

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/281347019>

Apostila de Psiquiatria UFPR

Research · August 2015

CITATIONS

0

READS

10,629

1 author:



Frederico Ramalho Romero

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

120 PUBLICATIONS 1,396 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Doutorado em Clínica Cirúrgica [View project](#)



Laparoscopic Surgery [View project](#)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 Psiquiatria
Exame psiquiátrico

Entrevista

■ **Anamnese¹**

01 - Identificação (ID)²

- ◆ Nome
- ◆ Idade
- ◆ Estado civil
- ◆ Sexo
- ◆ Cor
- ◆ Ocupação
- ◆ Nacionalidade
- ◆ Religião;

02 - Queixa principal (QP) - A razão pela qual o paciente procurou o médico, ou o serviço de psiquiatria. Usar preferentemente as próprias palavras do paciente³. Caso a informação não provenha do paciente, anotar quem a forneceu;

03 - História Mórbida Atual (HMA)

- ◆ Início cronológico e duração do problema
- ◆ Características do quadro
- ◆ Acontecimentos desencadeantes \ Melhor dizendo, paralelos de possível vinculação
- ◆ Mudanças na maneira de ser \ Comportamento
- ◆ Ansiedade, ou não, frente a situações
- ◆ Atividades ou “objetos”
- ◆ Como o paciente lida com isso;

¹ Basicamente é o mesmo que você tem aprendido ao passar pelas diversas disciplinas das demais matérias do curso médico. Difere, no entanto, particularmente, nos itens 05 e 06, onde se faz necessário maior detalhe.

Isso decorre da natureza do diagnóstico psiquiátrico: Pluridimensional (no mínimo as dimensões ou eixos: Síndrome, Personalidade pré-mórbida e a Constelação etiopatogênica).

Como a personalidade decorre de fatores temperamentais e de experiências de vida (caráter), a História do Desenvolvimento precisa ser conhecida. Pela mesma razão, é preciso que tenhamos idéia do contexto social no qual o paciente está inserido, doenças anteriores (muitas são cíclicas ou decorrentes de outras doenças) e História Mórbida Familiar (muitas são heredo-familiares).

² Observe que estes dados são importantes para a elaboração diagnóstica, estratégia de tratamento, bem como para formulação do prognóstico. Cabe a você acrescentar mais elementos e explicitar a referida importância.

³ Isto facilita as futuras consultas ao prontuário, por ocasião de pesquisas. Os termos técnicos podem variar com o tempo. O que hoje se chama “X”, amanhã pode se chamar “Y”.

04 - História Mórbida Pgressa (HMP)

- ◆ Distúrbios físico e mentais \ Vida psíquica
- ◆ Problemas físicos, cirurgias, etc.
- ◆ Tratamentos psiquiátricos (ou psico-comportamentais) anteriores
- ◆ Internações
- ◆ Medicamentos (com seus resultados e reações)
- ◆ Tratamento que vem fazendo até o momento (efeitos terapêuticos e colaterais, bem como tóxicos ou deletérios);

05 - História do Desenvolvimento (HD)

- ◆ Acontecimentos importantes na vida do paciente, até o presente
- ◆ Gravidez da mãe e tipo de parto
- ◆ Desenvolvimento psicomotor
- ◆ Desenvolvimento social \ Amizades na escola e vizinhança
- ◆ Escolaridade \ Aproveitamento
- ◆ Relacionamento com professores e figuras de autoridade
- ◆ Participação em esportes
- ◆ Puberdade
- ◆ Desenvolvimento de caracteres sexuais secundários
- ◆ Atitudes do paciente e família frente à sexualidade
- ◆ História profissional \ Duração nos empregos, relacionamento com chefias, com colegas de trabalho
- ◆ Atitudes frente a recursos econômicos
- ◆ Vida afetiva nos relacionamentos humanos \ Familiar, sociais, casamento, etc.;

06 - História Mórbida Familiar (HMF)

- ◆ Doenças familiares \ Doenças mentais, crises depressivas ou casos de suicídio na família
- ◆ Linhagem paterna e materna
- ◆ O mesmo em relação aos irmãos;

07 - Condições e Hábitos de Vida (CHV)

- ◆ Tabagismo
- ◆ Etilismo
- ◆ Outras drogas
- ◆ Alimentação \ Quantidade, qualidade, alterações de hábitos alimentares recentes

- ◆ Residência \ Tamanho da casa, privacidade
- ◆ Vizinhança
- ◆ Pessoas com quem o paciente convive
- ◆ Ambiente rural ou urbano
- ◆ Fonte de renda
- ◆ Medicamentos em uso;

08 - Sono e outros ritmos biológicos

- ◆ Avaliação da quantidade, qualidade e ritmo de sono
- ◆ Insônias
- ◆ Hipersônias
- ◆ Sonhos e pesadelos
- ◆ Ciclo menstrual
- ◆ Estado de ânimo durante o dia
- ◆ Outros

09 - Revisão de sistemas (RS) - Faz-se um inventário, o mais completo possível. Convém que sejamos diretivos (não é o mesmo que ser sugestivo). Esta etapa da avaliação nos alertará para um exame físico mais cuidadoso.

■ Exame do estado mental (exame psíquico)⁴

01 - Descrição geral

- ◆ Aparência
- ◆ Postura
- ◆ Modo de caminhar
- ◆ Vestimenta
- ◆ Cabelo;

02 - Impressão geral

- ◆ Aspecto colérico
- ◆ Assustado

⁴ Neste momento o examinador deverá redigir o relato da entrevista, nos pontos onde ser torna evidente uma função psíquica patológica. Por exemplo, ao invés de escrever “delírio paranóide sistematizado, alucinações auditivas na terceira pessoa”, descreve-se a situação, por exemplo: “Embora o paciente não denotasse, em suas atitudes ou semblantes, vivência de medo ou desespero, afirmava estar sendo observado por pessoas disfarçadas de colegas de trabalho, com o intuito de informar seus movimentos a uma organização para-militar, interessada em sua eliminação. Enquanto falava, por vezes interrompia-se, pedindo silêncio, como se estivesse a ouvir alguém. Interrogado (após se aguardar que falasse espontaneamente, não o fazendo) informou que “opositores se reúnem em conciliábulo”. Perguntou-se: “O que significava”, respondendo: “Você não percebe? Estão a debochar de mim, estão me ameaçando, fuxicando de mim”. Não é necessário ser prolixo, basta um curto trecho que deixe bem clara a patologia. Logo a seguir, na história clínica, haverá lugar para se colocar os termos técnicos (súmula psicopatológica).

Um profissional formado, com experiência, em geral, já montou seu estilo, de maneira mais prática. Você é estudante, tem que praticar, e com detalhes, como experiência de aprendizado. Mais tarde você também terá seu estilo pessoal.

- ◆ Apático
- ◆ Pouco a vontade
- ◆ Excessivamente a vontade
- ◆ Jovem ou idoso para a idade cronológica
- ◆ Sinais de ansiedade \ Mãos úmidas, sudorese no rosto, tensão, voz contida, tremor de extremidades, inquietude, etc.
- ◆ Tiques
- ◆ Gestos
- ◆ Lentidão ou rapidez dos movimentos;

03 - Senso-percepção

- ◆ Distúrbios
 - a) Ilusões - Distorção de percepções sensoriais de objetos externos reais
 - b) Alucinações - Percepções sensoriais enganosas, sem estímulos reais externos. Podem ser do tipo auditivas, visuais, olfativas, gustativas, tácteis, sinestésicas, etc.;

04 - Memória

- ◆ De fixação \ Curto prazo
- ◆ De evocação
- ◆ Remota \ Longo prazo
- ◆ Distúrbios
 - a) Quantitativos
 - Hipermnésia \ Aumento
 - Hipomnésia \ Redução
 - Amnésia \ Ausência
 - De fixação Fatos recentes
 - De evocação Fatos remotos
 - b) Qualitativos
 - Paramnésias \ Recordações inexatas
 - Fabulações \ Falsas recordações que preenchem falhas lacunares de memória
 - Fenômenos de “de javu” e “jamais vu” \ “Já visto” e “nunca visto”;

05 - Consciência

◆ Distúrbios

- a) Rebaixamento \ Do rebaixamento ao coma;
- b) Estreitamento \ Fixação em número reduzido de objetos
- c) Dissociação;

06 - Atenção (Prosexia)

◆ Espontânea (ou involuntária) e voluntária

◆ Distúrbios

- a) Diminuição da concentração \ Dificuldade de fixar a atenção (distraibilidade)
- b) Desatenção seletiva \ Prejuízo da atenção apenas para determinados aspectos da realidade
- c) Hipervigilância \ Aumento da intensidade da atenção

07 - Orientação

◆ Distúrbios

- a) Alopsíquica \ Quanto ao ambiente, que pode ser espacial ou temporal
- b) Autopsíquica \ Referente a si mesmo (consciência do eu)

08 - Pensamento

◆ Ideação

◆ Fluxo Curso

◆ Associação de idéias

◆ Distúrbios

- a) De curso
 - Desagregação de curso sem conexão lógica entre as idéias, tornando o discurso incompreensível
 - Perseveração \ Repetição da mesma palavra ou idéia em resposta a diferentes perguntas
 - Fugas de idéias \ Rapidez de fluxo, passando de uma idéia para outra

- Associação por consonância \ Uma idéia liga-se a outra pelo som e não pelo significado
- Bloqueio \ Interrupção da continuidade do pensamento
- Prolixidade \ Minúcias em exagero

b) De conteúdo

- Delírio de, ou idéia delirante \ Falsa crença, não modificável pela argumentação lógica, tendendo a expansão
 - Tipos:
 - 3 De perseguição
 - 3 De referência
 - 3 De ciúme
 - 3 De grandeza
 - 3 De auto-acusação
 - 3 De ruína
- Hipocondria \ Preocupação exagerada com a própria saúde
- Obsessão \ Persistência patológica de pensamento, sentimento ou impulso irresistível
- Neologismos \ Formação de palavras novas inexistentes;

09 - Inteligência \ Capacidade de compreender, recordar, mobilizar e integrar construtivamente conhecimentos anteriores diante de novas situações

◆ Distúrbios

- Retardo mental \ Déficit de inteligência que interfere no desempenho social e vocacional
 - Tipos:
 - 3 Borderline
 - 3 Leve
 - 3 Moderado
 - 3 Grave
 - 3 Profundo
- Demência \ Perda orgânica da função plena;

10 - Julgamento, juízo e autocrítica \ Avaliação global da sintomatologia e comportamento do paciente

- ◆ Avaliação do que o paciente faz de si próprio e de sua doença ou alteração (“insight”)
- ◆ Credibilidade \ Impressão do examinador a respeito da veracidade ou capacidade do paciente em relatar sua situação;

11 - Afetividade (ânimo, sentimentos ou afetos)
 \ É o que o paciente sente

- ◆ Intensidade do ânimo
- ◆ Flutuações \ Deprimido, desesperado, assustado, ansioso, zangado, expansivo, eufórico, culpado, autodepreciativo, etc.
- ◆ Distúrbios
 - Afeto inadequado \ Desarmonia entre o afeto e a ideação
 - Afetos prazerosos \ Euforia, elação, exaltação, êxtase, etc.
 - Afetos desprazerosos \ Depressão, tristeza, desânimo, anedonia (perda de interesse e prazer)
 - Indiferença ou embotamento afetivo
 - Ambivalência afetiva
 - Outros afetos
 - Ansiedade
 - Medo
 - Pânico
 - Disforia (labilidade)
 - Incontinência afetiva;

12 - Psicomotricidade

- ◆ Estereotípias
- ◆ Flexibilidade cérea
- ◆ Ecopraxia
- ◆ Negativismo
- ◆ Hiper ou hipoatividade
- ◆ Conação \ Capacidade de iniciar ação motora

Súmula anatomopatológica

Registrar os termos técnicos que descrevem as patologias⁵.

Exame físico⁶

- Exame físico geral
 - ◆ Aparência
 - ◆ Fácies
 - ◆ Pele
 - ◆ Fâneros
 - ◆ Mucosas;

- Exame físico segmentar
 - ◆ Cabeça
 - ◆ Pescoço
 - ◆ Tórax
 - ◆ Abdome
 - ◆ Membros.

Exames complementares

- Exames médico-laboratoriais
 - ◆ De rotina (próprios de cada serviço)
 - ◆ Todo e qualquer exame que seja possível solicitar, visando confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas;

- Testes psicológicos⁷

⁵ Exemplo: Abordável. Vestida de maneira espalhafatosa, colorida. Maquiada em exagero. Higienizada. Loquaz. Atitude colaboradora. Lúcida, normovigil, normotenaz. Humor eufórico. Psicomotricidade exaltada. Pensamento delirante, de grandeza, mal sistematizado, curso acelerado, forma clara, coerente. Raras fugas de idéias. Memória preservada. Orientada tempo-espacialmente, etc.

⁶ Faça-o nos moldes em que você aprendeu na clínica médica. Considere de particular importância o Sistema Nervoso, realizando um cuidadoso exame neurológico. Lembre que ao juntar o exame neurológico, o exame psíquico e, ainda mais, o exame dos diferentes órgãos e sistemas, do ponto-de-vista funcional, você terá completado uma avaliação global do S.N. (basicamente, o responsável pela vida psíquica, pelo controle motor, visceral e sensorial).

O exame neurológico fornecerá dados predominantemente objetivos (condição de objetos, isto é, detectáveis pelos órgãos dos sentidos do examinador), como postura, equilíbrio, marcha, reflexos, tônus muscular, movimentos ativos e passivos, bem como, sensibilidade (subjetiva).

O exame psíquico fornecerá dados predominantemente subjetivos (condição de subobjetos, isto é, não detectáveis pelos órgãos dos sentidos do examinador). Este, pela observação dos fenômenos motores e viscerais (objetivos) intuirá a terceira resposta, a afetiva (subjetiva) e, em consequência, as demais funções. Desta forma, terá transformado o que antes era subjetivo em quase-objetivo, sendo possível, pois, a operacionalização dos dados.

- ◆ Os mais úteis são os de desempenho \ Por exemplo, WAIS.

Formulação diagnóstica⁸

- Diagnóstico sindrômico;
- Diagnóstico de personalidade;
- Diagnóstico provável, inicial.

Plano de tratamento

De um lado o tratamento psicológico (psicoterapia individual, de grupo, de família, de casal, etc.)

Do outro lado, o tratamento somático como:

- ◆ Psicocirurgia
- ◆ Eletroconvulsioterapia
- ◆ Terapia pela luz
- ◆ Privação do sono
- ◆ Farmacoterapia em geral
- ◆ Psicofarmacoterapia
- ◆ Dietoterapia.

Prognóstico

Com ou sem tratamento.

⁷ A aplicação de testes psicológicos e sua avaliação, do ponto-de-vista legal, é atribuição do psicólogo. Valoriza-se bastante o exame psíquico e insiste-se na necessidade de um bom treinamento porque reduz os custos da avaliação psiquiátrica, uma vez que um profissional bem treinado poderá obter praticamente o mesmo que se obtém com os testes. Evidentemente não do ponto-de-vista quantitativo, mas, com poucas dúvidas, do ponto-de-vista qualitativo.

⁸ O diagnóstico em psiquiatria é predominantemente descritivo. No mínimo 3 dimensões (ou eixos) devem ser avaliados: O síndrome, a personalidade pré-mórbida e a constelação etiopatogênica.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

Transtornos mentais orgânicos

Introdução

As perturbações mentais orgânicas são uma classe de perturbação do funcionamento e comportamento mental causada por dano permanente, por disfunção temporária do cérebro ou por ambos os fatores.

A doença, ou perturbação mental básica, pode ser:

- **Primária** - Originada no cérebro;
- **Secundária** - Secundária a doenças sistêmicas.

Também, ela pode ser difusa, focal ou ambas.

As manifestações psicopatológicas resultantes refletem destruição ou transtorno metabólico das estruturas cerebrais que auxiliam as funções cognitivas, as emoções e a motivação do comportamento.

As síndromes cerebrais orgânicas representam um grupo de anormalidades ou sintomas psicológicos ou comportamentais cuja tendência é ocorrer em conjunto. Constituem a classe de perturbações mentais designadas como “orgânicas”.

Essas síndromes compartilham de um traço comum, na medida em que uma perturbação cerebral constitui uma condição necessária para sua ocorrência.

Suas características clínicas fundamentais, entretanto, diferem bastante e refletem certas variáveis como o grau de propagação, a localização, a proporção do ataque e progressão e a natureza do processo patológico básico no cérebro.

Além disso, o quadro clínico apresentado por um certo paciente é modificado, até certo ponto, por sua estrutura de personalidade, inteligência e educação, estado emocional, relacionamentos interpessoais e outros fatores psicológicos e sociais.

Classificação

F₀ - Demência na doença de Alzheimer \ De início precoce, de início tardio, tipo misto ou atípica, não especificada, etc.;

F₁ - Demência vascular;

F₂ - Demência em outras doenças classificadas em outros locais \ Pick, Huntington, Parkinson, HIV, etc.;

F₃ - Demência não-especificada

F₄ - Síndrome amnésica orgânica \ Não induzida pelo álcool ou outras drogas, ao contrário da Síndrome de Korsakoff;

F₅ - Delirium \ Transtorno mental orgânico, quando não induzido pelo álcool e outras drogas;

F₆ - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão ou disfunção cerebrais e de doença física;

F₇ - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunções cerebrais;

F₈ - Transtorno mental orgânico não especificado;

F₁₀ - F₁₉ - Transtorno mental e de comportamento decorrentes do uso de drogas psicoativas ou álcool

Pode ser:

- **Com intoxicação aguda;**
- **Nociva;**
- **Estado de abstinência;**
- **Estado de abstinência com delirium;**
- **Com transtorno psicótico;**
- **Com síndrome amnésica;**
- **Transtorno psicótico residual e de início tardio.**

Etiologia

Diferentemente dos transtornos não-orgânicos, a sintomatologia dos transtornos mentais orgânicos possui uma base somática constatável. Considera-se um distúrbio como tendo causa orgânica quando:

1. Há lesão séria do SNC;
2. Há alteração da eletrogênese cerebral;
3. Há alteração da homeostase cerebral (Como na hiponatremia, por exemplo.

Muitas causas potenciais de dano ou disfunção cerebral existem e podem induzir uma ou mais síndromes cerebrais orgânicas.

Por exemplo, um tumor cerebral pode provocar delírio, demência, síndrome amnesial e alucinação.

As variáveis intervenientes incluem a localização, o grau e proporção de difusão do tumor e a presença de pressão intracraniana aumentada.

Do mesmo modo, uma idade de 60 anos ou mais aumenta a suscetibilidade a perturbações mentais orgânicas.

Tanto o delírio como a demência são particularmente freqüentes na velhice e um dano cerebral preexistente, de qualquer origem, aumenta a suscetibilidade ao delírio.

A capacidade reduzida para metabolizar drogas é fator que predispõe pacientes idosos ao desenvolvimento de delírio em resposta a drogas medicinais, mesmo em dosagens terapêuticas.

Certos aspectos do ambiente podem facilitar a ocorrência de perturbação mental orgânica, especialmente delírio ou demência.

Isolamento social, conflitos e perdas interpessoais, ambiente estranho e “inputs” sensoriais deficientes ou excessivos podem ter alguma influência.

Diagnóstico

O diagnóstico de síndrome cerebral orgânica inclui dois componentes indispensáveis.

Primeiro, os aspectos psicológicos fundamentais da síndrome devem estar presentes e, segundo, deve haver evidência independente e não psicológica de uma perturbação cerebral antecedente ou concorrente que seja considerada como condição necessária para a síndrome exibida pelo paciente.

Segundo Kurt Schneider, os requisitos para o diagnóstico de organicidade são:

- Haver base somática de importância;
- Haver uma relação temporal evidente entre ambos;
- Desenvolvimento paralelo entre a doença psíquica e a doença somática;
- Quadro psicopatológico reconhecido como orgânico (Não é fundamental).

Formas básicas do adoecer psíquico orgânico

Psico-síndrome cerebral difusa

Lesão difusa insidiosa ou estática que pode ser causada por qualquer agente.

Ao descrever a sua clínica, Kurt Schneider diz que é preciso que haja demência e deterioro da personalidade porque, antigamente, conceituava-se demência apenas como um déficit cognitivo.

Atualmente, o conceito de demência é o de uma síndrome cerebral orgânica caracterizada por uma diminuição adquirida das capacidades intelectuais, suficientemente grave para prejudicar o desempenho social ou profissional, ou ambos.

Um caso completamente desenvolvido apresenta prejuízo da memória, do pensamento abstrato, do julgamento e algum grau de alteração (ou deterioro) na personalidade. Isto é, tanto uma acentuação como uma mudança nos traços de caráter habituais do paciente.

A perturbação pode ser progressiva, estática ou reversível e é causada por um dano ou disfunção cerebral relativamente difusos.

Ou seja, atualmente, o conceito de demência também inclui uma alteração na personalidade. Por isso, a psico-síndrome cerebral difusa, hoje em dia, é sinônimo de demência.

Assim, a demência, assim como o delírio, é manifestação comportamental de patologia cerebral relativamente difusa, de causa multifatorial.

Condição necessária para sua ocorrência é constituída por dano ou disfunção cerebral, relativamente difuso, devido a qualquer uma do grande número de doenças sistêmicas e cerebrais existentes.

A causa da demência é multifatorial no sentido de que fatores psicológicos e sociais influenciam sua ocorrência, gravidade e curso.

Fatores psicossociais co-determinam o grau de gravidade da demência e, possivelmente, seu ataque.

O diagnóstico de demência envolve dois aspectos:

1. Reconhecimento da síndrome em bases clínicas e
2. Identificação de sua causa.

Um diagnóstico feito cedo é da maior importância.

O diagnóstico clínico de demência é baseado em informações derivadas da história obtida da parte do paciente e de qualquer testemunha disponível, além de um exame do estado mental.

Evidências de mudança no desempenho e comportamento costumeiros do paciente, em situações normais de vida, devem ser procuradas.

Qualquer relato de tal mudança em pessoa identificada como sofrendo de alguma forma de patologia cerebral, ou mesmo naquela não identificada como fisicamente doente, deve levantar a hipótese de demência, especialmente se o paciente tem mais de 40 anos de idade e carece de história psiquiátrica positiva.

As queixas do paciente sobre prejuízo intelectual e esquecimento devem ser anotadas, assim como as fugas, negações e racionalizações frequentes, planejadas para ocultar deficiências cognitivas.

Uma avaliação do estado mental de um paciente é efetuada durante toda a entrevista psiquiátrica. O diagnóstico de demência repousa na descoberta da presença de seus aspectos fundamentais.

A aparência e o comportamento do paciente devem ser observados. Uma expressão ou maneirismo facial sombrio, apático ou vago, uma mudança de emoções excessivamente fácil, refinamento superficial, observações desinibidas ou piadas tolas sugerem a presença de demência.

Uma vez que a demência tenha sido diagnosticada com bases clínicas, com ou sem ajuda de um exame neuro-psicológico, deve ser feita uma tentativa decidida para estabelecer sua causa.

A demência deve ser diferenciada de outras síndromes cerebrais orgânicas e de perturbações mentais não orgânicas.

O problema principal do diagnóstico da demência refere-se a sua diferenciação com uma perturbação afetiva, especialmente depressão.

Uma perturbação depressiva frequentemente acompanha a demência e pode ser uma de suas formas de apresentação.

“Pseudodemência” é um termo usado por alguns escritores ao se referirem a perturbações psiquiátricas funcionais, quando estas exibem disfunções cognitivas semelhantes à demência.

Ocasionalmente, a demência precisa ser diferenciada da esquizofrenia crônica ou de uma doença artificial com sintomas psicológicos.

O tratamento da demência deve ser dirigido à sua causa.

Infelizmente, em mais da metade dos casos de demência na velhice, não existem tratamentos efetivos da perturbação cerebral subjacente.

Psico-síndrome cerebral local

Lesão local insidiosa ou estática que pode ser causada por qualquer agente em qualquer topografia.

Clinicamente, ela se manifesta como uma perda do controle dos impulsos e com labilidade ou incontinência emocional ou afetiva.

Dependente da topografia atingida, pode haver ainda algum outro déficit.

Psico-síndrome endócrina

Tem como fator etiológico alterações hormonais.

O quadro clínico pouco se diferencia da psico-síndrome local.

Tipos de reações exógenas agudas

(Bonhoeffer) Delírio

O termo “delírio” indica perturbação mental orgânica transitória, caracterizada por prejuízo global das funções cognitivas, por ataque agudo e por distúrbio difuso do metabolismo cerebral.

A capacidade do paciente de fixar, processar, reter e evocar informações e de manter atividade mental organizada é reduzida.

Esse prejuízo tende a oscilar durante o dia e a ser mais marcante à noite. O ciclo sono-vigília está geralmente desorganizado.

Delírio corresponde ao estado agudo de confusão e às síndromes cerebrais agudas de outras classificações.

Também inclui muitas das chamadas psicoses tóxicas e encefalopáticas.

