado após apenas três horas de sono)

(3) mais loquaz do que o habitual ou pressão para continuar falando

(4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados

(5) distratibilidade (isto é, atenção é muito facilmente desviada por estímulos externos sem importância ou irrelevantes)

(6) aumento na atividade dirigida a metas (socialmente, no trabalho, escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora

(7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas que têm um alto potencial para conseqüências dolorosas (por ex., a pessoa engaja-se em compras irrefreadas, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)

C. Perturbação do humor suficientemente grave para causar acentuado prejuízo no funcionamento profissional ou nas atividades sociais habituais ou relacionamentos sociais com outra pessoas, ou para exigir hospitalização de modo a impedir dano a si mesmo ou outrem.

D. Em nenhum momento durante e transtorno houve delírios ou alucinações por mais de duas semanas, na ausência de sintomas de humor proeminentes (isto é,

antes dos sintomas de humor se desenvolverem ou após terem cessado).

E. Não sobreposto a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico SOE.

F. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve o transtorno. Nota: Tratamento antidepressivo somático (por ex., drogas, ECI¹) que aparentemente precipite um distúrbio de humor não deve ser considerado um fator etiológico orgânico.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Mania em adolescentes. A mania, nos adolescentes, freqüentemente é diagnosticada erroneamente como sociopatia ou esquizofrenia. Os sintomas de mania em adolescentes podem incluir psicose, abuso de álcool ou drogas, tentativas de suicídio, problemas escolares, meditações filosóficas, sintomas obsessivo-compulsivos, queixas somáticas múltiplas, irritabilidade acentuada resultando em brigas, além de outros comportamentos anti-sociais. Embora muitos desses sintomas possam ser vistos na adolescência normal, sintomas graves ou persistentes devem levar o médico a pensar em transtorno bipolar no diagnóstico diferencial.

EXAME DO ESTADO MENTAL

Episódios depressivos

Descrição geral. Retardo psicomotor generalizado é o sintoma mais

comum, embora agitação psicomotora também possa estar presente, especialmente em idosos. Retorcer as mãos e puxões dos cabelos são os sintomas mais comuns de agitação. A apresentação clássica de um paciente deprimido é a de alguém com postura curvada sem movimentos espontâneos e um olhar abatido, desviado. Os pacientes deprimidos que exibem sintomas amplos de retardo psicomotor podem parecer idênticos, quando do exame físico, aos pacientes com esquizofrenia catatônica.

Humor, afeto e sentimentos. A depressão é o sintoma chave deste transtorno, embora aproximadamente metade dos pacientes possam negar os sentimentos e possam não parecer especialmente deprimidos, ao examinador; Esses pacientes freqüentemente são levados ao tratamento por familiares ou empregadores, em virtude do retraimento social e da atividade geralmente diminuída.

Perturbações da percepção. Diz-se que os pacientes deprimidos com delírios ou alucinações têm depressão psicótica; o termo é também usado por alguns clínicos para descrever pacientes deprimidos maciçamente regressivos (por ex., mutistas, que não tomam banho ou se sujam), mesmo na ausência de delírios ou alucinações. Os delírios ou as alucinações coerentes com um humor deprimido no conhecidos como humor-congruentes. Os delírios humor-ongruentes incluem delírios de culpa, pecado, inutilidade, pobreza, fracasso, perseguição e doenças somáticas terminais (por ex., câncer, cérebro "pobre"). O conteúdo dos delírios ou alucinações humor-incongruentes em um indivíduo deprimido envolvem temas grandiosos de poder, conhecimento e valor exagerados - por exemplo, a crença de ser o Messias. Alucinações ocorrem na depressão psicótica, mas são relativamente raras.

Conteúdo e processo do pensamento. Os pacientes deprimidos geralmente têm

rima visão negativa do mundo e de si mesmos. O conteúdo do pensamento freqüentemente envolve ruminação não delirante sobre perda, culpa, suicídio e morte. Muitos pacientes apresentam redução na velocidade e no volume da fala, respondendo as perguntas com uma única palavra e demorando para responder as mesmas. O examinador pode ter que esperar, literalmente dois ou três minutos por uma resposta. Aproximadamente 10% dos pacientes deprimidos têm acentuados sintomas de uma perturbação do pensamento, geralmente bloqueio, profunda pobreza do conteúdo ou do discurso, ou circunstancialidade maciça. Impulsividade, suicídio e homicídio. Aproximadamente 10 a 15% dos pacientes deprimidos cometem suicídio, e aproximadamente dois terços pensam nele. Pacientes com depressão psicótica podem ocasionalmente pensar em matar uma pessoa envolvida em seu sistema delirante, porém os mais gravemente deprimidos. Freqüentemente não têm a motivação ou energia para agir de forma impulsiva ou violenta. Pacientes com depressão têm um risco alimentado de suicídio à medida que começam a melhorar e recuperam a energia necessária para planejar e executar um suicídio (suicídio paradoxal. Um erro clínico comum consiste em prescrever a um paciente deprimido uma grande quantidade de antidepressivos (especialmente tricíclicos) por ocasião da alta hospitalar.

Orientação. A maioria dos pacientes deprimidos mantém-se orientada para pessoa, lugar e tempo, embora alguns possam não ter energia ou interesse suficientes para responder a estas perguntas durante a entrevista.

Memória. Aproximadamente 50 a 75% dos pacientes deprimidos têm comprometimento cognitivo, algumas vezes referido como "pseudodemência depressiva". Tais pacientes queixam-se

comumente de concentração prejudicada e esquecimento.

Julgamento e insight. O julgamento do paciente é melhor avaliado pela revisão de seus atos no passado recente e seu comportamento durante a entrevista. O insight do paciente deprimido sobre sua doença é freqüentemente excessivo, na medida em que salienta demasiadamente seus sintomas, suas mazelas e problemas. É muito difícil convencer tais pacientes de que eles podem melhorar.

Confiabilidade. Toda informação obtida de um paciente deprimido enfatiza excessivamente o lado ruim e minimiza o bom. Um erro clínico comum consiste em acreditar num paciente deprimido que declara que uma tentativa anterior com medicação antidepressiva não funcionou. Essas declarações podem ser completamente falsas e exigem confirmação de outra fonte. O psiquiatra não deve considerar as informações errôneas do paciente como uma falsificação intencional, uma vez que pode ser literalmente impossível, para uma pessoa em estado mental deprimido, admitir qualquer informação promissora.

Escalas objetivas de avaliação da depressão. As escalas de avaliação da depressão podem ser úteis na prática clínica, para a documentação do estado clínico dos pacientes deprimidos.

Escala de Zung. A Escala de Auto-Avaliação de Zung é um questionário de 20 itens. O escore normal é de 34 pontos ou menos, e o deprimido, de 50 ou mais. Esta escala fornece um índice global de intensidade os sintomas depressivos, incluindo a expressão afetiva da depressão.

Escala de Raskin. A Escala de Gravidade da Depressão de Raskin é uma escala avaliada pelo médico, que mede a gravidade da depressão, conforme o relato do paciente e a observação do médico, em uma escala tridimensional de 5 pontos. relato verbal, comportamento exibido

e sintomas secundários. Ela tem uma variação de 3 a 13; o normal é 3; o deprimido, 7 ou mais.

Escala de Hamilton. Este teste é uma escala de depressão amplamente utilizada, de 24 itens, cada um deles sendo classificado de 0 a 4 ou de 0 a 2, com uma variação máxima de 0 a 76. A pontuação deriva de uma entrevista clínica com o paciente. Perguntas sobre sentimentos de culpa, suicídio, hábitos de sono e outros sintomas de expressão são avaliadas pelo clínico.

Episódios Maníacos

Aparência geral. Os pacientes maníacos são excitados, loquazes, algumas vezes divertidos, e hiperativos. Às vezes são maciçamente psicóticos e desorganizados, exigindo contenção física e tranqüilizantes intramusculares.

Humor, afeto e sentimentos. Os pacientes maníacos são classicamente eufóricos, mas também podem ser irritáveis, especialmente quando a mania esteve presente por algum tempo. Também podem ter baixa tolerância à frustração, capaz de levar a sentimentos de raiva e hostilidade. Os pacientes maníacos podem ser emocionalmente instáveis, mudando de risadas para a irritabilidade e daí para a depressão em minutos a horas com pouco controle.

Perturbações perceptivas. Os delírios estão presentes em 75% dos pacientes maníacos. Delírios maníacos humor-congruentes freqüentemente envolvem grande riqueza, habilidades ou poder. Delírios e alucinações bizarras e humor-incongruentes com o humor também são vistos na mania.

Processos de pensamento. O conteúdo do pensamento inclui temas de autoconfiança e auto-engrandecimento. Esses pacientes não podem ser interrompidos enquanto falam, e freqüentemente são intrometidos e inconvenientes para as

pessoas à sua volta. Os pacientes maníacos distraem-se facilmente. O funcionamento cognitivo do estado maníaco caracteriza-se por um fluxo de idéias desenfreados e acelerado, no qual a fala freqüentemente está perturbada. À medida que a mania se intensifica, as considerações formais e lógicas da linguagem são derrubadas, e a fala se torna alta, rápida e difícil de interpretar. À medida que o estado ativado aumenta, a linguagem torna-se repleta de trocadilhos, piadas, rimas, jogos de palavras e irrelevantias que são, a princípio, divertidas, mas com um aumento ainda maior do nível de atividade, as associações tornam-se desconexas. A capacidade de concentração enfraquece, provocando fuga de idéias, salada de palavras e neologismos. Na excitação maníaca aguda, o discurso pode ser totalmente incoerente e indiferenciável de um esquizofrênico em excitação catatônica aguda.

Impulsividade, suicídio e homicídio. Aproximadamente 75% de todos os pacientes maníacos são agressivos ou ameaçadores. Muitos deles pensam em suicídio e homicídio, mas a incidência desses comportamentos é desconhecida. Existem algumas indicações de que alguns pacientes que ameaçam pessoas particularmente importantes (tais como o presidente da República) têm mais freqüentemente, doença bipolar do que esquizofrenia. Orientação e memória. A orientação e a memória geralmente estão intactas embora alguns pacientes possam estar tão eufóricos a ponto de darem respostas incorretas. Este sintoma foi chamado de mania delirante, por Kraepelin.

Julgamento e insight. O julgamento comprometido é um marco característico dos pacientes maníacos. Podem infringir leis relativas a cartões de crédito, atividades sexuais e finanças, algumas vezes levando suas famílias à ruína financeira. Os

pacientes maníacos também têm muito pouco insight de sua doença.

Confiabilidade. Muitos pacientes são notoriamente inconfiáveis em suas informações. Mentiras e engodos são comuns neste transtorno, freqüentemente fazendo com que os médicos inexperientes tratem estes pacientes com desdém inapropriado.

CURSO E PROGNÓSTICO

Transtornos Depressivos

Curso. Pacientes com transtorno depressivo geralmente nunca tiveram problemas de personalidade pré-mórbida. Aproximadamente 50% deles têm seu primeiro episódio depressivo antes dos 40 anos. Um início tardio está associado com a ausência de história familiar de transtorno do humor, sóciopatia ou alcoolismo. Um episódio depressivo não tratado dura de 6 a 13 meses; a maioria dos episódios tratados dura cerca de 3 meses. A suspensão dos antidepressivos antes dos três meses quase sempre ocasiona retorno dos sintomas. À medida que os pacientes envelhecem, há uma tendência à ocorrência de episódios mais freqüentes e de maior duração. Em um período de 20 anos, o número médio de episódios é de cinco ou seis.

Aproximadamente 5 a 10% dos pacientes com diagnóstico inicial de depressão unipolar têm um episódio maníaco de 6 a 10 anos após o primeiro episódio depressivo. A idade média para esta virada é de 32 anos, ocorrendo freqüentemente após dois a quatro episódios surtos depressivos. A depressão dos pacientes mais tarde rediagnosticados como bipolares é freqüentemente caracterizada por hípersônia, retardo psicomotor, sintomas psicóticos, história de episódios pós-parto, história familiar de transtorno bipolar e história de hipomania induzida por antidepressivos.

