TRANSTORNO DE HUMOR

Disciplina de pós graduação em Psicologia Clínica – 5a. aula

Francisco B. Assumpção Jr
cassiterides@bol.bom.br

"é a nossa atitude subjetiva, frente à realidade externa e interna, e mediante a qual, aceitamos ou rejeitamos alguma coisa, amamos ou odiamos, tememos ou almejamos, etc..."

E. Bleuler .

PSICOPATOLOGIA

HUMOR

Sentimentos anímicos mais prolongados, de origem reativa, sem repercussões somáticas ou com discretas manifestações.

Cada indivíduo possui um estado de humor básico ou fundamental, que é o traço dominante de sua conduta e que pode se alterar em virtude de acontecimentos marcantes.

Distúrbios quantitativos do humor –

-*1- Exaltação do humor* –

-*Síndrome maníaca* - **alegria patológica, com visão otimista do mundo, super valoração do EGO e das capacidades**

-*Euforia* - **é uma alegria orgânica, com otimismo em maior grau, super estima do EGO e das capacidades. Não há agitação psicomotora, podendo ocorrer na esclerose múltipla, na tuberculose, nos tumores cerebrais frontais e nos deficientes mentais.**

2 - Depressão do humor –

Síndrome depressiva - **estado de tristeza patológica, pessimismo frente ao mundo, sub-estima do EGO e das capacidades, inibição psicomotora.**

3 - ***Angústia -*** **associação de um sentimento de desprazer com vivência de tensão interna, ou espera de um perigo ameaçador.**

HISTÓRICO I

Platão (Timeu) - antinomia entre mania e "amathia" (ignorância) a qual dá o nome de "Melankholikos"
"Corpus Hippocraticum" - melancólicos derivam da mistura de sangue com bile e fleuma

Areteo - mania é a forma agitada de loucura e melancolia a tranquila

Paracelso - melancolia e mania enquanto entidades mórbidas.
Melancolia localizada no baço e presidida por Saturno e as Manias são quentes sem secura ou umidade

HISTÓRICO II

Baillarger e Falret (1845) - "follie a double forme" e "follie circulaire"

Kraepellin (1893) Psicose Maníaco Depressiva

Telembach - "ter-que-ser-aí" e "não-poder-iludir"

Leonhard (1957) - Conceitos de monopolar e bipolar

Dunner (1976) - T.Bipolar I: depressão alternada com mania

T. Bipolar II: ciclando com hipomania

HISTÓRICO IV

Akiskal (1983) - Distimia

Goodwin & Jamison (1990) - caracterização de ciclotimia enquanto instabilidades persistentes de humor e alternância de quadros distímicos

DEPRESSÃO

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Caracterizados pelo aparecimento de tristeza patológica associada a perda (ou aumento) de apetite, insônia ou hipersônia, dificuldades de concentração, perda de prazer, diminuição de libido e retardo psicomotor. Podem ser crônicos com sintomas mais brandos (DISTIMIA) ou agudos com sintomas mais graves (DEPRESSÃO MAIOR).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS - DSM-IV

A- Cinco ou mais dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo. Em crianças e adolescentes humor irritável.
(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias

(3) perda ou ganho de peso significativo sem estar de dieta (mais de 5% do peso corporal)
(4) insônia ou hipersônia quase todos os dias
(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias
(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias
(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias
(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar -se, ou indecisão, quase todos os dias
(9) pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

MIMETIZAM QUADROS DEPRESSIVOS

Infecções: mononucleose, influenza, encefalites, (bacteriana subaguda), pneumonia, tuberculose, hepatite, sífilis, AIDS

Transtornos Neurológicos: epilepsia, TCE, hemorragia subaracnoídea, AVC, esclerose múltipla

Transtornos endócrinos: diabetes, doenças de Cushing e de Adison, hipo e hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hipopituitarismo

Medicação: antihipertensivos, barbitúricos, benzodiazepínicos, corticosteróides, aminofilina, anticonvulsivantes, digitálicos, diuréticos.