A causa do delírio é multifatorial. Uma condição necessária para sua ocorrência é a presença de transtorno difuso do metabolismo cerebral, resultando em uma desorganização das funções cerebrais e atividades mentais principais.

A ocorrência, a gravidade e os aspectos clínicos do delírio são influenciados por certos fatores predisponentes e auxiliares.

Um grande número de doenças, tanto cerebrais como sistêmicas, e agentes tóxicos introduzidos no corpo podem resultar em delírio.

Os fatores predisponentes incluem:

- Idade de 60 anos ou mais \ Os idosos são especialmente sensíveis ao desenvolvimento de delírio em resposta a quase todas as doenças físicas e drogas;

- Vício de álcool, drogas ou ambos;

- Dano cerebral de qualquer origem;

- Sensibilidade individual a um agente em particular \ Tal como alergia a uma droga ou ao desenvolvimento de delírio em geral.

O delírio é diagnosticado no leito do paciente. Uma história de aparecimento repentino dos aspectos fundamentais é altamente sugestiva.

Variações diurnas e agravamento noturno dos sintomas são altamente característicos. A presença de uma doença física conhecida ou uma história de traumatismo na cabeça, alcoolismo ou vício em drogas aumenta a probabilidade de delírio. O ataque à noite é também especialmente sugestivo.

O delírio deve ser diferenciado de outras síndromes cerebrais orgânicas, especialmente a demência, psicoses esquizofrênicas e atípicas reativas breves, doenças artificiais com sintomas psicológicos e perturbações dissociativas.

A distinção entre delírio e demência pode ser difícil e, as vezes, impossível. Alucinações, especialmente visuais, são mais comuns no delírio que na demência. Deterioração intelectual sem interrupção por mais de um mês representa mais provavelmente demência que delírio.

Uma regra essencial para o tratamento do delírio é identificar sua causa e removê-la ou tratá-la, aplicando técnicas terapêuticas, médicas ou cirúrgicas apropriadas.

Além do tratamento da causa, o controle do delírio envolve medidas sintomáticas e gerais com vistas ao alívio da angústia e à prevenção de complicações, tais como acidentes.

Um paciente delirante, agitado, inquieto e medroso ou agressivo necessita ser tranqüilizado para a prevenção de complicações e acidentes.

Nenhuma droga psicotrópica isolada, disponível hoje em dia, é recomendada para todos os casos de delírio.

Via de regra, o haloperidol (Haldol®) é a droga de escolha em muitos casos. Dependendo da idade, peso e condições físicas do paciente, a dose inicial pode variar entre 2 e 10 mg, via intramuscular, sendo repetida de hora em hora se o paciente continuar agitado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Psiquiatria
Esquizofrenia

Introdução

O termo esquizofrenia refere-se a um grupo de síndromes caracterizadas por distúrbios do pensamento, do afeto e do comportamento, que levam eventualmente a uma ampla variedade de sinais e sintomas, incluindo a dificuldade em formar e comunicar conceitos e idéias, reclusão social e emocional, distúrbios do humor, sintomas do tipo neurótico, períodos de excitação e imobilidade, interpretações erradas da realidade e alucinações.

Embora o grupo de sintomas seja característico, não há sinal ou sintoma patognomônico da doença esquizofrênica.

Epidemiologicamente, a esquizofrenia ocorre em todas as raças e grupos sócio-econômicos, mas sua prevalência é maior entre as classes sócio-econômicas mais baixas. Em países ricos, sua incidência é de cerca de 1,5% da população.

Trata-se de uma psicose endógena⁹ funcional¹⁰ grave, caracterizada predominantemente por alterações do pensamento e afetividade, que desorganizam toda a personalidade.

Inicialmente, Emil Kraepelin a definiu como “demência precoce”, para diferenciá-la das demências tardias como a doença de Alzheimer, a demência multi-infarto, etc. Mais tarde, Bleuler substituiu esse termo por esquizofrenia que, traduzido literalmente, significa “mente dividida”, em referência a uma divisão teórica entre pensamento, emoção e comportamento.

Bleuler ainda assinalou que uma característica específica da doença esquizofrênica é a incapacidade do paciente distinguir entre duas realidades, a do mundo interno e a do mundo externo.

Essa doença em geral inicia-se na adolescência, é debilitante para o indivíduo, que se torna dependente da família e da sociedade, e evolui, muitas vezes, mal. Quase sem exceção, os paciente esquizofrênicos são caracterizados pelo afastamento social, pela distância emocional que se experimenta em sua presença e pela falta de capacidade para estabelecer “rapport” com os outros.

Etiologia

A etiologia da esquizofrenia é desconhecida. Acredita-se que ela seja uma doença multifatorial.

A complexidade dos seus fatores causais trás importantes implicações para a condução clínica da esquizofrenia.

⁹ Originada por fatores internos (N do A)

¹⁰ Relativa a funções vitais (N do A)

Uma pluralidade de diferentes genótipos pode estar envolvida na produção dessa síndrome, bem como muitos e diferentes ambientes evocadores podem combinar-se com esses genótipos para produzir uma ou mais características fenotípicas essenciais a doença.

Fatores genéticos

Se existem fatores genéticos na etiologia da esquizofrenia, a doença tende a segregar-se dentro de determinadas famílias, sendo que os parentes mais próximos dos pacientes identificados correm maior risco de contrair a doença.

Contudo, os dados de consangüinidade sofrem uma série de limitações. Delas, a mais óbvia é a revelação por parte de alguns estudos de que a esquizofrenia espalha-se nas famílias mas não está sob regulamentação genética.

Outras pesquisas em gêmeos monozigóticos apóiam fortemente a conclusão de que fatores genéticos são responsáveis por algumas formas da doença, mas não por todas.

Pode-se dizer que filhos de pai e mãe esquizofrênicos, assim como gêmeos monozigóticos, têm um risco de 46% de serem também esquizofrênicos.

Fatores bioquímicos

A principal hipótese sobre os fatores bioquímicos na esquizofrenia afirma que existe uma hiperatividade dos sistemas dopaminérgicos.

O principal apoio para esta hipótese é o de que todas as drogas antipsicóticas eficazes ligam-se a receptores dopaminérgicos.

A observação de que a administração de agonistas dopaminérgicos exacerba os sinais de alguns, mas não de todos os esquizofrênicos, empresta um apoio adicional a esta hipótese.

O principal problema com a hipótese dopaminérgica é que os antagonistas dopaminérgicos são eficazes no tratamento de virtualmente todos os pacientes psicóticos e agitados, não importando o seu diagnóstico.

A resposta aos antagonistas dopaminérgicos, portanto, não está associada unicamente a esquizofrenia.

Fatores psicossociais

A literatura existente não explica o papel do estresse com exatidão. Atualmente, considera-se que o estresse exerce seus principais efeitos sobre o desenvolvimento e o curso da esquizofrenia.

Há sugestão de que o começo de um episódio agudo seja provavelmente precedido de um aumento nos acontecimentos estressantes. Além disso, os esquizofrênicos acham estressantes as tarefas cotidianas, não porque elas sejam necessariamente estressantes, mas por eles acharem-nas ameaçadoras.

Quadro clínico

Com relação as características clínicas da esquizofrenia, nenhum sinal ou sintoma é patognômico dessa doença, ou seja, cada sinal ou sintoma visto na esquizofrenia pode ser visto em outros transtornos psiquiátricos e neurológicos.

Esta observação é contrária a opinião clínica frequentemente observada de que certos sintomas são diagnósticos de esquizofrenia.

Portanto, não é possível fazer o diagnóstico da esquizofrenia somente a partir de um exame do estado mental. A história mórbida progressiva é essencial para o seu diagnóstico.

Do ponto-de-vista psicopatológico, nós dividimos o quadro clínico da esquizofrenia em sintomatologia positiva e sintomatologia negativa.

Sintomas positivos \ Têm boa resposta aos neurolépticos habituais

■ **Idéias delirantes**

Forte idéia presuntiva de esquizofrenia é oferecida pelos delírios, mas somente no caso de apresentarem conteúdo estranho, mágico, esotérico ou bizarro.

O paciente pode acreditar que alguma entidade externa está controlando seus pensamentos ou comportamento ou, ao contrário, que ele próprio está controlando os acontecimentos externos de alguma forma extraordinária. Por exemplo, fazendo o sol nascer e se pôr, evitando terremotos, etc.

■ **Alucinações** \ Auditivas, visuais, cinestésicas, etc.

Perturbações sensoriais e perceptivas como as alucinações podem fornecer bons indícios para o diagnóstico de esquizofrenia.

No entanto, nem todos os tipos de alucinações apontam para a esquizofrenia. Existem importantes qualificações em relação a modalidade, ao tempo e ao conteúdo da alucinação.

Sensações de estar sendo controlado por forças externas ou a apresentação de estranhas e contínuas alucinações somáticas (cinestésicas), verbais ou auditivas, especialmente se as vozes ouvidas tem proveniência divina ou demoníaca, dirigem-se ao paciente na segunda pessoa ou falam a seu respeito, podem apoiar um diagnóstico de esquizofrenia.

■ **Linguagem desorganizada**

A ruptura das associações e a desorganização do pensamento acabam expressando-se através da linguagem desorganizada e peculiarmente afetada.

Outra característica da esquizofrenia é o brusco bloqueio do curso do pensamento, na qual o paciente para de

falar no meio de uma frase. Esse episódio pode durar segundos ou minutos.

■ **Agitação psicomotora**

A agitação e os maneirismos podem ser observados nos movimentos e na fala, assim também como o trejeito facial, e são típicos de muitos esquizofrênicos.

A ecopraxia é outra característica que pode estar presente na esquizofrenia e corresponde a imitação de gestos e movimentos de alguém observado pelo paciente.

■ **Comportamento bizarro**

As posturas bizarras e o trejeito facial constituem, certamente, características de condições esquizofrênicas.

Contudo, nem sempre é fácil estabelecer claramente o que constitui uma postura bizarra.

Ritos religiosos e posições especiais para a meditação, bem como a dança do “rock-and-roll”, para o observador não familiarizado, podem ser considerados posturas bizarras.

■ **Perda dos limites do ego**

Descreve a falta de um sentimento claro, por parte do paciente, sobre até onde vai seu próprio corpo, mente e influência; e onde começam os de outros objetos inanimados e animados.

Por exemplo, o paciente pode ter idéias de referência de que outras pessoas, a televisão ou os jornais, estão referindo-se a sua pessoa.

Síntomas negativos \ Têm uma resposta pobre aos neurolépticos

habituais

■ **Indiferença afetiva**

Muitos esquizofrênicos parecem indiferentes ou, algumas vezes, totalmente apáticos. Outros, com restrição ou embotamento emocional menos acentuados, mostram alguma emoção superficial ou certa falta de profundidade de sentimento.

■ **Empobrecimento intelectual**

Os processos do pensamento na esquizofrenia são estranhos e não levam a conclusões baseadas na realidade ou na lógica universal.

■ **Dificuldade de relacionamento interpessoal**

Os pacientes esquizofrênicos demonstram geralmente um afastamento social, distância emocional e falta de capacidade de estabelecer “rapport”.

■ **Diminuição do funcionamento**

Os esquizofrênicos passam, tipicamente, por diversos empregos. Porém, não conseguem mantê-los por muito tempo.

■ **Conação ou iniciativa reduzida**

Pode-se observar no paciente esquizofrênico uma inércia, ou seja, uma redução geral de energia, espontaneidade e iniciativa.

Contudo, nos estágios mais agudos, o paciente pode ficar excitado ao ponto de ameaçar a sua própria segurança e daqueles que o cercam.

Formas clínicas

Tipo desorganizado \ Hebefrênico

Caracteriza-se por acentuada regressão ao comportamento primitivo, desinibido e não-organizado.

O paciente hebefrênico é habitualmente ativo, mas de maneira não-constructiva e sem objetivo. Sua aparência pessoal e seu comportamento social entram em decadência.

As respostas emocionais são inadequadas e freqüentemente o paciente rompe em gargalhadas sem qualquer razão aparente. O trejeito facial e o sorriso incongruente são comuns neste tipo de paciente, cujo comportamento é melhor descrito como “tolo” ou “vaidoso”.

O esquizofrênico do tipo desorganizado pode ter algumas das seguintes características:

- **Início progressivo no início da adolescência;**
- **Dificuldades escolares;**
- **Preocupações filosóficas;**
- **Comportamento pueril;**
- **Riso imotivado;**
- **Caretas;**
- **Deterioração progressiva da personalidade.**

Tipo paranóide \ Parafrenia

É caracterizado principalmente pela presença de delírios de perseguição ou grandeza. Os esquizofrênicos paranóides, ao adoecerem, são

geralmente mais velhos que os catatônicos ou os hebefrênicos. Ou seja, geralmente estão no final da terceira ou no início da quarta décadas.

Os pacientes que chegaram bem até esta idade já estabeleceram, habitualmente, um lugar e uma identidade para si próprios na comunidade. Assim, os recursos de seus egos são maiores que os dos pacientes catatônicos e hebefrênicos.

Os esquizofrênicos paranóides mostram menor regressão das faculdades mentais e menores reações emocionais e comportamentais do que aqueles de outros tipos.

Um esquizofrênico paranóide típico é tenso, desconfiado, cuidadoso e reservado. Frequentemente, ele pode ser hostil e agressivo. Sua inteligência nas áreas não invadidas pelos delírios pode permanecer normal.

As principais características da esquizofrenia paranóide são:

- **Início mais tardio;**
- **Idéias delirantes persecutórias;**
- **Alucinações auditivas;**
- **Evolução por surtos;**
- **Tendência menor a deterioração.**

Tipo catatônico

A esquizofrenia catatônica ocorre em duas formas:

1. Catatonia estuporosa

O paciente pode apresentar-se em estado de completo estupor ou pode mostrar pronunciada diminuição de atividade e movimentos espontâneos. Pode emudecer ou chegar perto disso, ou pode exibir distinto negativismo, estereotípias, ecopraxia ou obediência automática. Ocasionalmente exibe o fenômeno da catalepsia ou flexibilidade cêrea.

Um paciente em estado de completo estupor catatônico geralmente pode ser despertado dele, de maneira dramática, pela injeção intravenosa de um barbitúrico de curta duração. Em muitas ocasiões, ele se torna relativamente lúcido por uma ou duas horas.

2. Catatonia excitada

O paciente encontra-se num estado de extrema agitação psicomotora. Fala e grita quase sem parar.

Suas produções verbais são muitas vezes incoerentes. Exige urgente controle físico e médico, visto ser destruidor e violento e, em sua perigosa excitação, pode causar ferimento em si próprio ou desfalecer de completa exaustão.

Características:

- **Predominância de sintomas motores;**
- **Flexibilidade cérea;**
- **Estupor catatônico** \ Imobilidade completa;
- **Explosão repentina (“raptus”)** \ É uma agitação psicomotora intensa que é rara hoje em dia.

Tipo residual

É uma esquizofrenia com sintomas predominantemente negativos, embotamento emocional, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e afastamento social.

Os tipos de esquizofrenia descritos acima apresentam-se em geral com sintomatologia mesclada, e podem evoluir de um tipo para outro. Eles sofrem também modificações provenientes do uso de medicação antipsicótica.

Curso

O DSM-III-R e o DSM-IV colocam o aspecto da evolução da esquizofrenia como fundamental para o seu diagnóstico definitivo.

O início dos sintomas ocorre por surtos, nas formas agudas, ou progressivamente e tem uma tendência à cronificação.

O aparecimento geralmente ocorre durante a adolescência, podendo haver um evento precipitador identificável.

A reagudização pode ocorrer nas formas crônicas da doença. Não é comum um retorno completo ao funcionamento pré-mórbido.

Diagnóstico

Como já foi dito, o diagnóstico da esquizofrenia não é possível somente a partir do exame do estado mental, sendo essencial uma história mórbida pregressa bem analisada.

A história típica, mas não invariável, é a de uma personalidade esquizóide ou esquizotípica. Ou seja, a de um indivíduo quieto, passivo, com poucos amigos na infância, fantasioso, introvertido e retraído como adolescente e adulto.

A criança frequentemente é descrita como tendo sido especialmente obediente e jamais ter feito travessuras.

O adolescente pré-esquizofrênico não tem amigos íntimos e experimenta poucos encontros românticos. Pode evitar esportes competitivos mas gosta de ir ao cinema, assistir TV e escutar música, excluindo as atividades sociais.

O indivíduo pode começar queixando-se de sintomas somáticos, tais como dor de cabeça, dor nas costas ou dor muscular, astenia ou problemas digestivos.

Durante esse período, o paciente começa a se sentir ansioso ou perplexo e desenvolve um interesse por idéias abstratas, filosóficas, ocultismo ou questões religiosas. Além disso, nós temos alguns aspectos que devem ser considerados.

Aspectos essenciais

Seu aparecimento deve ocorrer antes dos 45 anos, com uma duração mínima de 6 meses, durante os quais pelo menos um dos seguintes sintomas esteja presente:

- **Delírio de ser controlado;**
- **Irradiação dos pensamentos;**
- **Inserção de pensamentos;**
- **Afastamento de pensamentos;**
- **Delírios absurdos ou bizarros;**
- **Delírios somáticos, grandiosos e/ou religiosos;**
- **Quaisquer delírios acompanhados de alucinação;**
- **Preocupação com um delírio ou alucinação até a exclusão de outros sintomas;**
- **Alucinações auditivas, seja comentando o comportamento ou pensamentos do paciente, seja conversando com o mesmo;**
- **Alucinações auditivas (verbais) sem conteúdo deprimido ou exaltado, não limitadas a uma ou duas palavras;**
- **Alucinações contínuas, ou intermitentes, de qualquer tipo durante vários dias, no mínimo durante um mês, mas não claramente relacionadas com depressão ou exaltação;**
- **Incoerência, perda de associações, irracionalidade na presença de afeto embotado ou inadequado, delírios, alucinações, comportamento desorganizado ou catatônico.**

Aspectos associados

Podem ser os únicos sintomas no estágio prodromico ou residual:

- **Dificuldades no trabalho, nas relações sociais e no cuidado pessoal;**
- **Afastamento social;**
- **Afeto embotado ou inadequado;**
- **Linguagem tangencial, vaga, muito elaborada ou metafórica;**
- **Ideação bizarra, esotérica e pensamentos mágicos;**
- **Idéias supervalorizadas;**
- **Percepções incomuns** (Como sentir a presença de uma força ou pessoa não realmente presentes;

Outros aspectos

- **Rapport pobre com os demais;**
- **Pequeno contato visual;**
- **Hábitos incomuns** \ Como passar a maior parte da noite em pé e dormir até o meio-dia;
- **Maneirismos;**
- **Trejeito facial.**

Problemas no diagnóstico

Hoje em dia ainda existe uma carência de métodos de diagnósticos objetivos, o que acaba gerando uma dificuldade no processo de identificação dos casos. Além disso, para determiná-los completamente, há que se fazer não só a detecção de toda pessoa afligida pela doença numa comunidade bem definida, como também ter a capacidade de precisar a data real do começo da doença porque, como já foi dito, é necessário a presença de sintomatologia por pelo menos 6 meses para se diagnosticar a esquizofrenia.

Isso é importante porque, antigamente, consideravam qualquer indivíduo com sintomatologia semelhante como um esquizofrênico. No entanto, sabe-se hoje que qualquer quadro tóxico pode simular os sintomas da esquizofrenia.

Diagnósticos diferenciais

No diagnóstico diferencial das esquizofrenias, o médico deve excluir síndromes orgânicas cerebrais ou doenças afetivas. Assim, seu diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- **Distúrbios mentais de base orgânica** \ Como tumores, uso de anfetamínicos, etc.

- **Transtornos do humor**

O diagnóstico diferencial da esquizofrenia com os transtornos do humor pode ser bastante difícil, mas é particularmente importante em virtude da disponibilidade de tratamento específico e efetivo para a mania e a depressão.

O DSM-III-R especifica que os sintomas afetivos ou de humor na esquizofrenia devem ser breves, relativamente a duração dos sintomas nos transtornos do humor.

■ Distúrbios de personalidade

◆ Personalidade esquizóide

Esta síndrome é diagnosticada em pacientes que exigem um padrão de afastamento social durante sua vida.

São dignos de nota seu desconforto na interação com os demais, sua introversão e seu afeto brando e limitado.

As personalidades esquizóides são freqüentemente consideradas excêntricas, isoladas e solitárias.

Ao lado da perturbação de personalidade esquizotípica e da perturbação paranóide, compõe a extremidade mais sadia do espectro esquizofrênico.

◆ Personalidade esquizotípica

A pessoa com esta perturbação é aquela que, mesmo aos olhos do leigo, é notavelmente diferente ou estranha.

Pensamentos mágicos, ideação referencial, delírios e desrealização fazem parte do seu dia-a-dia.

Embora jamais possa ter tido um franco episódio psicótico, trata-se daquela pessoa que a nomenclatura mais antiga chamava de esquizofrênico simples ou esquizofrênico latente.

◆ Personalidade paranóide

O aspecto essencial da personalidade paranóide consiste em suspeita e desconfiança inalteráveis em relação as pessoas em geral.

As personalidades paranóides ainda se distinguem pelo fato de não se considerarem responsáveis pelos próprios sentimentos, atribuindo aos outros a responsabilidade.

A categoria inclui muitos tipos e caráter dos menos louváveis como o intolerante, o colecionador de injustiças, o cônjuge patologicamente ciumento e o eterno litigante.

Tratamento*Medidas gerais*

- **Orientação familiar;**
- **Terapia ocupacional;**
- **Reabilitação social e profissional;**
- **Acompanhamento terapêutico;**
- **Hospitalização integral;**
- **Hospitalização parcial** \ Hospital-dia;
- **Psicoterapia** \ De apoio, de redução de situações estressantes, etc.

Medicamentoso

- **Antipsicóticos** \ Neurolépticos
 - \ Efeito antipsicótico propriamente dito é demorado e ocorre após dias de uso
 - \ O efeito sedativo, contudo, que é um efeito colateral, é quase imediato;
- ◆ **Típicos** \ Os efeitos colaterais extrapiramidais dos antipsicóticos típicos podem ser combatidos com biperideno (Akineton®)
 - a) Fenotiazídicos
 - Clorpromazina (Amplictil®) \ Primeiro antipsicótico que surgiu
 - \ É um antagonista da dopamina
 - Trifluoperazina (Stelazine®)
 - Tioridazina (Melleril®)
 - b) Butirofenônicos
 - Haloperidol (Haldol®);
- ◆ **Atípicos**
 - Clozapina (Leponex®)
 - Risperidone (Risperdal®).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

Transtornos neuróticos

Introdução

Conceitualmente, de acordo com o DSM-III, a neurose é definida como um transtorno mental no qual a perturbação predominante é um sintoma ou grupo de sintomas que angustiam o indivíduo e que ele reconhece como inaceitável e estranho (ego-distônico).

Seu teste de realidade permanece globalmente intacto, diferentemente das psicoses. O comportamento não viola ativamente as principais normas sociais, embora possa ser bastante capacitante.

A perturbação é relativamente persistente ou recorrente sem tratamento, não se limitando a uma reação transitória aos estressores.

No DSM-III-R, não existe uma classe geral para os transtornos neuróticos e o termo neurose é usado entre parênteses.

No DSM-IV os transtornos neuróticos são encontrados como transtornos de ansiedade, somatoformes, dissociativos, factícios, sexuais, do sono, etc.

Etiologia

Aparentemente, não existe uma causa biológica na etiologia dos transtornos neuróticos.

Postula-se que eles possam ser produzidos por conflitos causados por traumatismos infantis, comportamentos aprendidos desencadeados por perdas ou dificuldades situacionais, etc.

Transtornos de ansiedade

Ansiedade é uma experiência humana universal, caracterizada por antecipação temerosa de um acontecimento futuro desagradável.

Na neurose de ansiedade, a experiência da ansiedade é o distúrbio principal. Se episódica, é conhecida como um distúrbio de pânico. Se crônica e persistente, diz-se um distúrbio de ansiedade generalizada.

As desordens de ansiedade podem ser classificadas em:

■ **Transtorno do pânico**

- Com agorafobia¹¹
- Sem agorafobia;

■ **Agorafobia sem ataque de pânico;**

¹¹ Medo de lugares abertos (N do A)

- **Fobia específica** \ Simples;
- **Fobia social;**
- **Transtorno obsessivo-compulsivo;**
- **Transtorno de estresse pós-traumático;**
- **Transtorno de estresse agudo** \ No momento do trauma;
- **Transtorno de ansiedade generalizada.**

Transtorno do pânico

No distúrbio do pânico, a característica essencial são os ataques de ansiedade recorrente (pânico) e nervosismo. Os ataques de pânico manifestam-se por meio de períodos discretos de ataque repentino, de intensa apreensão, medo ou terror, freqüentemente associados com sentimentos de perigo de destruição iminente.

A perturbação de pânico pode iniciar-se lenta e insidiosamente, com sentimentos genéricos de tensão e desconforto nervoso; ou pode surgir bruscamente, anunciada pela erupção abrupta de ataques de ansiedade aguda.