Prognóstico. A depressão maior é, fundamentalmente, um transtorno cíclico com períodos de doença separados por períodos de saúde mental. Aproximadamente 50 a 85% de todos os pacientes têm um segundo episódio depressivo, freqüentemente nos próximos quatro a seis meses. O risco de recorrência é aumentado pela distímia coexistente, abuso de álcool e drogas, sintomas de ansiedade, e história de mais de um episódio depressivo anterior. Aproximadamente metade dos pacientes são mentalmente saudáveis em um acompanhamento a longo prazo; cerca de 30% têm comprometimento moderado e 20% têm comprometimento significativo. Os homens estão mais propensos do que as mulheres a experimentar um curso de comprometimento crônico.

Transtornos Bipolares

Curso. A história natural dos transtornos bipolares é tal que freqüentemente torna-se útil confeccionar um gráfico da doença do paciente e mantê-lo atualizado à medida que prossegue o tratamento (Figura 16.1-3). Embora a ciclotímia às vezes seja diagnosticada retrospectivamente em pacientes com transtorno bipolar, nenhum traço de personalidade identificado está especialmente associado a este transtorno. O transtorno bipolar começa, mais freqüentemente, com depressão (75% do tempo em mulheres, 67% nos homens), sendo uma doença recorrente. A maioria dos pacientes experimenta tanto depressão quanto mania, embora aproximadamente 10 a 20% tenham apenas episódios maníacos. Os episódios maníacos têm, tipicamente, um início rápido (de horas a dias), mas podem evoluir ao longo de algumas semanas. Um episódio maníaco não tratado dura cerca de três meses; portanto, é insensato descontinuar as drogas antes disso. À medida que a doença progride, existe, freqüentemente, uma diminuição

no intervalo de tempo entre os episódios. Após aproximadamente cinco episódios, entretanto, o intervalo entre eles frequentemente estabiliza-se em cerca de seis a nove meses. Alguns pacientes com transtorno bipolar têm episódios de ciclos rápidos. A ciclagem rápida é muito mais comum em mulheres do que em homens, embora não esteja relacionada, temporalmente, ao ciclo menstrual. A ciclagem rápida pode estar associada ao tratamento com antidepressivos tricíclicos, e os pacientes frequentemente respondem a terapias de combinação de lítio e inibidores da monoamino-oxidase (IMAOs).

Prognóstico. Os transtornos bipolares têm um prognóstico pior do que os transtornos depressivos. Os pacientes com sintomas maníacos puros saem-se melhor do que aqueles com sintomas depressivos ou mistos. A presença de sintomas psicóticos durante episódios maníacos, entretanto, não implica um fraco prognóstico. A curta duração dos episódios maníacos, idade mais tardia, poucos pensamentos suicidas e poucos problemas médicos ou psiquiátricos coexistentes, pesam a favor de um bom prognóstico.

Aproximadamente 7% dos pacientes bipolares não sofrem recorrência dos sintomas, 45% têm mais de um episódio, e 40% têm uma doença crônica. Os pacientes podem ter 2 a 30 episódios de mania (média de nove episódios); 40% têm mais de 10. Em um acompanhamento a longo prazo, 15% de todos os pacientes com transtorno bipolar estão bem, 45% estão bem mas tiveram múltiplas recaídas, 30% estão em remissão parcial, e 10% estão cronicamente enfermos. Um terço de todos os pacientes com transtorno bipolar têm sintomas crônicos e evidências de declínio social.

DIAGNÓSTICOS E TIPOS

Transtornos Depressivos

Diagnóstico. Para o diagnóstico de depressão maior, o DSM-IV-R exige a presença de um ou mais episódios depressivos maiores (Tabela 16.1-1) e a ausência de um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco inequívocos. O DSM-IV-R também especifica tipos - episódio único (Tabela 16.1-4), recorrente (Tabela 16.1-5) e padrão sazonal (Tabela 16.1-6). Além disso, o DSM-IV-R especifica a gravidade da doença - leve, moderada, grave sem características psicóticas, com características psicóticas (indicando delírios ou alucinações humor congruentes ou humor incongruentes), em remissão parcial, em remissão plena, crônica e não-especificada (Tabela 16.1-7). Um diagnóstico de transtorno depressivo sem outra especificação (SOE) é usado para transtornos com características depressivas que não reúnem os critérios para qualquer transtorno de humor específico, ou transtorno de adaptação com humor deprimido. Episódios distímicos intermitentes são um exemplo deste transtorno (Tabela 16.1-8).

Tabela 16.1-4

Crítérios Diagnósticos para Depressão Maior, Episódio Único

Para o quinto dígito use os códigos de episódio depressivo maior, para descrever estado atual.

- A. Episódio depressivo maior único
 - B. Jamais teve episódio maníaco ou episódio hipomaníaco inequívoco
- Especifique se padrão sazonal.
Consulte Tabela 16.1-1 para critérios depressivos.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Tabela 16.1-5

Critérios Diagnósticos para Depressão Maior, Recorrente

Para o quinto dígito use os códigos de episódio depressivo maior, para descrever estado atual.

A. Dois ou mais episódios depressivos maiores, separados por um intervalo de pelo menos dois meses de retorno a um funcionamento mais ou menos habitual. (Se houve um episódio depressivo atual não precisa satisfazer todos os critérios de episódio depressivo maior).

B. Nunca teve episódio maníaco ou episódio hipomaníaco inequívocos. Especifique se padrão sazonal.

Consulte Tabela 16.1-1 para critérios depressivos.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Tabela 16.1-6

Critérios Diagnósticos para Padrão Sazonal

A. Houve uma relação temporal regular entre o início de um episódio de transtorno bipolar (incluindo transtorno bipolar SOE) ou de depressão maior recorrente (incluindo transtorno depressivo SOE) e um período particular de 60 dias no ano (por ex., aparecimento da depressão entre o início de Outubro e fim de Novembro*.

Nota: Não incluir casos em que há um efeito óbvio da sazonalidade relacionado a estressores psicossociais (por ex., está regularmente desempregado durante o inverno).

B. Remissões completas (ou uma mudança da depressão para mania ou hipoma-

nia) também ocorreram dentro de um período particular de 60 dias no ano (por ex., a depressão desaparece de meados de Fevereiro a meados de Abril**).

C. Houve pelo menos três episódios de transtorno do humor em três anos, demonstrando a relação temporal sazonal definida em A e B; pelo menos dois dos anos foram consecutivos.

D. Os episódios de transtorno sazonal do humor, conforme descrição acima, excederam quaisquer episódios não-sazonais de tal transtorno que possam ter ocorrido, na proporção de mais de três para um.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

* Nota de revisão: corresponde ao início do inverno, no Hemisfério Norte.

** Nota de revisão: corresponde ao início da primavera, no Hemisfério Norte.

Tipos. Vários tipos foram sugeridos para a divisão dos pacientes deprimidos em grupos mais homogêneos, O DSM-IV-R diferencia um tipo de depressão baseado na presença de sintomas de melancolia (Tabela 16.1-2). Vários estudiosos sugerem que os pacientes melancólicos estão particularmente propensos a responder aos medicamentos antidepressivos.

Transtorno afetivo sazonal (DAS). O DSM-IV-R contém critérios específicos de diagnóstico para um padrão sazonal de episódios depressivos maiores (Tabela 16.1-6). O DAS, também conhecido como transtorno sazonal do humor, é mais frequentemente caracterizado por depressão, lentificação psicomotora, hipersonia e hiperfagia que aparecem no outono ou

inverno e melhoram na primavera e verão. Recentemente, um padrão sazonal no qual a depressão aparece na primavera e verão e se resolve no outono e inverno, foi reconhecido em alguns pacientes. Esses episódios depressivos podem estar relacionados à regulação anormal da secreção de melatonina da glândula pineal. Este tipo de depressão parece ser particularmente suscetível ao tratamento com privação do sono ou, para uma remissão mais duradoura, com terapia com luz (fototerapia). O tratamento com luz envolve a extensão do fotoperíodo do dia de um paciente expondo-o a luz forte, geralmente por duas horas pela manhã ou à noite.

Disforia histeróide. Disforia histeróide e depressão atípica são termos às vezes usados para descrever pacientes deprimidos com os chamados sintomas vegetativos invertidos e acentuados sintomas de ansiedade. Os sintomas vegetativos invertidos são apetite aumentado, em vez de diminuído; sono aumentado, em vez de diminuído; ganho de peso, em vez de perda e, às vezes, hiperatividade. Embora a ansiedade seja um sintoma freqüente em todas as pessoas deprimidas, as pessoas com disforia histeróide tem sintomas tão acentuados de ansiedade que ficam sob risco de serem classificadas como tendo um transtorno de ansiedade, em vez de um transtorno depressivo. Os dados de pesquisas apoiam a conclusão de que estes pacientes estão mais propensos a responderem ao tratamento com IMAOs do que com antidepressivos tricíclicos.

Outros tipos. Outros sistemas foram criados, para identificar se pacientes com bom e mau prognóstico. Essas diferenciações incluem esquemas endógeno-reativo, psicótico-neurótico e primário-secundário. O continuum endógeno-reativo é uma divisão controversa, porque implica que as depressões endógenas são depressões biológicas e as

depressões reativas são psicológicas, com base, primariamente, na presença ou ausência de um estresse precipitador identificável. Outros sintomas depressão endógena incluem variação diurna, delírios, retardo psicomotor, despertar precoce pela manhã e sentimentos de culpa; assim, a depressão endógena é algo similar ao diagnóstico do DSM-IV-R de episódio depressivo maior com características psicóticas, tipo melancólico. Os sintomas de depressão reativa incluem insônia, ansiedade, instabilidade emocional e múltiplas queixas somáticas. A divisão psicótica-neurótica separa os pacientes mais gravemente enfermos daqueles com doença menos grave. As depressões primárias são o que o DSM-IV-R chama de transtornos de humor, e a depressão secundária é uma depressão componente de outras condições médicas ou psiquiátricas. A depressão dupla é a condição na qual a depressão maior sobrepuja-se à distímia. Um equivalente depressivo é um sintoma ou síndrome que pode ser uma forma frusta de um episódio depressivo. Por exemplo, a tríade gazeta, abuso de álcool e promiscuidade sexual em um adolescente anteriormente bem comportado, pode constituir um equivalente depressivo.

Transtornos Bipolares

Diagnóstico. O DSM-IV-R exige a presença de um episódio maníaco (Tabela 16.1-3) para o diagnóstico de transtorno bipolar, tipo maníaco (Tabela 16.9). Se anteriormente houve um episódio maníaco completo, o episódio atual não precisa reunir todos os critérios para um episódio maníaco. O diagnóstico de transtorno bipolar, tipo depressivo (Tabela 16.1-10) requer uma história passada de um ou mais episódios maníacos (Tabela 16.1-3) e a presença de um episódio depressivo. Se houve um episódio depressivo maior anterior, entretanto, o episódio atual não

precisa atender a todos os critérios para episódio depressivo maior (Tabela 16.1-1). O diagnóstico de transtorno bipolar, tipo misto (Tabela 16.1-11), requer a presença dos episódios maníaco e depressivo completos (durantes pelo menos um dia inteiro), ou alternância muito rápida dessas síndromes em poucos dias.

A gravidade de um episódio maníaco também é especificada no DSM-IV-R: leve, moderado, grave sem características psicóticas (indicar humor-congruente ou humor incongruente), remissão parcial, remissão completa e inespecificado (Tabela 16.1-12). O transtorno bipolar sem outra especificação (SOE) é uma categoria residual para episódios hipomaníacos não classificados em nenhuma outra seção do DSM-IV-R (Tabela 16.1-13).