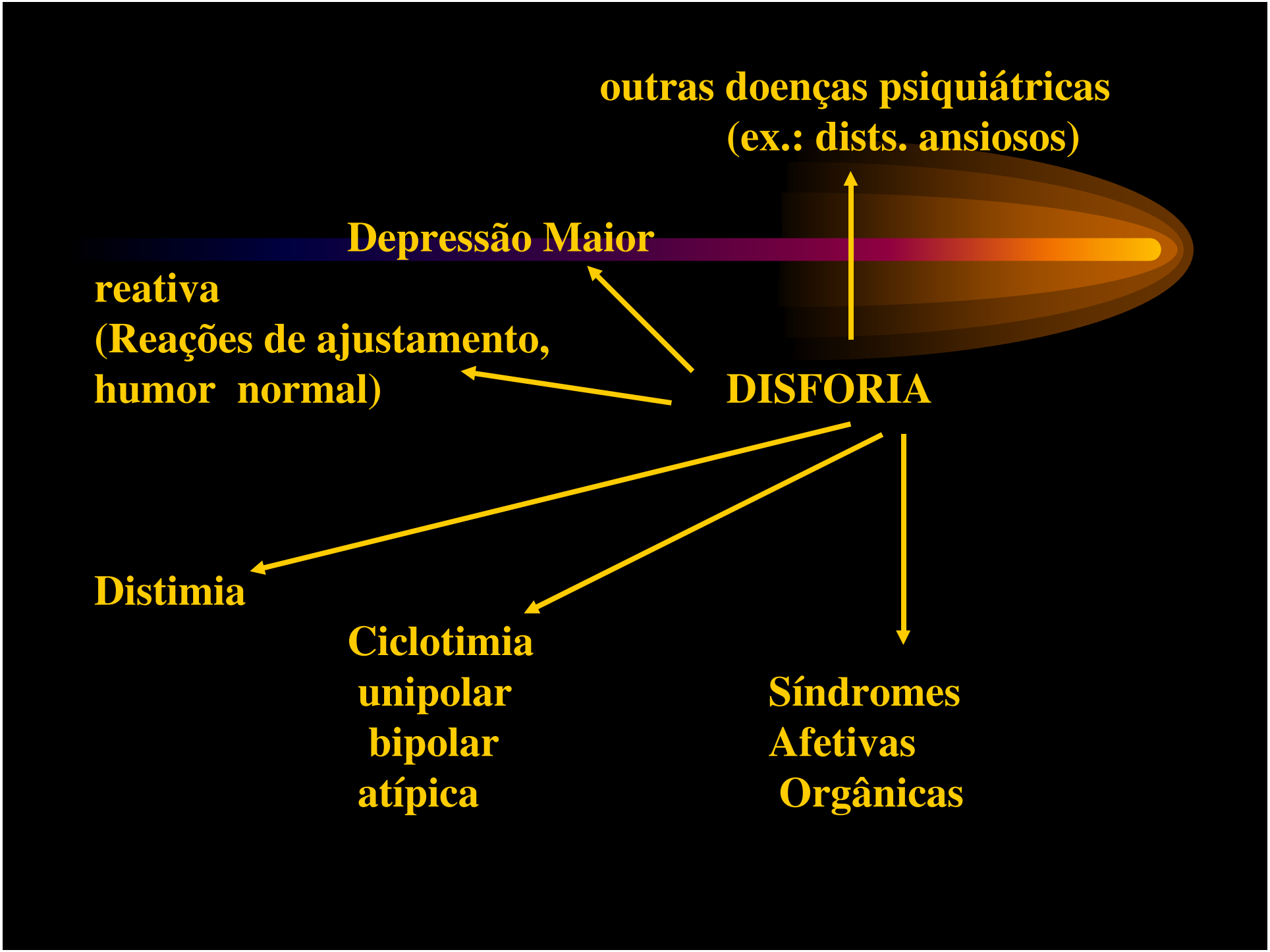
Outros: álcool, drogas (cocaína, anfetamina, opiáceos), anemia, lupus, doença de Wilson, uremia.

Diagnóstico Diferencial (Depressão)

Pré-Escolares: negligência/abuso; falência do desenvolvimento, ansiedade de separação, transtornos de ajustamento com humor deprimido

Escolares: Transtornos de ajustamento com humor deprimido, transtorno de ansiedade

Adolescentes: abuso álcool/drogas, transtorno de ansiedade, esquizofrenia


outras doenças psiquiátricas
(ex.: dists. ansiosos)
Depressão Maior
reativa
(Reações de ajustamento,
humor normal)
DISFORIA
Distimia
Ciclotimia
unipolar
bipolar
atípica
Síndromes
Afetivas
Orgânicas