Embora seja, por característica, um distúrbio de adultos jovens, observa-se que o ataque inicial de ansiedade ocorre em qualquer idade a partir da adolescência.

Apesar do distúrbio do pânico possuir numerosas manifestações somáticas, o afeto central, intensamente doloroso, predomina na maioria dos pacientes que sofrem desta perturbação. Algumas vezes atinge um grau de pânico e terror muito mais insuportável, para quem o conhece, do que as piores dores físicas já suportadas.

Ele é geralmente descrito pelos pacientes como uma “onda de medo sem motivo”, “dor no peito”, “dificuldade respiratória”, “sensação de morte”, etc.

Os pacientes que também apresentam agorafobia podem se queixar de “medo de sair de casa por temer uma nova crise de pânico”.

Assim, os principais sintomas clínicos do distúrbio do pânico são:

- **Palpitações;**
- **Dispnéia não relacionada aos esforços;**
- **Dor no peito;**
- **Náuseas;**
- **Parestesia;**
- **Calafrios ou ondas de calor;**
- **Terror;**
- **Medo de morrer;**
- **Medo de ficar louco;**
- **Medo de perder o controle;**
- **Outros.**

Suas principais características incluem ataques repentinos, freqüentemente associados a agorafobia.

O diagnóstico do distúrbio do pânico é freqüente e fácil. Muito comumente, ele pode aumentar a freqüência de depressão secundária e, também, a incidência de etilismo secundário. Ainda, esse distúrbio pode muitas vezes estar associado ao prolapso da valva mitral.

A psicoterapia dinâmica tem pouco efeito no seu tratamento, assim como os benzodiazepínicos convencionais.

Contudo, ele tem uma resposta precisa aos antidepressivos e ao benzodiazepínico oral alprazolam. Assim, seu tratamento pode ser feito com baixas doses de clomipramina a longo prazo; com inibidores seletivos da captação da serotonina e com psicoterapia, principalmente quando houver agorafobia associada.

Deve ser salientado que a medicação é somente um adjuvante e não um substituto da relação médico-paciente. Na verdade, o efeito das várias formas de psicoterapia pode ser aumentado se o controle químico dos sintomas dolorosos permitir ao paciente dirigir sua atenção mais livremente para os conflitos subjacentes a sua ansiedade.

Agorafobia sem ataque de pânico

A agorafobia é popularmente interpretada como um “temor a espaços abertos”, mas possui implicações mais amplas, pois o paciente agorafóbico é geralmente lançado num estado de agitação quando forçado a uma situação em que possa ser submetido ao sentimento de desamparo ou humilhação que resulta da exposição a que está sujeito.

Ele sente-se ameaçado não somente por lugares públicos e abertos, mas por aquelas situações tais como em lojas, transportes públicos, elevadores e teatros cheios, dos quais não consegue escapar rapidamente aos olhos do público.

Embora possa sentir-se mais a vontade na companhia de um amigo ou parente, o paciente tende a evitar as situações que considera perigosas, limitando suas atividades e excursões a áreas cada vez menores e, em casos extremos, pode deixar-se confinar totalmente em casa.

Naqueles casos em que não se obtém uma história de ataque de pânico de um paciente com sintomas de agorafobia, a perturbação deve ser classificada como “agorafobia sem ataques de pânico”.

Seu tratamento é basicamente psicoterápico.

Fobia específica

Consiste num medo de situações específicas como o medo de animais pequenos, elevadores, lugares fechados, lugares altos, etc.

O traço predominante das perturbações fóbicas “é o persistente comportamento de evitação, secundário a temores irracionais a

um objeto, atividade ou situações específicas”. O temor é reconhecido como irracional e injustificável em relação a real periculosidade do objeto, atividade ou situação.

Na perturbação fóbica, a ansiedade constitui elemento central que não flutua livremente como na reação de pânico, mas está vinculada ao objeto, atividade ou situações específicas.

Nas fobias específicas, ou a ansiedade não é justificada pelo estímulo que a provoca ou ela está fora de proporção em relação a situação real; e o paciente que a experimenta está absolutamente consciente da irracionalidade da sua reação.

A despeito da clareza com que se pode afirmar as características que definem a perturbação fóbica, é, as vezes, difícil de determinar se a resposta a situação externa é realmente injustificável. Ou seja, há situações em que é difícil de se separar o normal do patológico.

Um critério utilizado é o de avaliar o grau de incapacidade do paciente frente a uma situação externa.

Fobia social

É essencial a esta categoria uma preocupação com o passar por humilhações, parecendo estúpido ou inapto na presença de outras pessoas. O paciente teme, em particular, que seu comportamento, como por exemplo quando fala em público, está escrevendo ou até mesmo quando está exercendo suas funções fisiológicas, será motivo do desdenhoso exame daqueles que o rodeiam. Fato que, muitas vezes, prejudica seu desempenho.

Os medos variam entre medo de falar em público, de ter contatos com pessoas do outro sexo, dificuldades de auto-afirmação e assertividade, medo de ser observado durante atividades como comer, aversão a entrar em cinemas na frente da platéia, etc.

A fobia social pode resultar numa ansiedade progressiva, com desenvolvimento de desejos de fuga dessas situações.

Pode-se tratar a fobia social com o uso de propanolol cerca de meia hora antes das atividades que a provoquem. Para reduzir a ansiedade, também pode-se utilizar alprazolam.

Os principais sintomas das fobias sociais são:

- Tremores;
- Sudorese;
- Enrubescimento;
- Mal-estar gástrico;
- Taquicardia;
- Outros.

A fobia social generalizada é extremamente incapacitante e pode trazer muito prejuízos ao paciente.

Transtorno obsessivo-compulsivo

Os aspectos essenciais são obsessões e/ou compulsões recorrentes.

As obsessões são definidas como idéias, pensamentos, imagens ou impulsos persistentes, recorrentes e estranhos ao ego, ou seja, que não são experienciados como voluntariamente produzidos, mas como idéias que invadem o campo da consciência. Geralmente há tentativas de ignorá-las ou suprimi-las.

As compulsões são comportamentos não experimentados como resultantes de atos volitivos do indivíduo. Antes, são acompanhados de um sentimento de compulsão e desejo de resistir (pelo menos inicialmente).

As obsessões e compulsões são reconhecidas pelo paciente como alheias a sua personalidade.

A palavra “obsessivo” ou “obsessão” refere-se a uma idéia ou pensamento, enquanto a palavra “compulsivo” ou “compulsão” refere-se a uma pulsão ou impulso para agir que, posto em ação, leva a um ato compulsivo.

Quando o indivíduo tem pensamentos obsessivos, ele não consegue se livrar de tais pensamentos e quando ele tem atos compulsivos, ele tem que realizá-los.

Assim, as principais características dos distúrbios obsessivo-compulsivos são que as idéias, pensamentos, etc. são contrários a vontade do indivíduo, causam sofrimento ou repulsa e são percebidos como irracionais.

Os pensamentos obsessivos mais freqüentemente vistos são:

- **Dúvida** \ “Desliguei o ferro de passar roupas?”, “Tranquei a casa ou a abri?”;
- **Impulsos** \ Estrangular uma pessoa querida;
- **Medo de perder o controle** \ E realizar um ato inadequado;
- **Ruminação** \ Sempre fica pensando no mesmo assunto;
- **Sujeira é contaminação** \ “Pegar na maçaneta pode me causar alguma doença”;
- **Violência** \ Suicídio, homicídio;
- **Temas impessoais** \ Fica contando os números, objetos, etc.

Os principais atos compulsivos são \ Comportamentos repetitivos e estereotipados:

- **Verificação** \ Casa fechada, gente embaixo da cama, etc.
- **Limpeza, descontaminação** \ Lavar as mãos muito freqüentemente;
- **Repetir ou tocar** \ Acender a luz diversas vezes;

- **Rituais** \ Superstição, repetir seguindo as mesmas regras como, por exemplo, ter que colocar uma cadeira em determinado lugar ou dar três pulinhos antes de dormir;
- **Simetria e ordem** \ Tudo tem que estar do jeito que foi deixado pelo paciente porque ele sabe exatamente o lugar de tudo;
- **Colecionismo** \ Juntar e não jogar nada fora.

O tratamento dos distúrbios obsessivo-compulsivos, por serem doenças das vias serotoninérgicas, é feito com antidepressivos clássicos, como a clomipramina, em altas doses.

Também podem ser utilizadas a fluoxetina, a sertralina e a fluvoxamina, que é a melhor droga para esta doença, mas não está disponível no Brasil.

Transtorno de estresse pós-traumático

O aspecto fundamental é o desenvolvimento de sintomas característicos após a experiência de um acontecimento psicologicamente traumático, ou se acontecimentos situados fora do campo da experiência humana habitualmente considerada normal.

Os sintomas característicos envolvem a re-experimentação do acontecimento traumático, responsividade entorpecida ao mundo externo, bem como o envolvimento com o mesmo, além de uma variedade de sintomas autônomos, disfóricos ou cognitivos.

Os sintomas autônomos, disfóricos e cognitivos característicos influem fenômenos como:

- **Reação exagerada ao medo;**
- **Dificuldade de concentração;**
- **Prejuízo da memória;**
- **Sentimentos de culpa e**
- **Dificuldades no sono.**

Transtorno de estresse agudo

Decorre da angústia que o indivíduo sente no momento do trauma.

Transtorno de ansiedade generalizada

É o tipo de ansiedade crônica e persistente. Perturbação de ansiedade generalizada é o termo empregado para os sintomas de ansiedade crônica não marcados por ataques intermitentes de pânico.

Transtornos somatoformes

Os aspectos essenciais são recorrentes e múltiplas queixas somáticas para as quais se busca atenção médica. Os sintomas aparentemente não se devem a qualquer doença física, começam no início da vida adulta (antes dos 25 anos) e tem um curso crônico, mas flutuante.

As desordens somatoformes podem ser classificadas em:

- **Somatização** \ Sintomas gastrointestinais, dor, etc.;
- **Hipocondria** \ Preocupação exagerada com saúde, temores de ter doença grave, etc.;
- **Conversão** \ Antigamente era denominada neurose histérica tipo conversiva
 - Motora \ Leva a paralisia;
 - Sensorial \ Leva a anestesia.

Transtornos dissociativos

As perturbações dissociativas são caracterizadas pela alteração temporária e súbita nas funções normalmente integradas da consciência, identidade ou do comportamento motor, de modo que alguma parte de uma ou mais dessas funções seja perdida.

- **Amnésia dissociativa** \ Esquecimento de fases da vida;
- **Fuga dissociativa** \ Espécie de hipnose;
- **Transtorno dissociativo de identidade** \ Antiga personalidade múltipla;
- **Despersonalização**;
- **Outros** \ Desmaios, estados de transe e possessão, etc.

Amnésia dissociativa

O paciente que sofre dessa amnésia é muitas vezes trazido as enfermarias de um hospital por um policial que o encontrou vagando confuso pelas ruas.

Fuga dissociativa

O paciente com fuga dissociativa não dá aos outros a impressão de comportar-se de maneira fora do comum, nem parece estar atuando alguma memória específica de um acontecimento traumático.

Ao contrário, o paciente em fuga quase sempre leva uma vida quieta, prosaica, de certo modo retirada; trabalha em ocupações simples; vive modestamente e não faz nada para chamar a atenção ou despertar a suspeita de seus vizinhos e amigos.

Transtornos dissociativos de identidade

As características desse transtorno podem ser resumidas como segue:

- A qualquer momento o paciente é dominado por uma de duas ou mais personalidades distintas, cada uma determinando a natureza de seu comportamento e atitudes durante o período em que predomina na consciência;
- A transição de uma personalidade para outra é súbita, ocorrendo muitas vezes dramaticamente;
- Geralmente há amnésia, durante cada estado, para a existência das outras e para os fatos que aconteceram quando outra personalidade estava em ascendência. Muitas vezes, no entanto, um estado da personalidade não é limitado por tal amnésia e retém completa consciência da existência, qualidades e atividades das outras personalidades;
- Cada personalidade tem um grupo de memórias associadas, altamente complexo e totalmente integrado, com atitudes características, relações pessoais e padrões comportamentais. Sob exame, o paciente nada mostra de incomum em seu estado mental, além de possível amnésia para períodos de tempo que variam de duração e ninguém é capaz de dizer, após um único encontro casual, que o paciente leve outras vidas em outros momentos. Apenas o contato prolongado possibilita observar as súbitas descontinuidades no funcionamento mental que revela esta informação.

A primeira aparição da personalidade, ou personalidades, secundária pode ser espontânea ou pode surgir em relação a algo que pareça um precipitante. Em alguns pacientes, a mudança ocorre após choque emocional ou trauma físico e a fase inicial pode tomar a forma de um episódio típico de amnésia que leva ao desenvolvimento de uma personalidade secundária.

Transtornos factícios

Produção intencional de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos afim de assumir um papel de enfermo, sem vantagens econômicas ou legais, mas para obter vantagens afetivas (papel de “coitadinho”).

Tem diagnóstico diferencial com a simulação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

Transtornos afetivos

Introdução

O termo “transtornos afetivos” agrupa várias condições clínicas, cujo traço mais comum e essencial é um distúrbio de humor acompanhado por dificuldades cognitivas, psicomotoras, psicofisiológicas e interpessoais. Não se deve esquecer que nesses casos uma função mental, a afetividade, está alterada.

O humor geralmente refere-se a estados emocionais experimentados que determinam o aspecto total da personalidade e da vida psíquica. Afeto, algumas vezes, refere-se ao aspecto subjetivo da emoção, à parte de seus componentes físicos, enquanto humor refere-se à emoção difundida ou predominante.

Em experiências clínicas, a maioria das perturbações afetivas não ocorre em clara associação com outras perturbações médicas ou psiquiátricas, e é nas perturbações afetivas primárias que está focalizada a maior atenção, tanto na pesquisa como na prática clínica.

O quadro clínico mais comum das doenças afetivas é a Síndrome da depressão. A segunda síndrome, em importância e frequência, é a mania. Raramente, o indivíduo pode não apresentar alguma fase de depressão.

Classificação

Segundo a CID-10, os transtornos afetivos podem ser classificados da seguinte maneira:

- F₃₀ - Episódio maníaco;
- F₃₁ - Transtorno afetivo bipolar;
- F₃₂ - Episódio depressivo;
- F₃₃ - Transtorno depressivo recorrente;
- F₃₄ - Transtorno persistente do humor;
- F₃₈ - Outros transtornos afetivos;
- F₃₉ - Transtornos afetivos não especificados.

O diagnóstico das doenças afetivas é feito, na maioria das vezes, quando o paciente se apresenta no grupo dos transtornos e, não, dos episódios.

No passado, Kraepelin dividiu as psicoses em dois grupos, as psicoses orgânicas e as psicoses funcionais.

No grupo das psicoses funcionais, Kraepelin definiu dois subgrupos.

O primeiro, a que ele deu o nome de demência precoce, é denominado atualmente de esquizofrenia.

O segundo, Kraepelin denominou de psicose maníaco-depressiva.

Atualmente, os transtornos afetivos podem ser subdivididos em dois grandes grupos:

- **Primários** \ Quando as perturbações ocorrem em pacientes que estavam bem até o momento e cujos únicos episódios anteriores de doença psiquiátrica foram mania ou depressão
 - ◆ Depressão unipolar
 - ◆ Depressão bipolar;

- **Secundários** \ Aqueles que ocorrem em pessoas mentalmente doentes que tiveram uma outra doença psiquiátrica ou física
 - ◆ Outras desordens psiquiátricas
 - ◆ Doenças médicas sistêmicas \ Principalmente o uso da droga reserpina, que causa uma depressão muito intensa.

Quadro clínico

Máscaras da depressão

Nas depressões mascaradas, o distúrbio do humor pode não ser aparente, mas o paciente pode apresentar-se com:

- **Dor crônica;**
- **Insônia terminal** \ Fase aguda da depressão;
- **Anorexia;**
- **Perda de peso** \ Deve-se ser feito o diagnóstico diferencial com outras patologias;
- **Humor deprimido** \ Na maior parte do dia (tristeza);
- **Sentimentos de culpa;**
- **Anedonia** \ Redução dos interesses e do prazer nas atividades do dia a dia
 - \ É uma das queixas mais frequentes;
- **Pensamentos de morte ou ideação suicida;**
- **Indecisão persistente ou perda da concentração** \ O paciente nos relata a sensação de estar ficando louco;
- **Fadiga ou perda de energia.**

Comparação dos sintomas maníacos e depressivos

Os sintomas depressivos são vistos mais freqüentemente do que os sintomas maníacos, mas esses sintomas raramente ocorrem isolados e geralmente estão associados com queixas físicas ou prejuízo psicológico e social.

Depressão	Mania
Tristeza	Elação
Perda da gratificação	Gratificação aumentada
Desgosta de si	Gosta de si
Perda das ligações afetivas	Ligações afetivas aumentadas
Perda do senso de humor	Senso de humor elevado
Manifestações cognitivas	
Auto-imagem negativa	Auto imagem positiva
Expectativas negativas	Expectativas positivas
Auto-acusações	Acusa os outros
Problemas exagerados	Nega problemas
Indecisão	Decisões arbitrárias
Delírios autodegradantes	Delírios auto-engrandecedores
Manifestações físicas e vegetativas	
Retardo / agitação ansiosa	Hiperatividade
Fadiga fácil	Infatigabilidade
Perda do apetite	Apetite variável
Perda da libido	Libido aumentada
Insônia terminal	Insônia absoluta
Outras manifestações	
Retardo psicomotor	Agitação psicomotora
Lentificação do pensamento	Pressão do pensamento ¹²
Monossilábico	Fuga de idéias

Distinção bipolar-unipolar

Tem sido proposto que pacientes deprimidos, com uma história de episódios maníacos (o grupo bipolar), sejam separados daqueles pacientes que tenham tipo apenas episódios recorrentes de depressão (o grupo unipolar).

Entre as mais recentes tentativas de aproximação, a distinção bipolar-unipolar tem conseguido uma aceitação rápida considerável.

Tem sido apresentadas consideráveis evidências de possíveis diferenças genéticas, familiares, de personalidade, bioquímicas, fisiológicas e farmacológicas entre perturbações afetivas bipolares e unipolares.

Pacientes com perturbação bipolar apresentam uma freqüência muito maior de história familiar positiva do que pacientes apenas com depressão.

¹² Sensação de que o pensamento sai sob pressão (N do A)

Estudos psicofarmacológicos também indicam diferenças nas respostas dos pacientes bipolares e deprimidos a drogas psicoativas, especialmente ao Lítio.

Pacientes com perturbação bipolar estão mais propensos a desenvolverem respostas hipomaníacas ao Dopa ou à imipramina e outros tricíclicos, do que pacientes com depressão.

Embora o conceito de perturbação bipolar seja bem definido e amplamente evidenciado por pesquisas e por experiências clínicas, a posição da perturbação unipolar (depressão) é ainda incerta.

O diagnóstico de perturbação bipolar é feito quando existe um episódio maníaco, quer tenha havido ou não um episódio depressivo.

Não está claro, entretanto, se todos os episódios de depressão devem ser considerados como unipolares.

Depressão unipolar

O aspecto fundamental da depressão unipolar é um período distinto de ativação psicofisiológica diminuída. Nesse estado, o humor predominante está deprimido ou o paciente apresenta uma perda difusa de interesse ou prazer.

O paciente, freqüentemente, não está consciente ou não se queixa de distúrbio do humor e o evidente é uma abstinência de atividades habituais.

Os sintomas que podem estar presentes incluem:

- Distúrbio do sono \ Insônia terminal;
- Perda de apetite;
- Perturbação cognitiva \ Incluindo capacidade de concentração ou de tomar decisões;
- Pensamento vagaroso;
- Energia diminuída;
- Sentimentos de inutilidade e culpa;
- Pensamentos de suicídio e morte e
- Interesse sexual muito reduzido.

Quando a depressão é moderada, mudanças ambientais podem conduzir a alguma melhora da condição, mas quando a depressão é grave, tal efeito não é encontrado.

Existem certos aspectos de depressão unipolar associados com a idade.

Na primeira infância, a ansiedade de separação pode conduzir a comportamentos de apego e fobia da escola.

Na lactência e no início da adolescência, especialmente entre meninos, comportamentos negativos e anti-sociais podem ocorrer (equivalentes depressivos).

Atividade sexual reduzida, ociosidade e fuga são vistas em meninos e meninas mais velhos.

Na velhice, a pseudodemência, isto é, depressão apresentando-se primariamente como uma perda de funcionamento intelectual, deve ser cuidadosamente diferenciada da demência real causada por perturbação mental orgânica.

Descobertas laboratoriais podem diferenciar pacientes unipolares deprimidos de pacientes bipolares deprimidos.

Em pacientes unipolares deprimidos, a latência do movimento rápido dos olhos (REM) está diminuída, e o primeiro período REM pode ser incomumente longo, mas o tempo total de sono e a percentagem de tempo do sono estão diminuídos.

Em pacientes bipolares deprimidos, o tempo total de sono é normal, o tempo do sonho e a percentagem de tempo do sonho são normais ou aumentados e a latência REM está diminuída.

Depressão bipolar

Na perturbação afetiva bipolar, a história do paciente é a de períodos discretos de recorrência da doença, durante os quais episódios de mania e de depressão aparecem alternadamente.

O aspecto principal de um episódio maníaco é um período distinto de intensa ativação psicofisiológica. Nesse estado, o humor predominante é tanto elevado como irritável, acompanhado por um ou mais dos seguintes sintomas:

- **Hiperatividade;**
- **Dedicação a muitas atividades;**
- **Falta de julgamento das conseqüências de ações;**
- **Premência da fala;**
- **Fuga de idéias;**
- **Distração;**
- **Auto-estima arrogante e**
- **Hipersexualidade.**

O humor elevado é eufórico e freqüentemente contagiante. Embora pessoas não envolvidas não possam reconhecer a natureza rara do humor do paciente, aqueles que o conhecem reconhecem esse humor como não habitual para o paciente, ou como característico do paciente quando eufórico.

Alternativamente, o humor pode ser irritável, especialmente quando as atividades do paciente são contrariadas. Freqüentemente, um paciente que sofre de episódios maníacos recorrentes exibe uma mudança do humor predominante, da euforia, no início do curso da doença, para a irritabilidade, mais tarde, durante o processo.

Além do distúrbio do humor, a fala está freqüentemente perturbada. A medida que a mania se torna mais intensa, as considerações de fala formal e lógica são destruídas e a fala se torna alta, rápida e difícil de ser interpretada.

Conforme o estado ativado aumenta, a fala se torna cheia de trocadilhos, piadas, jogos de palavras e impropriedades que são, a princípio, divertidos mas que, a medida que o nível de atividade aumenta ainda mais, tornam-se indefinidos. O aumento da distração conduz à fuga de idéias, saladas de palavras e neologismos.

Na excitação maníaca aguda, a fala pode ser totalmente incoerente e indistinguível daquela de um esquizofrênico em excitação catatônica aguda.

A auto-estima é arrogante durante um episódio maníaco e, à medida que o nível de atividade aumenta, os sentimentos em relação a si mesmo se tornam perturbados de modo crescente. Sintomas de delírios de grandeza são evidentes e o paciente fica inclinado a dedicar-se a qualquer projeto possível.

As descobertas eletroencefalográficas noturnas, na mania, são de um tempo de sono total diminuído e uma percentagem de tempo de sonho diminuída, bem como uma latência de sonho aumentada.

Essas descobertas podem ser interpretadas como sustentadoras da hipótese de que as atividades do ritmo circadiano são retardadas devido a um aumento na atividade do marca-passo intrínseco.

Aspectos associados, encontrados na mania, incluem irritabilidade de humor, com rápidas mudanças para depressão transitória. Tal descoberta responde por aqueles pacientes que apresentam associações indefinidas e riso e choro alternados.

Além disso, alucinações de qualquer tipo, idéias de referência e ilusões claras podem estar presentes. Ao contrário das ilusões vistas na esquizofrenia, aquelas vistas na mania são freqüentemente passageiras e mais propriamente relacionadas ao nível de atividade do humor, do que a um conflito psicológico duradouro.

Freqüentemente, o primeiro episódio na perturbação bipolar é uma depressão severa. Por isso, seu diagnóstico é mais complicado e nós vamos ter que constatar um desvio para a mania para confirmá-lo.

Além dos quadros de depressão unipolar e bipolar, nós temos também um quadro misto, em que o paciente vai apresentar simultaneamente quadros de depressão e de mania.

Diagnóstico

Um diagnóstico das perturbações afetivas maiores deve ser feito apenas após a descoberta de critérios positivos típicos, definindo episódios da doença, e apenas se o episódio da doença manifesta for claramente distinguível do funcionamento habitual do paciente.

Se o distúrbio do afeto for depressivo, a depressão deverá permanecer por, no mínimo, duas semanas. O diagnóstico de episódio maníaco requer um distúrbio do afeto com duração de, no mínimo, uma semana.