Tipos. Os principais tipos de transtorno bipolar são depressivo, maníaco, e misto. Uma outra divisão envolve os conceitos bipolar I e bipolar II. O Bipolar I é sinônimo para os critérios do DSM-IV-R para transtorno bipolar. Bipolar II refere-se aos pacientes que têm episódios depressivos maiores apenas com episódios hipomaníacos. De acordo com o DSM-IV-R, se esses pacientes não satisfazem os critérios para ciclotimia, eles são diagnosticados como tendo transtorno bipolar SOE. Bipolar II tem sido relatado nas famílias de pacientes unipolares, bipolares e bipolares II. Tem sido sugerido que os pacientes bipolares II poderiam representar um transtorno de personalidade sobreposto a um transtorno depressivo unipolar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Transtornos Depressivos

Transtornos médicos. Vários transtornos médicos e neurológicos e agentes farmacológicos podem produzir sintomas depressivos (Tabela 16.1-4). Muitos pacientes com depressão primeiro consultam clínicos gerais com queixas

somáticas. A maioria das causas orgânicas de depressão pode ser detectada com uma história clínica abrangente, um exame físico e neurológico completo e exames rotineiros de sangue e urina. A investigação deve incluir testes das funções de tireóide e glândula adrenal, uma vez que os transtornos de ambos estes sistemas endócrinos podem apresentar-se como depressão.

Os problemas neurológicos mais comuns que se manifestam com sintomas depressivos são a doença de Parkinson, demências (incluindo doença de Alzheimer), epilepsia, derrames e tumores. Aproximadamente 50 a 75% dos pacientes com doença de Parkinson têm sintomas acentuados de depressão freqüentemente respondem a drogas antidepressivas ou à terapia eletroconvulsiva (ECT).

Geralmente é possível distinguir a "pseudodemência" depressiva da demência de uma doença tal como a de Alzheimer, com base em dados clínicos. Os sintomas cognitivos na depressão têm um início mais agudo, e outros sintomas depressivos, tais como auto-reprovação, estão presentes. Uma variação diurna dos problemas cognitivos pode estar presente, não sendo vista nas demências primárias. Os pacientes deprimidos com dificuldades cognitivas freqüentemente não se empenham em responder às perguntas ("não sei"), ao passo que os demenciados podem confabular. Nos pacientes deprimidos, as memórias recente e remota estão igualmente afetadas; nos demenciados, a memória recente está mais acometida que a remota. Finalmente, os pacientes deprimidos freqüentemente podem ser treinados para melhorar a memória, uma capacidade que falta aos demenciados.

As alterações interictais associadas com epilepsia do lobo temporal podem imitar um transtorno depressivo, especialmente se o foco epilético estiver do lado direito. A depressão é um espec-

to complicador comum dos acidentes cerebrovasculares, particularmente nos dois primeiros anos após o episódio. A depressão é mais comum após derrames anteriores (do que posteriores) e com lesões do lado esquerdo. A depressão pós-derrame freqüentemente responde aos medicamentos antidepressivos. Os tumores das regiões diencefálica e temporal apresentam uma propensão particular a estarem associados com sintomas depressivos.

A falha em tomar uma boa história clínica ou em considerar o contexto da situação de vida do paciente pode levar a erros diagnósticos. Os adolescentes com depressão devem ser testados para mononucleose. Mulheres e homens com peso ou falta de peso acentuados devem ser testados para disfunções adrenais ou tireóideas. Homens homossexuais e bissexuais e usuários de drogas intravenosas devem ser testados para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Pacientes idosos devem ser avaliados para pneumonia viral.

A relação das drogas associadas com depressão também é longa (Tabela 16.1-4). Uma regra ditada pelo bom senso é de que qualquer droga que um paciente deprimido esteja tomando deve ser considerada como um fator potencial para o transtorno do humor. Drogas cardíacas, anti-hipertensivas, sedativos, hipnóticos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, antibacterianos e antieoplásicos, estão, geralmente, associados com sintomas depressivos.

Transtornos psiquiátricos. A depressão pode ser um aspecto de virtualmente qualquer transtorno mental relacionado no DSM-III-R, mas os transtornos psiquiátricos relacionados na Tabela 16.1-5 devem ser particularmente considerados no diagnóstico diferencial. A diferenciação das síndromes é melhor realizada seguindo as orientações do DSM-III-R para cada transtorno. Talvez a

diferenciação mais difícil seja entre os transtornos de ansiedade (com depressão) e transtornos depressivos (com ansiedade acentuada). Um TSD anormal, a presença de latência de sono REM encurtada no eletroencefalograma do sono (EEG) e um teste de infusão de lactato negativo apóiam um diagnóstico de depressão. O luto sem complicação não é considerado um transtorno mental, embora aproximadamente um terço dos conjugues enlutados reúnam os critérios para transtorno depressivo por algum tempo. Alguns pacientes com luto descomplicado realmente desenvolvem depressão maior. Entretanto, o diagnóstico não é realizado, a menos que não ocorra a resolução da crise; a diferenciação está baseada na gravidade e extensão dos sintomas. Os sintomas vistos habitualmente em um transtorno depressivo que evolui do luto não-resolvido são uma preocupação mórbida com um senso de inutilidade, ideação suicida, acentuado prejuízo funcional, retardo psicomotor, sensação de ter cometido um ato (não apenas uma omissão) que causou a morte, mumificação (manter os pertences do morto exatamente como estavam) e uma reação particularmente grave de aniversário, que às vezes inclui tentativa de suicídio.

Transtorno Bipolar (Episódios Maníacos)

Transtornos médicos. Muitas das causas neurológicas e médicas potenciais de sintomas depressivos também podem causar sintomas maníacos (ver itens com asterisco na Tabela 16.1-14). Muitos agentes farmacológicos podem precipitar a mania (Tabela 16.1-6), assim como o tratamento com antidepressivos ou abstinência destes.

Transtornos psiquiátricos. O principal diagnóstico diferencial psiquiátrico para os sintomas maníacos inclui os transtornos que podem apresentar-se com

depressão (Tabela 16.1-5). De especial interesse para os sintomas maníacos, entretanto, são os transtornos de personalidade borderline (limítrofe), narcisista, histriônico e anti-social.

Muito tem sido escrito, recentemente, acerca da dificuldade clínica de separar um episódio maníaco de um episódio esquizofrênico. Embora isto seja difícil, existem algumas diretrizes clínicas. Hilariedade, exaltação e humor contagiante são muito mais comuns na mania. A combinação de humor maníaco, taquialia e hiperatividade pesa fortemente em direção a um diagnóstico de mania. O início da mania é freqüentemente mais rápido, representando uma mudança acentuada em relação ao comportamento anterior. Metade dos pacientes bipolares têm uma história familiar de transtorno do humor. A catatonia pode ser uma fase depressiva, num transtorno bipolar. Ao avaliar pacientes catatônicos, o clínico deve observar cuidadosamente se existe uma história de episódios maníacos ou depressivos, bem como uma história familiar de transtornos do humor. Os sintomas maníacos nas minorias (particularmente negros e hispânicos, nos Estados Unidos) freqüentemente são diagnosticados incorretamente como sintomas esquizofrênicos.

TRATAMENTO

O tratamento dos transtornos do humor é gratificante, para o psiquiatra; tratamentos específicos estão disponíveis, atualmente, para os episódios tanto maníacos quanto depressivos. Uma vez que o prognóstico para cada episódio é bom, o otimismo sempre é indicado e bem-vindo, tanto pelo paciente quanto por sua família, mesmo que os resultados iniciais do tratamento não sejam promissores.

Hospitalização

A decisão principal e mais crítica que o médico deve tomar é quanto a hospitalizar o paciente ou tentar o tratamento externo. Indicações claras para a hospitalização são necessariamente de procedimentos diagnósticos, risco de suicídio ou homicídio e capacidade amplamente reduzida de cuidar da alimentação, abrigo e vestuário. Uma história de sintomas de rápida progressão e ruptura dos sistemas habituais de apoio também são indicações para a hospitalização.

A depressão leve ou a hipomania podem ser seguramente tratadas no consultório, se o médico avalia o paciente freqüentemente. Os sinais clínicos de prejuízo no julgamento, perda de peso ou insônia, devem ser mínimos. O sistema de apoio do paciente deve ser forte, nem superenvolvido nem distanciado. Quaisquer alterações adversas nos sintomas, comportamento externo e atitude do sistema de apoio são suficientes para justificar a hospitalização.

Os pacientes com transtornos do humor freqüentemente relutam em comparecer voluntariamente ao hospital, de modo que podem precisar ser involuntariamente internados. Os pacientes com transtorno depressivo freqüentemente são incapazes de tomar decisões, por causa de lentificação no pensamento, Weltanschauung (visão do mundo) negativo e desesperança. Os pacientes maníacos com freqüência têm uma falta tão completa de insight para sua doença que a hospitalização lhes parece completamente absurda.

Tabela 16.1-7
Critérios de Diagnóstico para os Códigos de Episódio Depressivo Maior

Codificação no quinto dígito e critérios da gravidade do estado atual do trans-

torno bipolar, depressivo, ou depressão maior

1-Leve: Poucos sintomas, se houver, além dos necessários ao diagnóstico, e os sintomas apenas provocam um comprometimento menor do funcionamento profissional ou das atividades sociais ou relacionamentos habituais com outros.

2-Moderado: Sintomas ou comprometimento funcional entre "leves" e "graves".

3-Grave, sem características psicóticas: Diversos sintomas além dos necessários para o diagnóstico, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento profissional ou nas atividades sociais ou relações habituais com os outros.

4-Com características psicóticas: Delírios ou alucinações. Se possível, especifique se as características psicóticas são humor-congruentes ou humor-incongruentes.

Características psicóticas humor-congruentes: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos, de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Características psicóticas humor incongruentes: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Incluídos aqui estão sintomas como delírios persecutórios (não diretamente relacionados a temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação do pensamento e delírios de controle.

5-Em remissão parcial: Intermediário entre "Em remissão Completa" e

"Leve" e ausência de distímia anterior. (Se o episódio depressivo maior estava sobreposto à distímia, é feito apenas o diagnóstico de distímia, já que os critérios totais para um episódio depressivo maior não mais são satisfeitos.)

6-Em remissão completa: Durante os últimos seis meses, nenhum sinal ou sintoma significativo do distúrbio.

0-Inespecificado.

Especifique crônico, se o episódio atual durou dois anos consecutivos sem um período de 2 meses ou mais durante o qual não houve sintomas depressivos significativos.

Especifique se episódio atual é o tipo melancólico.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Tabela 16.1-8
Critérios Diagnósticos para Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação

Transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno do humor ou transtorno de ajustamento com humor deprimido.

Exemplos

- (1) Um episódio depressivo maior sobreposto a uma esquizofrenia residual.
- (2) Um distúrbio depressivo recorrente leve, que não satisfaz os critérios para distímia.
- (3) Episódios depressivos não relacionados a estresse, que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Especifique se padrão sazonal. Consulte a Tabela 16.1-1, para critérios depressivos.	satisfazer todos os critérios para episódio depressivo maior).
Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.	Especifique se padrão sazonal. Consulte a Tabela 16.1-1, para critérios depressivos.
Tabela 16.1-9 Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar, Maníaco	Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.
No quinto dígito, use os códigos de episódio maníaco para descrever o estado atual.	Tabela 16.1-11 Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar, Misto
Atualmente (ou mais recentemente) em episódios maníaco (se houve um episódio maníaco anterior, o episódio atual não precisa satisfazer todos os critérios para um episódio maníaco).	No quinto dígito, use os códigos de episódio maníaco para descrever o episódio atual.
Especifique se padrão sazonal. Consulte a Tabela 16.1-13, para critérios maníacos.	A. O episódio atual (ou mais recente) envolve o quadro sintomático total dos episódios maníaco e depressivo maior (exceto pela duração exigida de duas semanas para os sintomas depressivos), misturados ou alternados rapidamente em poucos dias.
Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.	B. Sintomas depressivos proeminentes durando pelo menos um dia inteiro.
Tabela 16.1-10 Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar, Depressivo.	Especifique se padrão sazonal. Consulte a Tabela 16.1-1, para critérios depressivos e Tabela 16.1-3 para critérios maníacos.
No quinto dígito, use os códigos de episódios depressivo maior para descrever o estado atual.	Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.
A. Teve um ou mais episódios maníacos.	Tabela 16.1-12 Critérios de Diagnóstico para os Códigos de Episódio Maníaco
B. Atualmente (ou mais recentemente) em episódio depressivo maior (se houve um episódio depressivo maior anterior, o episódio atual não precisa	

Codificação no quinto dígito e critérios da gravidade do estado atual do transtorno bipolar, maníaco ou misto

(b) sintomas catatônicos, por ex., estupor, mutismo, negativismo, posturas.