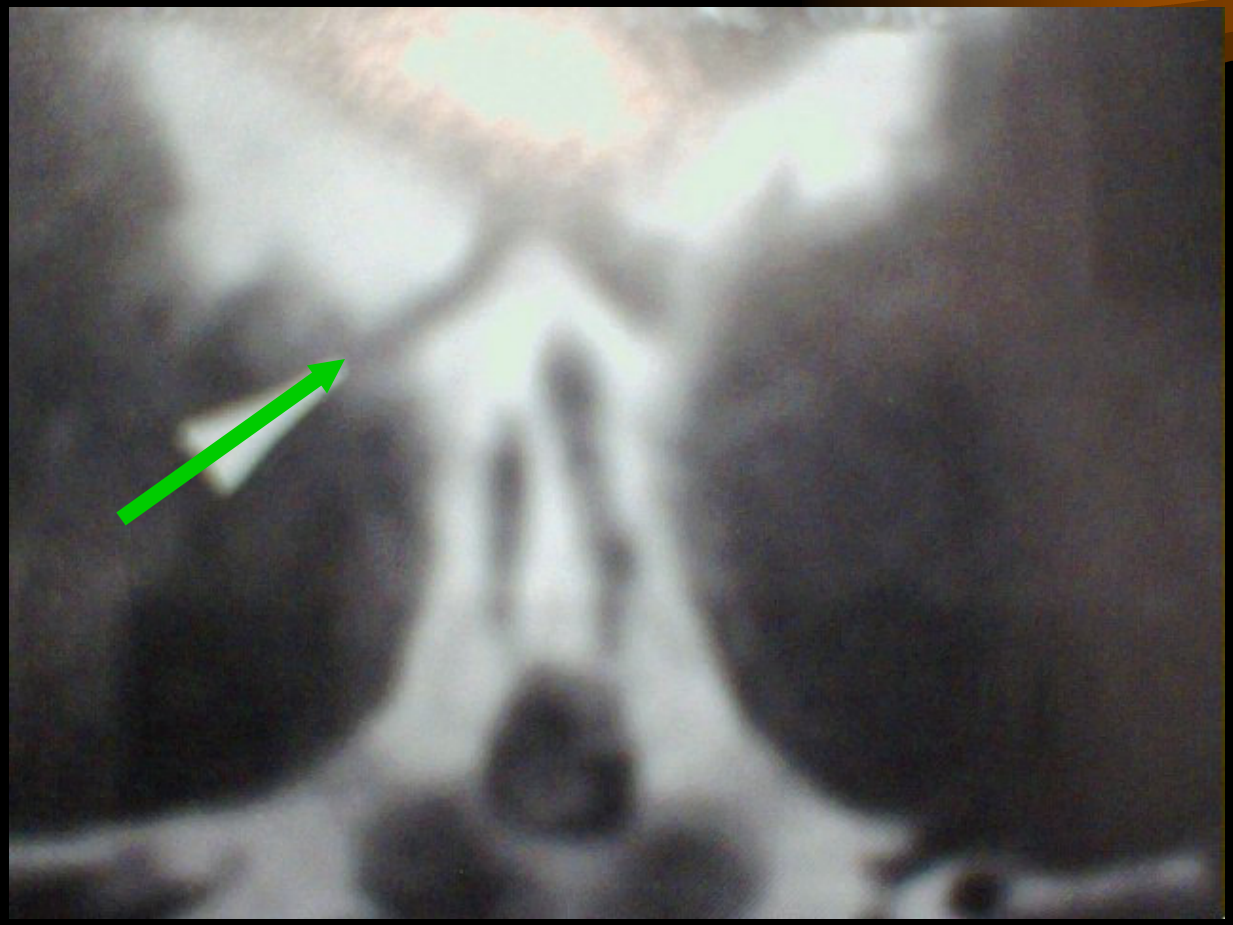
K-SADS IIIR

1. Humor depressivo
2. Irritabilidade
3. Falta de reatividade
4. Variação diurna de humor
5. Culpa excessiva ou inapropriada
6. Anedonia
7. Fadiga, falta de energia, cansaço
8. Variação diurna de fadiga
9. Dificuldades de concentração e pensamento
10. Agitação psicomotora
11. Retardo Psicomotor
12. Insônia

K-SADS IIIR

13. Hipersônia
14. Anorexia
15. Bulimia
16. Baixo peso/perda de peso
17. Ganho de peso
18. Pessimismo
19. Ideação suicida
20. Número de atos suicidas
21. Seriedade dos atos suicidas
22. Letalidade médica dos atos suicidas

Atrofia do fórnix direito em paciente com transtorno afetivo



MANIA
E
TRANSTORNO BIPOLAR

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **CONCEITO**
- Transtorno do humor é um grupo de condições clínicas nas quais uma polarização do humor tanto para depressão quanto para elação é proeminente e considerada fundamental. O transtorno do humor é patológico quando existe uma síndrome com duração e gravidade tais que levam a uma perda substancial da capacidade funcional do indivíduo.