Existem alguns elementos que nos auxiliam no diagnóstico das perturbações afetivas. Por exemplo:

- **Sinais e sintomas clínicos;**
- **História pessoal de depressão;**
- **Respostas prévias ao tratamento** \ Geralmente, esses distúrbios apresentam quadros de evolução muito longa. Se não forem tratados, ou se forem tratados inadequadamente, podem ocorrer novos episódios;
- **História familiar de depressão;**
- **Resposta ao tratamento** \ A evolução do tratamento participa da comprovação do diagnóstico;
- **Marcadores biológicos** \ Na atualidade, os únicos marcadores biológicos existentes são aqueles relacionados com os distúrbios do sono, na depressão;

Um episódio maníaco é caracterizado por uma mudança de humor normal habitual para humor predominantemente elevado, expansivo ou irritável.

Se o humor for elevado ou expansivo, pelo menos quatro dos sete sintomas seguintes devem estar presentes. Se o humor for irritável, cinco sintomas são necessários:

1. Atividade social, sexual e no trabalho aumentada;
2. Loquacidade aumentada;
3. Fuga de idéias por exame objetivo ou relato subjetivo de pensamentos rápidos;
4. Grandiosidade, às vezes a um grau delirante;
5. Necessidade de sono diminuída;
6. Distração;
7. Pouco envolvimento em projetos ou atividades bem pensadas.

Um episódio depressivo é caracterizado por uma mudança de humor normal habitual para humor predominantemente disfórico, ou pela perda de interesse ou prazer por todas, ou quase todas, as atividades habituais do paciente.

No mínimo quatro dos seguintes sintomas devem estar presentes:

1. Notável mudança no peso;
2. Dificuldades para dormir, tanto insônia mensurável como hipersonia mensurável;
3. Energia diminuída;
4. Retardo ou agitação psicomotora objetivamente observável;
5. Interesse diminuído pelas atividades habituais ou por sexo;
6. Auto-reprovação ou culpa excessiva;
7. Capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se;
8. Atos suicidas ou pensamentos suicidas recorrentes.

Diagnóstico diferencial

■ **Distímia** \ Quadro de depressão unipolar-like

As depressões unipolares são caracterizadas como tal quando se transcorreu um período de 2 semanas do início do quadro de depressão.

O aspecto fundamental da perturbação distímica é um complexo sintomático não-psicótico existente há longo tempo, com duração de no mínimo 2 anos.

O sintoma maior predominantemente também é o humor deprimido. Além disso, há frequentemente perda de interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades habituais, passatempos e fontes de prazer.

■ **Ciclotímia** \ Quadro de depressão bipolar-like

Os aspectos fundamentais da perturbação ciclotímica são perturbações crônicas, envolvendo períodos frequentes, durante os quais existem sintomas não-psicóticos característicos tanto da síndrome maníaca como da depressiva.

Entretanto, os sintomas não são de gravidade ou duração suficientes para satisfazer os critérios de um episódio maníaco ou depressivo completamente desenvolvido.

Geralmente, as manifestações de ciclos de humor alternam-se bifasicamente ou podem estar misturadas.

Em outros casos, podem existir períodos de meses em que o humor permanece relativamente normal. Durante os períodos de mudança afetiva, os sintomas relacionados tanto com depressão como com mania estão presentes de forma moderada.

Ao fazer-se a distinção entre perturbação distímica e ciclotímia, deve-se determinar se o retorno ao normal é experimentado como um alívio da depressão ou se existem sinais positivos de euforia, atividade aumentada e julgamento deficiente.

Tratamento

O tratamento das perturbações afetivas é um dos mais recompensadores para o psiquiatra. O tratamento específico é agora praticável na fase aguda para prevenir a recorrência, tanto de episódios maníacos como depressivos.

Não obstante, o terapeuta deve sempre estar em guarda contra a possibilidade de suicídio, uma possibilidade provável de ocorrer quando o paciente começa a sair de uma depressão e tem energia disponível para agir sobre o impulso

suicida, ao qual se referia quando estava profundamente deprimido, mas lhe faltava energia para executar.

Devido ao prognóstico para cada episódio individual ser bom, a despeito de qualquer resultado negativo dos esforços iniciais de tratamento, o otimismo é sempre justificado e bem recebido, tanto pelo paciente como por sua família.

A profilaxia contra perturbações unipolares e bipolares é agora possível.

Foi demonstrada a eficácia da profilaxia com carbonato de lítio na mania e na depressão, e com tricíclicos na depressão recorrente.

De acordo com os dados, parece proveitoso oferecer terapias profiláticas com drogas a pacientes sofrendo de perturbações afetivas maiores, a menos que as drogas sejam contra-indicadas por doenças físicas intercorrentes. Sem tratamento profilático, o curso habitual de perturbações afetivas episódicas recorrentes é uma perda gradual de posição social, econômica e psicológica na sociedade.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

Distúrbios da personalidadeIntrodução

Não existe grupo de perturbações emocionais mais freqüentemente encontrado na prática psiquiátrica que os distúrbios de personalidade. Embora ainda recentemente os psiquiatras relutassem em reconhecê-lo, aqueles que sofrem de perturbações de personalidade estão funcionalmente mais incapacitados que os neuróticos, a quem os psiquiatras preferem tratar.

Os distúrbios de personalidade são responsáveis pelos elementos mais irracionais entre os membros da sociedade.

Contudo, antes de nós falarmos sobre os distúrbios da personalidade, nós temos que conceituar e entender o que é personalidade.

O dicionário Aurélio da língua portuguesa define personalidade como “caráter ou qualidade do que é pessoal”.

Nós podemos dizer que a personalidade é para a vida psíquica o que o corpo é para a vida física. Ou seja, assim como o corpo pode se apresentar sob diversas formas, a personalidade também pode.

As pessoas com distúrbios de personalidade não são facilmente compreendidas. O neurótico é, muitas vezes, um pecador autodiagnosticado que anseia pelo auxílio psiquiátrico, confessa seus problemas e, desse modo, freqüentemente se cura. Na terminologia técnica, seus sintomas são autoplásticos e experimentados como ego-distônicos.

Em acentuado contraste, é muito mais provável que alguém com perturbação de personalidade recuse o auxílio psiquiátrico, aponte os problemas do psiquiatra e, persistindo em seu irritante comportamento, leve os colegas de outras disciplinas a escarnecer da competência dos psiquiatras. Seus sintomas são aloplásticos e ego-sintônicos.

Já que as pessoas com distúrbios de personalidade não sofrem com o próprio comportamento, percebido como sintomático pela sociedade, são freqüentemente consideradas imotivadas para o tratamento e incapazes de recuperação, traços que não irão torná-las benquistas pelos profissionais de saúde mental.

Os distúrbios da personalidade caracterizam-se como padrões mal-adaptados, profundamente enraizados e inflexíveis, de relacionar-se, perceber e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, bastante graves para causar prejuízo à função adaptativa ou angústia subjetiva.

Desse modo, constituem traços difusos da personalidade e são exibidos em ampla variação de importantes contextos sociais e pessoais. As perturbações de personalidade são em geral identificadas na adolescência ou mais cedo e continuam por toda a fase adulta, embora se tornem menos óbvias na meia-idade ou na velhice.

Esta definição distingue os distúrbios de personalidade dos traços de personalidade e da personalidade propriamente dita.

Na saúde mental, os distúrbios de personalidade ocupam um lugar entre neuroses e psicoses. Aqueles com perturbação de personalidade molesta-se regularmente com o trabalho e o amor.

Os adjetivos dependente, oral, narcísico, inseguro, pessimista e passivo podem ser virtualmente aplicados a todas as pessoas que sofrem dessa perturbação.

É difícil imaginar uma pessoa com distúrbio de personalidade encolerizando-se, ou utilizando-se de qualquer outra emoção forte, de maneira flexível e consistentemente adequada.

Alguns sinônimos que foram utilizados ao longo do tempo para os distúrbios de personalidade foram:

- **Defeitos da personalidade;**
- **Doença de caráter;**
- **Neurose de caráter;**
- **Doença do comportamento;**
- **Psicopatia.**

Epidemiologia

Os distúrbios de personalidade tem uma prevalência de cerca de 6 a 9% na população geral. Contudo, muitas vezes, os pacientes vêm a nós por outros motivos porque, como já foi dito, eles não se consideram doentes.

A incidência entre os homens e mulheres é aproximadamente igual.

O predomínio das perturbações de personalidade é muito mais elevado nos ambientes que concentram os socialmente prejudicados como, por exemplo, as prisões, escritórios de auxílio ao desempregado, áreas urbanas de provisionamento, etc.

Pesquisadores descobriram ser a prevalência de perturbações dos traços de personalidade, as vezes, mais elevada entre os estratos sócio-econômicos mais baixos do que nos mais elevados.

Etiologia

Apesar de serem muito estudados, não existe um consenso quanto a etiologia dos distúrbios de personalidade.

Acredita-se que sua causa seja multifatorial, havendo evidências sugestivas ligando fatores genéticos, constitucionais, ambientais, de desenvolvimento e culturais na gênese das perturbações de personalidade.

Fatores genéticos

A mais forte evidência de que os fatores genéticos assumem papel importante na gênese das perturbações de personalidade provém de uma pesquisa em que foram avaliados 15.000 pares de gêmeos americanos.

Entre os univitelínicos, a concordância para a perturbação foi muito mais elevada que entre os bivitelínicos.

Fatores de desenvolvimento

A fixação do desenvolvimento em um determinado período, seja o oral, fálico, anal, etc., pode levar ao surgimento de um distúrbio da personalidade.

Fatores ambientais

Há quem diga que o comportamento dos pais interfira na gênese dos distúrbios de personalidade.

Isso pode ocorrer quando, por exemplo, os problemas familiares são canalizados para um indivíduo que se torna o “filho problema” (bode expiatório).

Classificação

Os distúrbios da personalidade podem ser divididos em 3 grandes grupos.

O primeiro grupo inclui as perturbações paranóides, esquizóides e esquizotípicas. Pessoas com este tipo de perturbação muitas vezes parecem estranhas e excêntricas.

O segundo grupo inclui as perturbações histriônicas, narcísicas, anti-sociais e “borderline”. As pessoas com estas perturbações freqüentemente parecem teatrais, emocionais e erráticas.

O terceiro grupo inclui as perturbações evitadora, dependente, compulsiva e passivo-agressiva. Pessoas com estes distúrbios muitas vezes parecem ansiosas e temerosas.

Primeiro grupo \ Excêntrico-estranho

- **Paranóide** \ Indivíduos que projetam tudo de ruim neles nos outros e atribui aos outros atitudes de mal fazê-lo, criticá-lo e passá-lo para trás.

O aspecto essencial da personalidade paranóide consiste em suspeita de desconfiança inalteráveis em relação às pessoas em geral.

As personalidades paranóides ainda se distinguem pelo fato de não se considerarem responsáveis pelos próprios sentimentos, atribuindo aos outros a responsabilidade.

A categoria inclui muitos tipos de caráter dos menos louváveis como o intolerante, o colecionador de injustiças, o cônjuge patologicamente ciumento e o eterno litigante.

O paciente apresentar-se-á, provavelmente, moralista, cobrando injustiças, etc. Embora possua espírito aguçado e mordaz, é incapaz de rir de si próprio. Perturba-se muito com problemas

interpessoais envolvendo dependência e pode reagir com raiva e ciúme patológicos. São comuns as idéias de referência e os delírios logicamente defendidos.

Duas surpreendentes observações podem ser feitas em relação ao caráter paranóide. Primeiro, seus demônios, aqueles a quem considera raiz de todos os males, freqüentemente apresentam espantosa semelhança com eles mesmos.

Por exemplo, fisicamente, Hitler e seu círculo íntimo assemelhavam-se mais aos judeus, por eles perseguidos, que aos arianos, louros e de olhos azuis, a quem admiravam.

Segundo, o paranóico, freqüentemente, teme não só o ódio como o amor. Ao rejeitar manifestamente a intimidade, o caráter paranóide pode exibir obsessivo superenvolvimento com o inimigo. Na melhor das hipóteses, os caracteres paranóides podem assumir uma liderança à distância em movimentos de reforma social.

A personalidade supervigilante do paranóide pode ser de maneira altamente adaptativa em tempo de guerra ou de ruptura social.

O caráter paranóide interessa-se, freqüentemente, por artifícios mecânicos, comunicação, eletrônica e automatismo. Presta muita atenção à posição e ao poder e desdenha o povo, que considera fraco, sem vontade, doentio e vicioso.

Em situações sociais, a vigilância excessiva do caráter paranóide gera, com freqüência, desassossego, temor e conflito.

No exame psiquiátrico, o caráter paranóide pode parecer pessoa objetiva e estar embaraçado por ter sido aconselhado a procurar ajuda psiquiátrica.

Tensão muscular, incapacidade para relaxar e necessidade de examinar o ambiente à procura de indícios podem ser evidentes.

Seu afeto, muitas vezes, é desanimado e sério. Embora algumas de suas premissas possam ser falsas, sua fala é objetiva e lógica. O conteúdo do pensamento evidencia projeção, preconceito e idéias de referência ocasionais.

- **Esquizóide** \ Pessoas aparentemente frias socialmente e emocionalmente. Detestam a aproximação com outros seres humanos e a competição

Esta síndrome é diagnosticada em pacientes que exibem um padrão de afastamento social durante sua vida. São dignos de nota seu desconforto na interação com os demais, sua introversão e seu afeto brando e limitado.

As personalidades esquizóides são freqüentemente consideradas excêntricas, isoladas e solitárias.

Ao lado da perturbação de personalidade esquizotípica, compõe a extremidade mais sadia do espectro esquizofrênico.

A personalidade esquizóide dá impressão de desinteresse e exibe distante reserva e falta de envolvimento com os acontecimentos do dia a dia, bem como com as preocupações alheias.

Dá a impressão de quieta, reservada, isolada e insociável. É notável como pode seguir pela vida com pouca necessidade ou anseio por vínculos emocionais. É sempre a última a aprovar as variações da moda popular.

A história vital dessa pessoa reflete interesses solitários e sucesso em trabalhos solitários e não competitivos que, para outros, são difíceis de suportar.

Sua vida sexual pode existir exclusivamente na fantasia e é capaz de adiar indefinidamente a sexualidade madura.

Geralmente revela, ao longo de sua vida, uma incapacidade para manifestar diretamente a cólera.

Uma personalidade esquizóide é capaz de investir intensa energia afetiva em interesses que não envolvam seres humanos, como matemática e astronomia.

Freqüentemente, absorve-se em modas passageiras acerca de dieta e saúde, movimentos filosóficos e esquemas de aperfeiçoamento social, especialmente quando não exigem envolvimento pessoal.

Embora pareça absorvida em si mesma e envolvida em devaneios excessivos, a personalidade esquizóide não demonstra perda de capacidade para reconhecer a realidade.

Já que as ações agressivas raramente se incluem em seu repertório de reações gerais, a maioria das ameaças, reais ou imaginárias, são tratadas pela fantasia de onipotência ou pela resignação.

Os outros sentem a personalidade esquizóide como indiferente. No entanto, algumas vezes, tal pessoa é capaz de conceber, desenvolver e oferecer ao mundo idéias criativas e originais.

Durante o exame psiquiátrico inicial, embora não seja obrigatório que o paciente se apresente manifestamente frígido ou ansioso, ele pode parecer pouco à vontade por natureza.

Tais pacientes raramente toleram o contato visual. O entrevistador pode ter a impressão de que o paciente sente-se ansioso para que a entrevista chegue ao fim.

Seu afeto pode ser limitado, desinteressado, ou inadequadamente sério. Sob o desinteresse, o médico sensível pode reconhecer o medo.

A fala é objetiva, mas é provável que as respostas sejam curtas e evite conversação espontânea. Ocasionalmente, serve-se de uma figura de linguagem incomum, tal como uma estranha metáfora.

O conteúdo mental pode revelar um sentimento de injustificada intimidade com pessoas que mal conhece ou a quem não vê há muito tempo.

Pode mostrar-se fascinado por uma superestimação de objetos inanimados ou por construções metafísicas. O sensorio conserva-se intato, a memória boa e a interpretação de provérbios é abstrata.

- **Esquizotípico** \ Indivíduos bem bizarros na maneira de se vestirem e de se relacionarem. Indivíduos que, assim por dizer, tem um comportamento muito próximo ao dos psicóticos.

A pessoa com esta perturbação é aquela que, mesmo aos olhos do leigo, é notavelmente diferente ou estranha. Pensamento mágico, ideação referencial, delírios e desrealização fazem parte do seu dia a dia.

Embora possa jamais ter tido um franco episódios psicótico, trata-se daquela pessoa que a nomenclatura mais antiga chamava “borderline”, esquizofrênico simples ou esquizofrênico latente.

Os aspectos clínicos de uma personalidade esquizotípica representam a fronteira entre a personalidade esquizóide e a esquizofrenia.

Na perturbação de personalidade esquizotípica, o pensamento e a comunicação estão desorganizados.

Da mesma forma que o esquizofrênico, a personalidade esquizotípica pode desconhecer os próprios sentimentos, ainda que possua estranha sensibilidade para detectar os sentimentos dos outros, especialmente os afetos negativos, como a cólera.

Pode ser supersticiosa ou alegar clarividência. Seu mundo interior parece vivamente povoado de relacionamentos imaginários e cheios de temores e fantasias semelhantes às de uma criança.

Pode julgar-se com poderes especiais de pensamento e “insight”.

Embora ausente a franca desorganização do pensamento, a linguagem pode, freqüentemente, requerer interpretação.

Pessoas com essa perturbação podem admitir ilusões perceptivas ou macropsia, ou que as pessoas pareçam de madeira ou coisas semelhantes.

- **Anti-social** \ Antigamente chamado de sociopata ou psicopata
 \ Eles não tem código nenhum com ninguém. São indivíduos sem remorso. Muitos deles são encontrados nas prisões.

Essa perturbação não deve ser considerada sinônimo de criminalidade, mas reflete um comportamento anti-social continuado e crônico, envolvendo muitos aspectos do ajustamento adulto do paciente.

A personalidade anti-social é pouco encontrada em situações clínicas. São observadas com mais frequência nas cortes de justiça, prisões e departamentos de bem-estar social.

Estas pessoas servem-se com mais frequência dos ambientes psiquiátricos tradicionais com o fim de evitar conseqüências legais.

A personalidade anti-social, muitas vezes trazida à clínica contra a própria vontade, pode apresentar aparência não somente normal como encantadora e atraente.

O diagnóstico de perturbação anti-social de personalidade depende da história do paciente e não do resultado do exame de seu estado mental.

Nos homens, são comuns as tatuagens e nas mulheres, as cicatrizes causadas por automutilação. O abuso de drogas variadas é comum em ambos os sexos.

Muitas vezes, a personalidade anti-social impressiona o clínico do sexo oposto pelo aspecto colorido e sedutor de sua personalidade, mas o clínico do mesmo sexo pode considerar o paciente manipulador e exigente.

A personalidade anti-social demonstra uma falta de ansiedade ou depressão inteiramente contraditória com sua situação. As explicações que dá sobre seu comportamento fazem-na parecer negligente.

Podem ser comuns as ameaças de suicídio e as preocupações somáticas.

Apesar disso, o conteúdo mental do paciente revela ausência completa de delírio ou de outros sinais de pensamento irracional. O observador é freqüentemente impressionado pela inteligência verbal satisfatória do paciente.

Em situações ambulatoriais, os clínicos, à medida que suas fantasias contratransferenciais de auxílio dão lugar a fantasias de perseguição, são repelidos pelo egocentrismo do paciente e por suas manipulações.

Se, no entanto, a personalidade anti-social estiver imobilizada, ou for estudada em situações não clínicas, os afetos de depressão crônica e esmagadora ansiedade tornam-se visíveis.

- **Limítrofe (“borderline”)** \ Pessoas que supervalorizam e desvalorizam os outros em questão de segundos. Indivíduos que tem muitas dificuldades em manter as emoções

Nos últimos anos, o paciente com esta perturbação deteve a atenção profissional como alguém que paira sobre a fronteira da psicose.

Quando em crise, o paciente “borderline” manifesta cólera esmagadora. Discute, faz exigências e procura responsabilizar os outros por suas dificuldades.

Se o paciente tiver saído de uma crise, pode aparentar afeto pouco acentuado, mas descreve intensa disposição de cólera e depressão, ambas acompanhadas de sentimentos crônicos de vacuidade.

Embora a maior parte da literatura tenha enfocado os sintomas psicóticos, as personalidades “borderline”, via de regra, apresentam episódios psicóticos de curta duração e seus sintomas são sempre circunscritos, fugazes ou duvidosos.

Nas mulheres, os episódios de cólera e descontrole podem ser erroneamente interpretados pelos clínicos do sexo masculino como psicose.

O comportamento das personalidades “borderline” é imprevisível. Por esta razão, raramente atingem o nível de suas capacidades.

A natureza sofredora de suas vidas reflete-se nas repetidas ações autodestrutivas. Cortam os pulsos e praticam outras automutilações com o objetivo de atrair atenção, exprimir raiva e entorpecer-se ante o afeto esmagador.

Devido à dependência e hostilidade intensas, as relações interpessoais da personalidade “borderline” são tumultuosas. Podem ser apegadas, algumas vezes literalmente, e muito dependentes daqueles que lhe estão próximos.

Ao contrário das personalidades dependentes, o “borderline”, quando frustrado, pode manifestar intensa cólera par com seus amigos íntimos.

A personalidade “borderline” não encontra rival para sua capacidade de manipular grupos. Esses pacientes toleram muito pouco a solidão e preferem uma busca frenética de companhia, não importa se insatisfatória, para velar seus sentimentos de vazio e solidão.

Este lado do comportamento exclui a personalidade “borderline” do espectro esquizofrênico.

Os pacientes queixam-se frequentemente da falta de um sólido senso de identidade (difusão de identidade) e, quando pressionados, descrevem como se sentem deprimidos a maior parte do tempo, a despeito do excesso de outros afetos.

Na terapia, freqüentemente regridem, tornando-se exigentes, difíceis e suicidas.

As personalidades “borderline” experimentam, em geral, seu pensamento brilhante e perturbado como ego-sintônico.

- **Histriônico** \ Antigamente denominados de histéricos, são os indivíduos que necessitam ser sempre elogiados. São as pessoas que aparentemente externalizam muita sexualidade e que são exuberantemente exibicionistas mas que, na verdade, são muito imaturas sexualmente

Essa perturbação é caracterizada pelo comportamento colorido, teatral e extrovertido de pessoas excitáveis e emotivas.

Ao lado de suas brilhantes apresentações, no entanto, é freqüente o transtorno na capacidade de manter ligações duradouras.

Na ordem de importância, os traços associados com o fator histérico são agressão física, emotividade, agressão oral, exibicionismo, egocentrismo, proteção sexual e rejeição aos demais.

Visto que o paciente histriônico utiliza-se da manifestação emocional para obter atenção e alcançar objetivos, bem como para fugir a responsabilidades externas indesejáveis e aos afetos internos desagradáveis, existe freqüentemente em suas emoções um aspecto superficial e ardiloso.

O histriônico é inconstante e incoerente. A sujeição às emoções e a inconstância das convicções ou afeições podem exasperar os amigos e o médico.

Pode induzir, pela manifestação de afeto negativo, acessos de cólera, lágrimas ou acusações, o esposo ou companheiro incauto a submissão culpada.

Embora o estudo sistemático revela não serem comuns a friidez e a impotência nas personalidades histriônicas, como sugerem tantos relatos impressionistas, pode existir indiferença ou aversão pela expressão sexual adulta ou por sua continuação após breve interlúdio romântico.

Interesses dependentes e sexuais tornam-se curiosamente justapostos.

Embora algumas pacientes histriônicas pareçam ingenuamente inconscientes de sua manifestação sexual, a maneira como se vestem é sedutora, provocante, ou mesmo exibicionista.

Ao contar alguma coisa, a personalidade histriônica enfeita com exagero o acontecimento. Exibindo gestos agitados e expressões faciais exageradas, com a idade costuma apresentar um rosto fortemente enrugado.

A paciente, via de regra, mostra atento interesse no observador e o contato visual é exagerado. Ao invés de ansiedade ou

depressão, a paciente pode manifestar ingenuidade ou, ainda, fazer uma dolorosa declaração de fato através de representação dramática, excitante e carregada de afeto.

O paciente histriônico parece florescer quando tem toda a atenção voltada para si. Se alguém mais toma conta da audiência, pode sentir-se muito desapontado.

Na entrevista, tem boas maneiras e mostra-se ansioso por agradar, mas é comum partilhar a conversa com gestos exagerados e dramáticos. Algumas vezes, inconscientemente, pode imitar o examinador.

Pode empregar erroneamente as palavras, confundindo de forma cômica aquelas que têm sons semelhantes, ou apresentar outros lapsos de linguagem e, geralmente, as frases e palavras empregadas apresentam pitoresca imprecisão.