1-Leve: Satisfaz os critérios sintomáticos mínimos para um episódio maníaco (ou quase os satisfaz, se houve um episódio maníaco anterior).

5-Em remissão parcial: Todos os critérios foram satisfeitos anteriormente, mas não o são atualmente; alguns sinais e sintomas do transtorno persistiram.

2-Moderado: Aumento extremo na atividade ou comportamento no julgamento.

6-Em remissão completa: Todos os critérios foram satisfeitos anteriormente, mas não houve sinais ou sintomas significativos do transtorno por pelo menos seis meses.

3-Grave, sem características psicóticas: Necessita supervisão quase contínua para impedir dano físico a si ou a outrem.

0-Inespecificado.

4-Com características psicóticas: Delírios, alucinações ou sintomas catatônicos. Se possível, especifique se as características psicóticas são humor-congruentes ou humor-incongruentes.

Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.

Características psicóticas humor-congruentes: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos típicos, de aumento de valor, poder, conhecimento, identidade ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

Tabela 16.1-13
Critérios Diagnósticos para Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação

Transtornos com características maníacas ou hipomaníacas que não reúnem os critérios para qualquer transtorno do bipolar específico:

Aspectos incongruentes com o humor: (a) ou (b):

(a) Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas típicos de aumento de valor, poder, conhecimento, identidade ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. Incluídos aqui estão alguns sintomas como delírios persecutórios (não diretamente relacionados a idéias ou temas de grandeza), inserção de pensamentos e delírios de estar sendo controlado.

Exemplos:

(1) Pelo menos um episódio hipomaníaco e pelo menos um episódio depressivo maior, mas jamais um episódio maníaco ou ciclotimia. Esses casos são referidos como "bipolar II".

(2) Um ou mais episódios hipomaníacos, mas sem ciclotimia ou uma história de episódio maníaco ou depressivo maior.

(3) Um episódio maníaco superposto a transtorno delirante, esquizofrenia residual ou transtorno psicótico sem outra especificação.

Especifique se padrão sazonal	Pneumonia - viral e bacteriana Artrite reumatóide
Tabela extraída do DST-IV-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, com permissão.	Arterite de Sjogren Lúpus eritematoso sistêmico* Arterite temporal Tuberculose
Tabela 16.1-14 Causas Neurológicas, Médicas e Farmacológicas de Sintomas Depressivos	Médicas Diversas Câncer (especialmente pancreático e outros do trato GI) Doença cardiopulmonar Porfíria Uremia (e outras doenças renais)* Deficiência vitamínicas (B12, C, folato, niacina, tiamina)*
Neurológicas Demências (incluindo doença de Alzheimer) Epilepsia* Doença de Fahr* Coréia de Huntigton* Hidrocefalia Infecções (incluindo por HIV e neurosifilis)* Enxaquecas* Esclerose múltipla* Narcolepsia Neoplasmas Doença de Parkinson Paralisia supranuclear progressiva Apnéia do sono Acidentes cerebrovasculares* Trauma* Doença de Wilson*	Farmacológicas (droga representativas) Analgésicos e anti-inflamatórios Ibuprofeno Indometacina Ópiáceos Fenacetina Antibacterianos e antifúngicos Ampicilina Clicossarina Etionamida Griseofulvina Metronidazol Ácido nalidíxico Nitrofurantiina Estreptomina Sulfatemetoxazol Sulfonamidas Tetraciclina
Endócrinas Adrenais (doença de Cushing*, doença de Addison) Hiperaldosteronismo Relacionadas à menstruação* Transtornos paratireóideos (hiper e hipotireóideos) Pós-parto* Transtornos da tireóide (hipotireoidismo e hipertireoidismo apático)*	Drogas anti-hipertensivas e cardíacas Alfametildopa Betanidina Bloqueadores beta (propranolol) Clonidina Digital Guanetidina Hidralazina Lidocaína Prazosin Procainamida Quanabenzacetato Rescinamina
Infecciosas e Inflamatórias Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)* Síndrome de fadiga crônica Mononucleose	

Reserpina	Transtorno de ajustamento com humor deprimido
Veratrum	Abuso de álcool
Antineoplásticos	Anorexia nervosa
C-Asparaginase	Transtornos de ansiedade
Azatiprina (AZT)	Transtornos bipolares
6-Azauridina	Bulimia nervosa
Bleomicina	Ciclotimia
Trimetoprim	Distimia
Vincristina	Depressão maior
Neurológicas e Psiquiátricas	Abuso de substâncias psicoativas
Amantadina	Transtorno esquizoafetivo
Antipsicóticos (butiroferonas, fenotiazinas, oxiindóis)	Esquizofrenia
	Traizstorno esquizofreniforme
	Transtorno de somatização
Baclofen	
Bromocriptina	Tabela 16.1-16
Carbamazepina	Drogas Associadas com Sintomas Maníacos
Levodopa	
Fenifina	
Sedativos e hipnóticos (barbitúricos, benzediapiéinicos, hidrato de cloral)	Anfetaminas
Tetrabenazina	Baclofen
	Bromida
Esteróides e hormônios	Bromocriptina
Corticosteróides (incluindo ACTH)	Captopril
	Cimetidina
Danazol	Cocaína
Contraceptivos orais	Corticosteróides (incluindo ACTH)
Prednisona	Ciclosporina
Triamcinolona	Dissulfiram
Diversas	Alucinógenos (intoxicação e flashbacks)
Acetazolamida	Hidralazina
Colina	Isoniazida
Cimetidina	Levodopa
Cipropetadina	Metilfenidato
Difenoxilato	Metrizamida (apos mielografia)
Dissulfiram	Opiáceos
Metisergida	Procarbazina
Estimulantes (anfetaminas, fenfluramina)	Prociclidina
	Ioimbina
	Terapias Psicossociais
Tabela 16.1-15	
Transtornos Psiquiátricos que habitualmente Apresentam-se com Características Depressivas	A maior parte dos estudos demonstrou que uma combinação de psicoterapia e farmacoterapia é a terapia mais eficaz. A maioria destes estudos,

entretanto, foi conduzida com pacientes hospitalizados com doenças depressivas sérias. Alguns estudos recentes, que compararam as várias modalidades de tratamento em pacientes externos com doenças depressivas mais leves, demonstraram que a terapia cognitiva pode ser virtualmente tão eficaz quanto a farmacoterapia. Os benefícios relativos a longo prazo das várias modalidades, para a prevenção das recaídas, são tema de vários esforços de pesquisas atuais.

As terapias interpessoal e cognitiva desenvolveram enfoques especificamente para o tratamento da depressão. A psicoterapia orientada para o insight, psicanaliticamente orientada, terapia comportamental e terapia familiar, também podem ser usadas no tratamento da depressão. A seleção da terapia apropriada depende das variáveis do paciente (Tabela 16.1-17) e da experiência do médico.

Terapia interpessoal. A terapia interpessoal (ÇFIP) é uma psicoterapia de curto prazo, normalmente consistindo de ~2 a ~6 sessões semanais. Foi desenvolvida especificamente para o tratamento de pacientes deprimidos ambulatoriais não medicados. Caracteriza-se por um enfoque terapêutico ativo e uma ênfase sobre as questões atuais e funcionamento social do paciente. Os fenômenos intrapsíquicos, tais como mecanismos de defesa e conflitos internos, não são abordados na terapia. Comportamentos distintos - tais como falta de assertividade, habilidades sociais e pensamento distorcido - podem ser abordados, mas apenas no contexto de seu significado ou efeito sobre relacionamentos interpessoais.

Terapia cognitiva. A terapia cognitiva para a depressão afirma que as disfunções cognitivas constituem o núcleo da depressão; sinais e sintomas de depressão são hipotetizados como consequências das disfunções cognitivas. Por exemplo, apatia e baixa energia resultam

da expectativa do paciente de fracasso em todas as áreas. O objetivo da terapia cognitiva consiste em aliviar a depressão e evitar sua recorrência, ajudando o paciente a identificar e testar crenças negativas, desenvolver modos alternativos, mas flexíveis e positivos de pensar, e ensaiar novas respostas cognitivas e comportamentais.

Terapia psicanaliticamente orientada. O enfoque psicanalítico para os transtornos do humor está baseado nas teorias psicanalíticas para a depressão e a mania. Em geral, o objetivo da psicoterapia psicanalítica consiste em efetuar uma mudança na estrutura da personalidade ou do caráter, não simplesmente aliviar os sintomas. A melhora da confiança interpessoal, intimidade, mecanismos de enfrentamento, capacidade para sentir tristeza e capacidade para experimentar uma ampla faixa de emoções são alguns dos objetivos da terapia psicanalítica. O tratamento freqüentemente pode exigir que o paciente experimente aumento da ansiedade e sofrimento, durante o curso da terapia, que pode continuar por vários anos.

Terapia comportamental. Várias terapias comportamentais foram criadas para o tratamento da depressão. Embora variem em termos de técnicas específicas e foco, têm certas premissas e estratégias em comum. O programa de tratamento é altamente estruturado e geralmente de curta duração. O princípio de reforçamento é visto como o elemento chave na depressão. A mudança do comportamento é considerada o meio mais eficaz para o alívio da depressão. Finalmente, o foco está sobre a articulação e aquisição dos objetivos específicos.

Terapia familiar. A terapia familiar não é vista, ordinariamente, como uma terapia primária para o tratamento da depressão, mas é indicada em casos onde (1) a depressão do paciente parece ser seriamente prejudicial ao casa-

mento e/ou funcionamento da família da pessoa, ou (2) a depressão de um indivíduo parece ser promovida e mantida por padrões de interação conjugal e/ou familiar. A terapia familiar examina o papel do membro deprimido dentro do bem-estar psicológico global de toda a família; ela também examina o papel da família inteira na manutenção da depressão. Os pacientes com transtornos do humor têm uma taxa muito alta de divórcio, e aproximadamente 50% dos cônjuges relatam que não teriam casado ou tido filhos com o paciente se soubessem que o mesmo iria desenvolver um transtorno do humor. A terapia familiar, portanto, pode ser uma modalidade crucial e eficaz no tratamento dos transtornos do humor.

Tabela 16.1-17

Variáveis do Paciente Não-Selecionadas para a Psicoterapia da Depressão

Variáveis Selecionadas do Paciente

Sentimentos de desesperança e desamparo. Apatia, alegria diminuída, desejo ou gratificação diminuídos. Ideais do ego e expectativas demasiadamente altos. Demasiado sono, sonhos ou pesadelos mórbidos. Sentimentos de inquietação ou de lentificação. Falta de desejo ou motivação. Baixa auto-estima, culpa excessiva ou inapropriada e auto-reprovação. Distritabilidade, pensamento ou tomada de decisões lentos. Desejo ou intenção de morrer. Retraimento social, medo de rejeição ou fracasso. Queixas psicossomáticas, hipocondria.

Terapia Psicodinâmica
Terapia Cognitiva
Terapia Interpessoal
Senso crônico de vazio e subestimativa do próprio valor. Perda ou longa separação na infância. Conflitos nos relacionamentos passados (por ex., com pais, parceiro sexual). Capacidade para insight. Capacidade para modular regressão. Acesso a sonhos e fantasias. Pouca

necessidade de direção e orientação. Ambiente estável. Pensamentos distorcidos óbvios sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Pensamento pragmático (lógico). Inadequações reais (incluindo fraca resposta a outras psicoterapias). Necessidade moderada a alta de direção e orientação. Responsividade e treinamento comportamental e auto-auxílio (elevado grau de auto-controle) Disputa recente e focalizada com conjugue ou outra pessoa importante. Problemas de comunicação ou sociais. Transição recente de papel ou mudança na vida. Reação anormal à perda. Necessidade modesta a moderada de direção e orientação. Responsividade à manipulação (rede social disponível).