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **MELANCOLIA**
- humor polarizado para depressão, com dim. energia e atividade geral;
- anedonia e perda de interesse;
- distorções cognitivas de si, do mundo e do futuro;
- redução do apetite, peso, sono e libido;
- retardo psicomotor ou inquietação;
- dific. concentração e prejuízo de memória;

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **MELANCOLIA**
- pensamento restrito, geralmente a preocupações pessoais, ruminações de culpa e autocrítica;
- ideações deliróides de culpa, niilistas, hipocondríacos, somáticos, de auto-referência e persecutórios;
- alucinações (vozes que acusam ou condenam por erros do passado);
- desesperança qto ao futuro: suicídio

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **OUTRAS FORMAS:**
- atípicas: neurótica, reativa, atípica, menor e disforia histeróide
- humor depressivo, baixa auto-estima, pouca energia, insônia inicial ou hipersonia, hiperfagia, reatividade ao meio ambiente, ansiedade e irritabilidade
- distimia: depressão crônica e menos intensa

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **MANIA**
- elação e expansividade, ou apenas irritável;
- euforia, bem-estar e elevada auto-estima, com hiperatividade;
- redução do sono, aumento da energia, inquietação psicomotora, logorréia;
- discurso acelerado e fuga de idéias;
- ideação de grandeza, poderes especiais ou mágicos;

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **MANIA**
- aumento da libido e desinibição;
- delírios de grandeza, eróticos, persecutórios;
- prejuízo do pragmatismo e do juízo/ crítica

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO _DSM-IV

A- Período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando pelo menos uma semana

B - Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram e estiveram presentes em gráu significativo

(1) auto estima inflada ou grandiosidade
(2) necessidade de sono diminuída
(3) loquacidade e/ou pressão por falar
(4) fuga de idéias
(5) distratibilidade

(6) aumento de atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora
(7) envolvimento em atividades prazeirosas com alto potencial para consequências dolorosas

C - Sintomas não satisfazem critérios para Episódio Misto

D - A perturbação de humor é severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, atividades sociais ou relacionamentos

E - Sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de condição médica geral

ASPECTOS CLÍNICOS DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

- **HIPOMANIA**
- sintomatologia e incapacitação menos intensa

- **ESTADOS MISTOS** (mania disfórica)
- ocorrência simultânea de sintomas maníacos e depressivos

CRITÉRIOS PARA HIPOMANIA - DSM IV

A - Período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durante todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nítidamente diferente do humor habitual não deprimido

B - Durante o período de perturbação de humor, três ou mais dos
seguintes sintomas:

(1) auto estima inflada
(2) necessidade de sono diminuída
(3) loquacidade
(4) fuga de idéias
(5) distratibilidade

(6) aumento de atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora

(7) envolvimento excessivo em atividades prazeirosas com alto potencial de risco

C - Episódio associado a inequívoca alteração no funcionamento

D - A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros

E - O episódio não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional ou social, ou para exigir hospitalização nem existem aspectos psicóticos

F - Sintomas não se devem a efeitos fisiológicos de uma substância nem a condição médica geral

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MISTO - DSM IV

A - Satisfazem-se critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior quase todos os dias, durante um período mínimo de 1 semana

B - A perturbação de humor é suficientemente severa para causar acentuado prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais costumeiras ou relacionamentos, ou existem aspectos psicóticos

C - Sintomas não se devem a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (T. BIPOLAR E MANIA)

1. Uso de substâncias psicoativas
2. Hipertiroidismo
3. Trauma craniano e esclerose múltipla
4. TDAH
5. Transtornos de conduta
6. Esquizofrenia

DISTIMIAS

DISTIMIAS - HISTÓRICO

Kalbaum (1863) - forma crônica de melancolia

Kraepellin (1921) - temperamento depressivo

Kurt Schneider (1923) - psicopatia depressiva

DSM-II (1968) - depressão neurótica

DSM-III (1980) - depressões crônicas com mais de 2 anos de evolução.

EPIDEMIOLOGIA

3,3% de distimia (Keller,1994; Shaw,1988; Kashani,1987)

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

1. Apetite diminuído ou aumentado
2. Insônia ou hipersônia
3. Baixa energia ou fadiga
4. Baixa auto-estima
5. Fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões

CARACTERÍSTICAS DA DISTIMIA

Idade Inicial - 8,7 anos/ 10,9 anos (depressão) (Kovacs,1994)
Problemas escolares, humor deprimido ou triste, pensamentos de rejeição, irritabilidade ou raiva.
Prevalência menor de anedonia, queda social,
sentimento de culpa, preocupação com a morte e concentração diminuída, poucas alterações de sono, apetite ou cansaço. Desobediência.

EVOLUÇÃO

Episódios de depressão maior posteriores (Depressão Dupla de Keller, 1994). 76% dos distímicos apresentaram depressão maior no 2o./3o. Ano de distimia, 13% transtorno bipolar.