É comum a manifestação afetiva mas, quando forçado a reconhecer certos sentimentos, como cólera, tristeza e desejos sexuais, o paciente pode responder com surpresa, indignação ou negação.

Os resultados do exame cognitivo são, geralmente, normais, embora a falta de perseverança possa ser demonstrada em tarefas aritméticas ou outras que também exijam concentração.

O esquecimento do material carregado de afeto pode causar espanto.

Sob estresse, a personalidade histriônica pode ter o exame de realidade prejudicado e exibir vívidas fantasias acerca das motivações dos demais.

Repressão e dissociação são defesas características dessa perturbação.

- **Narcisista** \ Pessoas que se auto promovem e são extremamente sensíveis as críticas dos outros. São extremamente petulantes, arrogantes e distantes

Na personalidade narcisista é muito comum a depressão. A auto-estima do paciente é invariavelmente baixa. Preocupa-se com o bom desempenho próprio e com o quanto é considerado pelos outros.

De maneira geral, os traços de narcisismo são freqüentemente encontrados em pessoas profissional ou amadoristicamente envolvidas e preocupadas em sobressair no teatro, nas artes, no atletismo ou nas lides acadêmicas.

Até aqui, as definições não parecem muito consistentes, talvez pelo fato de, ao diagnosticar narcisismo, o clínico estar fazendo um julgamento moral e sacrificando a empatia.

Terceiro grupo \ Ansiosos-medrosos

- **Passivo-agressivo** \ Pessoas que aparentemente são boazinhas

Esta personalidade manifesta seus conflitos por meio de retroflexão da cólera. Visto que esta é, com freqüência, manifestada por obstrucionismo, procrastinação, obstinação e ineficiência encobertas, o termo passivo-agressivo é usado em situação de organização, de forma freqüente e pejorativa.

O indivíduo passivo-agressivo caracteristicamente procrastina, resiste às demandas por desempenho adequado, encontra desculpas para adiamentos e encontra faltas naqueles de quem depende.

O paciente, habitualmente, carece de positividade e não usa de franqueza em relação a suas necessidades ou desejos. Falha em fazer as perguntas necessárias sobre o que se espera dele e pode tornar-se ansioso se forçado a ser bem sucedido.

Nos relacionamentos interpessoais, o indivíduo passivo-agressivo tenta manipular a si mesmo numa posição de dependência, ainda que seu comportamento passivo e autodestrutivo seja muitas vezes vivenciado pelos demais como punitivo e manipulador.

Os outros devem fazer seu serviço e executar suas responsabilidades de rotina. Amigos e médicos podem envolver-se na tentativa de amenizar as reclamações de tratamento injusto feitas pelo paciente, mas as relações íntimas das personalidades passivo-agressivas raramente são tranqüilas ou felizes.

Visto que a personalidade passivo-agressiva está mais firmemente ligada a seu ressentimento que em conseguir satisfação positiva, ela pode nunca formular o que deseja para si mesma quando isto importar em obtenção de prazer.

Várias são as defesas características do paciente passivo-agressivo como, por exemplo, voltar-se a si mesmo (amplamente interpretado para incluir sadomasoquismo), racionalização e hipocondria.

■ **Evitante** \ Pessoas extremamente tímidas, recatadas e envergonhadas. Evitam o convívio social apesar de desejá-lo

Devido à elevada sensibilidade à rejeição, a pessoa com esta desordem pode ser levada ao retraimento social.

No entanto, é a insegurança do paciente que provoca sua falta de sociabilidade e ele chega mesmo a demonstrar grande desejo de companhia, mas necessita, geralmente, de fortes garantias de uma aceitação sem críticas.

Assim, a hipersensibilidade à rejeição constitui a característica clínica central dessa perturbação.

A pessoa anseia pelo calor e segurança da companhia humana, mas justifica a evitação de estabelecer relações, com seu alegado temor à rejeição.

Ao conversar, a pessoa mostra-se incerta e insegura e pode falar de modo a relegar-se a segundo plano. Teme falar em público ou fazer pedidos por estar excessivamente vigilante quanto à rejeição.

Está pronta a interpretar os comentários alheios como desdenhosos ou irônicos. Tendo recusada qualquer solicitação, sentindo-se ferida, a pessoa é levada a afastar-se dos demais.

A personalidade evitadora pode apresentar atraente semelhança com uma criança desamparada. Pode ter amigos ou um(a) esposo(a) também com tendências à introversão, porém leais.

Freqüentemente, esses amigos aceitam incondicionalmente o paciente e tentam apoiá-lo ou suavizar sua atitude autodenegridora.

Na esfera vocacional, freqüentemente aceita empregos secundários. Raramente alcança progresso pessoal ou exerce muita autoridade.

Ao contrário, no trabalho pode parecer simples, modesto e ansioso por agradar.

Na entrevista clínica, o que mais chama a atenção é a ansiedade do paciente, quando obrigado a falar com o entrevistador. O modo de ser, nervoso, estranho, aparece e desaparece conforme o paciente percebe que despertou ou não a simpatia do entrevistador.

■ **Dependentes** (Pessoas que são muito inseguras)

As pessoas com esta perturbação subordinam de maneira característica suas próprias necessidades às dos outros, levam os demais a assumir responsabilidades pelas áreas importantes de suas próprias vidas, carecem de confiança própria e podem experimentar intenso desconforto se forem deixadas a sós por mais que curtos períodos.

Da mesma forma que a personalidade “borderline”, muitos padrões de comportamento da personalidade dependente dão a impressão de manobras aprendidas a fim de levar os outros a acomodar-se ao seu estilo de interação social.

Pessimismo, insegurança, passividade e temores quanto à manifestação de sentimentos sexuais e agressivos caracterizam o comportamento da personalidade dependente.

Esta aprendeu a expressar muitos de seus problemas de maneira a tornar-se, em qualquer relacionamento o membro passivo.

Evita posições de responsabilidade e fica ansiosa quando se vê obrigada a exercê-las. Pode manifestar seu desamparo e necessidade de companhia de maneira eficiente e astuta.

Deixada a vontade, acha difícil perseverar em tarefas em benefício próprio, mas realiza com facilidade tarefas para os outros. Por exemplo, cozinhando, nos hospitais, em salões de beleza e cuidando de crianças.

A personalidade dependente é percebida como reunindo os créditos de tudo que fez de bom para sentir que tem direito ao amor de mais alguém.

Os relacionamentos íntimos são freqüentemente distorcidos pela necessidade de manter o vínculo.

A personalidade dependente pode tolerar mais sentimentos desprazerosos nos relacionamentos que a maioria das pessoas. Um dos esposos pode ser aproveitador, infiel ou alcoólatra, contanto que o sentimento de união não seja demasiadamente perturbado.

■ **Obsessivo-compulsivo** \ Perfeccionistas ao extremo

Os aspectos fundamentais desta perturbação são constituídos por limitação emocional, metodização, perseverança, obstinação e indecisão.

Embora a personalidade compulsiva não sinta medo das pessoas, como a personalidade paranóide, tem limitada a capacidade para manifestar sentimentos ternos e cordiais.

Através da obstinada insistência em fazer as coisas à sua maneira, e pela preocupação com a ordem e o detalhe, a personalidade compulsiva freqüentemente afasta dos demais.

De todas as perturbações de personalidade, é a compulsividade a que mais se adapta ocupacionalmente e, em virtude de seus sintomas serem mais autoplásticos que aloplásticos, é a perturbação de personalidade menos freqüentemente confundida com mau comportamento.

Ao contrário de muitas desordens de personalidade, muitas características de perturbação compulsiva de personalidade têm sido consistentemente descritas na literatura.

Na interação, a personalidade compulsiva dá e recebe pouco. Mostra, isto sim, preocupação com uma vida pessoal rígida e exata.

Outros têm a personalidade compulsiva como rígida, controladora e limitada. Mais que partilhar sentimentos, prefere atentar para detalhes e fatos com tanta assiduidade que a ansiedade subjacente fica, muitas vezes, bastante evidentes para o observador.

Embora sejam comuns um casamento estável e o êxito profissional, a pessoa compulsiva geralmente faz poucos amigos.

Listas, agendas e apontamentos mentais preocupam seu cotidiano. A regularidade intestinal, o tempo e a limpeza parecem de especial interesse e obstinada determinação caracteriza todas as suas ações.

Em virtude de todas as suas atividades serem executadas com seriedade, dificilmente tira férias, admite o prazer ou o comportamento despreocupado.

O medo de cometer erros, ou de ser mal interpretada, contribui para sua indecisão. Adia as decisões, exigindo mais evidências, sempre em busca de qualquer coisa mais concreta que determine a única deliberação correta.

Um exemplo clássico é o do filósofo Immanuel Kant, sobre quem se diz que a população de Königsberg podia acertar seus relógios à sua passagem, tão exata a hora do seu passeio noturno.

Na entrevista psiquiátrica, a personalidade compulsiva pode apresentar-se convencional e cuidadosamente vestida. Senta-se com rigidez aparente ou com postura pouco natural. Seu cabelo pode estar invulgarmente arrumado.

São raros o choro ou uma risada verdadeira. O temperamento é, geralmente, sério e calado, embora, ocasionalmente, possa parecer ansioso ou deprimido.

O temperamento é, geralmente, sério e calado, embora, ocasionalmente, possa parecer ansioso ou deprimido.

Seu tom de voz parece sussurrante e monótono. As frases parecem intermináveis, a medida que responde detalhadamente, embora muitas vezes de forma circunstancial, as perguntas.

As defesas de isolamento, intelectualização, deslocamento, formação reativa e anulação são, em geral, evidentes.

Diagnóstico

O diagnóstico dos distúrbios da personalidade é feito através de:

- **Dificuldades crônicas** \ No trabalho, na escola, na família, etc., ou seja, em todos os setores da vida;
- **Rigidez;**
- **Dificuldades de empatia com os outros** \ São indivíduos frios que não tem sentimentos;
- **Imaturidade** \ Dificil relacionamento no trabalho e no amor.

Tratamento

Quanto ao tratamento dos distúrbios de personalidade, nós temos algumas dificuldades.

A primeira dificuldade que nós temos é em relação ao seu diagnóstico exato porque esses pacientes quase sempre vem a nós médicos por outras causas que não esses distúrbios como, por exemplo, pelo alcoolismo, toxicomania, ferimentos, etc.

Numa frequência muito elevada, os indivíduos com distúrbio de personalidade podem ser etilistas ou droga-aditos.

O diagnóstico confiável depende do que o psiquiatra pode observar com certeza. No entanto, para ser bem sucedido com pacientes que insistem não apresentar nada, o psiquiatra precisa basear-se em inferências.

Terapeuticamente, o psiquiatra não se pode dar ao luxo de deixar escapar a dependência encoberta pelo insistente isolamento do paciente paranóide, nem pode permitir-se ignorar o temor inexprimível que se manifesta no afeto brando do caráter esquizóide.

O psiquiatra pode não gostar de pacientes com perturbações de personalidade, mas precisa compreender o porquê.

No tratamento, é necessário que abandone o modo de falar pejorativo encontrado em qualquer descrição das perturbações de personalidade, pois muito do detestável em pacientes com essa perturbação é sintomático de mais alguma coisa.

Assim como a febre, a taquicardia e a tosse indicam problemas subjacentes nas doenças infecciosas, a perturbação de personalidade também indica a mesma coisa.

Com demasiada frequência, o psiquiatra trata a perturbação de personalidade apenas com aspirina e banhos de chuveiro frios, por assim dizer, e somente os neuróticos ele realmente infere mecanismos subjacentes tratáveis.

Outro problema que nós frequentemente temos, que é a coisa mais importante e mais difícil no tratamento dos distúrbios da personalidade, é conseguir manter o vínculo com o paciente porque, em geral, eles vem a consulta pressionados pela sociedade ou pela família.

Também, as pessoas com perturbação de personalidade são irritantes. Seu comportamento competitivo provoca nos outros padrões compensatórios idênticos.

Frequentemente, dirigem ao terapeuta declarações encolerizadas, exigentes e ofensivas, na maioria das vezes centralizadas em alguma limitação ou vulnerabilidade real, embora secundária, do médico.

Seguem-se inúmeras reações naturais. O terapeuta precisa aprender a manter-se seguro frente a essas reações e também deve estar treinado para não ser influenciado pelas mesmas.

Encolerizar-se, cair na defensiva, negar a verdade, desejar controlar o paciente e perder a própria concentração são reações comuns, mesmo para os mais experientes.

A psicofarmacologia tem muito pouco a oferecer a esses pacientes, com exceção dos tipos paranóides, esquizotípicos e esquizóides.

Vários tratamentos tem sido feitos com hospitalização e psicoterapia.

Prognóstico

Por uma variedade de razões, existe uma impressão largamente difundida de que aqueles que tem uma perturbação de personalidade não de tê-la para sempre.

Em primeiro lugar, o diagnóstico de perturbação de personalidade só é feito quando parece haver um padrão de adaptação e resposta permanente, não podendo ser presumido que tais perturbações cedam rapidamente.

Em segundo lugar, devido à natureza de sua psicopatologia, aqueles com perturbações de personalidade resistem a serem observados, assim como os clínicos resistem a observá-los.

Em terceiro, aqueles que amadurecem abandonam o tratamento e os médicos são continuamente confrontados com os que pioram. Contudo, como eles não costumam procurar tratamento, a maioria fica sem tratamento.

O estudo do prognóstico é ainda mais complicado pelo fato de não terem existido, no passado, critérios diagnósticos bem definidos para as perturbações de personalidade. Invariavelmente, portanto, as pesquisas de observação mostraram acentuada instabilidade de diagnóstico.

Alguns estudos dizem que esses indivíduos podem melhorar na velhice.

A maioria deles, porém, acaba em hospitais e prisões, ou acabam sofrendo mortes violentas em acidentes de trânsito, suicídios, tóxicos, etc.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

Infância

Introdução

A sintomatologia da infância está intimamente vinculada às modificações que o desenvolvimento determina.

No bebê, os problemas emocionais estão difusos. Problemas de sono, modificações nos hábitos intestinais e choro incontrolado caracterizam a ansiedade nesta faixa etária.

Na criança que começa a andar, os distúrbios emocionais tornam-se mais organizados. Nessa época, a criança está sujeita a medos, explosões de raiva e, às vezes, acidentes frequentes ou doenças recorrentes.

Após alcançada a idade escolar, manifestam-se problemas de aprendizagem e também a resistência à frequência às aulas.

Didaticamente, o crescimento das crianças pode ser dividido em diversos planos:

- **Crescimento físico** - O crescimento físico durante o primeiro ano não se mede apenas em quilos e centímetros, mas também pelo impressionante desenvolvimento motor e sensorial;
- **Crescimento intelectual** - A notável capacidade humana de falar constitui a marca máxima do desenvolvimento intelectual no primeiro ano de vida;
- **Crescimento comportamental** - Pode ser observado através das modificações na exigência de alimento da criança, nos padrões de sono, etc.

Embora o crescimento e o desenvolvimento físico da criança sejam os mais fáceis de medir, são as anomalias do desenvolvimento intelectual e comportamental que causam a maior preocupação aos pais e constituem a base da sintomatologia das crianças que o médico tem ocasião de constatar.

Primeiro ano

Do ponto-de-vista do desenvolvimento emocional e psicológico, o nascimento representa o momento em que a criança se junta à família, é reconhecida pela família e começa a estabelecer uma multiplicidade de relacionamentos tanto com a família quanto com outros.

As expectativas (especialmente a dos pais) que cercam esse momento são decisivas. Em geral, as expectativas giram em torno do nascimento de uma criança perfeita, em relação ao sexo da criança, etc.

Quando, em virtude de patologia genética ou patologia intra-uterina relacionada com a própria gravidez, as expectativas não se cumprem, a chegada da

criança na família pode desencadear, previsivelmente, um problema de relacionamento potencialmente difícil.

Contudo, a maioria das crianças satisfaz seus pais, ou estes rapidamente se ajustam aos seus pequenos desvios.

Começa então o processo de adaptação das capacidades da criança em crescimento às capacidades dos pais que dela cuidam.

São as variantes desse processo de adaptação os principais motivos porque os pais procuram auxílio médico durante o primeiro ano de vida do bebê.

Os passos do crescimento sensorial são igualmente importantes.

Muito mais do que se pensava anteriormente, hoje nós sabemos que os bebês têm uma capacidade sensorial muito maior, que se manifesta pelo desenvolvimento organizado da visão, da audição, das sensações cinestésicas e cutâneas, etc.

As crianças que não são devidamente estimuladas no decorrer do manuseio normal podem vir a sofrer de uma privação geral. Isto pode manifestar-se subseqüentemente (ao fim do primeiro ano ou no começo do segundo) por retraimento e apatia.

Essa privação evidencia-se, num grau extremo, no estado de marasmo infantil, que se manifesta pela incapacidade de comer, irritabilidade, insônia e dificuldades gerais no desenvolvimento.

A incapacidade ou a dificuldade de comer, o sono excessivo ou inadequado, com a conseqüente irritação, assim como as anomalias das funções de excreção, podem constituir a maior parte das queixas dos pais ao médico encarregado de prestar assistência ao seu filho.

Em torno da metade do primeiro ano e posteriormente, o processo da dentição dá origem a queixas referentes à dor que a criança sente e às reações dos pais a essa dor.

Às vezes, o problema pode ser bem simples, como um equívoco da mãe em relação as fases do desenvolvimento normal.

Segundo ano

O segundo ano geralmente começa com a criança sendo capaz de ficar de pé, formar algumas palavras e explorar o ambiente; e termina com a criança sendo capaz não só de andar, mas também de correr, com a habilidade de manejar coisas, com um vocabulário que vai de 50 a 500 palavras e com uma consciência de seu papel na família.

Realmente, se a criança desenvolve rapidamente as atividades sensoriais, linguagem, capacidade de governar seu próprio corpo, a criança está passando de uma última fase de dependência para uma fase de considerável independência durante esse segundo período de 12 meses.

Apesar das mudanças culturais, duas áreas de conflito potencial são evidentes em muitos níveis da sociedade norte-americana.

Uma dessas áreas refere-se à experiência da alimentação. Se por um lado a criança de tenra idade tem que ser alimentada necessariamente, por outro o aparecimento

de certa independência e de uma capacidade nova leva o pai ou a mãe a passarem diretamente para a criança a tarefa de alimentar-se.

Uma série de normas culturais, inclusive preocupações dos pais com relação as boas maneiras e “sujeira”, pode inibir a capacidade da criança de comer por suas próprias mãos.

Com isso, a maneira fácil como a criança aprende a andar e a correr forma nítido contraste com as tentativas de treiná-la a comer da maneira devida, ter algumas boas maneiras e ajustar-se a um padrão proposto pela sociedade.

A outra área de conflito é a que diz respeito aos hábitos esfínterianos da criança.

As vezes, uma situação de impasse em torno dos fenômenos de treinamento dos esfínteres, e especialmente do treinamento intestinal, torna-se um problema de tal ordem que angustia os pais e se torna o centro de todas as atividades disciplinares no relacionamento entre os pais e a criança.

A independência cada vez maior da criança é um preparativo para a vida independente em relação aos pais.

Este passo exige uma ruptura dos estreitos laços que a criança de tenra idade teve desde o momento do nascimento, especialmente com a mãe.

A separação torna-se, pois, um aspecto de profunda significação na vida da criança durante os primeiros anos. Começa a manifestar-se durante a metade do primeiro ano e torna-se particularmente visível durante o segundo ano.

As queixas que os pais trazem aos médicos são problemas com o sono, especialmente pesadelos; dificuldades nos padrões de higiene; e dificuldades com algo que os pais consideram mau comportamento.

Todas as queixas são expressas de um modo que sugere que a criança “propositadamente” faz certas coisas, seja contra os desejos dos pais, seja para punir, ou então para contrariar o prazer dos pais.

Descreve-se a criança como possuidora de “mau humor”, ou sujeita a explosões de ira, de natureza e grau variáveis.

Anos pré-escolares

O período dos dois aos seis anos é marcado por grande curiosidade.

A curiosidade começa com o eu e com a exploração do eu; estende-se a curiosidade em relação as demais pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto; e, por fim, leva a todos os tipos de interesses referentes a tamanho, espaço, linguagem e a respeito da maneira de viver em harmonia ou não viver em harmonia com os outros.

Às vezes, a curiosidade da criança leva-a a situações que o mundo adulto desaprova.

A fantasia é o aspecto compensador da vida que mais freqüentemente se encontra durante este período. Uma criança que se vê impotente e pequena pode muito bem ver-se como grande e adulta, externalizando a fantasia em todas as formas de atividade.

Essas fantasias são especialmente aparentes nos sonhos das crianças. Evidentemente, essa atividade fantástica serve como mecanismo de compensação para todos os desacertos e impotências que a criança padece durante este período especial.

O brincar torna-se um aspecto importante pelo qual se manifestam e utilizam os processos de pensamento que chamamos fantasia.

Um outro aspecto visível do brinquedo é o uso que a criança faz do objeto transicional. Trata-se de um fenômeno altamente pessoal pelo qual a criança usa um brinquedo, um lençol ou um outro objeto como conforto contra as aguras de um mundo externo ameaçador.

Um objeto que leva para a cama serve para afastar os terrores da noite.

Algumas crianças necessitam muito disso. Apegam-se intensamente ao objeto transicional, que lhes serve de barreira ao relacionamento comum com as pessoas.

A criança que se retrai, que passa a chupar o dedo, que se aferra constantemente a um objeto e evita a companhia das pessoas em torno deve ser objeto de especial cuidado do médico que dá assistência à família.

Esse retraimento exige explicação. Significa importante ruptura no desenvolvimento normal, provavelmente tendo algo a ver com os fenômenos da independência e da separação.

Dentre os outros problemas importantes durante este período, os mais freqüentes são:

- **Irritabilidade crônica, acessos de raiva e comportamento violento;**
- **Incapacidade de socialização;**
- **Falhas do desenvolvimento específicas**

Retardos do desenvolvimento, a menos que sejam visíveis, freqüentemente passam despercebidos durante esse período e só se manifestam quando a criança passa a freqüentar a escola;

- **Retardo intelectual.**

As crianças desta idade também têm uma propensão especial a acidentes e infecções agudas.

A resposta mais freqüente que elas apresentam a essas situações é a regressão, que se manifesta por um retorno a formas de comportamento mais simples e anteriores.

Pode compreender modificações nos hábitos intestinais, na alimentação e no sono. Pode implicar no abandono da linguagem aprendida e a adoção de uma linguagem infantil simplificada e manifesta-se freqüentemente através de comportamento queixoso e dependente.

Anos escolares

Tanto para os pais como para a criança, o ingresso da criança na escola é um acontecimento que envolve três áreas de problemas.

A primeira é a separação. A segunda é a adaptação a nova cultura, que é a escola e, a terceira, é todo o processo de aprendizagem escolar.

As crianças que freqüentaram a escola maternal geralmente já efetuaram uma ruptura importante e facilmente se adaptam quando entram em contato com a escola primária.

Contudo, a exigência mais séria que uma escola impõe é a exigência da aprendizagem como tal. Ao se impor esta exigência a uma criança que está despreparada, seja por falta de capacidade intelectual ou porque não aprendeu a aprender, pode-se estar exercendo uma pressão muito intensa.

Situações especiais

Adoção

Observações prolongadas de crianças em famílias adotivas indicam que o médico deve focalizar sua atenção no segundo ano de vida da criança, mantendo uma atitude de tranquilização e reassseguramento dos pais adotivos.

É necessário estar atento aos primeiros sinais de que os pais consideram a criança um ser totalmente alheio, distante.

A idéia da “má semente” é um fenômeno muito persistente na patologia da adoção. Os pais conseguem facilmente afastar-se de uma criança que não nasceu deles.

A função do médico de identificar e procurar tornar explícita esta situação torna-se um dos aspectos principais do tratamento.

Divórcio

Os pais que terminam por chegar à conclusão de que uma ruptura total e a separação legal são necessárias geralmente viveram um mau relacionamento durante longo tempo.

Durante esse período, os seus filhos estiveram submetidos a pressões enormes. A lealdade dos filhos geralmente tende a ser atraída numa ou noutra direção, e os padrões estabelecidos do relacionamento para ambos os pais estão distorcidos.

A ocorrência real do divórcio só faz aumentar as tensões que se exercem sobre os vínculos e sentimentos dos filhos.

A psicopatologia das crianças que têm os pais divorciados é composta principalmente pela seguinte tríade:

- Atuação (“acting-out”) e delinquência;
- Apatia e retraimento;
- Dificuldades na aprendizagem.

Todos estes sintomas manifestam-se em períodos diferentes. A regressão também é comum e os pesadelos podem ser freqüentes.

Distúrbios psicossomáticos

O bebê e a criança de tenra idade só conseguem demonstrar tensão através de sinais não verbais, ou seja, choro, nervosismo, irritação, vômitos, diarreia, tosse e infecções crônicas.

Um sintoma bastante chamativo na idade escolar é o de dor abdominal.

Outros freqüentes sintomas incluem a dor de ouvido, as queixas referentes à garganta, aos pulmões e aos intestinos, etc.