Farmacoterapia

As drogas para o tratamento dos transtornos do humor (timolépticos) são o esteio principal do regime terapêutico. É imperativo que o médico integre a farmacoterapia com intervenções psicoterapêuticas. Se o médico considerar os transtornos do humor como evoluindo fundamentalmente de problemas psicodinâmicos, sua ambivalência quanto ao uso de drogas resultará em resposta deficiente não-adesão e, provavelmente, doses inadequadas para um período de tratamento demasiado curto. Por outro lado se o médico ignorar as necessidades psicossociais do paciente, o resultado da farmacoterapia poderá ficar comprometido. A maioria dos estudos realmente demonstrou um efeito cumulativo da combinação de uma farmacoterapia bem administrada com intervenções psicoterapêuticas adequadamente conduzidas.

O risco de suicídio em pacientes com transtornos do humor deve sempre

ser lembrado pelo médico, ao fazer prescrições. A maioria dos antidepressivos são particularmente letais se consumidos em grandes quantidades. É insensato dar à maioria dos pacientes com transtornos do humor grandes prescrições quando da alta hospitalar, a menos que outra pessoa monitore a administração.

Transtornos Depressivos

A depressão aguda é uma condição tratável em 70 a 80% dos pacientes. A principal modalidade de tratamento somático é a farmacoterapia. A terapia eletroconvulsiva (ECT) geralmente é usada nas seguintes situações: 1) O paciente não responde à farmacoterapia; 2) o paciente não tolera a farmacoterapia; e 3) a situação clínica é tão grave que exige a melhora clínica mais rápida, vista com a TEC. Embora sua aplicação frequentemente esteja limitada a essas três situações, é um tratamento antidepressivo eficaz, podendo ser razoavelmente considerada como tratamento de escolha em alguns pacientes tais como idosos deprimidos. A fototerapia é uma terapia nova, que vem sendo utilizada no tratamento de pacientes com transtorno afetivo sazonal (TAS). É razoável usá-la isoladamente, com o TAS menos grave, ou em combinação com a farmacoterapia, para pacientes mais gravemente enfermos, embora estudos sobre a eficácia desta combinação ainda não tenham sido realizados.

Ao introduzir o tópico de um teste com drogas, o médico deve salientar que a depressão é uma combinação de fatores biológicos e psicológicos, e que ambos se beneficiam com a terapia por drogas. O médico também deve enfatizar que o paciente não se viciará em antidepressivos, uma vez que essas drogas não dão gratificação imediata, e alertá-lo de que poderá levar de 3 a 4 semanas até ele sentir os efeitos do anti-

depressivo, e de que, mesmo não havendo melhora naquele período, existem muitas outras medicações a serem tentadas. Constitui quase sempre uma boa manobra explicar detalhadamente os efeitos colaterais esperados, mas salientar que eles são sinais de que a droga está agindo. Finalmente, pode ser útil dizer ao paciente que as primeiras melhoras serão em seu sono e apetite, seguidas por um senso de energia recuperada, sendo o sentimento de depressão, infelizmente, o último sintoma a desaparecer.

As drogas chamadas de antidepressivos incluem os antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos, inibidores da monoaminooxidase (IMAOs), vários antidepressivos atípicos (por ex., fluoxetina [Prozac], bupropiona, trazodona, alprazolam [Fronal] e simpaticomiméticos (por ex., anfetaminas). A nomenclatura para as drogas "cíclicas" tomou-se um pouco confusa, uma vez que foram criados antidepressivos monocíclicos (ou unicíclicos), dicíclicos (ou bicíclicos), tricíclicos e tetracíclicos. Às vezes essas drogas são agrupadas como heterocíclicas. Uma vez que os antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos são mais facilmente compreendidos quando apresentados juntos, este livro combina a apresentação destas drogas. No uso comum, a abreviatura ATC refere-se aos antidepressivos tricíclicos, mas, para as finalidades desta seção, "ATC" aqui refere-se aos antidepressivos tanto tricíclicos quanto tetracíclicos.

Os ATCs e o IMAOs São considerados as drogas antidepressivas clássicas; entretanto, o início de ação de todas elas ocorre após duas a três semanas, e elas estão associadas com vários efeitos adversos desagradáveis. O desenvolvimento de novos antidepressivos tem sido dirigido para drogas de ação mais rápida com menos efeitos adversos. Três desses novos compostos - fluoxetina, trazodona e bupropiona - estão associados com menos efeitos adversos, embora o início de sua

ação continue sendo o mesmo que o dos outros compostos mais antigos.

A principal indicação para os antidepressivos é um episódio depressivo maior. Como mencionado anteriormente, os primeiros sintomas a apresentar melhoras são os padrões de sono e apetite. Depois são reduzidos a agitação, o desamparo e a libido diminuída. O uso dessas drogas com antidepressivos duplica, aproximadamente, a chance de um paciente deprimido recuperar-se dentro de um mês. Indicações recentes para os medicamentos antidepressivos (tais como transtornos alimentares e ansiedade) tomam algo confuso o agrupamento dessas drogas sob um rótulo único de antidepressivos algo confuso.

As drogas antidepressivas não influenciam acentuadamente o cérebro de um ser humano saudável, mas corrigem a condição anormal. Os ATCs, IMAOs e antidepressivos atípicos são antidepressivos para pessoas deprimidas, mas têm relativamente poucos ou nenhum efeito como euforizantes gerais ou estimulantes, na maioria das pessoas mentalmente saudáveis. Em comparação, os antidepressivos simpaticomiméticos são euforizantes, para essas pessoas.

Escolha da droga. No tratamento de qualquer transtorno mental, a melhor razão para a escolha de determinada droga é uma história passada de resposta a este agente no paciente ou em um membro de sua família. Se estas informações não estão disponíveis, a escolha da droga é baseada principalmente nos efeitos colaterais da droga e secundariamente no tipo clínico do episódio depressivo. Especificamente, alguns médicos usam preferencialmente os IMAOs para o tratamento de pacientes com depressão atípica.

Ao selecionar uma droga antidepressiva com base nos perfis de efeitos colaterais, o médico pode escolher entre ATCs, IMAOs, antidepressivos atípicos e

simpaticomiméticos. Crises hipertensivas induzidas pela tiramina estão associadas com o uso de IMAOs quando alimentos ou certas drogas contendo tiramina são ingeridos por pessoas que tomam IMAOs. Embora esta interação adversa possa ser evitada seguindo-se regras simples para a dieta, a natureza potencialmente ameaçadora à vida de uma crise hipertensiva faz com que muitos profissionais evitem os IMAOs como drogas de primeira linha no tratamento da depressão. Embora os simpaticomiméticos possam ser drogas antidepressivas eficazes, eles estão associados com um alto potencial de abuso, sendo, portanto raramente indicados como droga de primeira escolha no tratamento da depressão. Isto deixa aos clínicos a opção entre 20 tricíclicos, tetracíclicos e antidepressivos atípicos, ou algo em torno disso (Tabela 161-18).

Pacientes deprimidos com transtorno bipolar. O lítio pode ser considerado um agente farmacológico de primeira linha no tratamento da depressão em pacientes bipolares e em alguns pacientes deprimidos com acentuada periodicidade em sua doença. Os pacientes com transtorno bipolar que estão sendo tratados com agentes antidepressivos convencionais devem ser cuidadosamente observados, para a emergência de sintomas maníacos.

Pacientes psicoticamente deprimidos. Os pacientes com depressão psicótica quase sempre necessitam de uma medicação antipsicótica, além de seu regime antidepressivo. A medicação antipsicótica pode ser diminuída e cessada quando a psicose apresenta melhora. Alguns médicos recomendam o uso isolado da amoxapina, um ATC com atividade antipsicótica.

Orientações clínicas gerais. O erro clínico mais comum, que leva a uma experiência mal-sucedida com uma droga antidepressiva, consiste no uso de uma dosagem demasiado baixa por um

período demasiado curto. A menos que os efeitos adversos impeçam, a dosagem de um antidepressivo deve ser elevada aos níveis máximos recomendados e mantida nesses níveis por, no mínimo, 4 semanas antes de um teste com a droga ser considerado um fracasso. Alternativamente, se um paciente está melhorando clinicamente com uma baixa dosagem da droga, então a dosagem não deve ser aumentada, a menos que a melhora clínica cesse antes de o benefício máximo ser obtido. Se um paciente não responder a dosagens apropriadas de uma droga após uma ou duas semanas, o médico pode decidir obter uma concentração plasmática da droga, se o exame estiver disponível para a droga que está sendo usada. Este exame pode indicar não-adesão ou disposição farmacocinética particularmente incomum da droga, sugerido, assim, uma alteração na dosagem.

É importante que o médico comunique ao paciente, no início do tratamento, que se a droga não for eficaz, outras podem ser tentadas. A prática clínica atual consiste em variar entre as três principais classes: ATCs, IMAOs e antidepressivos atípicos. Isso é, se o paciente esteve sob um ATC, a próxima droga a ser experimentada será um IMAO ou um anti-depressivo atípico. Se o paciente esteve recebendo um antidepressivo atípico, então a próxima experiência será com IMAO ou ATC. Até recentemente era prática clínica geral usar sempre um ATC como primeira droga e então mudar para um segundo ATC se o primeiro não funcionasse, antes de tentar um IMAO ou antidepressivo atípico. Alguns médicos, na verdade, ainda seguem esta prática sensata. A mudança na prática clínica ocorreu porque a experiência com antidepressivos atípicos, tais como fluoxetina (Prozac), mostrou que são tão eficazes quanto os ATCs.

O tratamento com antidepressivos deve ser mantido por, no mínimo, seis meses, ou pela extensão de um episódio anterior, o que for maior. O tratamento crônico pode ser indicado como profilaxia contra a depressão em pacientes com uma história de depressão séria recorrente. Os antidepressivos devem ser retirados gradualmente, ao longo de, no mínimo, duas semanas, ou, até dois meses, nos casos nos quais é particularmente indicado um maior cuidado. Embora a descontinuação seja menos crítica para o lítio, é melhor diminuir este agente ao longo de, pelo menos, uma semana.

Fracasso de um teste com drogas. Se um antidepressivo foi usado por quatro semanas em dosagens máximas sem um efeito terapêutico, o médico deve obter um nível plasmático e ajustar a dose de acordo com este. Se os níveis plasmáticos são adequados, a suplementação com lítio ou liotironina (T3 ou L-triiodotironina) deve ser considerada.

Lítio. O lítio (900 a 1.200mg por dia, nível sérico entre 0,6 e 0,8 mEq por litro) pode ser acrescentado à dosagem de antidepressivo por 7 a 14 dias. Este enfoque converte um

número significativo de indivíduos que não respondem ao antidepressivo em pessoas que respondem a este tratamento. O mecanismo de ação é desconhecido, embora tenha sido levantada a hipótese de que o lítio potencializaria o sistema neuronal serotoninérgico. Alguns dados indicam que o pré-tratamento com antidepressivos é necessário para este efeito e que iniciar o tratamento com ambas as drogas não é tão eficaz. Liotironina. O acréscimo de 25 a 50 por dia de T3 a um regime de antidepressivos por 7 a 14 dias também pode ceder respostas positivas em indivíduos que anteriormente não respondiam aos antidepressivos. Os efeitos adversos do T3 são menores mas podem incluir dor de cabeça e sensação de calor. O mecanismo de

ação é desconhecido, embora a modulação dos receptores b-adrenérgicos e a presença de anormalidades não-detectadas no eixo tiróideo tenham sido sugeridas. Se o acréscimo de T3 bem sucedido, o T3 deve ser continuado por dois meses e depois diminuído na taxa de 12,5 µg por dia, a cada três a sete dias.