Abuso de substâncias menor que na depressão maior (22%/74% - Kovacs, 1994)

COMORBIDADE E DISTIMIA

Transtornos ansiosos
TDAH
Transtornos de Conduta
Abuso/Dependência de substâncias
Bulimia Nervosa

(Kashani, 1987)

CRITÉRIOS PARA DISTIMIA - DSM IV

A - Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias,
indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros por pelo menos 2 anos

B - Presença enquanto deprimido de pelo menos 2 das seguintes
características:

(1) apetite diminuído ou hiperfagia
(2) insônia ou hipersonia
(3) baixa energia ou fadiga
(4) baixa auto estima
(5) fraca concentração

C - Durante o período de 2 anos de perturbação, jamais a pessoa esteve sem sintomas dos critérios A e B por mais de 2 meses

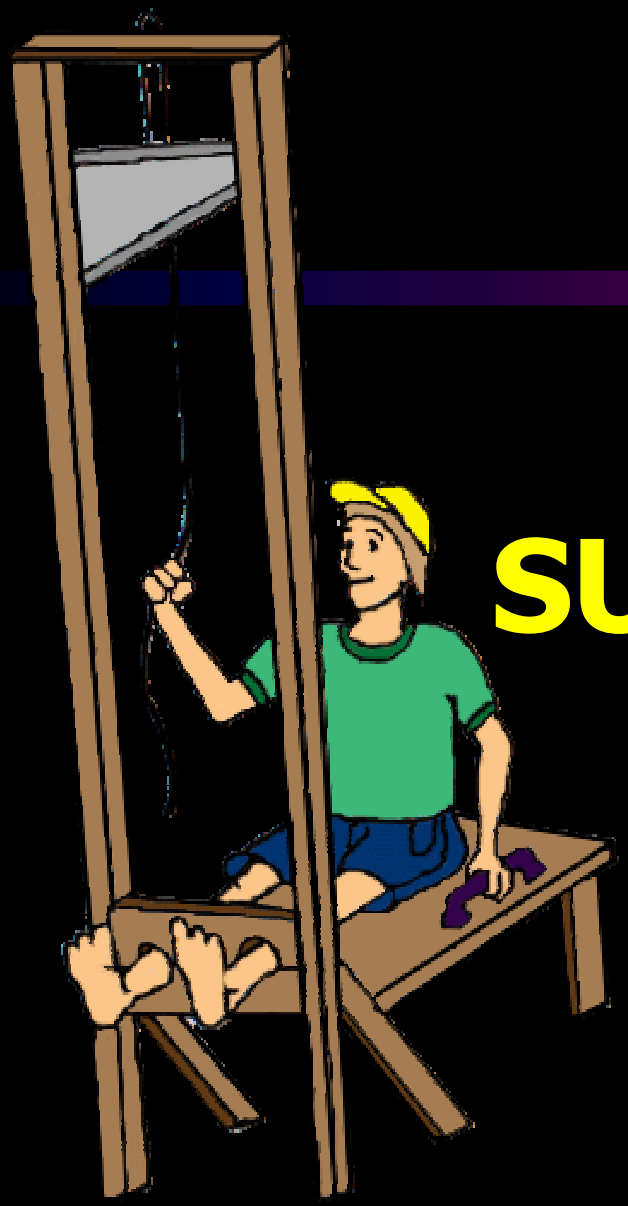
D - Ausência de episódio depressivo maior durante os 2 primeiros anos da perturbação

E - Jamais houve um episódio maníaco, episódio misto ou episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos critérios para Transtorno Ciclotímico

F - A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico

G - Sintomas não se devem a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a condição médica geral

H - Sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional



SUICÍDIO

EVOLUÇÃO - SUICÍDIO

Suicídio: ato intencional que se propõe a cessar as funções vitais de quem o pratica, levando à morte voluntária após um certo gráu de reflexão.

Fatores de ocultamento da tentativa de suicídio

1. A família esconde o fato
2. O paciente não fala de sua intenção suicida por repressão sofrida anteriormente
3. O clínico não dá importância ao tema por desconhecimento ou negação.

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

1. Tentativa de suicídio anterior
2. Perda recente de figuras significativas
3. Baixo limite de resistência a frustração
4. Morte de pessoas próximas
5. Preocupação exagerada com a morte
6. Tentativa de suicídio em pessoas próximas
7. Acidentes frequentes

FATORES CULTURAIS

1. Estresse aculturativo

2. Gráu de assimilação da cultura dominante

3. Estresse sócio-econômico - violência doméstica e da comunidade, desintegração familiar, abuso e negligência da criança

4. Marginalização da cultura

ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO

1. Terapia farmacológica dirigida com prescrição da droga específica de forma clara e direta:

2. Terapia farmacológica primária associada a psicoterapia e/ou programas de reabilitação;

3. Psicoterapia e/ou programas de reabilitação primariamente associados a terapia farmacológica.

(White; 1977)