Queixas físicas de longa duração, persistentes e intensas, sem uma base física indicam a conveniência de encaminhamento a um psiquiatra, ou pelo menos de uma consulta psiquiátrica.

As doenças psicossomáticas bem definidas são menos freqüentes no início da infância do que na adolescência e no início da idade adulta.

Porém, muitas doenças psicossomáticas que têm início na infância podem prolongar-se e exagerar-se na adolescência e transformar-se numa patologia fixa na idade adulta, necessitando de intervenção precoce e hábil na primeira oportunidade possível.

Morte

Embora a incidência de doenças agudas que tem um elevado índice de mortalidade tenha diminuído, a incidência das doenças crônicas, em particular as leucemias, parece estar aumentando.

A assistência a essas crianças é muito importante, mas apresenta grandes dificuldades, principalmente quando as equipes hospitalares afeiçoam-se e identificam-se com a criança que pode morrer.

A criança maltratada

O conjunto de conhecimentos cada vez maiores sobre crianças que sofrem maltrato físico e emocional indica que há grandes excessos nessa prática freqüentíssima.

Durante três décadas, temos reconhecido o fato de que as crianças que são trazidas a sala de emergência e a outros recursos médicos apresentando ferimentos graves podem ter sido vítimas de maltrato por parte dos pais.

Embora a arte médica seja capaz de tratar o problema físico da criança, a tentativa de mostrar a perturbação do relacionamento entre a criança e o pai ou a mãe freqüentemente se constitui em um processo extremamente complicado, principalmente porque esses pais, de boa ou má fé, apresentam grande dose de negação.

Quando acusados de terem ferido seu filho, passam a defensiva ou assumem uma atitude agressiva.

Autismo infantil

O termo autismo infantil, usado pela primeira vez por Kanner, no início da década de 1940, descrevia um tipo bastante específico de psicose infantil, geralmente presente numa fase precoce, embora nem sempre identificada.

Essa psicose se caracteriza por uma criança que apresenta comportamento retraído, evita os pais e outras pessoas, não gosta de ser abraçada, que a tratem de modo íntimo e que, subseqüentemente, apresenta problemas de fala e linguagem.

Muitas dessas crianças desenvolvem hábitos estranhos e repetitivos, como correr em círculos.

Para o médico que presta assistência a criança e a família, o problema fundamental é o diagnóstico precoce. Não é necessário esperar pelo habitual surgimento da linguagem para se fazer o diagnóstico de autismo. A criança que apresenta comportamento retraído e não gosta de ser tomada no colo e abraçada já apresenta indícios da doença.

Problemas especiais

As crianças não vão em busca de um médico queixando-se de estados de ansiedade, problemas de conduta ou mesmo porque urinam na cama.

Elas são levadas a consulta médica porque o sintoma preocupa uma outra pessoa, seja o pai, a mãe, o professor, etc.

Enurese

Nos últimos 100 anos, a síndrome da enurese, caracterizada não somente pela incapacidade da criança de controlar a urina, especialmente à noite, mas também por todas as circunstâncias concomitantes das camas molhadas, dos colchões que apodrecem e do mau cheiro, tem sido combatida basicamente com métodos mecânicos e abordagens psicológicas.

Nas últimas duas décadas, porém, tem havido um interesse maior pelo tratamento medicamentoso, utilizando-se, com êxito considerável, a imipramina.

Deve-se assinalar também que teve certo grau de êxito o emprego anterior de abordagens puramente psicológicas.

Encoprese

Geralmente se considera a encoprese um problema grave, decorrente de um distúrbio psicológico maior que a enurese.

Há uma série de teorias sobre esse distúrbio, algumas delas relacionadas com condições físicas, como a doença de Hirschsprung ou outras doenças que causam megacólon.

O tratamento medicamentoso das crianças com encoprese não tem tido tanto êxito como no caso das crianças com enurese. Nos casos não complicados em que não há modificação intestinal demonstrável, a avaliação psiquiátrica, a investigação e o tratamento da família têm tido considerável eficácia.

Distúrbios da atenção

Os distúrbios da atenção caracterizam-se por hiperatividade e dificuldade na escola.

Verificou-se, através da testagem psicológica, que algumas crianças com esse distúrbio têm dificuldades na área da percepção.

Considera-se que, as vezes, tais dificuldades tem relação com lesão cerebral mínima, atribuindo-se o déficit de percepção a um déficit de desenvolvimento.

Essas crianças respondem bem ao tratamento medicamentoso, que pode ter uma melhor resposta terapêutica quando associada a psicoterapia.

Gagueira

A gagueira pode ser fisiológica até os 3 anos de idade. Caso o sintoma se torne persistente, existe um nítido fator genético e, freqüentemente, ela se torna um fenômeno intratável, persistindo na idade adulta.

Fobias

Como acontece em todas as fases da vida, os medos das crianças, tanto reais quanto neuróticos, têm correlação com a sua faixa etária.

No início do segundo ano, as crianças começam a apresentar medos que geralmente se referem a sua situação imediata, como medo de ir dormir, medo de escuro, medo de apanhar, etc.

A angústia da separação pode manifestar-se numa série de preocupações que parecem estar voltadas para o mundo externo, quando a criança cresce.

Medos intensos manifestam-se freqüentemente no período pré-escolar.

As vezes, essas fobias traduzem-se em preocupações com a conduta da própria criança, determinando um comportamento estereotipado, que se torna obsessivo e até mesmo ritual.

Distúrbios da alimentação

Um dos problemas mais precoces que freqüentemente tem nítido aspecto psicológico são os problemas alimentares da criança, que geralmente manifestam-se durante o segundo e o terceiro anos de vida.

Um distúrbio muito grave de crianças de tenra idade é a pica. Esse distúrbio manifesta-se em formas anormais de comer, especialmente mastigar coisas não-comestíveis, como tinta ou metal. Muitas vezes, atinge tal gravidade que exige investigação intensiva, podendo levar a morte.

Em torno do fim do período infantil, começa a verificar-se, em algumas meninas, o sintoma grave da anorexia nervosa. Esse sintoma, que geralmente aparece no início da adolescência, caracteriza-se por uma abstinência total de comida.

A anorexia nervosa é uma síndrome séria e grave que também pode ser fatal.

Depressão

O conceito de depressão como síndrome nitidamente definida na infância só recentemente começou a surgir na bibliografia psiquiátrica.

Entretanto, não é comum na infância o quadro de depressão que se observa em adultos, com distúrbios graves do sono, dificuldade de alimentação, retraimento e dificuldade crônica de reagir.

Sabe-se que muitas crianças, especialmente aquelas na faixa dos seis aos 12 anos de idade, além de apresentarem um problema relativo a distúrbio de conduta, dificuldade de aprendizagem ou enurese, mostram profundas preocupações e ansiedades em relação a si próprias.

A predominância dos sintomas de irritação freqüentemente mascara o sentimento de solidão que é característico dessas crianças.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

Adolescência

Puberdade

A adolescência tem início bem definido e término pouco definido. Ela começa com um acontecimento biológico, a puberdade e termina fundindo-se gradualmente com o início da vida adulta.

O início da puberdade é internamente programado no sistema hipotálamo-hipófise-gônadas.

Independente da causa, a puberdade muito precoce ou muito tardia transforma-se em problema psicológico.

A puberdade precoce (antes dos 10 anos de idade) introduz na infância um elemento que tende a ser vivenciado como esquisito e embaraçoso, que, para a criança, complica suas vivências e seu crescimento e pode persistir, longo tempo depois, em fantasias e sentimentos.

A puberdade ligeiramente precoce também pode ser embaraçosa, mas geralmente os respectivos sentimentos transformam-se mais facilmente numa espécie de orgulho de ter sido “o primeiro da turma”, especialmente depois que os outros também atingem esse ponto e não se está sozinho.

A puberdade tardia deve ser considerada como trauma psicológico importante para os adolescentes. Ter que viver num corpo de criança durante meses, que parecem anos, enquanto todos os outros de sua idade há muito adquiriram um corpo muito mais interessante e definido, é difícil de suportar.

E o que é mais difícil, trata-se de uma experiência complexa que atrai em torno de si fantasias e sentimentos, com efeitos sobre o amor próprio que perduram longo tempo após a adolescência.

Geralmente leva dois a quatro anos para o jovem passar pela puberdade. Os aspectos que fazem parte do processo, pela ordem em que geralmente ocorrem, são os seguintes.

Nas meninas, o aparecimento dos seios, pêlos pubianos pigmentados e lisos, velocidade de crescimento máxima, pêlos pubianos crespos, menstruação e pêlos axilares.

Nos meninos, início do crescimento testicular, pêlos pubianos pigmentados e lisos, primeira ejaculação, pêlos pubianos crespos, velocidade de crescimento máxima, pêlos axilares, acentuada mudança de voz e desenvolvimento da barba.

O término da puberdade tem aspectos de coisa estabelecida. As características físicas diretamente relacionadas com o crescimento ósseo, tais como características faciais, principais dimensões corporais e altura em geral tornam-se o que permanecerá “para sempre”.

Isso pode fazer do término da puberdade um evento vital de importantes repercussões psicológicas, especialmente para a criança que estava constantemente na expectativa de algo distintamente melhor ou diferente e agora tem de aceitar exatamente o que é.

Fases da adolescência

A fase inicial da adolescência ocorre aproximadamente dos 12 aos 14 anos. A fase intermediária estende-se aproximadamente dos 15 aos 17 anos. A fase final vai aproximadamente dos 17 aos 20 anos, fundindo-se gradualmente com o início da idade adulta. Estes limites são apenas aproximados. A fase inicial, a intermediária e a final são mais bem definidas pelas seguintes características.

Fase inicial da adolescência

A fase inicial da adolescência é dominada pelo evento biológico da puberdade e por suas repercussões psicológicas imediatas.

Esses jovens já ultrapassaram a submissão e a franqueza da infância e ainda não atingiram o bom senso e a estabilidade nitidamente maiores da fase intermediária da adolescência.

Esta faixa de idade provavelmente é a mais difícil de trabalhar do ponto de vista psicológico.

Em suma, observa-se muita inquietação.

Fase intermediária da adolescência

É marcada por nítida tranqüilização, maior capacidade de autodomínio e conciliação e o estabelecimento de uma relação mais civilizada e complexa com os adultos.

Os sentimentos são mais bem controlados. O pensamento é visivelmente mais maduro, mais abrangente, com muito maior capacidade de avaliar a lógica interna de um ponto de vista que não é só o do adolescente.

Fase final da adolescência

A fase final da adolescência é a fase em que há formação da identidade.

É uma época de tomada de decisões. Trabalho e profissão começam a adquirir forma e direção cada vez mais definidas.

A estrutura da personalidade começa a cristalizar-se em formas que provavelmente irão durar pelo resto da vida, e esse processo se opera de um modo que é principalmente um acontecimento, mas parcialmente uma escolha.

Adolescência

Várias são as teorias que tentam explicar as forças que governam as fases da adolescência descritas na página anterior.

As concepções psicanalíticas sobre o desenvolvimento do adolescente acentuam o impacto do início da irrupção dos impulsos sexuais e agressivos que marcam os eventos hormonais da puberdade, com o característico efeito moderador das funções do ego.

De acordo com a comparação de Freud, segundo a qual o id é o cavalo e o ego é o cavaleiro, pode-se dizer que na adolescência o cavalo dispara e o cavaleiro fica para trás.

Juntamente com essa irrupção dos impulsos sexuais e agressivos nota-se a reativação de fantasias edipianas inconscientes proibidas, que anteriormente estavam ativas no início da infância, que estavam muito menos ativas durante a latência e que agora assumem o primeiro plano.

Por ser intensamente ameaçador para o ego e para o superego, isto provoca uma contra-reação defensiva que contribui para o sentimento de tensão interna, tão característico desta época da vida.

Estas defesas contra as fantasias edipianas motivam o adolescente a manter distância dos pais. A proximidade deles causa-lhes extremo desconforto.

Um outro elemento chave da incursão do início da adolescência é o superego, conjunto de normas morais internalizado durante a infância a partir do amor e da identificação com os pais e com os substitutos dos pais, e que se torna sujeito, assim como os pais ficam sujeitos, ao mesmo processo de questionamento desdenhoso, reavaliação e, às vezes, abandono brusco. Tanto o superego como os pais são substituídos, durante algum tempo, ao menos em parte, pelas normas do grupo de companheiros.

A adolescência também possibilita uma ampla expansão da capacidade de abstração e do pensamento lógico, hipotético e dedutivo. Estes são anos em que se observa a mudança do pensamento predominantemente sobre coisas (fase concreta do pensamento, característica da infância) para uma capacidade enormemente expandida para o pensamento referente a palavras, conceitos, hipóteses, idéias e sistemas (fase formal do pensamento, característica da adolescência e da vida adulta).

Esta decisiva mudança de ênfase do fato para a possibilidade proporciona suporte intelectual para fenômenos tão diversos como o conhecido aparecimento, na adolescência, do interesse por idéias e ideologias.

O desenvolvimento sexual na adolescência merece atenção especial.

Nas meninas, o início da menstruação é um marco físico e psicológico de extrema importância.

Nos meninos, a primeira ejaculação desempenha um papel um tanto semelhante e marca a transição da meninice para a masculinidade sexual.

De acordo com alguns estudos, a maioria dos jovens começa a ter relações sexuais na adolescência. Cabe aos médicos prestar informações, conselhos e assistências práticas no que se refere a contracepção, doenças venéreas, gravidez e aborto.

Contudo, a maior parte dos jovens certamente não se sente à vontade e manifesta insegurança ao discutir a sexualidade com um adulto e, assim, compete aos médicos mostrar disposição, tato e conhecimentos suficientes para possibilitar um intercâmbio proveitoso.

O adolescente como paciente

O adolescente não gosta de ser paciente. Isso porque ele precisa enormemente de sua privacidade, e ser paciente é permitir que outras pessoas invadam essa privacidade. O adolescente preocupa-se em preservar sua onipotencialidade e a doença ameaça limitá-la.

A primeira conseqüência dessas concepções é que o adolescente evita ser paciente, e a significação clínica dessa evitação deve ser compreendida. Frequentemente disfarça ou oculta sintomas, ignora tratamentos, opõe resistência a prescrições e age mais de acordo com uma idéia pessoal interna de saúde do que com a dolorosa realidade da doença.

O médico pode precisar de certo empenho para persuadir e insistir com um adolescente para que ele aceite o papel de paciente.

Esta relutância a respeito de se tornar paciente significa que o adolescente frequentemente vem ao médico porque é trazido pelos pais.

A anamnese, o diagnóstico e o plano terapêutico sempre devem ser discutidos diretamente com o paciente adolescente, embora os pais possam estar presentes e participar.

A adolescência tem uma linguagem característica, com gírias e expressões que a torna diferente da linguagem dos adultos. O profissional de saúde deve falar com o paciente adolescente da maneira que ele se sentir mais confortável.

Entretanto, a característica intolerância do adolescente à falsidade ou a hipocrisia pode fazer com que o médico que finge falar com naturalidade a linguagem dos adolescentes tenha uma maior probabilidade de ser visto pelo paciente como falso ou insincero do que como um amigo.

Não é necessário que o médico modifique o seu jeito de ser no tratamento com os adolescentes porque, geralmente, o paciente adolescente encontra pouca dificuldade quando se relaciona com um médico formal, austero e antiquado, mas que é genuíno.

A entrevista com o paciente adolescente levanta problemas mais difíceis de segredo do que a entrevista com a criança ou o adulto.

São sérios os problemas éticos que o médico enfrenta ao tratar pacientes adolescentes.

Quando o médico acredita que o segredo do paciente pode ser violado para proteger a saúde ou a vida do paciente, isso deve ser feito somente depois de explicar-lhe os motivos tão minuciosamente quanto for possível.

O exame físico do paciente adolescente é uma situação revestida de cargas emocionais intensas.

O médico pertence a uma geração diferente da geração do paciente. Por isso, ele pode as vezes interpretar equivocadamente a experiência pela qual o paciente passa.

Médicos no início da idade adulta, do sexo masculino, ao examinarem meninas no início da adolescência, freqüentemente encaram o acontecimento como algo muito carregado de conteúdo sexual, ao passo que a vivência consciente dessas meninas é a de uma criança frente a um adulto, pois um estudante de medicina de 20 anos de idade pode parecer-lhes pouco diferente de um médico de 40 anos.

No entanto, se a menina se sente pouco à vontade por causa da timidez de expor-se a um adulto, o médico talvez detecte esse mal-estar e erroneamente o traduza em termos homem-mulher.

No hospital, o paciente adolescente reage não apenas à doença e ao médico que o trata, mas da mesma forma que qualquer outra pessoa num hospital, reage também à complexa estrutura social da situação terapêutica.

Os adolescentes podem encarar os hospitais como instituições de adultos contra as quais devem rebelar-se para não serem engolidos pelas mesmas.

Uma solução consiste em desenvolver programas hospitalares planejados para adolescentes ou unidades especiais e equipes especiais treinadas nos problemas psicológicos da prestação de assistência a pacientes deste grupo etário.

Os problemas do tratamento do adolescente enfermo multiplicam-se muitas vezes quando se trata adolescentes que vão morrer.

Os adolescentes angustiam-se com a morte mas, surpreendentemente, muitas vezes angustiam-se menos do que os adultos e, certamente, menos do que os adultos imaginam em suas fantasias de adolescência.

Psicopatologia na adolescência

As formas de psicopatologia encontradas na adolescência são praticamente tão variadas e diversas como o são todas as formas de psicopatologia na psiquiatria geral.

Uma forma prática de diferenciá-las é a seguinte:

■ **Distúrbios primordialmente associados com a infância que persistem na adolescência**

Seriam ilustrações principais os profundos distúrbios do desenvolvimento infantil, como autismo e psicose infantil, que quase sempre levam a uma adolescência acentuadamente atípica; e os distúrbios devidos a déficit da atenção (sinônimos de lesão cerebral mínima, abrangendo freqüentemente problemas de aprendizagem específicos), quando a dificuldade que se manifesta no adolescente é uma combinação de interferências atuais, a que se somam

deficiências acumuladas ao longo da infância e que persistem na adolescência.

■ **Distúrbios primordialmente associados à vida adulta que podem começar na adolescência ou no seu início**

O exemplo mais importante seria a esquizofrenia do adulto, em que a idade do início comumente vai da fase final da adolescência até o início da idade adulta

Outro exemplo, menos conhecido mas de grande interesse atual, seriam os ciclos iniciais da doença maníaco-depressiva.

Fazendo-se o retrospecto da adolescência de casos adultos identificados, pode-se obter uma história de estados de euforia e depressão que foram identificados como “simples mudanças de humor do adolescente”.

■ **Distúrbios presentes em qualquer período da vida**

Estes são os casos em que o distúrbio encontrado no adolescente é basicamente o mesmo em qualquer idade, embora sua manifestação possa adquirir os aspectos específicos da fase de adolescência.

Seriam exemplos a maioria dos distúrbios de personalidade, os estados ansiosos, o retardo mental e algumas das doenças depressivas.

■ **Distúrbios especialmente associados à adolescência**

Esta categoria compreende distúrbios que podem estar presentes ao longo de qualquer época da vida.

É preferível incluí-la aqui e não na categoria anterior porque esses distúrbios tendem a adquirir especial intensidade ou freqüência na adolescência.

São exemplos os distúrbios de conduta (delinqüência juvenil) ou os distúrbios de identidade. Um distúrbio freqüentemente associado à adolescência seria a anorexia nervosa.

A depressão na adolescência representa um conjunto de condições bastante diferentes das do adulto, que é necessário compreender em separado e tratar de modo um tanto diferente.

Uma forma prática de subdivisão seria a seguinte:

■ **Depressão reativa aguda**

É uma reação depressiva a um acontecimento real.

A depressão reativa aguda é provavelmente a forma de depressão mais frequente na adolescência.

Uma depressão reativa grave pode resultar em tentativa de suicídio, que resulta em morte em cerca de 1 a 2% das vezes.

Contudo, quando se avalia o potencial suicida, todas as tentativas e atitudes suicidas manifestadas na adolescência devem ser levadas a sério. É melhor errar por excesso de cuidado.

■ **Depressão crônica por privação**

É uma síndrome de desvitalização e entorpecimento da expressão dos afetos, com um caráter de vazio nas atividades e na vida mental, com poucos interesses reais e pouco prazer de viver.

Deve-se diferenciar essa forma de depressão crônica por privação de um outro quadro semelhante que pode ser corrente com um retardo mental discreto ou com o desenvolvimento da esquizofrenia.

O uso da palavra depressão, neste caso, não comporta a usual implicação de que se subentende um estado afetivo anteriormente normal.

■ **Depressões relacionadas com a esquizofrenia**

■ **Depressão maníaco-depressiva bipolar**

■ **Depressão endógena unipolar**

O tratamento da depressão na adolescência compreende tentativas terapêuticas com:

1. Medicamentos específicos \ Para as depressões relacionadas com a esquizofrenia e para as depressões endógenas;
2. Apoio psicológico não-específico \ Para todas as formas de depressão e
3. Psicoterapia de orientação analítica \ Nas formas de depressão reativa e na depressão crônica por privação.

Esquizofrenia

A compreensão da esquizofrenia na adolescência é basicamente a compreensão da esquizofrenia em geral.

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é uma doença da adolescência, cujas manifestações essenciais incluem acentuada perda de peso, o intenso temor do aumento de peso, preocupação exagerada com a comida e comportamentos particulares com relação a alimentação, tais como esconder doces ou jogá-los fora.

Aproximadamente 95% dos pacientes pertencem ao sexo feminino e, nestes, a amenorréia é um freqüente sinal precoce.

A morte por inanição é uma possibilidade real, com índices que se situam na faixa dos 15 a 20%.

O tratamento compreende hospitalização, psicoterapia e, quando indicado, alimentação endovenosa ou forçada.

Delinqüência

O diagnóstico de delinqüência tende a basear-se no achado de um distúrbio de conduta que se repete e persiste, e que compreende os seguintes aspectos:

- **Destrutividade**
- **Roubo**
- **Violência**
- **Mentira**
- **Vadiagem**
- **Vandalismo** \ Em casa, na escola ou na comunidade
- **Impulsividade**
- **Irritabilidade**
- **Outros**

Este conjunto de condições freqüentemente atrai a atenção do médico porque, além dos pais procurarem auxílio e

orientação, esse comportamento pode dar origem a problemas como gravidez ou doença venérea, conseqüentes a uma atividade sexual promíscua ou inconstante; ferimentos físicos, em decorrência de atividade perigosa ou criminosa; ou qualquer uma das numerosas e possíveis conseqüências médicas da toxicomania.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Psiquiatria

PsicofarmacologiaIntrodução

A psicofarmacologia foi criada por Macht em 1920 e utilizada pela primeira vez na psiquiatria por Thorner em 1935.

Psicofarmacologia é o estudo das ações farmacológicas dos psicotrópicos.

Psicotrópico, por sua vez, é a substância química, natural ou sintética, que possui tropismo psicológico. Isto é, é a droga capaz de modificar, de várias maneiras, a atividade mental, excitando, deprimindo ou provocando uma ação perturbadora do psiquismo.

Ou seja, os psicotrópicos são drogas que atuam principalmente alterando o comportamento e as funções mentais.

Classificação

Os psicotrópicos podem ser classificados em:

- **Psicolépticos** \ Depressores do psiquismo, como os hipnóticos e ansiolíticos;
- **Psicoanalépticos** \ Excitadores do psiquismo (antidepressivos), como as anfetaminas;
- **Psicodislépticos** \ Perturbadores da atividade do SNC, como os alucinógenos

Psicolépticos

Antigamente, os psicolépticos eram subdivididos em:

- **Hipnóticos;**
- **Neurolépticos;**
- **Ansiolíticos;**
- **Álcool e**
- **Solventes.**

Atualmente, a nova classificação dos psicolépticos subdivide esses elementos em:

- **Drogas usadas nos distúrbios afetivos**
 - Antidepressivos
 - Antimaníacos
 - Estabilizadores do humor;

- **Ansiolíticos e hipnóticos;**
- **Antiparkinsonianos;**
- **Drogas de abuso;**
- **Anticonvulsivantes.**

Ansiolíticos

Os termos “agentes ansiolíticos” ou “tranquilizantes”, usados para os medicamentos no tratamento da ansiedade, representam antes desejos e o impacto da propaganda.

Na verdade, os ansiolíticos são fármacos sedativos ou que pelo menos apresentam muitas propriedades em comum com os sedativos tradicionais.

No século passado, diversas drogas foram usadas para o tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo o etanol, sais de brometo, paraldeído, etc.

No início deste século foram introduzidos os barbitúricos e, posteriormente, o meprobamato que, porém, compartilhavam muitas propriedades indesejáveis como a tolerância, dependência física e reações potencialmente letais durante a abstinência.

Depois da década de 50, a descoberta do clordiazepóxido e de uma série de outros benzodiazepínicos dominaram o mercado e a prática médica.