L-Triptofano. O L-triptofano, aminoácido precursor da serotonina, tem sido usado como coadjuvante do tratamento tanto com drogas antidepressivas quanto com lítio, para o transtorno bipolar. O L-triptofano também tem sido usado sozinho, como um antidepressivo e como hipnótico. Recentemente, o L-triptofano e os produtos contendo L-triptofano estiveram em foco nos Estados Unidos, por causa de uma síndrome de eosinofilia-mialgia (SEM) associada com o uso de L-triptofano. Os sintomas de SEM incluem fadiga, mialgia, falta de ar, erupções cutâneas e inchaço das extremidades, insuficiência cardíaca congestiva e morte também podem ocorrer. Embora vários estudos tenham mostrado que o L-triptofano tem sido um coadjuvante eficaz no tratamento dos transtornos do humor, esta droga não deve ser usada para qualquer finalidade, até que o problema com a SEM seja resolvido. Parece possível que a SEM esteja relacionada com um contaminante em uma única fábrica, mas isto ainda precisa ser definitivamente comprovado. Combinações de ATC e IMAO. A combinação de ATC e IMAO às vezes é usada em pacientes que não responderam a vários outros tratamentos farmacológicos. Este não é um tratamento de primeira ou segunda escolha, por causa da alta incidência de efeitos adversos. É melhor iniciar o tratamento com estas duas drogas simultaneamente, em dosagens muito baixas cada uma, e aumentar a dosagem lentamente. A imipramina (Tofranil) ou trimipramina e um IMAO não devem ser usados em combinação, por

causa da incidência particularmente alta de efeitos tóxicos, incluindo inquietação, tonturas, tremores, abalos musculares, sudorese, convulsões, hiperpirexia e, às vezes, morte.

Se um paciente esteve em tratamento com ATCs, a dosagem destes deve ser reduzida em um quarto por cinco a sete dias, e depois o IMAO pode ser lentamente acrescentado ao regime. Se o paciente esteve sob um IMAO, a droga deve ser cessada por duas semanas, e ambas as drogas devem ser iniciadas juntas, neste ponto. A razão para esta última estratégia é que os IMAOs inibem irreversivelmente a monoaminoxidase, e levando aproximadamente duas semanas para serem atingidos níveis de atividade MAO normais.

Transtornos Bipolares

Várias drogas estão disponíveis, atualmente, para o tratamento dos transtornos bipolares. Sais contendo lítio, tais como carbonato de lítio e citrato de lítio são os principais tratamentos farmacológicos para os transtornos bipolares. Nos últimos cinco anos, os anticonvulsivantes (carbamazepina e ácido valpróico também têm sido usados para o tratamento desses transtornos, A levotiroxina (T4 ou tiroxina) às vezes é usada para melhorar a resposta clínica a estas drogas em pacientes com ciclagem rápida. Finalmente, vários estudos e relatos de casos referem-se aos inibidores do canal de cálcio (por ex., verapamil), um benzodiazepínico anticonvulsivante (clonazepam [Rivotril]) e um agonista α -adrenérgico (clonidina) como tratamentos eficazes.

O lítio é a droga-padrão para o tratamento dos episódios maníacos. A maioria dos pacientes maníacos, entretanto, necessita de antipsicóticos (ou, em alguns casos, um agente antiansiedade, tal como lorazepam intramuscular [Lorax]) no início do tratamento, para o controle da agita-

ção. A não-adesão aos regimes medicamentosos é um importante problema no tratamento dos pacientes maníacos, e o médico deve ter sempre em mente esta razão potencial para a falta de uma resposta terapêutica ao tratamento medicamentoso.

A droga de segunda linha no tratamento da mania é a carbamazepina. Alguns médicos podem usar a carbamazepina para evitarem efeitos colaterais com o lítio. Além disso, a combinação do lítio e carbamazepina pode ser indicada para pacientes que não respondem a qualquer das drogas isoladamente.

Ciclagem rápida. Uma espécie de fracasso no tratamento é a ciclagem rápida dos episódios maníacos e depressivos (mais de três ou quatro por ano), que não são adequadamente controlados pelo tratamento com o lítio. A ciclagem rápida pode responder ao acréscimo de T4, 0,3 a 0,5mg por dia. O mecanismo para esta resposta é desconhecido. A substituição ou acréscimo de carbamazepina também pode ser efetiva para a redução na frequência dos episódios. Clorgilina, um inibidor MAO-A seletivo, que não está disponível nos Estados Unidos, pode ser particularmente eficaz no tratamento da ciclagem rápida.

Manutenção. A decisão de manter um paciente em profilaxia com lítio está baseada na gravidade da doença do paciente, no risco de efeitos adversos pelo lítio, e na qualidade dos sistemas de apoio do paciente. Os níveis séricos de manutenção do lítio podem ser inferiores àqueles necessários para o tratamento agudo. Estes níveis geralmente são mantidos entre 0,6 e 0,8mEq por litro. Além de medições periódicas dos níveis de lítio, os níveis de creatinina sérica e de hormônio estimulador da tireóide devem ser monitorados a cada três a seis meses.

16.2 / Distímia e Ciclotímia

A distímia e a ciclotímia são, às vezes, chamadas de transtornos subafetivos, um nome que transmite a conceitualização da distímia como uma forma menos grave de depressão maior e de ciclotímia como uma forma menos grave de transtorno bipolar. A quarta edição revisada do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R) classifica a distímia e a ciclotímia como transtornos do humor Eixo I.

A inclusão de distímia e da ciclotímia entre os transtornos do humor implica que suas causas, bases genéticas, prognósticos e tratamento são similares àqueles da depressão maior e transtornos bipolares. Esta semelhança implícita, entretanto, é controversa. Alguns psiquiatras psicodinamicamente orientados acreditam que a distímia e a ciclotímia seriam conceitualizadas de forma mais precisa como sendo, principalmente, o resultado de questões resolvidas de maneira incompleta no desenvolvimento psicodinâmico de uma pessoa.

DISTÍMIA

A distímia é caracterizada por sinais e sintomas crônicos, não-psicóticos de depressão que não reúnem os critérios diagnósticos para um episódio depressivo maior. Distímia significa "mau-humor" e os pacientes com o transtorno frequentemente são introvertidos, morosos e auto-depreciadores. A distímia não inclui pacientes com períodos episódicos, em vez de crônicos, de depressão leve. Síndromes tais como a distímia episódica são classificadas no DSM-IV-R, como transtorno depressivo sem outra especificação (SOE).

O diagnóstico de distímia teve uma variedade de nomes no passado. Embora cada um dos termos tenha sua

própria história e conotações, eles descrevem grupos sobrepostos de pacientes. Distímia implica uma disforia temperamental - isto é, uma tendência inerte para experimentar um humor deprimido. Em comparação, a depressão neurótica (também chamada de neurose depressiva) implica um padrão mais adaptado e repetitivo de pensamento e comportamento resultando em depressão. Os pacientes descritos como tendo uma neurose depressiva freqüentemente são ansiosos, obsessivos, e pro" pensos à somatização. A depressão caracteriológica implica um humor disfórico integrante do caráter da pessoa. Depressão Izipocondríaca refere-se a uma condição caracterizada por múltiplas queixas somáticas. Esses pacientes podem ser mais apropriadamente classificados como tendo transtorno de somatização ou distímia.

Epidemiologia

Tanto as impressões clínicas quanto as pesquisas sugerem que a distímia é relativamente comum. A prevalência está estimada como cerca de 3% de todos os adultos, com uma prevalência para o período de vida de 2,9 a 6,4% em vários estudos. A prevalência de distímia entre os pacientes psiquiátricos externos chega a 25 a 30%. O transtorno é aproximadamente duas vezes mais comum em mulheres do que em homens. Aspectos epidemiológicos associados adicionais incluem ser solteiro e jovem com baixos rendimentos.

Etiologia

Fatores biológicos. Alguns pacientes com distímia têm latência de movimento rápido dos olhos (REM) diminuída, uma resposta terapêutica positiva aos antidepressivos e uma história familiar de transtornos do humor. Estas características clínicas sugerem que pelo menos alguns pacien-

tes distímicos têm, verdadeiramente, uma síndrome subafetiva que compartilha uma base genética e fisiopatológica com a depressão maior.

Fatores psicossociais. Em contraste com as teorias que sugerem que a distímia de início precoce representa a expressão de um temperamento inato, as teorias psicodinâmicas sugerem que a distímia resulta de falhas no desenvolvimento da personalidade e do ego, culminando em dificuldade para se adaptar à adolescência e idade adulta. Karl Abraham, por exemplo, sugeriu que os conflitos da depressão centralizam-se em traços orais-sádicos e anais-sádicos. Os traços anais incluem organização excessiva, culpa e preocupação com os outros; os traços orais envolvem uma defesa contra a preocupação com questões anais e desorganização, hostilidade e auto-preocupação. Uma importante defesa utilizada é a formação reativa. Baixa auto-estima, anedonia e introversão freqüentemente estão associadas ao caráter depressivo. Em Luto e Melancolia, Sigmund Freud afirmou que a vulnerabilidade à depressão poderia ser causada por uma desilusão interpessoal muito cedo na vida, que levaria a relacionamentos amorosos ambivalentes quando adulto, e que as perdas reais ou ameaçadas então desencadeariam a depressão. As pessoas propensas à depressão são oralmente dependentes e necessitam de constante gratificação narcisista. Se privadas deste amor, afeição e cuidados, as pessoas tornam-se clinicamente deprimidas. Quando essas pessoas experimentam uma perda real, internalizam ou introjetam o objeto perdido e voltam sua raiva para este e, assim, contra si mesmas.

A teoria cognitiva da depressão sustenta que uma disparidade entre as situações reais e fantasiadas leva a diminuição da auto-estima e a um senso de impotência. Um estudo de pessoas distímicas relatou

aspectos neuróticos aumentados, tendências tanto extra quanto intrapunitivas, e diminuição da auto-estima.

Características Clínicas

Os sinais e sintomas clínicos são especificados no DSM-III-R (Tabela 16.2-1). As características específicas do exame do estado mental são semelhantes às do transtorno depressivo maior. Os distímicos podem ter sintomas depressivos quase tão graves quanto os de um transtorno depressivo maior; entretanto, a duração destes pode ser insuficiente para justificar um diagnóstico de episódio depressivo maior. A distímia é conceitualizada como um transtorno crônico, não uma perturbação episódica com períodos sintomáticos prolongados. Não obstante, as pessoas distímicas podem ter variações temporais na gravidade de seus sintomas. O sintoma principal é um humor deprimido, caracterizado por sentir-se triste, melancólico, abatido ou fraco, e por uma falta de interesse pelas atividades habituais. Os pacientes distímicos podem freqüentemente ser sarcásticos, nihilistas, pensativos, exigentes e queixosos. Podem ser muito tensos e rígidos e bastante resistentes às intervenções terapêuticas, mesmo que compareçam regularmente às sessões. Em consequência, o clínico pode sentir raiva do paciente e mesmo desconsiderar suas queixas. Por definição, os pacientes distímicos não têm quaisquer sintomas psicóticos.

Sintomas associados incluem alterações no apetite e padrões de sono, baixa auto-estima, perda de energia, retardo psicomotor, diminuição no impulso sexual, e preocupação obsessiva com questões de saúde. Os pacientes podem queixar-se de terem dificuldades para concentrar-se e relatar que o desempenho na escola ou no trabalho está comprometido. Pessimismo, desesperança e impotência podem fazer com que os

pacientes distímicos sejam vistos como masoquistas. Se o pessimismo é dirigido para o exterior, o paciente pode voltar-se contra o mundo e se queixar de ter sido injustamente tratado por parentes, filhos, pais, colegas e pelo "sistema".

O prejuízo no funcionamento social é por vezes a razão que leva o paciente a procurar ajuda psiquiátrica. Os pacientes distímicos podem ter problemas conjugais resultantes de uma incapacidade para manter intimidade emocional ou de disfunção sexual (por ex., impotência). Devido ao afastamento social e à dificuldade de concentração, seu desempenho profissional pode ser afetado. Eles podem faltar muitos dias ao trabalho ou a ocasiões sociais devido à doença física. Por conseguinte, divórcio, desemprego e fracasso escolar são problemas comuns nesses pacientes.

Abuso de álcool e drogas. O abuso de álcool e drogas pode representar um problema de diagnóstico para o médico. Não apenas o transtorno pode resultar em abuso de álcool e drogas, mas o abuso desses pode resultar em sintomas indiferenciáveis daqueles de distímia. O tratamento da distímia primária pode resultar no desaparecimento da síndrome de dependência de drogas.