REGRAS DE UTILIZAÇÃO

1. Identificação dos sintomas alvo;

2. Escolha da melhor droga;

3. Explicar aos pais e, quando possível, a criança, as razões do uso da medicação;

4. Informar dos possíveis efeitos colaterais;

5. Informar que a dosagem inicial é baixa e que deve ser aumentada gradativamente;

6. Seguimento a intervalos breves;

7. Não iniciar outros tratamentos simultâneos.

FATORES QUE INTERFEREM NA ABSORÇÃO

1. Meio estomacal menos ácido na criança fazendo absorção mais lenta de anfetaminas, anticonvulsivantes e antidepressivos;

2. Menor quantidade e menos diferenciada flora intestinal justificando menor absorção das fenotiazinas;

3. Menor proporção de gordura corporal que o adulto justificando menor presença de drogas lipofílicas no plasma;

4. Proporção de água extra celular é maior na criança que no adulto justificando baixas concentrações plasmáticas de drogas distribuídas através da água corporal (lítio);

BIOTRANSFORMAÇÃO

Drogas são compostos lipofílicos que produzem metabólitos hidrossolúveis.

Reações catalisadas por enzimas.

Reações de biotransformação denominadas de

FASE I revelam por oxidação, redução ou hidrólise, um grupo funcional que serve como um sítio para a reação de conjugação da

FASE II, com agentes como sulfato, acetato, ácido glicurônico, glutatião e glicina, aumenta a polaridade do intermediário metabólico promovendo a excreção renal.

BIOTRANSFORMAÇÃO

Citocromos P450 são as mais importantes enzimas da FASE I, envolvidas no metabolismo de drogas, pesticidas e contaminantes ambientais.
Os mais importantes no metabolismo das drogas pertencem as famílias CYP1, CYP2 e CYP3

Principais Enzimas

Enzima	Substrato	Indutores
CYP1A2	Imipramina	Fumo de cigarro, legumes, carne
CYP2C9	Fenitoína	Rifampicina
CYP2C19	Diazepan	Rifampicina
	Imipramina	
	Propanolol	
	Fenitoína	

BIOTRANSFORMAÇÃO

Principais Enzimas

Enzima	Substrato	Indutores
CYP2D6	Amitriptilina Clozapina Fluoxetina Paroxetina Imipramina Propanolol	nenhum conhecido
CYP3A4	Imipramina	Carbamazepina, dexametasona, fenobarbital, fenitoína, diazepan rifampicina
NAT2	Nitrazepan Clonazepan	nenhum conhecido

BIOTRANSFORMAÇÃO

Enzimas FASE I

CYP2D6 - baixa ou ausente no fígado fetal, presente 1 semana de idade. Competência igual a do adulto com cerca de 3-5 anos de idade. (amitriptilina, clozapina, imipramina, propanolol, tioridazina, trifluoperidol)

CYP2C19, CYP2C9 - não aparente no fígado fetal, baixa atividade na 1a. Semana, pico de atividade entre 3-4 anos, valores do adulto (menores) na puberdade. (fenitoína, diazepan, imipramina, propanolol)

CYP1A2 - não presente no fígado fetal, níveis do adulto ao redor dos 4 meses, pico entre 1-2 anos, declinam novamente para os níveis do adulto na puberdade.(imipramina)

CYP3A7 - atividade fetal cerca de 30-75% do adulto

CYP3A4 - baixa atividade no 1o. mês, níveis do adulto entre 6-12 meses, excedido entre 1-4 anos, retorno na puberdade. (carbamazepina, diazepan, imipramina)

BIOTRANSFORMAÇÃO

Enzimas FASE II

NAT2 - atividade fetal com 16 semanas. Aos 2 meses fenótipo metabolizador lento. Fenótipo adulto 4-6 meses, atividade entre 1-3 anos. (nitrazepan, clonazepan)

TPMT - níveis fetais de 30%. RN com atividade de 50% mais alta que adultos. Atividade do adulto ao redor dos 7-9 anos. (adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina)

UGT - Atividade do adulto alcançada entre 6-18 meses. (ácido Valpróico)

ST - Atividade excede níveis adultos durante lactência e primeira Infância. (Dopamina)

NAT2 - N acetil transferase
TPMT - tiopurinas metiltransferase
UGT - glicoronosiltransferase
ST - sulfotransferase

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

1. INIBIDORES DE RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA -
Fluoxetina (Prozac) - 5 a 80 mgs./dia
Paroxetina(Aropax) - 5 a 40 mgs/dia
Sertralina (Zoloft)- 50 a 200 mgs/dia
Fluvoxamina

Efeitos Colaterais: agitação, acatisia,disfunção sexual (IRSSe), insônia, náusea, baixa de peso, sedação e efeitos anticolinérgicos.