Outras drogas (não ansiolíticas) usadas nos quadros ansiosos que não são classificados como ansiolíticos são:

- **Antidepressivos** \ Amitriptilina, clomipramina, etc;
- **Beta-bloqueadores** \ Propanolol;
- **Neurolépticos** \ Em baixas doses;
- **Anti-histamínicos** \ Hidroxizina.

Clinicamente, os benzodiazepínicos são a primeira escolha no tratamento da ansiedade generalizada, ficando os antidepressivos como segunda escolha.

Nos estados de pânico, agorafobia, fobia social, transtornos obsessivo-compulsivos e estresse pós-traumático, os antidepressivos são a primeira escolha e os benzodiazepínicos a segunda.

Benzodiazepínicos

Atualmente, os fármacos benzodiazepínicos mais preconizados para o tratamento da ansiedade são:

- Clordiazepóxido
- Diazepam
- Oxazepam
- Cloraxepato
- Lorazepam
- Prazepam
- Alprazolam
- Halazepam

- Clonazepam

■ Mecanismo de ação

As ações depressoras centrais dos benzodiazepínicos nos reflexos espinhais são em parte realizados pela estimulação da formação reticular do tronco cerebral.

Além disso, os benzodiazepínicos atuam alterando a neurotransmissão do SNC através de sua ligação alostérica a receptores específicos.

Receptores para os benzodiazepínicos estão presentes em muitas regiões cerebrais, incluindo o tálamo, estruturas límbicas e o córtex cerebral.

Esses receptores formam parte de uma complexa estrutura da qual fazem parte o receptor do ácido gama aminobutírico (GABA) e canais do íon cloreto.

A ligação dos benzodiazepínicos a esses receptores parece facilitar a ação inibitória do receptor GABA, que age através do aumento da condutância ao íon cloreto.

Assim, os benzodiazepínicos elevam a frequência de abertura dos canais de íon cloreto mediada pelos receptores GABA.

Em concentrações na faixa terapêutica, os benzodiazepínicos também reduzem a excitabilidade de alguns neurônios por ações que não envolvem nem o GABA nem alterações na permeabilidade da membrana ao cloreto.

O flumazenil, um antagonista dos receptores benzodiazepínicos, reverte o efeito dos benzodiazepínicos no sistema nervoso central.

A administração endovenosa de 0,3 a 1 mg de flumazenil geralmente é suficiente para abolir os efeitos de doses terapêuticas dos benzodiazepínicos em 1 a 2 minutos.

O flumazenil também desperta pacientes comatosos em virtude da ingestão de doses excessivas de benzodiazepínicos mesmo quando existe intoxicação concomitante com outros agentes.

Geralmente, a administração de 1 a 10 mg de flumazenil endovenosamente provoca o retorno da consciência em 5 a 15 minutos.

Contudo, esse medicamento é usado mais para o diagnóstico da intoxicação benzodiazepínica do que propriamente para a sua reversão efetiva, uma vez que sua meia-vida é bem menor do que a dos benzodiazepínicos e as recidivas são comuns.

O tratamento da superdose é a lavagem intestinal e o suporte da função respiratória e da função cardiovascular.

■ Farmacocinética

Os benzodiazepínicos têm uma boa absorção via oral, mas sua absorção por via intramuscular é irregular.

A maioria dos psicodépticos são lipossolúveis e, desta forma, são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal, com uma boa distribuição para o cérebro e para outros órgãos altamente perfundidos.

Essa rápida captação é seguida de uma fase de redistribuição aos tecidos menos perfundidos, como os músculos e a gordura.

Sua biodisponibilidade após a administração via oral é de 78 a 100%, com um pico plasmático em 0,5 a 8 horas.

Entre 85 e 100% dos benzodiazepínicos são transportados na circulação associados às proteínas plasmáticas, com exceção do clonazepam, que tem uma proporção de aproximadamente 47% de suas moléculas ligadas a essas proteínas.

Por esse motivo, no tratamento das intoxicações agudas, a eficácia da diálise fica bastante limitada.

A metabolização dos benzodiazepínicos é hepática, com oxidação, desmetilação, hidroxilação, desalquilação e posterior conjugação com o ácido glicurônico.

Muitos benzodiazepínicos são inicialmente convertidos em metabólitos ativos, com meia-vida e atividade biológica superiores aos compostos iniciais.

A formação de nordazepam a partir do diazepam, por exemplo, pode aumentar a duração dos efeitos em 2 a 3 vezes.

Mais notável é o fato de que o halazepam, que tem uma meia vida de 2 a 4 horas, é metabolizado principalmente em nordazepam, que tem uma meia vida de até 100 horas.

Assim, após vários dias de terapia com tais drogas, o acúmulo desses metabólitos ativos pode levar a uma sedação excessiva. O lorazepam e o exazepam não formam metabólitos ativos.

Doenças hepáticas graves podem aumentar a meia vida de alguns benzodiazepínicos em 2 a 5 vezes.

Nestes casos, é indicado o uso de clonazepam, que se conjuga imediatamente e é rapidamente excretado, não dependendo das enzimas metabolizadoras do fígado.

A maioria dos benzodiazepínicos é eliminada quase totalmente na urina, na forma de metabólitos oxidados e conjugados a glicuronídeos.

Os benzodiazepínicos tendem a apresentar interações farmacocinéticas mínimas com outros agentes, exceto pelo efeito aditivo com outros depressores do SNC.

■ **Classificação** \ Quanto ao tempo de ação

- Ação longa
 - ◆ Prazepam
 - ◆ Diazepam
 - ◆ Flurazepam
 - ◆ Bromazepam
- Ação intermediária \ 30 horas
 - ◆ Clonazepam
 - ◆ Flunitrazepam
 - ◆ Nitrazepam
- Ação curta \ Entre 10 e 24 horas
 - ◆ Lorazepam
 - ◆ Oxazepam
 - ◆ Temazepam
 - ◆ Alprazolam
- Ação ultracurta \ Menos de 5 horas
 - ◆ Triazolam
 - ◆ Midazolam

■ **Efeitos clínicos**

- Efeito ansiolítico
- Miorelaxante
- Anticonvulsivante

Uma ação anticonvulsivante seletiva, isto é, a supressão de convulsões em doses que não causam uma sedação severa, ocorre somente com algumas drogas que reduzem a disseminação da atividade epileptiforme sem a depressão excessiva do SNC.

Altas doses de diazepam endovenoso e lorazepam são utilizados no estado epiléptico.

- Sedativo

Ações sedativas, com alívio da ansiedade, ocorre com todas as drogas dessa classe.

Alterações comportamentais também podem ocorrer.

- Hipnótico

Os benzodiazepínicos parecem ter uma capacidade muito discreta em suprimir o sono REM, mas realmente tendem a suprimir as fases mais profundas do sono, sobretudo no estágio 4, embora aumentem o tempo total de sono.

- Amnésico \ Amnésia anterógrada
- Anestésico

Pode ocorrer com o uso de certos benzodiazepínicos como o midazolam.

■ Efeitos adversos

- Dependência

Dependência psicológica ocorre frequentemente e geralmente está envolvida com o uso compulsivo de tais drogas para reduzir a ansiedade.

- Tolerância

Uma redução na responsividade ocorre quando esses medicamentos são utilizados continuamente ou em altas doses.

É mais comum com benzodiazepínicos de ação curta ou ultracurta como o alprazolam e o lorazepam.

- Síndrome da abstinência

Sintomas gastrointestinais, sudorese intensa, tremor, letargia, hipersensibilidade aos estímulos, tinitus, inquietação, insônia, ansiedade, irritabilidade, despersonalização, depressão, alucinação, delírium e convulsões.

As drogas com uma meia vida longa apresentam uma menor síndrome de abstinência do que as com meia vida curta.

No caso de uso de benzodiazepínicos de ação curta, que têm maior chance de causar abstinência, deve-se substituí-lo por um de ação longa, por exemplo, 1 mg de clonazepam para cada mg de alprazolam ou lorazepam.

Na maioria dos casos, após a redução gradativa das doses habituais de agentes de ação longa não surge síndrome de abstinência.

Geralmente é recomendada a retirada de $\frac{1}{4}$ da dose por semana.

- Sedação
- Ataxia
- Miorrelaxamento
- Amnésia anterógrada

- Outros
 - ◆ Ganho de peso
 - ◆ Erupção cutânea
 - ◆ Diminuição da libido
 - ◆ Discrasias sangüíneas
 - ◆ Náuseas
 - ◆ Cefaléia
 - ◆ Vertigens
 - ◆ Tontura
 - ◆ Agranulocitose
 - ◆ Reações hepáticas

Bupirona

Uma classe totalmente nova de substâncias com utilidade potencial no tratamento da ansiedade é a das azaspirodecanodionas, representadas atualmente pela bupirona.

Desenvolvida inicialmente como um antipsicótico potencial, tem um padrão de propriedades farmacológicas que é diferente dos benzodiazepínicos, incluindo a capacidade de influenciar na ligação dos benzodiazepínicos ou do GABA, ausência de atividade anticonvulsivante e interação mínima com os depressores do SNC.

■ Mecanismo de ação

A bupirona comporta-se como um antagonista seletivo dos receptores de serotonina 5-HT_{1A} pré-sinápticos.

Além disso, sua potência como antagonista dopaminérgico é relativamente baixa e, portanto, é pequeno o risco de induzir efeitos colaterais extrapiramidais nas doses usadas no tratamento da ansiedade.

A bupirona apresenta propriedades ansiolíticas comparáveis aos benzodiazepínicos, porém, não causa nem sedação nem relaxamento muscular, não exerce atividade anticonvulsivante nem hipnótica, parece não dispor de potencial de abuso e também não leva à dependência física e psíquica.

■ Farmacocinética

Quando administrado pela via oral, sua absorção é rápida e completa.

Contudo, sua metabolização é realizada extensamente na primeira passagem pelo fígado, acarretando numa biodisponibilidade de somente 4%.

As bupironas tem um pico plasmático após 3 minutos a duas horas e 95% delas ligam-se as proteínas plasmáticas e podem deslocar a digoxina a elas ligada.

A metabolização hepática é feita por hidroxilação, gerando um metabólito ativo com 20% da atividade da buspirona. Sua excreção é feita através da urina e, em menor grau, das fezes.

A meia vida das buspironas é de até 4 horas e, por isso, elas necessitam de várias tomadas diárias.

■ Efeitos clínicos

Os efeitos ansiolíticos da buspirona levam de 2 a 3 semanas para serem observados clinicamente.

Não foi descrita síndrome de abstinência nem tolerância cruzada com outros depressores do SNC e a buspirona não protege o paciente dos sintomas de abstinência de um benzodiazepínico.

Os principais efeitos adversos exibidos são:

- Sonolência
- Tontura
- Vômito
- Cefaléia
- Náusea
- Agitação
- Fadiga

A buspirona não possui um antídoto específico em caso de intoxicação. Os procedimentos recomendados são lavagem gástrica imediata e tratamento sintomático.

Após a retirada brusca da droga usada cronicamente, ao contrário dos pacientes que usavam benzodiazepínicos, que tiveram sua ansiedade aumentada e apresentaram síndrome de abstinência, aqueles que usaram buspirona mantiveram seu nível de ansiedade sem síndrome de abstinência.

Ela não é eficaz no tratamento do pânico.

Tabela 1 - Diferenças clínicas entre os benzodiazepínicos e a buspirona

Efeitos clínicos	Benzodiazepínicos	Buspirona
Início	quase imediato (primeiros dias)	tardio (2 a 3 semanas)
Síndrome de abstinência	sim	não
Amnésia	anterógrada	não
Sedação ou hipnose	sim	não
Miorrelaxamento	sim	não
Anticonvulsivante	sim	não

Drogas sedativo-hipnóticas

Com exceção dos benzodiazepínicos, as drogas sedativo-hipnóticas pertencem a um grupo de agentes que deprimem o sistema nervoso central de modo relativamente não seletivo, dependente da dose, produzindo progressivamente calma ou sonolência, sono, inconsciência, anestesia cirúrgica, coma e depressão total da regulação respiratória e cardiovascular.

Uma droga sedativa diminui a atividade, modera a excitação e tranqüiliza, enquanto uma droga hipnótica produz sonolência e hipnose.

O primeiro agente a ser especificamente introduzido como sedativo foi o brometo, em meados do século passado.

O sucesso da introdução do barbital (1903) e do fenobarbital (1912) originou a síntese de mais de 2.500 barbituratos.

A síntese de clordiazepóxido em 1957 inaugurou a era dos benzodiazepínicos, que tem a capacidade de aliviar os sintomas de ansiedade relativamente com pouca interferência nas funções cognitivas da vigília e possuem propriedades sedativo-hipnóticas extensivamente exploradas na clínica, especialmente para facilitar o sono, no tratamento da insônia.

Atualmente, as principais drogas utilizadas com este fim são:

- Benzodiazepínicos;
- Zopiclone;
- Zolpidem;
- Hidrato de Cloral e
- Barbitúricos.

Benzodiazepínicos

Principalmente pela sua pequena capacidade reconhecida em produzir depressão fatal do SNC, os benzodiazepínicos substituíram os barbitúricos como agentes sedativo-hipnóticos.

A maioria dos benzodiazepínicos diminui a latência do sono (estágio 0), especialmente quando usados pela primeira vez, e reduz o número de despertares.

O tempo no estágio 1 (aprofundamento da sonolência) geralmente é diminuído, mas é variável.

Todos os benzodiazepínicos aumentam o tempo gasto no estágio 2 (que é a maior parte do sono com movimentos oculares não-rápidos).

Os benzodiazepínicos diminuem substancialmente o tempo gasto no sono de ondas lentas (estágios 3 e 4).

O decréscimo no estágio 4 do sono é acompanhado por redução de terrores noturnos e pesadelos. Uma grande supressão do estágio 4 pode causar o aparecimento de terrores diurnos e idéias de suicídio.

A maioria dos benzodiazepínicos aumenta a latência REM (tempo desde o sono em fusos até o primeiro surto REM).

O tempo gasto no sono REM geralmente é diminuído. Contudo, o número de ciclos do sono REM geralmente é aumentado, principalmente mais tarde no período do sono.

A despeito do encurtamento do estágio 4 e do sono REM, o efeito final da administração de benzodiazepínicos é geralmente um aumento no tempo total de sono.

Durante o uso crônico noturno de benzodiazepínicos, o efeito sobre os vários estágios do sono geralmente diminui com poucas noites, mas não desaparece.

A insônia tem muitas causas e é necessário um diagnóstico diferencial preciso antes que se pense em qualquer tratamento.

A prescrição de um hipnótico sem levar em conta as causas básicas da insônia expõe o paciente ao risco de vício, que pode mascarar os sinais e sintomas de uma doença nociva e pode exacerbar perigosamente uma apnéia de sono despercebida.

Além disso, a terapia comportamental, psicoterapia ou drogas não-hipnóticas podem ser superiores as drogas hipnóticas quando a insônia tem uma causa específica.

Mesmo quando não se consegue identificar qualquer patologia específica, a insônia pode estar relacionada a outras causas identificáveis como a ingestão de comida ou café próximo a hora de dormir, o uso de várias drogas e diversos outros fatores.

As vezes, a simples instrução de que a natureza não obriga o homem a dormir 8 horas por dia e que muitas pessoas vivem bem com muito menos horas de sono é suficiente para melhorar o sono ou pelo menos diminuir o conceito sobre o falta de sono noturno.

Quando se acredita que a insônia é transitória, como em mudanças abruptas de fuso horários, pode ser justificável o uso de drogas hipnóticas.

Na insônia de curto tempo, como quando há tristeza, estresse familiar ou ocupacional temporário, o tratamento deve iniciar com uma pequena dose, aumentada gradualmente se necessário e deve ser suspensa após uma ou duas noites que se tenha tido um sono aceitável. O tempo de tratamento não deve exceder 3 semanas.

O uso de drogas sedativo-hipnóticas no tratamento da insônia de longo tempo é controverso, não apenas pela possibilidade de tolerância e abuso potencial da droga mas também porque tal condição é freqüentemente secundária a distúrbios que são tratáveis por psicoterapia, fisioterapia, cronoterapia ou drogas não-hipnóticas.

Muito tem sido feito acerca da importância de se prescrever uma droga hipnótica de ação curta para pacientes que tem uma latência de sono prolongada, mas que dormem bem quando o sono advém e uma droga com uma ação de maior duração para aqueles que acordam cedo e tem dificuldade de voltar a dormir.

Para o primeiro caso, o midazolam tanto tem início rápido como curta duração de ação. Neste caso o tratamento deve ser limitado a 1 a 6 noites.

Para o último caso, o flurazepam, que é um benzodiazepínico de ação longa (40 a 100 horas) e baixa potência, é uma boa indicação.

Contudo, para idosos que acordam cedo, conselhos sobre o sono são freqüentemente suficientes. O papel mais importante do médico pode ser convencer o paciente de que pequenas alterações na fisiologia do sono são menos sérias do que as complicações potenciais da dependência de hipnóticos.

Zopiclone

É um derivado da ciclopirrolona com boa atividade hipnótica e baixa toxicidade.

Seu mecanismo de ação envolve o complexo GABA - receptor benzodiazepínico - canal de cloro.

Existem dois tipos de receptores de benzodiazepínicos, o tipo I e o tipo II. As drogas seletivas para o tipo I são mais potentes como hipnóticos e as inespecíficas também tem efeito anticonvulsivante, ansiolítico e miorrelaxante, sendo que o efeito sedativo é o último que aparece, em altas doses.

O zopiclone pode ser usado como indutor do sono antes de procedimentos cirúrgicos.

Sua meia vida é curta, de aproximadamente 5 horas e a sua dosagem média é de 7,5 mg.

Os principais efeitos sobre o sono incluem o aumento do tempo total do sono, semelhante aos benzodiazepínicos. Ao contrário, porém, o zopiclone não altera o sono REM.

Zolpidem

É um derivado imidazopiridina não relacionado aos benzodiazepínicos mas que se liga aos receptores benzodiazepínicos e parece ter um mecanismo de ação semelhante, facilitando a inibição mediada pelo GABA.

Ele é rapidamente metabolizado pelo fígado e tem uma meia vida de aproximadamente 2,4 horas.

Entre as suas vantagens para o uso clínico, podemos citar:

1. Absorção rápida após administração oral
2. Meia vida de eliminação plasmática em torno de duas horas aproximadamente
3. Não fornece metabólitos ativos
4. Não interfere no sono REM
5. Não apresenta “rebote da insônia” quando sua retirada é brusca

Os principais efeitos colaterais do zolpidem são:

- Fadiga
- Alteração da memória anterógrada

Hidrato de cloral

É uma droga antiga, pouco utilizada atualmente.

O uso da dose recomendada de 0,5 a 1 g tem apenas leve efeito sobre o sono e muitos indivíduos necessitam de até 2 g.

A dose tóxica oral de hidrato de cloral para adultos é de aproximadamente 10 g. Seu uso habitual pode provocar o desenvolvimento de tolerância, dependência física e vício; e a suspensão súbita pode provocar delírio e crises com alta frequência de morte.

■ Efeitos sobre o sono

- Diminui a latência para o sono e o número de despertares
- Efeito variável no tempo total de sono
- Discreta redução do sono de ondas lentas
- O sono REM raramente é suprimido

O uso noturno repetitivo causa o desaparecimento dos efeitos sobre o sono em duas semanas.

■ Efeitos adversos

- Ataxia
- Alterações motoras
- Sensação de “cabeça aérea”
- Gosto desagradável
- Dispepsia gástrica
- Náuseas
- Vômitos ocasionais
- Flatulência

Em doses terapêuticas tem pouco efeito colateral sobre a respiração e a pressão sanguínea.

Estabilizadores do humor

São as drogas utilizadas nos quadros de depressão bipolar, que atuam evitando alterações do humor no sentido de prevenir novas crises de mania ou depressão e, desta forma, manter a normalidade.

Seus principais representantes são:

- **Lítio;**
- **Carbamazepina;**
- **Ácido valpróico;**
- **Bloqueadores do canal de cálcio e**
- **Clonazepam.**

Lítio

Os sais de lítio foram introduzidos na psiquiatria em 1949 para o tratamento da mania, mas seu uso indiscriminado como substituto do cloreto de sódio nos pacientes cardiopatas resultou em vários casos de intoxicação grave e morte, o que retardou o seu uso nos Estados Unidos até 1970.

Hoje em dia, são muito impressionantes as evidências da segurança e da eficácia dos sais de lítio no tratamento da mania e na prevenção de crises recidivantes do distúrbio bipolar.

As concentrações terapêuticas de lítio quase não apresentam efeitos psicotrópicos discerníveis no homem normal.

Ele não é sedativo, depressor, nem euforizante, e essas características diferenciam o lítio de outros agentes psicotrópicos.

■ **Mecanismo de ação**

Ainda não é conhecido o mecanismo e ação do lítio como agente estabilizador do humor, embora se suspeite de seus efeitos sobre as membranas biológicas e a neurotransmissão sináptica.

Sabe-se que o lítio inibe a hidrólise dos fosfatidilinosítídios da membrana de numerosos neurônios em trifosfato de inositol e diacilglicerol, que agem como segundos mensageiros tanto nos receptores alfa-adrenérgico quanto na neurotransmissão muscarínica.

Assim, hipoteticamente, o tratamento com lítio modularia de forma seletiva a função dos neurônios hiperativos que contribuem para o estado maníaco.

■ **Farmacocinética**

Quando o lítio é administrado oralmente, seus íons são absorvidos rápida e quase totalmente pelo trato gastrointestinal, ocorrendo uma absorção total em 8 horas. A concentração máxima no plasma é alcançada em 2 a 4 horas.

Na forma de carbonato de lítio, que é mais freqüente, ocorre uma liberação mais lenta e, por isso, minimizam-se as concentrações plasmáticas máximas deste íon.

Na circulação, o lítio apresenta-se livre das proteínas plasmáticas.

Sua penetração na barreira hematoencefálica é lenta e, no líquido, a concentração de lítio é cerca de 40 a 50% da plasmática.

Sua meia-vida é de cerca de 20 a 24 horas, atingindo o estado de equilíbrio após 5 dias.

As doses recomendadas são de 900 a 1.500 mg por dia de carbonato de lítio para pacientes ambulatoriais e 1.200 a 2.400 mg diários para pacientes maníacos internados.

Contudo, o lítio não é prescrito apenas em termos de dose. Em vez disso, por causa de seu baixo índice terapêutico, é fundamental a determinação da sua concentração sanguínea.

Assim, os níveis plasmáticos que se espera encontrar 10 a 12 horas após a administração do medicamento são:

- **Fase aguda da mania** TM 0,8 a 1,2 mEq/l
- **Profilaxia** TM 0,6 a 0,8 mEq/l
- **Intoxicação** TM Geralmente acima de 1,5 mEq/l

O lítio é um cátion monovalente e, por isso, não sofre metabolização no fígado, sendo excretado inalterado pelos rins (95%).

Menos de 1% do lítio ingerido é eliminado do corpo humano nas fezes e 4 a 5% são eliminados no suor.

O lítio é secretado na saliva em concentrações que foram aproximadamente o dobro das concentrações plasmáticas, enquanto sua concentração nas lágrimas é semelhantemente igual à plasmática.

É exequível a análise desses líquidos em vez do plasma para o controle das concentrações do lítio.

Os níveis plasmáticos da droga podem ser alterados por mudanças na eficiência da reabsorção de cátions do túbulo proximal.

Assim, o tratamento crônico com diuréticos que estimulam a reabsorção tubular proximal pode resultar em um aumento plasmático do lítio a níveis tóxicos.

■ **Efeitos adversos**

A toxicidade do lítio está associada a sua concentração plasmática.

- Aumento benigno, difuso e indolor da glândula tireóide \ Raramente leva ao hipotireoidismo;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Diarréia;
- Poliúria e polidipsia \ Diabetes insipidus nefrogênico;
- Edema;
- Tremores grosseiros ou finos;
- Granulocitose \ É revertida no decorrer de uma semana após o término do tratamento;
- Ataxia;
- Coma;
- Convulsões;
- Afasia;
- Aumento de peso \ Muitas vezes faz o paciente parar de usar o medicamento;
- Queixas psicológicas
 - ◆ Prejuízo de concentração e da memória
 - ◆ Fadiga
 - ◆ Diminuição da libido
 - ◆ “Vida sem cor” \ O paciente sai da fase de mania;
- Teratogênese

Dados epidemiológicos sugerem que o uso de lítio nos primeiros meses de gravidez acompanha-se de aumento da incidência de anomalias cardiovasculares no recém-nascido, sobretudo malformação de Ebstein.
- Alterações eletrocardiográficas \ Depressão benigna e reversível da onda T;
- Reações alérgicas \ Dermatites e vasculites.

Não existe um antídoto específico para a intoxicação por lítio e o tratamento é de suporte.

A diálise é o método mais eficaz de retirada do lítio do organismo e deve ser cogitada nas intoxicações graves.