Curso e Prognóstico

Com maior freqüência, a distímia tem um início insidioso, começando antes dos 25 anos em mais de 50% dos pacientes. Os pacientes freqüentemente tiveram sintomas por mais de 10 anos antes de buscarem o auxílio psiquiátrico pela primeira vez. Aproximadamente 25% dos pacientes distímicos jamais atingem uma recuperação completa. O curso da distímia, entretanto, varia de acordo com o tipo específico. O curso da distímia secundária depende da resposta ao tratamento do transtorno primário, embora os sintomas de distímia ocasionalmente continuem,

mesmo após o transtorno primário ter sido curado.

Tabela 16.2-1

Crítérios Diagnósticos para Dístimia

A. Humor deprimido (ou irritável, em crianças e adolescentes. a maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicado por relato subjetivo ou observação alheia por, pelo menos, 2 anos (Um ano, para crianças e adolescentes).

B. Presença, durante os períodos depressivos, de pelo menos duas das seguintes características:

- (1) perda de apetite ou apetite excessivo
- (2) insônia ou hipersonia.
- (3) baixa energia ou fadiga
- (4) baixa auto-estima
- (5) concentração deficiente ou dificuldade em tomar decisões
- (6) sentimentos de impotência

C. Durante um período de 2 anos (1 ano, para crianças e adolescentes) do transtorno, nunca sem os sintomas em A por mais de 2 meses.

D. Nenhuma evidência de episódio depressivo maior inequívoco durante os 2 primeiros anos (01 ano, para crianças e adolescentes) do transtorno.

Nota: Pode ter havido um episódio depressivo maior anterior, desde que com remissão completa (sem sinais ou sintomas significativos por 6 meses) antes do desenvolvimento da distímia. Além disso, após esses 2 anos (1 ano, em crianças e adolescentes) de distímia, pode haver episódios sobrepostos de depressão maior, fazendo-se, neste caso, ambos os diagnósticos.

E. Nunca teve um episódio maníaco ou hipomaniaco inequívoco.

F. Não sobreposta a uma perturbação psicótica crônica, tal como esquizofrenia ou transtorno delirante.

G. Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve o transtorno (por ex., administração prolongada de medicação anti-hipertensiva).

Especificar tipo primário ou secundário:

Tipo Primário: o distúrbio de humor não está relacionado a um transtorno do Eixo I ou Eixo II pré-existente crônico, não relacionada ao humor, por ex., anorexia nervosa, transtorno de somatização, transtorno por dependência de substância psicoativa transtorno de ansiedade ou artrite reumatóide.

Tipo secundário: o distúrbio de humor está aparentemente relacionado a um transtorno do Eixo I ou Eixo II pré-existente crônico, não relacionado ao humor.

Especificar início precoce ou início tardio

Início precoce: início do distúrbio antes dos 21 anos

Início tardio: início do distúrbio aos 21 anos ou mais tarde.

Tabela extraída do DSM-III-R, Diagnostk. and Statistkat Manual of Mental Dísorders, 3* ed., revisada. Copyright American Psychiatric Association, Washington. PC, 1987, com permissão.

A distímia de início precoce pode ser tão crônica que os pacientes aceitam os sintomas como parte de suas naturezas. A distímia de início precoce, especialmente com uma história familiar positiva para transtornos do humor, pode evoluir para um transtorno de humor maior. Estudos de

pacientes classificados como tendo neurose depressiva indicam que aproximadamente 20% evoluem para depressão maior, 15% para episódios depressivos maiores com episódios hipomaniaco (bipolar II) e menos de 5% evoluem para transtorno bipolar. Além de uma história familiar de distúrbio de humor, uma resposta terapêutica positiva para antidepressivos aumenta a possibilidade de que um transtorno do humor maior desenvolva-se no futuro. A distímia de início tardio tem um início, prognóstico e curso variáveis. Todos os pacientes com distímia estão sob um risco aumentado para transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substância psicoativa e depressão maior.

Diagnóstico e Tipos

O diagnóstico de distímia é feito com base nos critérios de inclusão e exclusão específicos do DSM-III-R (tabela 16.2-1). Os sintomas do critério A devem estar presentes por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes) sem um período assintomático de mais de dois meses. Embora um episódio depressivo maior não possa estar presente durante os primeiros 2 anos de sintomas distímicos, a distímia pode ser diagnosticada, se um episódio anterior de depressão maior esteve em remissão completa por 6 meses antes do desenvolvimento dos sintomas distímicos. Se um episódio depressivo maior ocorrer 2 anos ou mais após os sintomas distímicos, então o paciente receberá os dois diagnósticos. O aparecimento simultâneo de distímia e transtorno depressivo maior tem sido chamado "depressão dupla", por alguns profissionais. Esses pacientes estão propensos a ter episódios depressivos mais frequentes e graves do que os pacientes com transtorno depressivo e sem diagnóstico de distímia. Critérios de exclusão são uma histó-

ria passada de episódio maníaco ou hipomaniaco, sintomas psicóticos, ou a presença de esquizofrenia residual. Se os sintomas distímicos são mantidos por um fator orgânico específico ou por drogas, então está excluído o diagnóstico de distímia. Subtipos primário e secundário e de início precoce e tardio, são também especificamente definidos.

Diagnóstico Diferencial

Sintomas idênticos aos de distímia podem estar presentes em vários transtornos orgânicos e idiopáticos. Quando um paciente apresenta um padrão de sintomas distímicos, especialmente se os sintomas não estiveram presentes por dois anos, todos os diagnósticos relacionados na Tabela 16.2-2 devem ser considerados.

Tratamento

Psicoterapia individual orientada ao insight. A psicoterapia individual orientada ao insight é a modalidade de tratamento mais comum para a distímia, e muitos médicos acreditam ser este o tratamento de escolha; entretanto, a psicoterapia às vezes é combinada com medicamentos. Este enfoque psicoterapêutico tenta relacionar o desenvolvimento e manutenção dos sintomas depressivos e aspectos mal-adaptados da personalidade com conflitos não resolvidos desde a primeira infância. O insight para equivalentes depressivos (tais como abuso de substâncias) ou para desilusões na infância como antecedentes para a depressão adulta podem ser obtido através do tratamento. Os relacionamentos ambivalentes com pais amigos e outros na vida atual do paciente são examinados. O entendimento do paciente quanto ao modo como tenta gratificar qualquer necessidade excessiva de aprovação do exterior, para contra-atacar a baixa auto-estima e um superego rígido, é um objetivo impor-

tante nessas terapias orientadas ao insight.

Tabela 16.2-2

Diagnóstico Diferencial para Sintomas Distímicos

Causas orgânicas

Doença médica (por ex., câncer, transtorno cardíaco, síndrome de fadiga crônica).

Tratamento com droga prescrita

Síndrome de dependência de drogas

Depressão maior

Transtorno bipolar, tipo depressivo ou misto

Ciclotimia

Transtorno de ansiedade generalizada

Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

Transtorno obsessivo-compulsivo

Homossexualidade ego-distônica

Transtornos de personalidade

Borderline (límitrofe)

Dependente

Histriônica

Transtorno de somatização

Terapia interpessoal para a depressão. Na terapia individual para a depressão (TIP), as experiências interpessoais atuais do paciente e seu modo de lidar com o estresse são examinados com o objetivo de reduzir os sintomas depressivos e melhorar a auto-estima. A TIP consiste de cerca de 12 a 16 sessões semanais, podendo ser combinada com medicamentos antidepressivos.

Terapia comportamental. A terapia comportamental para a depressão baseia-se na teoria de que a depressão é causada por uma perda do reforço positivo como resultado de separação, morte ou súbita alteração ambiental. Os vários métodos de tratamento focalizam objetivos específicos para aumentar a atividade, oferecer experiências agradáveis e ensinar métodos de relaxamento aos pacientes. A alteração do comportamento pessoal

nos pacientes deprimidos supostamente é o modo mais eficaz de alterar os pensamentos e sentimentos depressivos associados. A terapia comportamental frequentemente é usada para tratar o desamparo aprendido de alguns pacientes, que parecem enfrentar cada desafio da vida com um senso de impotência.

Terapia cognitiva. A terapia cognitiva é uma técnica na qual os pacientes aprendem novos modos de pensar e se comportar, em lugar das atitudes negativas injustificadas sobre si mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro. É um programa de terapia em curto prazo, orientada para os problemas atuais e sua resolução. Consulte a Seção 29.5 para uma maior discussão sobre este enfoque.

Terapias familiar e de grupo. A terapia (amar pode ajudar tanto o paciente quanto sua família a lidar com os sintomas deste transtorno, especialmente quando uma síndrome subafetiva com bases biológicas parece estar presente. A terapia de grupo pode ajudar os pacientes a aprenderem novos modos de superar seus problemas interpessoais nas situações sociais).

A hospitalização geralmente não é indicada para os pacientes distímicos; entretanto a presença de sintomas particularmente graves, acentuada incapacitação social ou profissional e ideação suicida são indicações de baixa.

Farmacoterapia.

Muitos médicos acreditam que a distímia não responde ao tratamento psicofarmacológico. Entretanto uma história de tratamento mal-sucedido apenas com psicoterapia, presença de sintomas graves que interferem no funcionamento profissional e social uma história familiar de transtorno do humor; latência REN diminuída em um eletroencefalograma do sono e, possivelmente, achados anormais nos testes neuroendócrinos (por ex., teste de supressão de dexametasona (TSD) devem encorajar o médico a tentar

uma experiência com drogas como um coadjuvante à psicoterapia.

Os antidepressivos (possivelmente com suplementação de lítio ou tiotironina T3 ou L-triiodotironina (Cynomel) têm sido as drogas de escolha). A fluoxetina (Prozac), entretanto, está sendo cada vez mais usada como droga de primeira escolha, por causa de sua fácil administração e relativa falta de efeitos adversos sérios ou perturbadores. Os inibidores da monoamino oxidase (IMAO) podem ser as drogas de primeira escolha na presença de hipersonia, hiperfagia, ansiedade acentuada e múltiplas queixas somáticas uma síndrome às vezes chamada de depressão atípica ou disforia histeróide.

CICLOTIMIA

A ciclotimia geralmente é considerada uma forma leve de transtorno bipolar. A conceitualização da ciclotimia como um transtorno de temperamento inato com uma forte base biológica é um pouco menos controversa do que a opinião paralela para a distímia. Alguns psiquiatras, entretanto, vêem certos pacientes ciclotímicos como tendo um transtorno, provavelmente resultante de relações objetivas caóticas, no início da vida.

A história da ciclotímia está baseada, até certo ponto, nas observações de Emil Kraepelin e posteriormente, Kurt Schneider, de que um a dois terços dos pacientes com transtornos do humor exibiam transtornos de personalidade. Os quatro tipos de transtornos de personalidade descritos por Kraepelin eram os tipos depressivo (isto é, melancólico), maníaco (isto é, alegre e desinibido), irritável (instável e explosivo) e ciclotímico. Kraepelin descreveu a personalidade irritável como a presença simultânea de personalidades depressiva e maníaca e a personalidade

ciclotímica como uma alternância das personalidades maníaca e depressiva.

Epidemiologia

A prevalência da ciclotímia no período de vida foi relatada como sendo inferior a um por cento. Este número, entretanto, tende a ser uma estimativa baixa, por causa da sua propensão a não chamar a atenção dos profissionais da saúde mental. Outras estimativas são de que a ciclotímia representaria 3 a 10% de todos os pacientes psiquiátricos externos, incluindo muitos pacientes com dificuldades interpessoais e conjugais. A proporção entre mulheres e homens é de aproximadamente 3 para 2 e aproximadamente 50 a 75% de todos os casos têm um início entre os 15 e 25 anos.

Etiologia

Fatores biológicos

Uma quantidade considerável de dados de pesquisas apóia a hipótese de que a ciclotímia é transtorno subafetivo relacionado ao transtorno bipolar. Aproximadamente 30% dos ciclotímicos têm histórias familiares positivas para transtorno bipolar, esta taxa semelhante a dos pacientes com transtorno bipolar. Além disso, as linhagens de famílias com transtorno bipolar frequentemente contêm gerações com transtorno bipolar "ligadas" por uma geração com ciclotímia. De modo inverso, a prevalência da ciclotímia nos parentes de pacientes bipolares é muito mais elevada do que em parentes de pacientes com outros transtornos psiquiátricos ou em indivíduos mentalmente saudáveis. A observação de que aproximadamente um terço dos pacientes com transtorno ciclotímico desenvolve subsequentemente transtornos maiores do humor, de que eles são particularmente sensíveis à hipomania induzida por antidepressivos, e de que aproximadamente 60% deles respondem clinicamente ao lítio, reforça ainda mais a conceitualização

ção da ciclotimia como forma leve ou atenuada de transtorno bipolar.