2 - ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS
Clomipramina (Anafranil)- 25 mgs/dia
Imipramina (Tofranil) - 1 mg/kg/dia (100 ng/ml)

Efeitos Colaterais: hipotensão ortostática, visão borrada, boca seca, retenção urinária, constipação.

(Cook; 1995)

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

3 - ANTICONVULSIVANTES

Carbamazepina (Tegretol) - 8 a 10 µg/ ml

Valproato de Sódio (Depakene) - 80 a 100 µg/ ml

Efeitos colaterais: agranulocitose com baixa de neutrófilos (Carbazepina) e problemas hepáticos (Valproato)

4 - LÍTIO

Carbonato de Lítio - 0,8 a 1,2 mEq/L

Efeitos colaterais: diabetes insípido, alterações renais e tireoidianas.

(Cook; 1995)

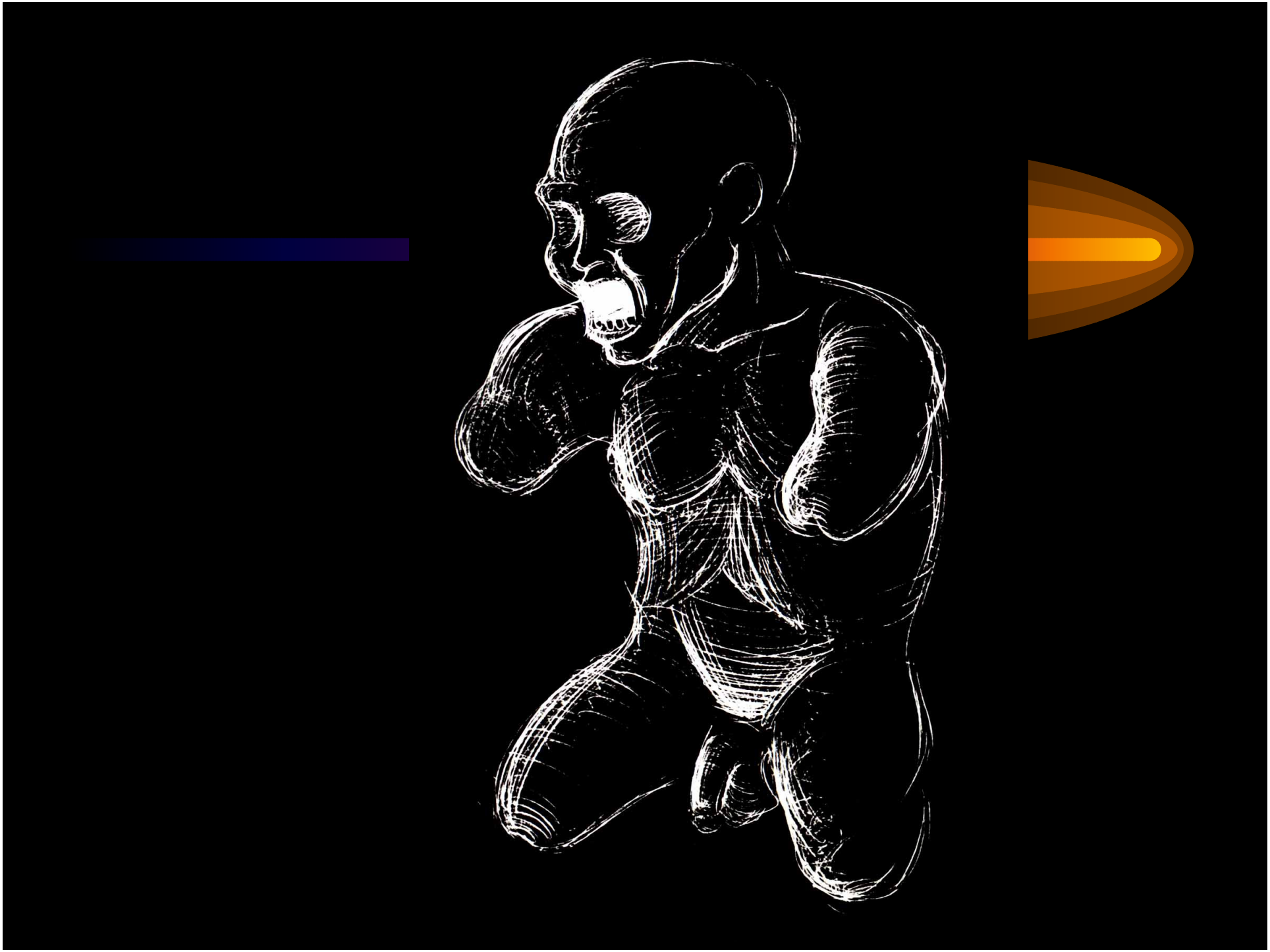