■ Indicação

Nem todos os pacientes com pesar normal, sentindo-se miseráveis e desapontados, devem receber tratamento médico, e mesmo distúrbios graves de afetividade apresentam taxa elevada de remissão espontânea.

Os agentes antidepressivos e os sais de lítio são, portanto, reservados para os distúrbios de humor mais graves e incapacitantes, em pacientes com características “endógenas” ou “melancólicas”.

O lítio é eficaz no tratamento de 70 a 80% dos casos de mania. O início da melhora ocorre em 7 a 14 dias e a remissão completa da sintomatologia pode necessitar de 30 dias ou mais.

Embora o lítio apresente algum efeito antidepressivo, é menos eficaz que os antidepressivos no tratamento da depressão unipolar e não deve ser usado isoladamente nesta condição.

Carbamazepina

A carbamazepina é utilizada desde os anos sessentas para o tratamento da nevralgia do trigêmeo e, desde 1974, para o tratamento da epilepsia.

Atualmente ela também pode ser utilizada no tratamento dos episódios agudos da mania e da depressão, bem como na profilaxia do transtorno do humor bipolar.

Algumas características clínicas parecem predispor melhor resposta ao uso da carbamazepina, dentre eles pacientes acentuadamente mais maníacos no início, aqueles que tendem a ser mais disfóricos, apresentando ciclagem rápida, bem como aqueles que apresentam história familiar negativa da doença nos parentes de primeiro grau, principalmente porque essas características parecem estar associadas a uma resposta insatisfatória ao lítio.

Estudos controlados têm demonstrado que a carbamazepina possui eficácia comparável ao lítio na profilaxia do transtorno do humor bipolar.

■ Mecanismo de ação

Os efeitos da carbamazepina no tratamento da nevralgia do trigêmeo e dos distúrbios afetivos, bem como seus efeitos anticonvulsivantes e, também, suas propriedades antiarrítmicas cardíacas provavelmente resultam da capacidade da carbamazepina em bloquear a condutância ao sódio.

■ Farmacocinética

A absorção gastrointestinal da carbamazepina é lenta, com pico sérico ocorrendo após 4 a 6 horas.

A sua meia vida varia de 20 a 50 horas, com uma média de 37 horas.

Cerca de 70 a 93% da droga se ligam as proteínas plasmáticas.

A carbamazepina é intensamente metabolizada pelo fígado e o seu metabólito mais importante, o epóxido de carbamazepina, apresenta intensa ação anticonvulsivante.

A eritromicina, a isoniazida e o propoxifeno inibem o metabolismo hepático da carbamazepina, produzindo aumento na sua atividade.

A carbamazepina diminui a eficácia de anticoncepcionais hormonais pois aumenta sua metabolização pelo citocromo p450.

■ Efeitos adversos

Seus principais efeitos adversos são dose-dependentes e são reversíveis na sua maioria:

- Diplopia
- Nistagmo
- Turvação visual
- Tontura
- Vertigem
- Xerostomia
- Ataxia
- Parestesias
- Sedação
- Disartria
- Náuseas
- Anorexia
- Reações hematológicas
- Alterações dermatológicas
 - ◆ Urticária
 - ◆ Dermatite esfoliativa
 - ◆ Alopecia
- Efeitos cardiovasculares
 - ◆ Hipotensão
 - ◆ Síncope
 - ◆ Insuficiência cardíaca congestiva
- Teratogênese (Defeito no tubo neural (1,0 a 1,5%)

Ácido valpróico

É utilizado desde 1964 para a epilepsia tipo ausência e é a droga de segunda linha para crises convulsivas generalizadas.

O ácido valpróico tem eficácia clínica tanto na mania aguda quanto como profilático no transtorno de humor bipolar.

Sua ação no tratamento de episódios depressivos parece menos evidente.

■ Mecanismo de ação

Seu mecanismo de ação ainda não foi bem elucidado mas estudos recentes sugerem que haja aumento da função GABAérgica por uma variedade de mecanismos, incluindo:

1. Elevação dos níveis cerebrais do GABA
2. Aumento pós-sináptico da inibição mediada pelo GABA
3. Inibição do receptor de dessensibilização do GABA.

■ Farmacocinética

A absorção do ácido valpróico é rápida, com o pico plasmático após 30 a 120 minutos de administração. Sua meia vida varia de 8 a 15 horas.

A droga liga-se as proteínas plasmáticas em 90%, no entanto, um aumento na dose pode resultar em diminuição da taxa de ligação.

■ Efeitos adversos

- Sintomas gastrointestinais
- Sedação
- Tremor
- Tontura
- Ataxia
- Disartria
- Nistagmo
- Exantema
- Alopécia
- Distúrbios do comportamento
- Discrasias sangüíneas

Neurolépticos

O desenvolvimento dos neurolépticos, também conhecidos como antipsicóticos, antiesquizofrênicos ou, ainda, tranquilizantes maiores, representa um dos mais importantes avanços na história da psicofarmacologia e da psiquiatria.

A clorpromazina foi o primeiro neuroléptico a ser desenvolvido, em meados deste século.

Antes da descoberta da clorpromazina, extratos da planta *Rauwolfia serpentina* foram usados pela medicina tradicional indiana durante séculos para tratar distúrbios mentais.

A reserpina, isolada desta planta, também tem propriedades neurolépticas e foi usada em esquizofrênicos, mas atualmente é considerada em psicofarmacologia apenas em uma perspectiva histórica e como droga experimental.

A experiência com a clorpromazina, bem como com outros neurolépticos descobertos em seguida, mostrou que sua ação não se limitava a um efeito calmante, porém agia diretamente nos distúrbios dos pensamento dos esquizofrênicos.

O termo neuroléptico foi proposto em 1955 por Delay e Deniker, que caracterizaram 5 propriedades desses medicamentos:

1. Criação de um estado de indiferença psicomotora;
2. Diminuição da agressividade e da agitação;
3. Redução progressiva dos distúrbios psicóticos agudos e crônicos;
4. Produção de síndromes diencefálicas e extrapiramidais secundárias;
5. Efeitos subcorticais aparentemente predominantes.

O haloperidol, neuroléptico mais empregado na atualidade, foi sintetizado em 1958 por Janssen.

Atualmente, os esforços concentram-se na busca de neurolépticos com menos efeitos extrapiramidais e que sejam eficazes no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia, denominados neurolépticos atípicos.

Os neurolépticos são medicamentos com amplo espectro de indicações clínicas, não havendo especificidade de acordo com o tipo diagnóstico da psicose a ser tratada.

Há, no entanto, uma tendência crescente de se limitar a amplitude de seu uso explorando suas ações mais específicas.

■ Mecanismo de ação

A dopamina age sobre cinco receptores (D₁, D₂, D₃, D₄ e D₅) e é sintetizada pelo neurônio pré-sináptico de acordo com a seguinte reação:



Em condições normais, a dopamina atuaria tanto nos receptores pós-sinápticos, exercendo sua atividade; quanto nos receptores pré-sinápticos, nos quais ela inibe a ação da tiroxina hidroxilase através de um mecanismo de “feed-back”.

Baseado na teoria dopaminérgica da esquizofrenia, em que há uma hiperatividade do sistema dopaminérgico, o mecanismo de ação dos neurolépticos consiste em bloquear os receptores dopaminérgico pré e pós-sinápticos.

Esse bloqueio provoca inicialmente um aumento na produção e liberação de dopamina pelo neurônio pré-sináptico numa tentativa de vencê-lo.

Como os neurolépticos também bloqueiam os receptores pré-sinápticos, a ação inibitória não ocorre.

No caso da reserpina, esta inibição decorre do bloqueio do armazenamento das monoaminas, dentre as quais a dopamina, nas vesículas, favorecendo sua metabolização.

No caso dos neurolépticos clássicos, esta inibição é devida ao bloqueio dos receptores D₂, pré e pós-sinápticos, nas vias dopaminérgicas centrais mostradas na tabela a seguir.

Via dopaminérgica	Projeções	Funções	Observações
Mesolímbica-mesocortical	Dos corpos celulares vizinhos à substância negra ao sistema límbico e neocórtex	Relacionada a comportamentos e emoções	Associada aos sintomas psicóticos, sobre os quais os neurolépticos exercem seus efeitos terapêuticos
Nigroestriada	Da substância negra ao caudado e putamen	Coordenação dos movimentos voluntários	Relacionada com os efeitos colaterais dos neurolépticos
Tuberoinfundibular	Dos núcleos arqueados e dos neurônios periventriculares ao hipotálamo e hipófise posterior	Inibição da secreção de prolactina	Também está relacionada com os efeitos colaterais dos neurolépticos
Incerto-hipotalâmica	Conexões dentro do hipotálamo e para os núcleos septais laterais	Não definida	

Os neurolépticos atípicos, além de bloquear relativamente pouco os receptores D₁ e D₂, tem importante afinidade pelos receptores D₄, 5-HT₂, alfa₁ e H₁.

Assim, alguns efeitos dos neurolépticos dependem de sua ação em outros sistemas de neurotransmissores além do da dopamina como, por exemplo, as ações anticolinérgicas e bloqueadoras alfa-adrenérgicas.

■ Farmacocinética

Os neurolépticos são bem absorvidos no trato gastrointestinal, mas a sua disponibilidade sistêmica é baixa porque eles sofrem intenso metabolismo hepático na primeira passagem.

Seu pico plasmático ocorre cerca de 2 a 4 horas após administração via oral e após 30 minutos por administração intramuscular.

Noventa a noventa e oito por cento deles apresentam-se ligados as proteínas plasmáticas.

A grande maioria dos neurolépticos possui meia vida de aproximadamente 20 horas.

Devido a sua alta solubilidade, a maioria dos neurolépticos é seqüestrada nos compartimentos lipídicos do organismo, tendo uma ação muito maior que as suas meia vidas plasmáticas.

A excreção é predominantemente renal.

■ Classificação

• Fenotiazinas

As fenotiazinas são estruturas tricíclicas que apresentam seus derivados a partir da substituição no átomo de carbono de um dos anéis benzeno na posição 2 (R_1) e no átomo de nitrogênio do anel piridínico na posição 10 (R_2).

A substituição em R_1 é essencial para a atividade neuroléptica das fenotiazinas.

Elas podem ser divididas em três grupos de acordo com o tipo de substituição do nitrogênio aromático (R_2).

◆ Alifáticas

- Triflupromazina
- Clorpromazina

◆ Piperidínicas

São equivalentes em potência as fenotiazinas alifáticas, mas são mais sedativas.

- Tioridazina
- Periciazina

◆ Piperazínicas

Constituem alguns dos neurolépticos mais potentes. São menos sedativas que as outras fenotiazinas e apresentam menos efeitos autonômicos que elas. Os efeitos extrapiramidais ocorrem prontamente.

• Tioxantenos

Diferem das fenotiazinas pela substituição do nitrogênio aromático por um carbono, na posição 10, ao qual liga-se uma cadeia lateral.

◆ Clorprotixeno

É análogo a clorpromazina. Seus efeitos extrapiramidais são, contudo, mais potentes que os dela.

◆ Clopentixol

◆ Flupentixol

• Butirofenonas

Diferem dos compostos anteriores por não possuírem estrutura tricíclica.

Produzem com frequência sintomas extrapiramidais.

- ◆ Haloperidol

Primeira butirofenona a ser usada, continua a ser o neuroléptico mais prescrito.

- ◆ Bemperidol

- ◆ Droperidol

- Difenilbutilpiperidinas

São semelhantes estruturalmente às butirofenonas.

- ◆ Pimozida

Sua tendência em produzir efeitos extrapiramidais é reduzida embora estes possam estar presentes em altas doses.

- Benzamidas substituídas

Este grupo relaciona-se quimicamente com o antiarrítmico procainamida.

- ◆ Sulpirida

- ◆ Amisulprida

Tanto as sulpiridas quanto as amisulpridas são consideradas neurolépticos atípicos.

- Dibenzazepinas

Estruturas tricíclicas que diferem das fenotiazinas e dos tioxantenos por possuírem um anel central com sete membros.

- ◆ Clozapina

Não produz sintomas extrapiramidais e é considerada um neuroléptico atípico.

Seu uso é feito mediante controle hematológico rígido por causa da elevada incidência de agranulocitose.

- Derivado do benzisoxasol

- ◆ Risperidona

Trata-se de um novo neuroléptico atípico provavelmente eficaz no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia, com baixa incidência de efeitos extrapiramidais.

■ Efeitos adversos

Os efeitos adversos dos neurolépticos variam de acordo com os seus diferentes grupos químicos.

Seus efeitos colaterais mais prevalentes e incômodos referem-se a estimulação extrapiramidal, semelhante à existente na doença de Parkinson (parkinsonismo).

- Sistema nervoso autônomo

- ◆ Hipotensão ortostática
- ◆ Impotência
- ◆ Dificuldade de ejaculação
- ◆ Visão turva
- ◆ Obstipação
- ◆ Retenção urinária
- ◆ Xerostomia

- Sistema nervoso central
 - ◆ Psicose tóxica
 - ◆ Sedação
 - ◆ Distonia aguda \ Espasmos musculares
 - ◆ Acatisia \ Inquietação motora
 - ◆ Parkinsonismo
 - ◆ Discinesia tardia

Aparece meses ou anos após o início do tratamento, com movimentos orofaciais involuntários e estereotipados que pioram com a suspensão do neuroléptico e com o uso de drogas anticolinérgicas.

 - ◆ Diminuição do limiar convulsivo \ Principalmente em alcoólatras

- Neuroendócrinos
 - ◆ Amenorréia
 - ◆ Ginecomastia
 - ◆ Galactorréia
 - ◆ Redução da libido
 - ◆ Obesidade

- Síndrome maligna

Apresenta hipertermia de até 42° C, alterações da consciência e rigidez extrapiramidal predominante.

Acompanha-se de palidez, sudorese, taquicardia, etc. e podem levar a uma mortalidade de 10 a 20%.

- Outros
 - ◆ Icterícia colestática
 - ◆ Retinite pigmentosa
 - ◆ Agranulocitose

Antidepressivos

O tratamento farmacológico eficaz da depressão teve início na segunda metade da década de 50, com o desenvolvimento dos antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e dos antidepressivos tricíclicos (ADT).

A descoberta quase simultânea desses medicamentos proporcionou importantes elementos para as hipóteses biológicas que tentam explicar o surgimento dos transtornos do humor.

Dentre elas, sobressaem-se as hipóteses bioquímicas, sendo mais aceitas as monoaminérgicas e aquelas que sugerem alterações ao nível dos receptores.

A descoberta de que os antidepressivos tricíclicos inibem a recaptação da noradrenalina e da serotonina, bem como a descoberta de que os IMAO inibem a enzima monoamina oxidase (MAO), ambos os mecanismos aumentando a disponibilidade sináptica dessas monoaminas de volta ao normal em certas áreas do cérebro, vieram dar apoio a hipótese de que os neurotransmissores podem estar diminuídos nas sinapses em locais específicos do cérebro durante um episódio depressivo.

Contudo, a disparidade no tempo entre a inibição da recaptação de neurotransmissores (horas) e a eficácia antidepressiva dessas drogas (3 a 4 semanas) torna a teoria monoaminérgica uma explicação insuficiente.

Outra hipótese sugere que um aumento no número dos receptores pós-sinápticos monoaminérgicos diminuiria, por um mecanismo de “feed back”, a síntese e a liberação dos neurotransmissores.

Ou seja, a depressão seria resultado de uma disfunção da sensibilidade dos receptores que levaria a uma diminuição dos neurotransmissores nas sinapses.

Assim, os antidepressivos tricíclicos agiriam produzindo uma diminuição do número de receptores, tanto alfa-adrenérgicos quanto beta-adrenérgicos, fenômeno conhecido em inglês como “down regulation”.

Tais modificações dos receptores coincidem no tempo com a melhora clínica da depressão.

Tradicionalmente, os antidepressivos foram classificados em dois grupos:

1. Antidepressivos tricíclicos e
2. Inibidores da monoamina-oxidase.

Posteriormente, surgiram moléculas que não se enquadravam em nenhum desses grupos e que foram agrupadas em grupos a parte.

Antidepressivos tricíclicos

O iminodibenzil, composto que deu origem aos antidepressivos tricíclicos, foi sintetizado por Thiele e Holzinger em 1891.

Um dos derivados do iminodibenzil, a imipramina, foi utilizado com sucesso no tratamento da depressão somente na década de 50, quando foram estabelecidas suas propriedades antidepressivas, suas indicações peculiares e seus efeitos secundários.

A imipramina e outros antidepressivos tricíclicos constituem hoje o tratamento farmacológico de referência para a depressão.

Sua descoberta, bem como a dos IMAO, veio diminuir grandemente a utilização da eletroconvulsoterapia, hoje reservada essencialmente aos casos de depressão resistentes ou com contra-indicação formal para a farmacoterapia.

A eletroconvulsoterapia pode ser realizada no centro cirúrgico com o paciente anestesiado.

A estrutura química dos antidepressivos tricíclicos é muito semelhante ao dos neurolépticos fenotiazínicos como a clorpromazina.

■ Farmacocinética

Os ADT tem uma absorção rápida e completa no duodeno e intestino delgado e 75 a 97% deles ligam-se as proteínas plasmáticas.

Sua metabolização é hepática, principalmente através da desmetilação, hidroxilação e conjugação com o ácido glicurônico.

A disponibilidade sistêmica dos antidepressivos tricíclicos é baixa porque eles sofrem intenso metabolismo hepático na primeira passagem.

A meia vida média desses medicamentos é de 20 a 30 horas.

Sua excreção é principalmente renal.

O uso associado de antidepressivos tricíclicos com barbitúricos parece diminuir o nível plasmático de ADT e sua associação com neurolépticos inibe a sua metabolização e leva a um conseqüente aumento dos seus níveis plasmáticos.

A fluoxetina (Prozac®) inibe a enzima p450 hepática, o que leva ao aumento da concentração de várias substâncias do organismo que são metabolizadas por esta enzima.

■ Efeitos colaterais

- SNC
 - ◆ Hipomania ou mania
 - ◆ Psicose tóxica
 - ◆ Sedação ou insônia
 - ◆ Tremores finos
 - ◆ Crises convulsivas
 - ◆ Coma
- SNA \ Efeitos anticolinérgicos
 - ◆ Xerostomia
 - ◆ Dilatação pupilar
 - ◆ Palpitação
 - ◆ Visão turva
 - ◆ Agravamento do glaucoma agudo

- ◆ Retenção urinária
- ◆ Obstipação
- ◆ Impotência sexual
- ◆ Tontura
- ◆ Prejuízo de memória
- ◆ Íleo paralítico
- Cardiovascular
 - ◆ Taquicardia
 - ◆ Hipotensão postural
 - ◆ Distúrbios da condução cardíaca
 - ◆ Taquicardias ventriculares
 - ◆ Morte súbita
- Outros
 - ◆ Icterícia colestática
 - ◆ Reações alérgicas da pele
 - ◆ Sudorese excessiva
 - ◆ Agranulocitose \ Rara

Os efeitos anticolinérgicos graves podem ser tratados pela fisostigmina (1 a 3 mg) em infusão endovenosa lenta com monitorização cardíaca.

Nos casos de mania ou psicose tóxica, os antidepressivos devem ser suspensos e as complicações tratadas com neurolépticos.

Os efeitos colaterais autonômicos raramente exigem suspensão dos tricíclicos.

O uso de um agonista colinérgico, o betanecol, tem sido recomendado.

Os antidepressivos tricíclicos devem ser suspensos em casos de retenção urinária grave e íleo paralítico.

Inibidores da enzima monoamina oxidase (IMAO)

Os antidepressivos inibidores da monoamina oxidase foram descobertos quase simultaneamente com a imipramina.

O primeiro IMAO, a iproniazida, sintetizada com vistas para o tratamento da tuberculose, provocava euforia e hiperatividade em alguns pacientes.

Os inibidores da monoamina oxidase de primeira geração, irreversíveis e inespecíficos quanto a inibição dos diferentes subtipos da enzima monoamina oxidase, MAO-A e MAO-B, tiveram seu uso limitado durante muitos anos em decorrência de efeitos colaterais que incluíam crises

hipertensivas (síndrome do queijo), casos de necrose hepática aguda e interações adversas com outras drogas.

Mais recentemente, os IMAO tem sido alvo de grande interesse devido ao desenvolvimento de inibidores específicos e reversíveis.

Os IMAO parecem ser úteis na depressão associada a doença do pânico.

■ Mecanismo de ação

A metabolização de grande parte das aminas biogênicas que funcionam como neurotransmissores é feita pela enzima monoamina oxidase.

É lógico deduzir, portanto, que a inibição da MAO deva alterar as funções cerebrais e comportamentos mediados por essas aminas.

Como já foi dito, existem duas formas de MAO, chamadas de MAO-A e MAO-B, que inibem, através da desaminação, a noradrenalina, a dopamina, a serotonina e outros neurotransmissores, tanto nos terminais pré-sinápticos quanto nos corpos celulares, regulando assim as concentrações citoplasmáticas livres dentro do neurônio.

Os IMAO atuam inibindo a desaminação oxidativa da MAO, diminuindo suas funções regulatórias celulares e alterando a síntese, acumulação e estocagem das monoaminas.

■ Farmacocinética

Os IMAO são bem absorvidos por via oral.

Sua distribuição no organismo se faz de acordo com a localização de MAO no organismo, bem como de acordo com a composição lipídica tissular, o que explica as concentrações mais elevadas no fígado, coração e cérebro.

Enquanto a enzima monoamina oxidase tem um tempo de meia vida de 8 a 12 horas, os IMAO são eliminados rapidamente do sangue.

Desta forma, a inibição da MAO, estando sujeita a ligação irreversível dos IMAO, necessita de um período de 10 a 20 horas para que a síntese e a atividade da MAO retornem aos níveis anteriores ao tratamento.

Ao contrário das IMAO irreversíveis, a atividade da MAO retorna aos níveis anteriores logo após a suspensão de uma IMAO reversível.

Os IMAO clássicos fazem interações medicamentosas com um grande número de drogas, podendo prolongar seus efeitos (barbitúricos, acetanilida, meperidina, etc.)

ou potencializar suas ações (anfetaminas, aminas simpatomiméticas e agentes anticolinérgicos).

Os IMAO reversíveis não apresentam esse inconveniente dos IMAO clássicos.

■ Efeitos adversos

O uso de IMAO em doses elevadas pode estar associado a numerosos efeitos colaterais e reações adversas, algumas das quais provavelmente ligadas a inibição irreversível da MAO.

- SNC
 - ◆ Insônia
 - ◆ Irritabilidade
 - ◆ Agitação
 - ◆ Conversão de depressão inibida em ansiosa ou agitada
 - ◆ Conversão de depressão em hipomania ou mania

- SNA
 - ◆ Xerostomia
 - ◆ Retenção urinária
 - ◆ Constipação
 - ◆ Impotência
 - ◆ Ejaculação precoce

- Aparelho cardiovascular
 - ◆ Hipotensão ortostática
 - ◆ Síndrome hipertensiva \ Síndrome do queijo

Trata-se de uma reação de incompatibilidade caracterizada por hipertensão arterial e cefaléia de aparecimento súbito, de localização sobretudo occipital.

Acompanham o quadro vômitos, hiperpirexia, dor torácica, fasciculações musculares e impaciência.

A síndrome geralmente desaparece em poucas horas, sem seqüela, mas pode complicar-se com hemorragia intracraniana.

Esta síndrome é provocada pelo aumento do teor plasmático de tiramina, induzido pela ingestão de alimentos que contêm esta amina, encontrada em níveis mais elevados em certos alimentos como queijos não pasteurizados, certas cervejas, vinho tinto, fígado de galinha, leveduras, alguns chocolates, etc.

A tiramina, normalmente inativada pela MAO, principalmente a MAO-A da mucosa intestinal, tem

sua concentração plasmática aumentada com o uso dos IMAO.

- Outros
 - ◆ Síndrome tipo Lupus
 - ◆ Hepatotoxicidade
 - ◆ Discrasias sangüíneas \ Raro
 - ◆ Reações patológicas da pele \ Rush máculo-papular

Os IMAO reversíveis apresentam uma incidência e severidade de efeitos colaterais baixos, demonstrando uma boa tolerância.

Seus principais efeitos adversos são:

- SNC
 - ◆ Insônia
 - ◆ Irritabilidade
 - ◆ Agitação
 - ◆ Hipomania

Além disso, a síndrome hipertensiva não ocorre com os inibidores reversíveis da monoamina oxidase, uma vez que a afinidade dessas drogas pela MAO é baixa.

Como consequência, os IMAO reversíveis podem ser deslocados da enzima pela tiramina ingerida com os alimentos e bebidas.

O tratamento da intoxicação aguda por dose elevada de IMAO pode exigir lavagem gástrica e suporte da função cardiovascular. A manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico é essencial.

A estimulação central intensa, os casos de hepatotoxicidade e o aparecimento de crise hipertensiva exigem a suspensão imediata e substituição do tratamento.

A crise hipertensiva pode ser tratada com agentes anti-hipertensivos.