Fatores psicossociais

. A maioria das teorias psicodinâmicas postulam que o desenvolvimento da ciclotimia reside em traumas e fixações durante o estágio oral do desenvolvimento infantil. Freud levantou a hipótese de que o estado ciclotímico seria uma tentativa do ego de superar um superego rígido e punitivo. A hipomania é explicada psicodinamicamente como ocorrendo quando uma pessoa deprimida despoja-se da carga de um superego excessivamente rígido, resultando em uma falta de autocrítica e ausência de inibições. O principal mecanismo de defesa na hipomania é a negação, pela qual o paciente evita problemas externos e sentimentos internos de depressão.

Característica Clínicas

Os pacientes com ciclotimia podem apresentar todos os sintomas do transtorno bipolar em estados depressivo, maníaco e misto (Tabela 16.2 -3). Os detalhes do exame do estado mental são semelhantes aos descritos para os episódios depressivos e maníacos, na seção anterior. Os sintomas podem freqüentemente ser quase tão graves quanto no transtorno bipolar, porém não ter duração suficiente para reunirem os critérios para esse transtorno.

Aproximadamente metade de todos os pacientes ciclotímicos têm a depressão como sintoma principal, e estão mais propensos a buscarem auxílio psiquiátrico enquanto deprimidos. Alguns pacientes ciclotímicos têm sintomas principalmente hipomaniacos, estando menos inclinados a consultarem um psiquiatra do que os pacientes deprimidos. Raramente, os pacientes sofrem de períodos igualmente longos de mania e depressão. Quase todos os pacientes ciclotímicos têm períodos de sintomas mistos com acentuada irritabilidade.

A maioria dos pacientes ciclotímicos vistos por psiquiatras não conseguiram sucesso em suas vidas profissionais e sociais por causa deste transtorno. Uns poucos pacientes ciclotímicos, entretanto, conquistaram muito, trabalhando durante muitas horas e necessitando de pouco sono. A capacidade de algumas pessoas para controlar os sintomas deste transtorno depende de múltiplas diferenças individuais, sociais e culturais.

A vida da maioria dos pacientes ciclotímicos é muito difícil. Os ciclos de ciclotimia tendem a ser muito mais curtos do que aqueles do transtorno bipolar. As mudanças no humor são irregulares e abruptas, às vezes ocorrendo em horas. Períodos ocasionais de humor normal e a natureza imprevisível das alterações no humor fazem com que os pacientes sintam muita tensão. Os paciente geralmente sentem que seu humor lhes escapa ao controle. Nos períodos irritáveis e mistos, envolvem-se em discussões gratuitas com amigos, família e colegas.

Embora muitos dos pacientes busquem auxílio psiquiátrico para a depressão, seus problemas freqüentemente estão relacionados ao caos que seus episódios maníacos causaram. O médico deve considerar um diagnóstico de ciclotimia quando o paciente apresenta o que pode ser visto como problemas comportamentais sociopáticos. As dificuldades conjugais e a instabilidade dos relacionamentos são queixas comuns, porque os pacientes ciclotímicos freqüentemente são promíscuos e irritáveis, quando nos estados maníacos e misto. Embora existam relatos informais de produtividade e criatividade aumentadas durante a hipomania, a maioria dos médicos relatam que seus pacientes tornam-se desorganizados e inefetivos no trabalho e na escola durante esses períodos. O abuso de álcool e drogas é comum, nos pacientes ciclotímicos, que usam esses agentes como auto-

medicação (com álcool, benzodiazepínicos e maconha) ou para obterem excitação ainda maior (com cocaína, anfetaminas e alucinógenos) enquanto estão maníacos. Aproximadamente 5 a 10% de todos os pacientes ciclotímicos têm transtornos de dependência de droga. As pessoas ciclotímicas com frequência têm uma história de múltiplas mudanças geográficas, envolvimento passado em diferentes cultos religiosos, e diletantismo. O caso seguinte é um exemplo de ciclotimia:

Um vendedor de carros, de 29 anos, foi encaminhado por sua atual namorada, uma enfermeira psiquiátrica, que suspeitava que ele tivesse um transtorno afetivo, embora o paciente relutasse em admitir que pudesse ser uma pessoa genial. Segundo ele, desde os 14 anos de idade experimentava ciclos alternados repetidos do que ele chamou de "bons e maus tempos". Durante um período "mau", geralmente durando quatro a sete dias, ele dormia 10-14 horas por dia, não tinha energia, confiança e motivação "apenas vegetando" como ele mesmo disse. Frequentemente mudava de forma abrupta, caracteristicamente ao levantar pela manhã, para um período de 3 a 4 dias de excesso de confiança, intensificação da consciência social, promiscuidade e pensamento aguçado "as coisas se acendiam na minha mente". Nessas ocasiões, entregava-se ao álcool para intensificar a experiência, bem como para poder dormir. Ocasionalmente, os períodos "bons" duravam de 7 a 10 dias, culminando em explosões de irritabilidade e hostilidade, que frequentemente anunciavam a transição de volta a outro período de dias "maus". Admitiu o uso frequente de maconha, que alegou ajudá-lo a se "ajustar" às rotinas diárias.

Na escola, os conceitos "ótimo" e "muito bom" alternavam-se com "suficiente" e "insuficiente", fazendo com que o pacien-

te fosse considerado um estudante brilhante, cujo desempenho global era medíocre devido a "motivação instável". Como vendedor de carros, seu desempenho também vinha sendo irregular, com "dias bons" neutralizando os "dias maus"; contudo, mesmo durante seus "dias bons", ele já discutiu algumas vezes com os clientes, perdendo vendas que pareciam garantidas. Embora seja considerado um homem charmoso em muitos círculos sociais, afasta os amigos com sua hostilidade e irritabilidade. Tipicamente acumula obrigações sociais Durante os dias "maus" e se dedica a todas elas de uma só vez no primeiro dia dos períodos "bons". Discussão. O paciente teve numerosos períodos, durante os dois anos precedentes, nos quais apresentou alguns sintomas característicos das síndromes tanto depressiva quanto maníaca. As características dos dias bons eram a confiança excessiva, consciência social aumentada, promiscuidade e pensamento aguçado. Embora esses períodos quase reunissem os critérios para um episódio maníaco, não foram suficientemente graves para justificarem um diagnóstico de transtorno bipolar. Similarmente, os dias maus caracterizados por excesso de horas de sono e falta de energia, confiança e motivação não tinham gravidade e duração suficientes para reunirem os critérios para episódio depressivo maior. Além disso, os breves ciclos seguiam-se uns aos outros com irregularidade intermitente, em uma base crônica. Portanto, o diagnóstico apropriado era de ciclotimia.

Curso e Prognóstico

A ciclotimia tem, muito frequentemente, um início insidioso no final da adolescência e por volta dos 20 anos. Retrospectivamente, os pacientes ciclotímicos são descritos, frequentemente, como tendo sido crianças sensíveis, hiperativas ou mal-humoradas. A presença de ciclotimia

durante o final da adolescência e início da idade adulta pode provocar relações destrutivas com a família e amigos e resultar em desempenho deficiente na escola e no trabalho. As reações dos pacientes a tal perturbação variam; pacientes com estratégias de enfrentamento e defesas do ego mais adaptativas têm melhor prognóstico. Aproximadamente 40 a 50% dos ciclotímicos tratados com antidepressivos experimentam episódios maníacos ou hipomaniacos. Cerca de um terço dos pacientes ciclotímicos de

envolvem um transtorno maior do humor, geralmente hipolar II ou seja, episódios depressivos maiores com períodos hipomaniacos

Diagnóstico

O DSM-IV contém critérios de inclusão e exclusão específicos para a ciclotimia (Tabela 16.2-3) Um período de dois anos de numerosos episódios de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e numerosos períodos de humor deprimido são necessários, sem períodos assintomáticos com duração superior a 2 meses. Os sintomas não devem atender os critérios para um episódio depressivo maior ou episódio maníaco. Por definição, nenhuma característica psicótica está presente, nem podem os sintomas ser mantidos por um fator orgânico ou substância específicos.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos mentais orgânicos (por ex., convulsões) e abuso de drogas (por ex., cocaína, anfetaminas e esteróides) precisam ser eliminados como causas de uma apresentação ciclotímica. Os transtornos de personalidade borderline, anti-social, histriônico e narcisista também devem ser considerados no diagnóstico diferencial. Um padrão de comportamento caótico e

relacionamentos instáveis, que aparentemente reúne os critérios para transtorno de personalidade borderline, pode, na verdade, ser um caso de ciclotimia, que responderia ao tratamento com lítio. O transtorno de hiperatividade por déficit de atenção pode ser difícil de distinguir da ciclotimia nas crianças e adolescentes. Um teste com estimulantes ajuda a maioria dos pacientes com transtorno de hiperatividade por déficit de atenção exacerba os sintomas da maioria dos pacientes com ciclotimia.

Tratamento

O lítio é a base do tratamento da ciclotimia. Aproximadamente 60% de todos os pacientes ciclotímicos respondem a níveis séricos de lítio na faixa de 0,7 a 1,0 mEq por litro. O tratamento dos pacientes ciclotímicos deprimidos com antidepressivos deve ser feito com cautela, por causa de sua suscetibilidade aumentada aos episódios hipomaniacos ou maníacos induzidos por antidepressivos.

Embora a psicoterapia individual isolada geralmente não seja, considerada o tratamento adequado para a ciclotimia, freqüentemente é útil para ajudar os pacientes a tomarem maior consciência de suas mudanças de humor e das consequências de seus atos sobre os outros. Em virtude da natureza crônica de seu transtorno mental, os pacientes freqüentemente necessitam de tratamento pelo resto da vida. A terapia de família e de grupo pode ser apoiadora, educativa e terapêutica para esses pacientes, e para aqueles em seus sistemas de apoio.

Referências

Akiskal H S, Hiani M K, & Ott-Strauss A: Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2: 527-~979.
Alnaes R, Torsensen S: Personality and peronality disorder among patients with

manic or depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. Acta Psychiatr Scand 79: 363, 1989.

Chodoff I: The depressive personality: A critical review. Arch Gen Psychiatry 29: 606 1972.

Fichtner C G, Grossman L S, Harrow M, Goldberg J E, Klein D N:

Cyclothymic mood swings in the course of affective disorders and schizophrenia. Am J Psychiatry 146: 149, 1989.

Frances A, Kocis H, Talarmin E, Mamúrig E, Markowitz T, Mason B, Widiger T: Diagnostic criteria for dysthymic disorder. J Psychopharmacol Bull 25: 325 1989.

Illickie I, Lloyd A, Wakefield E, Parker O: The psychiatric status of patients with chronic fatigue syndrome. Br J Psychiatry 155: 534, 1990.

Keller M B, Lavori P W, Endicott J: "Double depression": Two-year follow-up. Am J Psychiatry 140: 689, 1983.

Klein E N, Depue R A, Satter E: Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. J Abnorm Psychol 94: 115, 1985.

Klein E N, Depue R A, Satter E: Inventory identification of cyclothymia: IX. Validation in offspring of bipolar patients. Arch Gen Psychiatry 43: 441, 1986.

Kocis H, Frances A: A critical discussion of DSM-III-R dysthymic disorder. Am J Psychiatry 144: 1524, 1987.

Peselow E, Emswiler E L, Elvén R E, Lofstein A: Lithium prophylaxis of depression in unipolar, bipolar II and cyclothymic patients. Am J Psychiatry 139: 747, 1982.

Weissman M M, Leaf E, Bruce M L, Florio L: The epidemiology of dysthymia in five communities: Rates, risks, comorbidity, and treatment. Am J Psychiatry 145: 815, 1988.

Yerevanian B I, Akiskal HS: "Neurotic", characterological, and dysthymic depressions. Psychiatr Clin North Am 2: 595 1979.