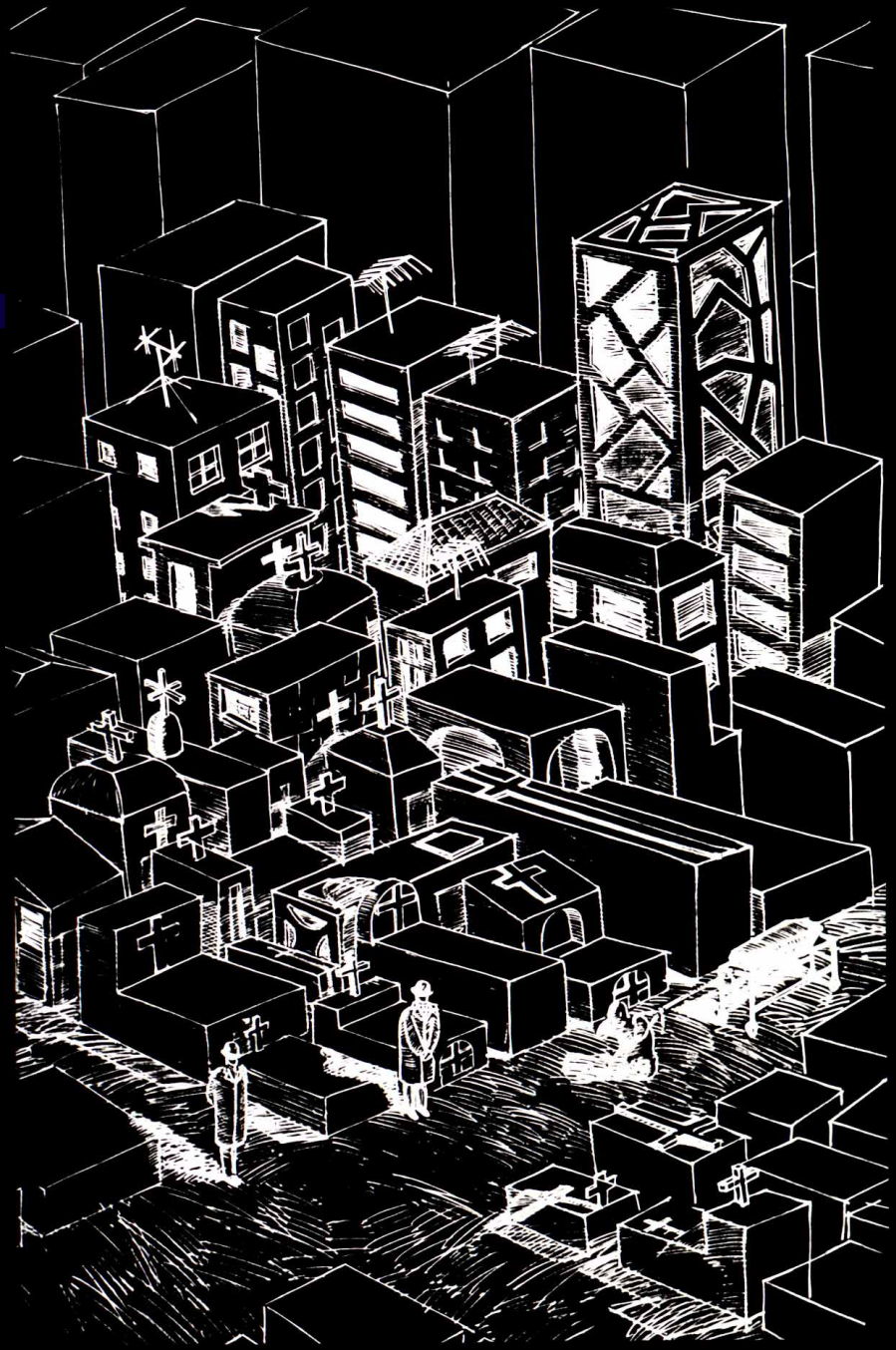
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

RECOMENDAÇÕES

1. Manipulações do ambiente podem ser efetivas nos problemas comportamentais mas não mais efetivas que as drogas;

2. É fundamental a organização do ambiente para que a administração da droga possa ser efetuada de maneira consistente e sob monitorização;

3. Como a medicação é selecionado conforme seu provável efeito sobre um determinado sintoma alvo, tem-se que estabelecer monitorização a resposta durante todo o tempo de tratamento;

4. Avaliação cuidadosa de custo-benefício deve ser feita antes de se iniciar o tratamento e durante toda a sua manutenção.

(Cook; 1995)